UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - CURSO DE MESTRADO

MARINES DE FÁTIMA CUNHA

ADESÃO E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO PARA DEPRESSÃO

Uberlândia
2006

MARINES DE FÁTIMA CUNHA

ADESÃO E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO PARA DEPRESSÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Aplicada.

Orientadora: Profª. Dra. Rita de Cássia Gandini.

Uberlândia – MG
2006

MARINES DE FÁTIMA CUNHA

ADESÃO E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO PARA DEPRESSÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Aplicada.

Orientadora: Profª. Dra. Rita de Cássia Gandini.

Banca Examinadora:

Uberlândia, 09 de junho de 2006.

_____

Profª. Dra. Rita de Cássia Gandini – IP-UFU

_____

Profª Dra. Antônia Regina Furegato – Universidade de São Paulo- USP

_____

Profª. Dra. Marília Ferreira Dela Coleta - IP-UFU

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me concedido a vida, me presenteado com a possibilidade de aprender e com a perseverança para que eu enfrentasse desafios.

Aos meus pais pelo amor, carinho, aceitação e confiança que sempre depositaram em mim.

Aos meus irmãos, sobrinhos e sobrinhas que fazem a minha vida ser melhor.

Ao meu marido Brasil, companheiro e amigo por sua presença em minha vida.

À Universidade Federal de Uberlândia e ao Instituto de Psicologia pela acolhida e oportunidade de realização de mais este curso.

À Professora Drª. Rita de Cássia Gandini, minha orientadora, pela amizade, apoio e confiança que sempre depositou em mim.

À Marineide pelo profissionalismo regado com o carinho e afeto a todos os mestrandos do PGPSI.

À D. Célia Guerra Gandini e Maria Antonieta Gandini por me receberem sempre tão carinhosamente em sua casa.

Aos pacientes do Centro de Saúde Mental que me possibilitaram penetrar um pouco mais profundamente no entendimento do sofrimento humano e estimularam em mim o desejo pela busca de novas formas que pudessem amenizar este sofrimento.

Aos professores: Áurea de Fátima Oliveira, Cíntia Bragheto, Emerson Razera, Marília Ferreira Dela Coleta, Tânia Marques Mendonça, Renata Ferrarez, Sinésio Gomide Júnior, que muito mais que mestres, se revelaram em grandes amigos e possibilitadores de novas reflexões.

As minhas amigas Claudia Garcia, Flávia, Priscila, Soraia e Vânia, que foram juizas na primeira parte da análise das entrevistas pela contribuição ímpar.

Aos professores Valter Faria Neto e Larissy Cotonhoto pela inestimável contribuição como juizes na formação das categorias finais do estudo, e especialmente pelo carinho e cuidado que tiveram comigo.

Ao meu amigo Fran Sérgio pela incansável ajuda com a diagramação do trabalho.

Aos meus muitos amigos que me acompanharam auxiliando seja, em tarefas técnicas, ajudando a pensar e a melhorar meu trabalho, ou apoiando e participando de minhas buscas... Flávia, Soraia, Renato Brito, Vinícius, Cristina, Karen, Weruska, Valéria Sicare, Eliane Carrijo, Maria Vitória, Anamaria, Lílian, Suzi e Sérgio.

“Há doenças piores que as doenças
Há dores que não doem, nem a alma
Mas que são dolorosas mais que outras
Há angústias sonhadas mais reais
Que as que a vida traz, há sensações
Sentidas só com imaginá-las
Que são mais nossas do que a própria vida
Há tanta coisa que, sem existir,
Existe, e existe demoradamente
E demoradamente é nossa e nós...
Por sobre o verde turvo do amplo rio
Os circunflexos brancos das gaivotas...
Por sobre a alma o adejar inútil
Do que não foi, nem pôde ser, e é tudo.
Dá-me mais vinho, porque a vida é nada”.

(Fernando Pessoa)

RESUMO

Entende-se que a adesão ao tratamento medicamentoso seja de fundamental importância para o manejo da doença depressiva e concebendo-se que a não adesão a este tratamento possa ocorrer com uma freqüência importante, este estudo teve por objetivo compreender os aspectos relacionados à adesão e não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão, na ótica de usuários e ex-usuários de um serviço público de saúde mental da cidade de Araguari MG. A amostra deste estudo compôs-se de 24 participantes, sendo 12 considerados aderentes ao tratamento para depressão e12 considerados como não aderentes ao tratamento, de acordo com o critério de assiduidade às consultas médicas psiquiátricas. Realizaram-se entrevistas semidirigidas que foram conduzidas individualmente com cada participante pela Pesquisadora, e a partir dos relatos transcritos procedeu-se à análise de conteúdo na perspectiva de análise temática. Verificou-se que a adesão e a não adesão ao tratamento medicamentoso para depressão consistem em fenômenos multifatoriais, identificando-se três grandes aspectos ou perspectivas a serem considerados no comportamento de adesão e de não adesão a este tipo de tratamento. Na perspectiva dos "Aspectos Intrapessoais" concebeu-se a participação de fatores relacionados ao próprio paciente que podiam facilitar e também dificultar a adesão ao tratamento, conforme sua polaridade. Desta forma, a presença de fatores como a motivação do paciente para o tratamento/melhora, a interpretação positiva em relação aos resultados do tratamento e o reconhecimento da depressão como uma doença, são considerados como facilitadores da adesão. Complementarmente, a forma negativa ou ausência, dos fatores que compuseram este mesmo aspecto prejudicam o comportamento de adesão, de forma que, a falta de motivação do paciente para o tratamento/melhora, a interpretação negativa em relação aos resultados do tratamento, não reconhecimento da depressão como uma doença, acrescido à própria sintomatologia da depressão, estiveram associados aos aspectos intrapessoais propiciadores da não adesão. O segundo aspecto identificado para o comportamento de adesão/não adesão denominou importância aos relacionamentos interpessoais vivenciados ou interpretados pelo paciente. Assim, o relacionamento interpessoal positivo com a equipe e a presença de suporte familiar, constituíram o pólo facilitador da adesão ao tratamento na perspectiva dos "Aspectos Interpessoais". Em contraponto quando essas relações são compreendidas ou vivenciadas negativamente elas podem funcionar como barreiras à adesão ao tratamento, associado a estas duas situações, esteve presente o preconceito social. O "Contexto do Tratamento" também foi considerado como importante interferente na adesão/ não adesão à terapêutica, na medida em que revelou a importância da acessibilidade e da não acessibilidade ao tratamento na avaliação da adesão ao tratamento e também estimou importância ao tratamento psicológico para facilitação da adesão à terapêutica de pacientes deprimidos. A partir dos resultados obtidos com a realização da pesquisa, sugere-se uma reflexão acerca do papel de equipes de saúde mental na formulação de práticas direcionadas ao incremento da adesão ao tratamento que considerem: o indivíduo e a relação que ele faz com sua doença e tratamento; a família e a comunidade geral e suas representações sobre depressão, doença mental, tratamento e sobre a unidade de saúde mental; a capacitação e qualificação de profissionais que atuam na saúde mental; e também a sensibilização para a construção de políticas em saúde mental que amparem o paciente carente subsidiando completamente seu tratamento.

Palavras-Chaves: Adesão ao Tratamento, Não Adesão ao Tratamento, Depressão, Saúde Mental, Psicologia.

Abstract

Considering the adhesion to the medical treatment as fundamental to the handling of depression, and stating that non-adhesion to this treatment can occur with an important frequency, this study aimed at understanding the phenomena related to the adhesion and non-adhesion to the psychiatric treatment for depression, under the perspective of users and former users of a Mental Health Public Service of Araguari MG, a city in Triângulo Mineiro. The sample consisted of 24 patients, 12 of them considered adherent to the treatment for depression and 12 considered non-adherent to it, according to the criterion of frequency to the medical appointment. Semi-directive interviews were conducted individually with each participant, and content analysis on theme analysis perspective was done from the transcribed reports. It was verified that adhesion and non-adhesion to the medical treatment for depression consists of multifactoral phenomena. It was identified threes big aspects or perspectives to be considered on the behavior of adhesion and non-adhesion to this type of treatment. On the perspective of "Intrapersonal Aspects", it was conceived the participation of factors related to the patient that could facilitate and also make difficult the adhesion to the treatment, according to its polarity. On this way, the presence of factors as patient's motivation for the treatment, the positive interpretation in relation to the treatment results and the acknowledgment of depression as a disease, are considered as adhesion facilitators. Complementary, the negative form or absence of factors that composed the same aspect prejudice the adhesion behavior, in a way that the patient's lack of motivation to the treatment/improvement, the negative interpretation in relation to the treatment results, non-acknowledgment of depression as a disease, plus the depression's symptomatology, were associated to the intrapersonal aspects that favor non-adhesion. The second aspect identified to the behavior of adhesion/ non-adhesion denominated importance to the interpersonal relationship with the Mental Health team and the presence of familiar support constituted the facilitator pole of adhesion to the treatment on the perspective of "Interpersonal Aspects". In opposition, when these relations are understood or lived negatively they can work as barriers to the treatments' adhesion, associated to these two situations, it was present the social prejudice as interfering to this behavior. The "Context of the Treatment" was also considered as an important interfering on the adhesion/ non-adhesion to the therapeutic, as it revealed the importance to the accessibility and non-accessibility to the treatment on the evaluation of the adhesion to the treatment and also estimated the importance to the psychological treatment as a facilitator to the depressive patients adhesion to the therapeutical. The results suggest a reflection about the role of the mental health teams on the formulation of practices directed to the improvements of adhesion to the treatment considering: the individual and the relation that he/she makes with his/her disease and treatment; the family and the community, and their representations of depression, mental disease, treatment, and about the mental health unity; the capacity and qualification of mental health professionals; and also the influence to the construction of mental health policies that support the needy patient by subsidizing his/her treatment completely.

Index terms: Treatment adhesion, non-treatment adhesion, depression, mental health, psychology.

LISTA DE TABELAS

1 - Causas relatadas para o abandono ao tratamento psiquiátrico de referência (Grupo Não Aderentes) 79

2 - Presença do reconhecimento da depressão como doença enquanto facilitador da adesão ao tratamento medicamentoso para depressão nos dois grupos..... 84

3 - Ausência de reconhecimento da depressão como doença como fator prejudicial à adesão ao tratamento medicamentoso para depressão..... 87

4 - Pólos da categoria específica: motivação para o tratamento / melhora e freqüência desta categoria nos grupos I e II..... 92

5 - Motivação para o tratamento/ melhora enquanto fator auxiliar de adesão nos dois grupos..... 94

6 - Ausência de Motivação para o Tratamento/ Melhora enquanto fator prejudicial à adesão ao tratamento medicamentoso nos dois grupos..... 97

7 - Sintomatologia da Depressão como fator prejudicial à adesão ao tratamento para depressão nos dois grupos..... 101

8- Interpretação positiva em relação aos resultados do tratamento enquanto fator propiciador de adesão ao tratamento medicamentoso para depressão nos dois grupos..... 105

9- Interpretação negativa em relação aos resultados do tratamento enquanto fator prejudicial à adesão nos dois grupos..... 105

10- Relação médico-paciente positiva enquanto fator facilitador de adesão ao tratamento para depressão nos dois grupos..... 114

11- Relação médico-paciente negativa enquanto fator que dificulta a adesão ao tratamento nos dois grupos..... 120

12- Relação positiva paciente-equipe como fator facilitador de adesão ao tratamento nos dois grupos..... 122

13- Relação insatisfatória paciente-equipe enquanto fator propiciador de não adesão ao tratamento nos dois grupos..... 126

14- Suporte Familiar como fator facilitador de adesão ao tratamento nos dois grupos..... 127

15- Falta de suporte Familiar enquanto fator prejudicial à adesão ao tratamento nos dois grupos..... 130

16- Preconceito enquanto fator a dificultar a adesão ao tratamento medicamentoso para depressão..... 135

17- Presença de Suporte Material e Institucional para a Viabilização do Tratamento enquanto fator a facilitar a adesão ao tratamento nos dois grupos..... 139

18- Ausência de Suporte Material e Institucional para Viabilização do Tratamento enquanto fator a dificultar a adesão ao tratamento nos dois grupos..... 146

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Depressão	17
1.1.1	Depressão: definição	18
1.1.2	Depressão: prevalência e custos	21
1.1.3	Depressão: diagnóstico	23
1.1.4	Depressão: fatores causais	24
1.1.5	Depressão: tratamentos	25
1.2	Adesão à Terapêutica	32
1.2.1	Conceituação de adesão e não adesão à terapêutica	33
1.2.2	Fatores que influenciam a adesão à terapêutica	36
1.2.3	Métodos de avaliação da adesão a tratamentos.	38
1.2.3.1	Métodos diretos	39
1.2.3.2	Métodos indiretos	40
1.2.4	Estudos nacionais contemplando o tema adesão ao tratamento	46
1.2.5	A adesão a tratamentos psiquiátricos: cenário nacional e internacional	50
1.2.6	Fatores associados à não-adesão ao tratamento da depressão	55
1.2. 6.1	Fatores relativos ao paciente	57
1.2.6.2	Fatores relativos à doença	59
1.2.6.3	Fatores relativos ao tratamento	60
1.2.6.4	Fatores relativos ao profissional de saúde	61
1.2.6.5	Fatores relativos ao ambiente	62
1.2.7	Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento antidepressivo	64
2	OBJETIVOS	66
3	MÉTODO	67
3.1	Tipo de estudo	67
3.2	Participantes da pesquisa	67
3.3	Material	68
3.4	Procedimentos	68
3.4.1	De composição da amostra	69
3.4.2	Éticos	70
3.4.3	De construção dos dados	70
3.4.4	De análise dos dados	71
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
4.1	Caracterização da amostra	74
4.2	Alguns dados clínicos da amostra	76
4.2.1	Grupo I: Aderentes ao tratamento	76
4.2.2	Grupo II: Não Aderentes ao tratamento	77
4.3	Aspectos relacionados à adesão e à não adesão ao tratamento medicamentoso para depressão	81
4.3.1	Aspectos Intrapessoais	83
4.3.1.1	Reconhecimento da depressão como doença	84
4.3.1.2	Motivação do paciente para tratamento / melhora	92
4.3.1.3	Sintomatologia	100
4.3.1.4	Interpretação pessoal dos resultados de tratamento	104
4.3.2	Aspectos Interpessoais	111
4.3.2.1	Relacionamento interpessoal com os profissionais de saúde	112

4.3.2.2	Suporte familiar para a realização do tratamento	127
4.3.2.3	Preconceito social	134
4.3.3	Aspectos relativos ao Contexto do Tratamento	137
4.3.3.1	Suporte material e institucional para a viabilização do tratamento	138
4.3.3.2	Acompanhamento psicológico	152
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
6	REFERÊNCIAS	163
ANEXO A-	Roteiro de entrevista	175
ANEXO B-	Termo de consentimento para pesquisa na instituição	177
ANEXO C-	Número de pacientes com diagnóstico de depressão (CID-10), identificados através da consulta de prontuários realizada para composição da amostra.	178
ANEXO D-	Termo de esclarecimento e consentimento para participação em pesquisa	179

1 INTRODUÇÃO

A disponibilidade e interesse para ouvir pessoas sempre estiveram em mim presentes. Ouvir explicações, motivos, justificativas, muitas vezes, em formas de desabafo e pedido de assentimento ou cumplicidade, foram situações que pude experimentar com certa freqüência em minha vida e que parece, incitaram em mim a necessidade de compreender dada situação a partir do ponto de vista de quem nela estivesse envolvido ou fosse o principal implicado. Com a escolha do curso de Psicologia e atuação nesta área profissional, pude desenvolver e me capacitar para um novo tipo de escuta, mais compreensiva, instrumentada e tecnicamente direcionada para promoção de saúde.

Já no papel profissional, minha experiência como psicóloga atuante em um Ambulatório de Saúde Mental (Centro de Saúde Mental - CSM) em Araguari MG, no desenvolvimento da prática clínica junto a pacientes portadores de sofrimentos mentais diversos e mais especificamente como coordenadora de Grupos de Sala de Espera (grupos abertos realizados na sala de espera da instituição, com o objetivo de transformá-la em espaço de reflexão sobre saúde mental, acolher os pacientes e seus acompanhantes, amenizar a ansiedade da espera, prestar esclarecimentos sobre o funcionamento da instituição) pude observar, de forma assistemática, que os usuários do serviço relatavam dificuldades para aderirem ao tratamento psiquiátrico. Na realização destes grupos de sala de espera (GSE) foi possível observar relativa quantidade de relatos de interrupções à tratamentos anteriormente realizados no CSM, bem como desejos de pacientes de parar com o tratamento atual. As interrupções de tratamento anteriores e também o desejo relatado por paciente de abandonarem o tratamento em algum momento do mesmo, eram, muitas vezes, atribuídos a uma percepção preconceituosa por parte do paciente e/ou de sua rede social, quanto à doença psiquiátrica e seu tratamento e/ou à falta de apoio percebida. As dificuldades financeiras encontradas para a realização do tratamento, a interpretação da melhora nos sintomas como cura definitiva, também foram algumas vezes relatadas como motivos para o abandono de algum tratamento anterior no CSM e também como aspectos que levavam ao desejo por interromper o tratamento naqueles pacientes que não o haviam abandonado. Em caso de interrupção, relatava-se que, na maioria das vezes, seguia-se uma piora no quadro mental e nova procura pelo serviço. De tal modo, pode-se considerar que, em detrimento do abandono ao tratamento medicamentoso, que parecia ser comum entre os pacientes ao longo de seu tratamento, o sofrimento do paciente, conforme sugeriam os relatos, tinha continuidade.

Assim, eu me questionava por que em detrimento da experiência subjetiva de dor presente em quadros psicopatológicos e da disponibilidade de um serviço de saúde destinado a cuidar de pacientes com sofrimento mental, tantos deles interrompiam seu tratamento medicamentoso, em alguns casos por mais de duas vezes, mesmo, que se lhes assegurassem a gratuidade de algumas medicações. O abandono ao tratamento me parecia acontecer em taxas importantes entre a população atendida pelo Centro de Saúde Mental de Araguari (CSM), e a nova busca se fazia mediante um quadro mental, considerado pior que o episódio anterior por pacientes e familiares. Diante destas observações eu refletia se o GSE poderia facilitar ao paciente, através de informações fornecidas e trocas de experiências entre pacientes, a adesão ao tratamento proposto?

Estas reflexões incitaram a busca por aparato teórico-científico que pudesse oferecer vislumbres de outras realidades de serviços prestados a pacientes psiquiátricos ao mesmo tempo em que havia o desejo de encontrar suporte técnico para entender e manejar dada situação em benefício dos pacientes que necessitam deste tipo de serviço. A procura deste suporte se deu através de buscas em livros e especialmente, recursos facilitados pela rede de internete e artigos que tratavam do tema: Grupo de Sala de Espera e Adesão ao tratamento psiquiátrico.

Concomitante a estas buscas se deu o ingresso ao Programa de Pós-graduação – Mestrado, no qual pretendia, inicialmente, verificar a inserção do Grupo de Sala de Espera como mediador da adesão ao tratamento psiquiátrico. As discussões realizadas nas disciplinas do curso, as atividades orientadas, juntamente com as inúmeras leituras realizadas e amadurecimento da Pesquisadora respaldada por orientações sistemáticas ensejaram um novo percurso para o estudo. Este novo caminho tomaria como ponto de partida o conhecimento de fatores responsáveis pelo abandono ao tratamento medicamentoso, bem como, aqueles que se fizessem presentes na adesão a este tratamento, entendendo que este seria passo inicial para a instrumentação de Grupo de Sala de Espera e a partir daí, poderia se dar, a sua avaliação como mediador da adesão ao tratamento, que se constituiria desta forma em uma pesquisa subseqüente.

Para atender à necessidade de delimitação do objeto de pesquisa, foram necessárias duas opções de recorte, a primeira se deu em relação à terapêutica a ser estudada e a segunda contemplou o tipo de usuário do CSM, ou seja, a delimitação do diagnóstico. Desta forma, a opção por focar atenção na adesão ao tratamento medicamentoso não significou conceber a ele maior valor em relação a outras terapêuticas oferecidas nesta instituição, mas tão só obedeceu à necessidade de recorte requerida para o estudo científico e coerência com os

temas observados nos Grupos de Sala de Espera - disparadores do interesse pelo estudo. Em relação à população alvo deste estudo – pacientes com depressão – este recorte obedeceu ao interesse da Pesquisadora pela patologia, assim, como sua percepção assistemática de que seria alto o número de pacientes com depressão em tratamento no CSM e que, entre estes, seria também grande o número de pacientes que interrompiam tal tratamento.

Delimitado o objeto de estudo, partiu-se para buscas em bases de dados nacionais e internacionais como: LILACS (cobre a produção científica da América Latina e Caribe), bancos de teses e dissertações digitais. Além de bases de dados, outros recursos foram utilizados para reunir referências. Estas estratégias incluíram consultas a bibliotecas virtuais (como BIREME, PUBMED, MEDLINE, SCIELO, PORTAL de PERIÓDICOS CAPES), sites de organizações de saúde nacionais e internacionais e suas publicações, entre outros recursos facilitados pelo uso da internete, bem como a consulta de referências utilizadas nos estudos encontrados, que possibilitou, entre outros achados a localização de alguns capítulos de livros que abordassem o tema. Como indicadores para esta consulta, usou-se os termos: "adesão, aderência, cooperação, colaboração, abandono, interrupção, *adherence, compliance, adhesion, non-adherence, non-compliance,* e depressão, doença depressiva, transtornos depressivos, *depression*", tendo atentado para o cruzamento entre estas variáveis.

A consulta pôde nos situar a respeito do frágil panorama em que se encontra a pesquisa nacional a respeito desta importante temática de saúde pública, já que, não foram encontrados estudos nacionais investigativos da adesão ao tratamento em pacientes com depressão em qualquer contexto do atendimento em saúde. Entretanto, a depressão foi considerada em inúmeros artigos encontrados como séria questão de saúde pública, também a não adesão à terapêutica (em estudos nacionais referentes a outras patologias e em estudos internacionais tratando mais especificamente da depressão) vem sendo considerada como grave problema de saúde pública considerando o abrangente ônus que pode acarretar. Deste ponto de vista, as implicações científicas desta pesquisa também vão ao encontro desta carência de dados científicos, no sentido de iniciar a exploração do tema no contexto nacional e especialmente, gerar hipóteses para novas investigações que venham somar conhecimento na área.

Conforme sinalizado anteriormente, este estudo se deu no contexto de atenção secundária em saúde pública (serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de média complexidade), e considerando o ponto de vista institucional, a presente temática pode contribuir para a definição de pontos importantes a serem respeitados no trabalho junto ao paciente com depressão para que se lhe seja facilitada a adesão ao tratamento proposto. Desta

forma, este estudo também responde à possível necessidade de reorganização do serviço de saúde citado, oferecendo o olhar do psicólogo sobre as dificuldades encontradas por nossos pacientes para efetivarem seus tratamentos e visando a partir deste conhecimento implementar estratégias que visem melhorar adesão ao tratamento que concebemos ser importante para o sucesso do mesmo, bem como, propiciar uma qualidade maior no atendimento prestado.

Considerando-se a questão social, infere-se que os resultados deste estudo, na medida em que podem ampliar a compreensão do fenômeno referido e que intentam subsidiar práticas mais coerentes e próximas à realidade do usuário do serviço secundário de saúde mental do município (CSM), possa viabilizar maior compromisso na melhora da qualidade do serviço prestado. Adicionalmente, pode-se cogitar que a satisfação do usuário possa se elevar, ao mesmo tempo em que, atingindo a proposta de melhorar a adesão ao tratamento este se torne mais eficiente e eficaz trazendo benefícios para qualidade de vida de pacientes e familiares, e incrementando assim, as condições de saúde mental daqueles que estão direta ou indiretamente envolvidos no tratamento da depressão.

Desta forma, entendemos que conhecer os fatores que auxiliam o usuário do serviço a aderir ao tratamento, bem como fatores que prejudicam este processo, pode vir a contribuir com a literatura nacional específica sobre o tema, uma vez que, no Brasil ainda é escassa a literatura científica sobre fatores interferentes no comportamento de adesão ao tratamento da depressão. Além do que, infere-se ainda, poderia também subsidiar a prática de profissionais que trabalham neste setor, no sentido de orientar ações que tendam a promover a adesão à terapêutica, proporcionando, assim, a pacientes a possibilidade de ampliar seu bem-estar e ter maiores chances de cura. Extensivamente, também poderia contribuir como alerta e referencial para re-planejamento de outras instituições de saúde mental, geração de novas hipóteses de pesquisa, e, de forma geral, contribuir para diminuição de custos sociais que se ampliam com a não eficácia do tratamento para depressão.

Com a finalidade de compreender os fatores que influenciam a adesão ao tratamento do usuário do serviço de saúde mental faz-se necessário uma compreensão inicial do fenômeno da saúde mental no mundo contemporâneo. De forma a se destacar que, de modo geral, a instabilidade e agitação da vida moderna, seja ela econômica, social ou afetiva, aliada a um cenário social cada vez mais exigente no nível profissional social e afetivo, por vezes, provocam sentimentos de desalento, tristeza e impotência. Além do que, a falta de tempo para executar as tarefas comuns da vida diária, a dificuldade em conciliar horário para lazer, trabalho e cuidados com a saúde pode contribuir para que as pessoas se distanciem da

observação de comportamentos que venham lhes auxiliar na condição de saúde, especialmente no que diz respeito à saúde mental.

O relatório da Organização Pan-Americana de Saúde OMS (2001) considerou que a saúde mental seria o núcleo de um desenvolvimento equilibrado durante a vida, desempenhando relevante papel nas relações interpessoais, familiares e na integração social e desta forma, referindo-se a capacidade de adaptar-se a mudanças, enfrentar crises, estabelecer relações satisfatórias com os outros membros da comunidade e descobrir um sentido para a vida.

Perante a amplitude e abrangência da conceituação de saúde mental torna-se importante considerar que esta, sofrendo influência de diversos fatores, poderia ter sua integridade constantemente colocada à prova, tornando-se factível ponderar que qualquer pessoa possa, ao longo da vida, apresentar problemas de saúde mental de maior ou menor gravidade, de forma que o cuidado com a saúde mental deveria ser feito de forma preventiva e contínua, seja pelo Estado ao proporcionar as condições de acesso a saúde, seja pelo próprio indivíduo ao ir ao encontro delas.

Diante da significância e relevância do tema "saúde mental" a Organização Mundial de Saúde (OMS) dedicou o ano de 2001 à saúde mental com o tema "Cuidar sim, excluir não" e ressaltou que, uma em cada quatro famílias tinha pelo menos um membro que sofria de um transtorno mental ou comportamental. A abrangência deste achado pode ser vislumbrada ao se considerar o impacto pessoal, familiar, social e financeiro que estes transtornos podem ocasionar.

A própria OMS (2001) ressaltou que para o individuo portador de sofrimento mental, além do sofrimento gerado pelos sintomas, pode haver também o de sentirem-se incapacitados para exercerem atividades laborativas e de lazer e de, muitas vezes, sentirem-se discriminados. Quanto à família esta pode se ver na incumbência de proporcionar apoio físico, emocional e financeiro, lidar com o impacto negativo da estigmatização, podendo também passar por privações sociais e econômicas devido a incapacidade para o trabalho de alguns portadores de sofrimento mental.

Os custos sociais também foram avaliados, neste mesmo ano pela OMS, através da metodologia de anos de vida ajustados em função de invalidez demonstrou que das dez condições de saúde (físicas e mentais) que causam incapacidade, cinco são mentais: a depressão, alcoolismo, distúrbio bipolar, esquizofrenia e distúrbios obsessivo-compulsivo.

Andrade (1999) já havia verificado dados semelhantes ao deste relatório apontando que os transtornos e problemas relacionados com a saúde mental têm se tornado a principal

causa de incapacitação, morbidade e morte prematura. E Moreno e Moreno (1999) haviam ressaltado que as doenças mentais, via de regra, seriam transtornos crônicos que poderiam durar a vida inteira, mas ser controlados em larga escala.

Os transtornos mentais podem se apresentar de formas diversas, sendo também diversas as patologias inseridas neste grupo. Estes transtornos podem envolver alterações do pensamento, das emoções e do comportamento sendo causados por interações complexas entre influências físicas, psicológicas, culturais e hereditárias e, após sua instalação o cuidado a ser adotado será, logicamente, a nível de tratamentos especializados, que visem a cura ou, em casos de cronificação da doença, o manejo de sintomas.

Dentre os transtornos mentais, a depressão tem merecido destaque na mídia, com várias matérias veiculadas em jornais, revistas, internete e programas de televisão que conferem a ela a condição de "A Doença do Século", devido a freqüência com que ela parece ser encontrada na população em geral. Havendo também, a possibilidade de uma banalização deste quadro devido à indiscriminação com que a palavra depressão pode ser usada, para muitas vezes, expressar momentos nos quais o indivíduo se sinta triste ou desanimado, mas que não se configure como uma patologia. Sendo necessário a diferenciação entre um episódio de tristeza e depressão, já que esta última é uma doença e por isso exige um tratamento adequado.

No âmbito científico que se utiliza rigor apropriado para a definição de um quadro psicopatológico, a depressão tem sido considerada como uma condição médica freqüente, crônica e recorrente, que comumente, se associa a incapacitação funcional e limitação da atividade e bem-estar do indivíduo (FLECK et al., 2003; TANAJURA et al., 2002; LIMA, 1999).

O já citado relatório da OMS conferiu à depressão o quarto lugar entre as 20 doenças de maior AVAI (anos de vida perdidos por morte prematura e por incapacidade). O AVAI avalia o desnível de saúde combinando a informação relativa ao impacto da morte prematura e a relativa a outros problemas de saúde incapacitantes, mas, não mortais. A projeção para os próximos 20 anos seria que a depressão viesse a alcançar o segundo lugar entre as doenças de maior AVAI. A depressão rouba mais anos de vida útil nos EUA do que a guerra, o câncer e a AIDS juntos. O custo *per capita* anual de cada cidadão deprimido nos EUA é de seis mil dólares. No Brasil não foram encontradas estimativas acerca do custo social desta doença, o que pode demonstrar a fragilidade na construção de indicadores nacionais a este respeito.

Segundo Rodrigues (2000), a depressão deveria ser diagnosticada pelo psiquiatra a partir da presença de determinados sintomas que se manifestam numa certa duração,

freqüência e intensidade. De acordo com esta autora, manuais psiquiátricos mundialmente reconhecidos e atualmente em vigor como Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV e o CID-10 - Código Internacional das doenças, reservam um item dentro da nosografia - "Transtornos do Humor" (DSM-IV) ou "Transtornos Afetivos" (CID-10) – para designar aquilo que se costuma chamar de depressão ou doenças depressivas.

Diante do diagnóstico se faz necessário a programação de um plano terapêutico. A literatura converge em afirmar que o tratamento deve ser entendido de uma forma globalizada levando em consideração o ser humano como um todo incluindo dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Desta forma a terapêutica deveria abranger todos esses pontos e utilizar a psicoterapia, mudanças no estilo de vida e a terapia farmacológica, sendo esta última fonte geradora de muitos estudos (SOUZA, 1999; RODRIGUES, 2000; LIMA; SOUGEY; VALLADA FILHO, 2004; TENGI; HUMES; DEMETRIO, 2005).

O tratamento apropriado implicaria o uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais de forma clinicamente significativa, equilibrada e bem integrada (OMS, 2001). A efetivação de tratamento adequado tenderia a diminuir os sintomas e possibilitar a cura (FLECK et al., 2003; TENGI; HUMES; DEMETRIO, 2005; SOUZA, 1999).

Em contraste a assinalamentos encontrados na literatura relativos a danosa inserção dos sintomas depressivos na vida do indivíduo, bem como a importância de tratamento especializado para o combate dos mesmos, a adesão à terapêutica para depressão foi considerada como um dos maiores problemas no tratamento da depressão (PAMPALLONA, 2002; GEORGE et al., 2000, BULTMAN; SVARSTAD, 2000).

Autores como Leite e Vasconcelos (2003), Milstein-Moscati et al., (2000) consideraram a adesão a tratamentos como estratégia fundamental para manejo de enfermidades em geral, facilitando a possibilidade da cura da doença ou levando a uma melhor qualidade de vida nos casos de doenças crônicas mediante a minimização de sintomas.

Assim sendo, a falta de adesão ao tratamento tem movido esforços de pesquisadores e clínicos que se vêm às voltas com esta condição, de forma que, a não adesão a tratamentos diversos pode ser considerada como um grave problema de saúde pública, levando, muitas vezes, à exacerbação de sintomas, a cronificação de doenças e a altos custos despendidos com tratamentos que se tornam, muitas vezes, ineficazes.

Entender sob quais bases se dão as escolhas por realizar ou não um tratamento induz a reflexão sobre a complexidade do comportamento humano. Assim considerando, este estudo se propõe a tomar como aspecto principal, a compreensão do indivíduo sobre fatores que

poderiam contribuir positivamente ou negativamente na adesão ao tratamento medicamentoso para depressão, aliando, assim, dois grandes problemas de saúde pública – a depressão e a não-adesão ao tratamento.

1. 1 Depressão

A vida moderna pautada pela necessidade cada vez mais insistente da busca pela sobrevivência num ambiente, muitas vezes, ameaçador, competitivo e hostil, juntamente com o distanciamento entre as pessoas diante do imperativo do individualismo, das dificuldades de relacionamento interpessoal e da busca inquietante por segurança pode estar influenciando o aparecimento de condições clínicas e, especialmente, transtornos mentais com destaque para os depressivos.

Pereira (1998) assinalou que a vida atribulada com as rápidas mudanças sócio-econômicas das últimas décadas poderia gerar no homem uma série de problemas e relacionou o aumento de doenças mentais a essas mudanças.

Bahls (2000) considerou que o ser humano apresenta flutuações do afeto em resposta a situações em seu cotidiano. Como resposta às vicissitudes da vida, os sentimentos de tristeza, frustração e desânimo são freqüentes. Segundo o autor, as pessoas costumam, normalmente, experimentar uma larga variedade de sentimentos e um vasto repertório de expressões afetivas, e algumas dessas respostas afetivas podem assumir um caráter inadequado, patológico, seja em relação a intensidade, duração ou circunstâncias desencadeadoras, caracterizando, desta forma, a ocorrência de um transtorno de humor ou afetivo.

Este capítulo objetiva destacar dos estudos gerais referentes à depressão, aspectos relevantes para o melhor entendimento da adesão a terapêutica medicamentosa nesta enfermidade. Sendo assim, considerar-se-á a definição da doença, sua prevalência e conseqüências desta inserção, diagnóstico, fatores associados com o aparecimento da doença e tratamento. À adesão à terapêutica antidepressiva será destinado um capítulo que visa tratar de forma mais aprofundada esta questão por se tratar do objeto deste estudo.

1.1.1 Depressão: definição

A palavra depressão vem do latim *depremere* que significa pressionar para baixo. Na denotação mental indicaria o rebaixamento do estado de espírito de pessoas padecendo de alguma doença (MELEIRO, 2005).

Kaplan e Sadock (1997) caracterizaram a depressão como um episódio patológico no qual podia haver perda de interesse ou prazer, distúrbios do sono e apetite, retardo motor, sentimento de inutilidade ou culpa, distúrbios cognitivos, diminuição da energia e pensamentos de morte e suicídio.

Conforme já salientado são dois os principais manuais utilizados para a realização do diagnóstico. No DSM- IV (1995), os Transtornos do Humor estão classificados em: Transtorno Depressivo Maior (Único ou Recorrente), Transtorno Distímico (Precoce ou Tardio, de acordo com o tipo de início), Transtorno Depressivo sem outra especificação, além dos Transtornos Bipolares.

No CID- 10 – manual diagnóstico da OMS (1993) – utilizado pelos psiquiatras lotados no Centro de Saúde Mental (CSM) para efetuação do diagnóstico dos pacientes que procuram por este serviço de saúde, no item Transtorno de humor (afetivo), estão inseridos, dentre outros transtornos, os transtornos depressivos. Os transtornos depressivos estão subdivididos, de acordo com este manual, entre Episódio Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente. Episódios Depressivos podem ser classificados em leve, moderado ou grave, de acordo com o número, intensidade e importância clínica dos sintomas. O Transtorno Depressivo Recorrente se caracteriza pela repetição de episódios de depressão como especificada no episódio depressivo (leve, moderada, grave) sem histórias de episódios independentes de elevação do humor e hiperatividade que preencham os critérios para mania.

Para Del Porto (2000), os Episódios Depressivos leves e moderados podem ser classificados de acordo com a presença ou ausência de sintomas somáticos, e os Episódios graves subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos. O Transtorno Depressivo Recorrente obedeceria às mesmas subdivisões descritas para o primeiro.

Para esclarecimento das gradações utilizadas no manual recorre-se à Souza, Fontana e Pinto (2005) que assim explicam:

• Leve: a sintomatologia não atrapalha tanto o dia-a-dia do paciente, que percebe que suas atividades já não trazem tanto prazer e satisfação, mas, que com um pouco mais de determinação e sacrifício pode manter de forma razoável suas atividades habituais.

• Moderada: o quadro já traz dificuldades na manutenção da vida diária, há percepção da necessidade de maior empenho para manter as atividades. A pessoa já não consegue manter-se bem e passa a ter pouca satisfação com eventos outrora agradáveis.

• Grave: há grande limitação da pessoa que pode chegar à uma condição de estupor. Nesta intensidade os impedimentos são maiores, levando a uma incapacitação, que muitas vezes, torna-se permanente, além do que de 15 a 20% dos doentes, aproximadamente, apresentam alguma conduta suicida.

Considera-se que em episódios depressivos típicos o indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse, prazer e energia reduzida levando a uma fragilidade aumentada e atividade diminuída. Cansaço marcante após esforços apenas leve é comum. Além de sintomas como: concentração e atenção reduzidas, auto-estima e autoconfiança reduzidas, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado, apetite diminuído. Essas categorias, segundo o manual devem ser usadas somente para o primeiro episódio depressivo, os episódios posteriores devem ser classificados sob uma das subdivisões de transtorno depressivo recorrente (CID-10, OMS, 1993).

Dalgalarrondo (2000) apontou que, do ponto de vista psicopatológico, os quadros depressivos possuíam como elemento central o humor triste, entretanto, advertiu que, uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos a autovaloração, à volição e à psicomotricidade podiam caracterizar este quadro mental.

Entre os sintomas afetivos o autor considerou: tristeza, melancolia; choro fácil e/ou freqüente; apatia (indiferença afetiva); sentimento de falta de sentimento; sentimento de tédio, de aborrecimento crônico; irritabilidade aumentada (ruídos, pessoas, vozes); angústia ou ansiedade; desespero e desesperança.

As alterações na esfera instintiva e neurovegetativa giram em torno de: fadiga, cansaço fácil e constante; desânimo, diminuição da vontade; insônia ou hipersonia; perda ou aumento do apetite; constipação, palidez, pele fria com diminuição do turgor; diminuição da libido; diminuição da resposta sexual (disfunção erétil, orgasmo retardado ou anorgasmia); anedonia (incapacidade de sentir prazer em várias esferas da vida).

Alterações ideativas como: ideação negativa, pessimismo em relação a tudo; idéias de arrependimento e de culpa; ruminação com mágoas antigas; visão de mundo marcada pelo tédio; idéias de morte, desejo de desaparecer, dormir para sempre; ideação, planos ou atos suicidas podem se fazer presentes, segundo o citado autor.

As alterações cognitivas mencionadas por Dalgalarrondo (2000) seriam: déficit de atenção e concentração; déficit secundário de memória, dificuldade de tomar decisões; e pseudodemência depressiva. Já os sentimentos de baixa auto-estima, de insuficiência e incapacidade, de vergonha e autodepreciação constituem, segundo o autor, as alterações da autovaloração.

Como alterações da volição e da psicomotricidade, o mesmo autor apontou: tendência a permanecer na cama por todo o dia, aumento na latência entre perguntas e respostas, lentificação psicomotora, estupor hipertônico ou hipotônico, diminuição da fala, redução da voz, fala muito lentificada, mutismo e recusa à alimentação e à interação pessoal.

Kaplan e Sadock (1997) alertaram que esta condição clínica caracterizava-se pela perda do senso de controle e uma experiência subjetiva de grande sofrimento. E, se faz necessário observar que, além da diversidade de sintomas que podem se fazer presentes, conforme apontou Silva (2001), o indivíduo que vivencia um transtorno depressivo, muitas vezes, luta não só contra a angústia que ele provoca, mas também contra o preconceito, pois, em geral, não é visto como doente, e sim como fraco, chegando a limites como “ou é loucura ou é frescura” (SILVA, 2001, p. 14).

Souza, Fontana e Pinto (2005) consideraram que um dos aspectos que mais incomodam a pessoa deprimida seria a falta de compreensão e do entendimento mostrado por outras pessoas, que muitas vezes, sugerem a compra de um vestido novo, a busca por um namorado como estratégias, para afastar a depressão. Outras posturas podem ser sentidas como agressão ou dúvida da existência de sofrimento como falas onde preponderam a não aceitação da depressão como doença relacionando-a à falta de vontade da pessoa, falta de ocupação ou falta de esforço pessoal.

No que diz respeito à relação do paciente com ele mesmo e com a doença pode se tornar difícil lidar e interpretar os sintomas, aos quais, pode se passar a considerar como fraqueza de caráter, castigo de Deus, e até mesmo, ao não encontrar um nexo causal claro que lhe justifique motivos para o tipo de sintomas, se chegar a um sentimento de ingratidão em relação à vida, aumentando os níveis de culpa, já muito presentes neste quadro (SOUZA; FONTANA; PINTO, 2005).

1.1.2 Depressão: prevalência e custos

A depressão tem sido avaliada como o transtorno afetivo mais comum, com alta prevalência, possibilidade de recorrência e cronicidade (HORIMOTO; AYACHE; SOUZA, 2005; HEXSEL, 2004; FLECK, et al., 2003; DALGALARRONDO, 2000), que pode afligir parcela considerável da população, independente de sexo, idade ou etnia (SOUZA; FONTANA; PINTO, 2005).

A doença depressiva vem sendo apontada como um grave problema de saúde pública e relacionada à elevados custos sociais e risco de suicídio (HORIMOTO; AYACHE; SOUZA, 2005; HEXSEL, 2004; MACHADO, 2003). Souza; Fontana e Pinto (2005) situaram a depressão como o fator de maior prejuízo pessoal, funcional e social da atualidade. No dizer de Silva (2001, p. 18) a depressão "é apontada como uma das epidemias do século".

Segundo dados da OMS a depressão foi em 2001 a segunda doença mais comum na população do planeta acometendo cerca de 340 milhões de pessoas no mundo todo, havendo estimativa de que, entre 1990 e 2010, o número de pessoas sofrendo deste transtorno aumentaria de 20 para 35 milhões na América Latina e Caribe. Quanto aos anos de vida perdidos por morte prematura e por incapacidade, foi estimado que a depressão passasse do quarto lugar em 1990 para o segundo lugar em 2020, perdendo somente para as doenças do coração.

Em relação à incidência deste transtorno – número de novos casos de doença que surgem em uma população em risco de adoecer, em um determinado tempo – Lima (1999), afirmou que, em geral, eram escassos os dados de incidência de transtornos mentais. O autor, no mesmo ano, citou um estudo que verificou incidência anual de depressão maior nos Estados Unidos de 1,59%, e um estudo sueco que mostrou uma incidência anual de depressão de 0,43% em homens e 0,76% em mulheres.

Quanto à prevalência deste transtorno, Katon (2003) assinalou que a depressão era uma síndrome psiquiátrica de alta prevalência na população em geral, estimando que ela atingisse entre 3% e 5% desta. Em populações clínicas a incidência seria maior, sendo encontrada em 5% a 10% dos pacientes ambulatoriais e 9% a 16% dos pacientes internados.

Para o contexto nacional, Almeida - Filho et al. (1992) em um estudo multicêntrico verificaram taxa de prevalência de 2,8% na cidade de Brasília, 10,2% em Porto Alegre e 1,9% na cidade de São Paulo. Andrade et al. (1999) verificaram, na área de captação do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP (área geográfica 10,5 Km² e população de 91276 habitantes de

acordo com censo do IBGE de 1991), que 16,6% da amostra de 1464 pessoas, já haviam apresentado transtorno depressivo ao longo da vida e que 6,7% o haviam apresentado no ano anterior, tendo as mulheres, duas vezes mais chances que os homens de apresentar algum transtorno deste tipo. De acordo com Valentini et al. (2004), estimava-se que entre 2% e 12% dos indivíduos no Brasil apresentariam depressão no seu ciclo de vida.

Em relação ao gênero, as mulheres parecem estar mais propensas ao desenvolvimento da doença. Bahls (2000) salientou que o risco de depressão maior durante a vida, em amostras comunitárias, tem variado de 10 a 25% para as mulheres e de 5 a 12% para os homens. Fleck et al. (2003) consideraram que a depressão seria duas a três vezes mais freqüente em mulheres que em homens, mesmo considerando estudos realizados em diferentes países. Em possível explicação para esta variação referente ao gênero, Teng, Humes e Demétrio (2005) ressaltaram que além da contribuição de fatores socioculturais era inegável a importância de hormônios femininos como o estrógeno e a progesterona na gênese desta vulnerabilidade.

Já em relação às taxas de prevalência de depressão, encontradas no contexto primário de atenção à saúde, Valentini et al. (2004) afirmaram que os índices nacionais seriam mais altos neste contexto, verificando, em estudo conduzido no Rio de Janeiro em quinze centros de atenção primária uma prevalência de 29,5% para transtornos depressivos.

Entre pacientes hospitalizados em hospital geral, Tanajura et al. (2002) verificaram que a prevalência do transtorno depressivo foi de 51,5% entre pacientes clínicos, cirúrgicos e com neoplasias.

A respeito dos custos, Hexsel (2004) apresentou a depressão como uma doença situada na classe daquelas mais onerosas para a sociedade devido a sua alta prevalência e cronicidade, idade precoce de início e por muitas vezes, resultar em severa incapacitação, levando a um substancial impedimento na capacidade de cuidar de si e de atividades cotidianas, bem como a fatalidade do suicídio. Neste sentido o Relatório da OMS (2001) considerou, àquela época, a depressão como a maior causa de incapacitação para o trabalho, em relação ao número de dias perdidos, levando a um impacto socioeconômico muito alto. E Nunes (1990) estimou em 15% a proporção de pessoas deprimidas que realizam alguma conduta suicida.

O conhecimento da prevalência, dos custos pessoais, sociais e financeiros da depressão bem como da alusão de autores diversos que consideram a relevância do subdiagnóstico para esta patologia conduzem a observação do próximo item.

1.1.3 Depressão: diagnóstico

Todas as pessoas passam por momentos nos quais se sentem tristes, sozinhas, desamparadas ou infelizes, sem que isso se configure em um quadro de psicopatologia, podendo a pessoa estar experimentando um sentimento absolutamente compreensível. A depressão é uma doença e pode acometer qualquer pessoa, porém, é diferente de tristeza – "um sentimento que existe na vida psíquica de todos. Estar deprimido é mais do que se sentir triste ou de luto após uma perda" (MORENO, 1999).

Em detrimento da possível confusão referente à denominação "depressão", esta doença tem sido considerada como um grave problema de saúde pública, que ainda traz algumas dificuldades referentes ao seu diagnóstico e manejo, seja relativo à procura do paciente por tratamento, à precisão diagnóstica, a adequação da prescrição e a observação da mesma pelos pacientes.

Autores como Fleck et al., 2003; Souza, Fontana e Pinto, 2005; Tanajura et al., 2002; Valentini et al., 2004, sublinharam que, apesar da alta prevalência, dos altos custos sociais diante da incapacitação que pode produzir e do aumento das taxas de internações, esta doença pode estar sendo subdiagnosticada e também subtratada em cuidados primários e outros serviços médicos gerais. Entretanto, é delicada a questão da importância do diagnóstico e tratamento desta doença, haja vista a consideração de Robinson (2003) a respeito das evidências de que o tratamento antidepressivo pode prevenir episódios futuros, melhorar a recuperação e diminuir a mortalidade.

A este respeito, Fleck et al. (2003) verificaram, em revisão bibliográfica, que de 30% a 50% dos casos de depressão não foram diagnosticados em serviços de cuidados primários e outros serviços médicos gerais.

Teng, Humes e Demétrio (2005) ressaltaram a relevância do subdiagnóstico, salientando ainda, que, quando corretamente diagnosticada, a depressão seria, muitas vezes tratada de forma inadequada, com subdoses de medicamentos e manutenção de sintomas residuais que comprometem a evolução clínica do paciente.

Aos possíveis motivos para subdiagnóstico e subtratamento da depressão associou-se: a) preconceitos do paciente em relação ao diagnóstico de depressão - a idéia de que a depressão não é uma condição médica, sendo percebida como uma reação normal que não necessita de tratamento (TANAJURA et al., 2002; VALENTINI et al., 2004; SOUZA; FONTANA; PINTO, 2005), como um castigo, ou como fraqueza de caráter (SOUZA;

FONTANA; PINTO, 2005); b) descrença do paciente em relação ao tratamento (FLECK et al., 2003); c) fatores relacionados aos médicos, incluindo a "falta de treinamento, a falta de tempo, descrença em relação à efetividade do tratamento, reconhecimento apenas dos sintomas físicos da depressão, identificação dos sintomas de depressão como uma reação 'compreensível'" (FLECK et al., 2003, p.115), minimização do sofrimento alheio e tecnologização dos diagnósticos (SOUZA; FONTANA; PINTO, 2005).

A respeito destes fatores, pode-se acrescentar autores como Botega (1996 apud MACHADO, 2003) que destacou a presença de preconceitos sociais em relação à depressão e a tratamentos mentais como um fator a contribuir para o subdiagnóstico. E Manber et al. (2003) que salientaram que a maneira pela qual os indivíduos percebem suas doenças possui impacto em muitos aspectos de suas experiências, incluindo a probabilidade de procurar ajuda, a natureza particular da ajuda que pode ser procurada, o grau de aderência ao tratamento prescrito, e a probabilidade da resposta para tal tratamento.

Considerar que o subdiagnóstico pode se dar em importante escala, leva à inferência de que a prevalência deste transtorno na população brasileira seria aumentada caso diagnósticos mais precisos fossem realizados e, também à consideração de que o sofrimento causado pelos sintomas, a possível contaminação nas relações sociais e os altos custos devido à incapacitação continuam sendo questões que necessitam de solução.

1. 1. 4 Depressão: fatores causais.

De acordo com Meleiro (2005), a depressão apresenta uma etiologia multifatorial, na qual fatores genéticos, neuroquimícos e ambientais devem ser considerados em sua gênese. "A vulnerabilidade para a doença está associada com fatores genéticos, fatores ambientais, suporte social, trauma, adaptações no desenvolvimento e variações hormonais" (MELEIRO, 2005 p. 27).

Assim, a doença depressiva tem sido estudada sob vários enfoques. Lafer e Vallada Filho (1999); Lima, Samaia e Vallada Filho (2000) destacaram o componente genético da doença. Estudiosos como Lafer e Vallada-Filho, (1999); Meleiro (2005), e Rozenthal, Laks e Engelhardt (2004) destacaram a relevância do fator neuroquímico na fisiopatologia da depressão. Em relação aos fatores sociais relaciona-se o estresse psicossocial (KAPLAN; SADOCK, 1997; JOCA; PADOVAM; GUIMARÃES, 2003) e o relacionamento familiar e

grau de psicopatologia da família (GILL; COFFEY; PARK, 2000). O estado de saúde geral do indivíduo também poderia atuar como agente causal da doença depressiva conforme consideraram Teng, Humes e Demétrio (2005). Aspectos psicológicos também foram enfatizados na etiologia das doenças depressivas (ZAVASCHI et al., 2002; DALGALARRONDO, 2000). Entretanto, considerando que os fatores etiológicos da depressão não se constituem em objeto de estudo da presente pesquisa, optou-se apenas por esta breve referência, de forma a não ater-se na pormenorização dos mesmos.

1.1.5 Depressão: tratamentos

Este subtópico fará alusão aos tipos de tratamentos antidepressivos disponíveis já estudados e avaliados em relação a sua eficiência e efetividade no tratamento de portadores desta doença destacando o tratamento medicamentoso, ao qual será dado maior ênfase, por ser este o recorte utilizado para observação no presente estudo.

A terapêutica antidepressiva tende a comportar e propiciar cuidados que consideram a multiplicidade de fatores inter-relacionados ao processo depressivo. Conforme já salientado o tratamento deve considerar a complexidade do humano e, assim, prover medidas que compreendam a dimensão biológica, psicológica e social da pessoa que apresenta este quadro psicopatológico. Neste sentido, Souza (1999) afirmou que incluir as dimensões biológicas, psicológicas e sociais significaria que a terapêutica abrangeria tanto a psicoterapia, como mudanças no estilo de vida e a terapia farmacológica.

De forma inicial, destaca-se Souza (1999) que advertiu que o tratamento deve ser realizado com o paciente e não para o paciente. Esta compreensão vai ao encontro da hoje discutida participação do paciente no tratamento que inclui a escolha, mediante orientação profissional, da terapia a ser iniciada. A este respeito Fawcet (1995) ressaltou a importância de se discutir com o paciente, alternativas de tratamento para que este adira ao tratamento. Van Schark (2004) enfatizou a importância de se considerar a preferência dos pacientes por determinada terapêutica, mediante o provimento de informações e esclarecimentos, entendendo que esta preferência influenciaria na decisão por dar continuidade a determinado tratamento.

Encontram-se disponíveis, atualmente, diversos tipos de tratamento para depressão, que podem ser realizados em assistência ambulatorial e hospitalar. Entre as opções de

tratamento, de acordo com Silva (2001), podiam-se incluir os medicamentos (como os antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoaminoxidase, inibidores seletivos da recaptação de serotonina), as psicoterapias, e os exercícios dirigidos a eletroconvulsoterapia.

A estimulação magnética transcraniana é um recurso que também vem sendo utilizado com resultados positivos no tratamento da depressão (ROSA, 2003; BOECHAT-BARROS; BRASIL-NETO, 2004; FREGUENIL; PASCUAL-LEONI, 2001).

- **Psicoterapia**

Em consideração à concepção de que a depressão afeta a pessoa como um todo não se restringindo apenas ao aspecto físico e apreciando dados da literatura pertinente que concebem os aspectos da personalidade e problemas atuais ou passados como relacionados à depressão, a psicoterapia tem sido avaliada como importante estratégia no tratamento da depressão.

Fleck et al. (2003) afirmaram que estudos controlados mostraram que a psicoterapia cognitiva, a psicoterapia interpessoal e a psicoterapia de soluções de problemas foram efetivas no tratamento de episódios depressivos com intensidade leve ou moderada.

Gerson et al. (1999) analisando estudos que comparavam a eficácia da medicação antidepressiva em relação à psicoterapias, verificaram que existiam dados indicativos de que a psicoterapias comportamental – cognitivista, comportamental e psicodinâmica eram significativamente melhores que terapias placebo.

Gloaquen et al. (1998) verificaram, mediante meta-análise, que a terapia comportamental foi eficaz no tratamento de depressão moderada e que preveniu recaídas a longo prazo.

Mynors-Wallis et al. (2000) ao comparar a eficácia da terapia de solução de problemas aliada à medicação antidepressiva no manejo da depressão em cuidados primários, concluíram que a terapia de solução de problemas foi efetiva no tratamento de transtornos depressivos, especialmente naqueles de moderada severidade, no contexto de cuidados primários de saúde. Rozenthal, Laks e Engelhardt (2004) também verificaram que esta modalidade psicoterapêutica foi eficaz na redução dos sintomas depressivos e na melhora do desempenho em atividades da vida diária.

Wampold et al. (2002) realizaram revisão de estudos que comparavam a eficácia da terapia cognitiva com outras terapias e verificaram uma similaridade entre os resultados benéficos da terapia cognitiva e das outras terapias, não constatando a superioridade da

primeira em relação às outras, conforme achados referentes a outras meta-análises consideradas pelos autores.

Parece haver convergência de opiniões a respeito da complementaridade entre o tratamento farmacológico e psicoterapêutico para depressão. O que pode ser reforçado e reforçar a postura do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) português, ao afirmar que o tratamento de primeira linha para a maioria dos doentes com depressão consistia em medicação antidepressiva e psicoterapia (INFARMED, 2002).

Trevisan (2004) afirmou que havia demonstração científica de que a psicoterapia fosse um componente essencial na resposta terapêutica na depressão e que a abordagem combinada entre fármacos e psicoterapia se constituíam em prática comum e positiva, principalmente em pacientes com formas mais crônicas e complexas da doença.

Teng, Humes e Demétrio (2005) também, reafirmaram a utilidade da avaliação psicológica e psicoterapia para depressão em associação ao tratamento medicamentoso. De acordo com estes autores, a psicoterapia melhoraria a compreensão da doença podendo facilitar a adesão ao tratamento biológico proposto, tendo efeitos sobre o humor, promovendo melhora direta do ânimo e da vontade de viver.

- **Eletroconvulsoterapia (ECT)**

A eletroconvulsoterapia (ECT) foi considerada como excelente opção de tratamento, desde que, administrada de forma ética com anestesia, pessoal treinado e ambiente apropriado, especialmente no tratamento de depressões graves com risco de suicídio, com características psicóticas e em grávidas (SOUZA, 1999).

Segundo Rosa (2003), a eletroconvulsoterapia se constitui em método consagrado para o tratamento da depressão, sendo na atualidade, extremamente seguro e com mínimo de desconforto para o paciente.

Esta técnica foi aprimorada, com o desenvolvimento de aparelhos sofisticados, uso de anestesia, oxigenação, relaxamento muscular e monitorização eletrônica da convulsão, e, apesar, do estigma ainda existente, há o reconhecimento de que seja uma técnica eficaz e segura, capaz de salvar vidas em certos transtornos em que outras intervenções tiveram pouco ou nenhum efeito.

A ECT tem sido indicada como tratamento de primeira linha para quadros nos quais haja risco iminente de suicídio, desnutrição séria, presença de sintomas catatônicos, presença de sintomas psicóticos graves ou de extrema agitação e em situações em que outros

tratamentos são arriscados devido aos seus efeitos colaterais. Desta forma, a ECT tem sido considerada como o tratamento mais eficaz existente para os quadros de depressão grave, e, de acordo com Rosa (2003), ensaios clínicos e estudos comparativos demonstraram que ela é eficaz em todos os tipos de depressão maior.

Como possíveis fatores limitantes da abordagem estão a necessidade da indução anestésica e os efeitos colaterais comumente encontrados como cefaléia e alterações cognitivas, especialmente relativas à memória (ROSA, 2003).

- **Estimulação Magnética Transcraniana (EMT)**

A estimulação magnética transcraniana tem sido pesquisada no tratamento de transtornos depressivos, como tratamento único ou como tratamento coadjuvante para a potencialização da medicação antidepressiva (ROSA, 2003). E tem se mostrado útil como forma terapêutica para esta doença (BOECHAT-BARROS; BRASIL-NETO, 2004).

Segundo Boechat-Barros e Brasil-Neto (2004), a técnica utiliza um aparelho que produz um campo eletromagnético, rapidamente variável no tempo, o qual é conduzido por meio de uma bobina que entra em contato com o couro cabeludo da pessoa. Este campo magnético atravessa o crânio, estimulando uma área cortical próxima através da indução de cargas elétricas no parênquima cerebral. Estes estímulos são capazes de alterar a atividade neuronal e modificar o humor (ROSA, 2003).

De acordo com Rosa (2003), existem dois tipos principais de EMT, a Estimulação Simples (EMT) e a Estimulação repetitiva ou de repetição (EMTr), podendo esta última ser rápida (quando o estímulo tem uma freqüência maior que 1 HZ) ou lenta (freqüência até 1 HZ).

Em relação ao uso destes tipos de estimulação magnética, Boechat-Barros e Brasil-Neto (2004) afirmaram que, o uso da estimulação magnética de alta freqüência aumentava o fluxo sanguíneo cerebral na área, com conseqüente aumento da atividade cerebral, e que a de baixa freqüência, por seu turno, diminuía a freqüência cerebral.

A EMT pode atuar na depressão balanceando a assimetria inter-hemisférica entre o lobo pré-frontal esquerdo e direito, observada na depressão maior, podendo ser considerada um tratamento não-convulsivo para a depressão farmacologicamente resistente (FREGNIL; PASCUAL-LEONE, 2001).

Boechat-Barros e Brasil-Neto (2004) verificaram que a EMT aplicada duas vezes por semana, concomitante ao uso de medicação foi eficaz no tratamento para depressão.

Rosa (2003) comparando a eficácia da ECT com a EMTr, verificou que ambas tiveram eficácia semelhante e se mostraram benignas não havendo nenhum efeito cognitivo (na esfera intelectual ou na memória) importante e nenhuma complicação durantes as aplicações.

Como contra-indicações a esta intervenção, Rosa (2003) acentuou que pacientes que sofreram algum tipo de neurocirurgia e especialmente aqueles que tinham algum clipe metálico que pudesse desalojar ou aquecer e pacientes que portem algum aparelho biomédico como marca passo, devido ao risco de interferir no funcionamento do aparelho não devem se submeter ao procedimento.

- **Tratamento medicamentoso**

Desde 1950 consistentes evidências têm sido obtidas acerca da efetividade do tratamento farmacológico nas depressões. Os medicamentos antidepressivos têm reduzido a morbidade e melhorado o desfecho clínico de milhares de casos de depressão em todo o mundo (LIMA; SOUGEY; VALLADA-FILHO, 2004).

As medicações antidepressivas tem sido consideradas eficazes no tratamento de todos os graus da depressão, melhorando os sintomas ou eliminando-os (FLECK et al. 2003; MARQUES, 2000), auxiliando na manutenção e prevenção de recorrência; em qualquer ambiente de tratamento e em pacientes com ou sem doença física concomitante (MARQUES, 2000).

Os medicamentos antidepressivos podem ser classificados em: Tricíclicos (ADTs), inibidores da mono-amino-oxidase (IMAOs), inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) e inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina. Esta classificação, de acordo com Souza (1999), tem sido baseada no neurotransmissor / receptor envolvido em seu mecanismo de ação.

Os antidepressivos tricíclicos surgiram na década de 1940, sendo sintetizados a partir da cloropromazina, um antipsicótico, apresentando uma estrutura química com três anéis de onde deriva a designação de tricíclicos. Estas moléculas, eficazes no tratamento de várias perturbações depressivas do humor, inibem de forma não seletiva a recaptação da noradrenalina e da serotonina, além de interferirem com receptores para vários outros neurotransmissores (INFARMED, 2002). Têm sido o padrão-ouro de eficácia antidepressiva, porém são responsáveis por vários efeitos colaterais como: hipotensão ortostática, boca seca, tremores, constipação, taquicardia, diminuição da pressão arterial sistólica ao levantar, bem como, efeitos cognitivos, especialmente prejuízos na memória (SCALCO, 2002).

Os IMAOs, apesar de serem considerados eficazes como antidepressivos, têm uma difícil utilização clínica devido ao risco de crises hipertensivas quando a dieta adequada não é rigorosamente seguida, além de incômodos efeitos colaterais como hipotensão ortostática, diarréia, edema periférico, taquicardia e ansiedade.

Os ISRS estão incluídos entre os antidepressivos de 2ª geração representados pela fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina e sertralina, que apresentam como característica farmacológica principal, a inibição seletiva e potente da recaptação de serotonina (HORIMOTO; FONTÃO; PINTO, 2005). São geralmente bem tolerados e isentos de risco em cardiopatas. Seus efeitos adversos mais comuns resultam do próprio bloqueio da recaptação de serotonina: náuseas, vômitos, diarréia, insônia, ansiedade, agitação, acatisia, tremor, ganho de peso, a disfunção sexual e o distúrbio do sono cefaléia (SCALCO, 2002).

Outra classe mais recente de antidepressivos é a dos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e da Noradrenalina (venlafaxina) que também são desprovidos de afinidade para receptores, resultando de um esforço no sentido de aperfeiçoar cada vez mais a ação em sítios receptores determinantes da eficácia clínica, evitando aqueles responsáveis pelos efeitos colaterais, eles minimizam as reações adversas a nível do SNC e do aparelho cardiovascular.

Independente da classe onde se insiram, os antidepressivos produzem uma melhora dos sintomas, em torno de 60% a 70% no intervalo de um mês (SOUZA, 1999). Todas as classes de antidepressivos têm eficácia similar para a maioria dos pacientes deprimidos (FLECK et al., 2003; MARQUES, 2000; SOUZA, 1999), porém, há variação nos efeitos colaterais e potencial de interações com outras medicações, e estas variações devem ser observadas, assim como o risco de suicídio, a tolerabilidade, a presença de outros distúrbios clínicos, custos e danos cognitivos, na escolha do antidepressivo (FLECK et al., 2003; MARQUES, 2000; SOUZA, 1999).

Em relação ao tempo de resposta, Marques (2000) considerou que todas as classes de antidepressivos apresentam uma latência de duas a quatro semanas para resposta, sendo considerado como de longa duração o tratamento de pacientes deprimidos.

Zajecka (2000) apontou que muitos pacientes com depressão maior requeriam tratamentos de longo prazo e alguns necessitavam de tratamento por toda a vida. Sendo comum a denominação da depressão como doença crônica e recorrente (SOOD, 2000; CASSANO; FAVA, 2002; KELLER, et al., 2002; FLECK et al., 2003; SOUZA; FONTANA; PINTO, 2005).

Neste sentido, Linden et al. (2000) salientaram que a continuidade do tratamento seria recomendada por vários meses após a recuperação – a terapêutica de manutenção. As observações deste autor enfatizaram a importância de se esperar no mínimo de duas a quatro semanas antes de avaliar as respostas do tratamento, observando que muitos dos efeitos adversos iniciais podiam ser considerados, do ponto de vista médico, como problemas menores ou sintomas da doença depressiva que iriam desaparecer com o tempo. Para os autores, os manuais de terapia medicamentosa são unânimes em considerar que o tratamento deve ser continuado com a dose diária apropriada até a total recuperação, e após a mesma, deve ser continuado por pelo menos três a seis meses para prevenir recaídas.

De acordo com Souza (1999), a Associação Psiquiátrica Americana sugeria pelo menos 16 a 20 semanas com doses completas após a melhora ou remissão completa, e a OMS seis meses ou mais após a melhora. Estas medidas objetivaram dificultar a recorrência da doença. Segundo o autor, pacientes com episódio prévio de depressão apresentariam um risco 10 vezes maior de recorrência em relação a indivíduos que nunca apresentaram a doença. Este risco seria 14 a 18 vezes maior em relação àqueles pacientes que tiveram mais de um episódio prévio de depressão.

Desta forma, o risco da depressão aumentaria a cada episódio sendo que episódios subseqüentes teriam, freqüentemente, duração mais longa, seriam mais severos e menos responsivos a tratamento (ZAJECKA, 2000; KELLER et al., 2002).

Porém, como salientou Delgado (2000), a despeito dos benefícios oferecidos pelas novas medicações antidepressivas e dos extensos esforços que tem sido feitos para informar a população sobre o diagnóstico e tratamento da depressão, muitos pacientes não cumprem com as recomendações médicas.

Esta falha na observação das recomendações médicas esteve associada a uma maior probabilidade de retornar ao serviço de saúde por recaídas ou recorrência de depressão (SOOD, 2000).

De acordo com Souza (1999), a dosagem inadequada e a não adesão ao tratamento foram as principais causas de falha na resposta ao antidepressivo, sendo observada uma taxa de recaída de 50%, se o tratamento se deu de forma inadequada ou se nenhum tratamento foi realizado após a resposta inicial.

Assim, podemos refletir que apesar dos esforços direcionados a melhorar a qualidade dos antidepressivos tornando-os mais efetivos e bem tolerados pelos pacientes, a adesão ao tratamento medicamentoso para depressão ainda se constitui em entrave importante para o

sucesso do tratamento. Esta situação contribui para o prolongamento das limitações impostas pela doença, do sofrimento que acarreta e também do elevado custo social que representa.

Entendendo a adesão ao tratamento medicamentoso para depressão como importante fator para o sucesso do tratamento do paciente, e considerando que ela pode, muitas vezes, não acontecer, o próximo capítulo deste estudo tratará deste tema. Inicialmente serão feitas considerações gerais de forma a contextualizar a temática, conceituá-la e apresentar métodos utilizados para o estudo da adesão. Posteriormente serão considerados os fatores que a podem influenciar considerando-se contextos gerais de saúde, após o que se aludirá, ao panorama nacional e internacional a respeito da adesão a tratamentos psiquiátricos com ênfase nos depressivos encerrando-se por discutir fatores de risco à adesão ao tratamento para depressão e também as estratégias utilizadas para a minimização da não adesão nestes quadros.

1.2 Adesão à terapêutica

Concomitantemente às preocupações de profissionais e autoridades de saúde sobre o alto consumo de medicamentos, a não adesão ao tratamento medicamentoso tem tomado importância e tem sido incluída no rol de preocupações dos profissionais de saúde, juntamente a outros fatores que influem sobre o uso racional de recursos terapêuticos (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Este cuidado pode ser compreensível ao se avaliar as repercussões pessoais, sociais e financeiras que podem advir desta postura do paciente frente ao seu tratamento (SCHOU, 1997; COLOM; VIETA, 2002; DEMYTTENAERE, 2003).

Becker (1985 apud KOSEKI, 1997, p. 3) afirmou que a ausência de adesão dos doentes aos tratamentos interferia nos resultados do tratamento a nível pessoal e de saúde pública, podendo interromper ou diminuir os benefícios dos cuidados preventivos ou curativos e comprometer o relacionamento profissionais da saúde / pacientes, influenciando negativamente na opinião destes últimos sobre o atendimento recebido.

Rosa (1998) considerou que muitos dos insucessos terapêuticos tinham como base, não o erro diagnóstico ou erro no tratamento prescrito, mas sim a não adesão do paciente às recomendações médicas.

Marlebi, Savoia e Bernick (2000) consideraram que a adesão poderia ser pior em doenças crônicas, que exigem cuidado a longo prazo. Cramer e Rosenheck (1998) ao compararem, em estudos referentes ao tema, taxas de adesão ao tratamento psiquiátrico com

outras doenças não psiquiátricas, apontaram que a adesão ao tratamento de doenças psiquiátricas seria pior que em doenças físicas, porém observaram que a amplitude de métodos utilizados nos estudos, bem como os vieses inerentes a alguns deles podiam interferir nestes resultados.

A falta de adesão ao tratamento foi considerada como um fenômeno universal (LINGAM; SCOTT, 2002). A não adesão ao tratamento foi a causa mais freqüente de recaídas durante o tratamento de transtornos mentais, esteve associada a alto nível de suicídio (SCHOU, 1997), se constituindo num grave problema de saúde pública (LINGAM; SCOTT 2002).

Para avaliação e compreensão da adesão ao tratamento para depressão ou mesmo para doenças diversas se faz necessário o entendimento do que pode ser considerado como adesão e não adesão ao tratamento, bem como dos métodos utilizados para proceder a avaliações deste gênero, tomando ainda em consideração a presença de alguns fatores já consagrados na literatura como possíveis interferentes neste comportamento. Assim, este capítulo foi dividido em subitens que objetivam apreciar cada um dos aspectos acima relacionados, além de contemplar a literatura nacional sobre o tema e seus achados, para então, passar a discutir mais especificamente a adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão – recorte deste estudo.

1.2.1 Conceituação de adesão e não adesão à terapêutica.

Diversos autores consideraram que as definições e conceituações para os termos adesão e não adesão à terapêutica constituíam tarefas complexas, não havendo consenso para elas (GONÇALVES et al., 1999; MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000; LINGAM; SCOTT 2002; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; SILVA, 2005).

Lingam e Scott (2002) responsabilizaram à forma de visualização do paciente como ativo ou passivo no tratamento, como responsável pelas dificuldades com a terminologia. Os autores apontaram que os termos utilizados, geralmente, refletiam a compreensão que os autores possuíam sobre o papel dos atores no processo do tratamento.

De acordo com Leite e Vasconcelos (2003), na língua inglesa os termos mais utilizados eram *adherence* e *compliance*. Este último poderia ser traduzido como obediência,

o que suporia um papel passivo do paciente; enquanto o primeiro termo (*adherence*), mais indicado, identificaria uma escolha livre das pessoas de adotarem ou não certa recomendação.

Na língua francesa, conforme Rosa (1998), os termos "*adhesión*", "*observance*" e "*fidélité*" eram usados, sendo o último ("*fidélité*") considerado como muito adequado devido a conotação mais pessoal, como ênfase na idéia de que o tratamento seja algo no qual paciente coopera ativamente para seu próprio bem e se esforça por ser "fiel", apesar das dificuldades encontradas.

Em castelhano, ainda segundo Rosa (1998), "*cumplimiento*" seria o termo mais utilizado, tendo uma conotação ativa, porém com caráter de obrigatoriedade.

Na língua portuguesa, Milstein-Moscati et al. (2000) apontaram que a denominação "adesão" era também referida, no Brasil, como "aderência", "cumprimento", "observância", "cooperação". Segundo os autores, o termo "cumprimento" foi desestimulado pela conotação de obediência / desobediência, que sugeria uma relação de submissão do paciente ao médico. Segundo estes autores, o termo "adesão" seria o mais aceito por expressar compreensão e cooperação, subentendendo um comportamento ativo por parte do doente.

Jordan et al. (2000) avaliaram que o termo "adesão", em português, seria o mais adequado para o significado de concordância autônoma, no entanto, os autores afirmaram que o termo aderência era o mais difundido entre os profissionais de saúde e a mídia.

Em relação a similaridade entre os termos adesão e aderência recorre-se à elucidação de Silva (2005), que considerou haver uma característica clara no conceito sobre adesão / aderência. Em suas palavras estes conceitos seriam similares expressando:

> Posição ativa e atuação positiva do paciente, na qual ele faz a opção de tratar-se de forma adequada e obedecendo as prescrições médicas, tanto relativas a exames laboratoriais e pareceres, como a medicamentos prescritos, tomada da medicação nos horários determinados, leitura de informativos fornecidos, etc. (SILVA, 2005, p. 205).

Este estudo fez opção pelo termo 'adesão' por partilhar da concepção de que o doente ocupe, ou deva ocupar uma posição ativa em relação ao tratamento que a ele for proposto pelo profissional de referência.

Quanto aos conceitos utilizados e propostos na literatura científica, Milstein-Moscati et al. (2000) definiram adesão à terapêutica como a medida em que o comportamento do paciente coincidia com a prescrição médica, tanto no aspecto farmacológico quanto no comportamental, constituindo, assim, uma medida da adaptação do paciente ao programa terapêutico.

Nobre, Pierin e Mion Junior (2001) consideraram que “a definição tradicional de adesão referia-se à situação na qual o comportamento do paciente, avaliado pelo comparecimento às consultas marcadas, pelas tomadas das prescrições ou pelas mudanças de estilo de vida, correspondia ao conselho do médico ou de saúde” (p.38).

Leite e Vasconcellos (2003) apontaram a presença de variação destes conceitos entre diversos autores que pesquisaram em sua revisão bibliográfica e concluíram que “de forma geral a adesão era compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento” (LEITE; VASCONCELLOS, 2003, p.777).

Ainda neste sentido, Jordan et al. (2000) assinalaram que a grande maioria dos estudos tem considerado como aderência taxas iguais ou maiores de 80% do total de medicamentos prescritos, mas, salientaram que, muitas outras definições têm sido adotadas, conforme o tipo de estudo e de doença.

No intuito de ampliar a discussão sobre o fenômeno da adesão recorre-se a Silveira e Ribeiro (2005) que refletiram sobre o significado etimológico da palavra adesão descrevendo-a como “junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo” (p.95). Assim considerando, as autoras afirmaram que a adesão ao tratamento consistiria num processo multifatorial estruturado mediante uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado, que considera a freqüência, a constância e a perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Esta definição poderia mediar a reflexão que o vínculo entre profissional e paciente seria um fator estruturante e de consolidação do processo de adesão.

Pode-se observar convergência de opiniões entre os autores acima citados, havendo que se considerar que eles chamam a atenção para o fato da adesão não se restringir apenas ao tratamento medicamentoso, compreendendo também, outros fatores envolvidos no tratamento que foram orientados pelo profissional de saúde, o que resguarda a amplitude deste conceito.

A compreensão a respeito da multifatoriedade de fatores intrincados no processo de adesão, o entendimento de parceria entre as partes envolvidas no tratamento, a constância e a freqüência requeridas para consultas, tomada de medicação e outros comportamentos de saúde orientados e combinados com o doente, são considerados pela Pesquisadora como bases para conceituação da adesão, de forma que se concorda com as definições mais utilizadas na atualidade.

Em relação a oposição a estes aspectos relacionados ao conceito de adesão, tem-se a não adesão à terapêutica - *non compliance,* em inglês, que poderia ser definida como a

diferença entre as instruções recebidas do profissional de saúde e o padrão de comportamento do paciente. Tais recomendações poderiam consistir em tomar remédios, seguir dietas, mudar de estilo de vida, comparecer às consultas previamente marcadas e cumprir a freqüência e o horário das medicações (FERRÁN, 1989 apud MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000).

A *não-adesão* poderia decorrer da omissão de uma dose ou de administração de dose-extra ocasional, adesão parcial imprevisível ou de um padrão diferente do prescrito pelo médico (CRAMER; SCHEYER; MATTSON, 1990; JORDAN et al., 2000).

Ferrán (1989 apud MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000) diferencia a não adesão inteligente à terapêutica da não-adesão ignorante à terapêutica. No primeiro caso o paciente, conhecendo as circunstâncias relativas a sua enfermidade e tratamento, decidia sobre a conveniência de não seguir as instruções recomendadas, já na segunda situação o paciente não seguia as recomendações por não entender as instruções.

Blackwell (1976) caracterizou os erros na adesão à terapêutica medicamentosa em: erros de omissão – não tomar o que foi prescrito, erros de finalidade – tomar para razões erradas; erros de dosagem – em geral, tomar menos que o necessário; e erros na periodicidade ou seqüência das tomadas.

1.2. 2 Fatores que influenciam a adesão à terapêutica

Por que o paciente não realizou o tratamento orientado? Esta poderia ser a pergunta base dos profissionais em saúde ao perceberem sistemática ou assistematicamente que seus pacientes não realizam o tratamento da forma indicada por eles, ou mesmo que os indivíduos não usufruem de estratégias preventivas disponíveis em saúde.

A não adesão ao tratamento ou a comportamentos em saúde tem se tornado um fato cada vez mais preocupante para profissionais de saúde e autoridades afins, sendo concebido como universal e se inserindo como realidade em diversos tratamentos ou recursos preventivos de doenças. Aliado a isto, o reconhecimento da relevância da adesão à terapêutica como aspecto importante para o sucesso do tratamento, assim como, da complexidade do comportamento humano e especialmente do impacto da não adesão sobre o estado de saúde dos indivíduos e grupos, bem como sobre a economia, faz com que este tema seja de interesse para a saúde pública. Desta forma, alguns fatores gerais foram apontados na literatura, como importantes para a consideração e avaliação da adesão / não adesão à tratamentos.

Milstein-Moscati et al. (2000) ressaltaram que o comportamento de adesão à terapêutica estava condicionado a vários fatores psicossociais interligados, a considerar: fatores relacionados à enfermidade, ao paciente, a terapêutica ambiental e social, e a dinâmica da relação médico–paciente.

O fracasso da adesão poderia estar relacionado à não aquisição dos medicamentos prescritos, a erros nas dosagens, a erros na freqüência e horários da administração, a confusão na seqüência de vários medicamentos, a não administração de medicamentos por razões erradas e ao uso de medicamentos não prescritos pelo médico. Os autores consideraram ainda, que havia pacientes que deixavam de aderir a terapêutica voluntariamente, outros nem chegavam a comprar os medicamentos devido a condições financeiras e outros ainda que, por falta de compreensão, seguiam apenas parcialmente o tratamento.

Raschid (1982 apud MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000) considerou que a não adesão podia ocorrer por não haver, o paciente, compreendido o tratamento ou por ausência de adesão primária (refere-se à aquisição ou não dos medicamentos), ou secundária (refere-se ao comportamento do doente após a compra dos medicamentos) à prescrição.

Algumas razões para a não adesão à terapêutica ou baixa adesão, foram associadas à própria terapia, sendo que a baixa adesão tornava-se mais pronunciada quando o tratamento prescrito era complexo ou prolongado, ou quando havia efeitos colaterais desagradáveis (MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000; NOBRE; PIERIN; MION JÚNIOR, 2001).

Fawcet (1995) verificou que os fatores que podiam afetar a adesão de pacientes à medicação poderiam ser resumidos em cinco dimensões, quais sejam: a) características do paciente (ex: atitudes a respeito da doença e medicação, considerações sócio-econômicas, supervisão social); b) o *setting* do tratamento (cuidados primários / serviços especializados; pacientes internados / desospitalizados); c) características da medicação (efeitos colaterais, sensibilidade individual a efeitos adversos, regime medicamentoso simples / complexo); d) características clínicas da doença (cronicidade, exagerados sentimentos de culpa na depressão, abuso de drogas e comorbidade com ansiedade, desconfiabilidade na esquizofrenia); e) perícia do clínico (conhecimento de farmacologia, empatia, estilo do cuidado, sucesso na integração da farmacologia e psicoterapia).

Para Kurita e Pimenta (2003), características da terapia, peculiaridades do paciente, aspectos do relacionamento com a equipe profissional e variáveis sócio-econômicas tendiam a influenciar a adesão.

Leite e Vasconcellos (2003) analisaram trabalhos realizados sobre o tema adesão e consideraram a importância de algumas questões a serem apreciadas neste tipo de pesquisa. O

acesso à medicação, o número de medicação e efeitos colaterais, a percepção do paciente sobre a própria doença, o profissional de saúde (confiança depositada pelo paciente na equipe de saúde ou no médico particularmente), as atitudes do médico (linguagem, tempo dispensado para consulta, atendimento acolhedor, respeito com as verbalizações e questionamentos dos pacientes), e a motivação do paciente para o cumprimento da terapia, foram consideradas importantes.

Além destes fatores, Nobre, Pierin e Mion Júnior (2001) ressaltaram como de grande influência no processo de adesão a cronicidade da doença, a ausência de sintomas específicos, bem como complicações a longo prazo.

Considerando a adesão a tratamentos como um importante possibilitador de melhora ou cura e contrastando com achados que conferem à falta de adesão um *status* fenômeno universal, pesquisadores se empenharam em verificar, através de estudos sistematizados, fatores relacionados a adesão à terapêuticas ou a comportamentos em saúde diversos. O próximo subitem deste capítulo tem por intenção realizar uma breve apresentação a respeito dos métodos de pesquisa utilizados para a mensuração e compreensão da adesão à terapêutica.

1.2. 3 Métodos de avaliação da adesão a tratamentos.

Milstein-Moscati et al. (2000) remontam o interesse pela adesão à terapêutica a Hipócrates na Grécia antiga, que já recomendava desconfiar dos doentes, por estes freqüentemente mentirem sobre a tomada dos medicamentos prescritos.

Para contextualizar a idéia de adesão a épocas recentes, os autores apontaram que na década de sessenta, com o desenvolvimento de diversos métodos e instrumentos para medir a adesão, houve um grande avanço nas pesquisas cientificas nessa área que, além de avaliarem o grau de adesão à terapêutica, tornaram possível estudar os fatores que contribuíam para seu fracasso, destacando-se entre eles os fatores relacionados à doença, às características sociodemográficas do paciente, ao local e ao tipo de consulta médica, ao tipo de regime terapêutico e à relação médico-paciente.

Considerando a importância e a necessidade desta avaliação, métodos apropriados foram concebidos e aplicados para estudo deste importante comportamento de pacientes nas mais variadas patologias.

Os métodos de estudo e avaliação de adesão a tratamentos poderiam se subdivididos em diretos e indiretos, conforme assinalaram Milstein-Moscati et al. (2000); Nobre, Pierin e Mion Junior (2001); Jordan et al. (2000).

1.2.3.1 Métodos diretos

Os métodos diretos "são métodos que procuram confirmar se realmente houve a ingestão do medicamento" (Nobre; Pierin; Mion Junior, 2001, p. 44).

A principal forma de avaliação direta seria **detecção da droga** que visa verificar se houve uso da medicação, e até pode dar uma boa idéia da dosagem que foi utilizada, através da urina, sangue ou saliva do indivíduo. Como técnicas utilizadas para esta detecção apontaram:

As **técnicas analíticas** são empregadas para determinar a concentração de medicamento ou metabólitos nos fluidos biológicos (sangue e urina). Os níveis plasmáticos dos medicamentos ou de seus metabólicos podem auxiliar a verificar se o paciente estaria realmente tomando as doses prescritas, e também detectar se os toma regularmente.

Dentre as técnicas analíticas disponíveis, há as que permitem dosar certos medicamentos que são excretados na urina, especialmente fenotiazina, antidepressivos tricíclicos, hidroclorotiazida, metildopa e propanolol (TAYLOR, 1978 apud MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000).

O **uso de marcadores químicos**, técnica passível de ser utilizada quando não seja possível detectar a concentração dos medicamentos nos fluidos biológicos por técnicas analíticas. Os marcadores deveriam ser administrados, em baixa dosagem, junto com os medicamentos. Apesar das críticas, devido à baixa permanência dos marcadores no organismo, tiveram o mérito de demonstrar como a contagem convencional de comprimidos superestimava a adesão dos pacientes à terapêutica.

Em relação à propriedade das técnicas, Rosa (1998) considerou o teste da urina como uma técnica prática, especialmente porque esta é a principal via de excreção da maioria das drogas e por sua coleta ser relativamente simples. Segundo o autor, a análise da urina pode determinar se houve a ingestão da medicação testando diretamente a droga, um derivado dela ou agentes acrescentados à ela para detecção.

A detecção no sangue foi apontada como um procedimento um pouco mais trabalhoso e invasivo, porém, que fornecia uma melhor quantificação da concentração plasmática da medicação (ROSA, 1998; GEORGE et al., 2000). Apesar de confiável, esta técnica apresenta a limitação principal de que uma detecção negativa sugere fortemente falha na adesão, mas uma detecção positiva não representa necessariamente boa adesão, haja vista que, o sujeito pode manipular os resultados usando a medicação apenas antes da realização dos exames.

Uma outra limitação do uso de marcadores seria que pacientes psiquiátricos poderiam ficar desconfiados com exames repetidos de urina ou sangue sem explicação e, caso houvesse explicação, esta poderia levar a uma adesão enganosa, com o paciente tomando a medicação por medo de ser descoberto, o que falseia as taxas em pesquisas que pretendem avaliar o grau de adesão de determinada população. O paciente pode também entender que haja desconfiança sobre o que ele diz, e isso pode ser desastroso para a relação médico-paciente (ROSA, 1998).

1.2.3.2 Métodos indiretos

São chamados indiretos devido às formas de avaliação utilizadas, as quais não podem confirmar que o paciente tenha realmente tomado a medicação. Incluem contagem de medicamentos, avaliação do efeito farmacológico, relatório do paciente, entrevistas, monitorização eletrônica da medicação.

A **contagem de pílulas** é uma técnica relativamente simples e prática de avaliação do grau de adesão ao tratamento. Consiste inicialmente em verificar a diferença entre o número de medicamentos fornecidos ao paciente e o número em seu poder na consulta posterior ou por ocasião da visita domiciliar. Porém, desconfia-se de sua fidedignidade pois o paciente pode eliminar as doses que não foram utilizadas, de forma que a taxa de erro referente a este método pode ser grande, pois não há garantia de que o que saiu do frasco tenha sido tomado. Neste sentido, Porter (1969 apud ROSA, 1998, p.14) relatou que três dos dezenove pacientes que tomavam Imipramina tinham contagem de pílula correta, mas testes urinários negativos.

Alguns estudos utilizam um dispositivo para acondicionar o medicamento que registra os intervalos de retirada das doses, porém mesmo assim, ainda há a possibilidade de retirada da dose e não ingestão da mesma (MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000).

As principais desvantagens deste tipo de método de avaliação são deixar claro para os sujeitos que se está controlando quanto está sendo tomado, e isso pode ser uma fonte de erro, criando dificuldades para pessoas com sintomas paranóides que poderão se sentir controladas e quando não se está testando um único tipo de medicação (ROSA, 1998).

A **avaliação do efeito farmacológico** esperado é segundo Milstein-Moscati et al. (2000), um método que consiste em medir efeitos farmacológicos característicos e efeitos secundários de certos medicamentos que também podem dar indicação de estar aderindo ao tratamento.

A **monitorização eletrônica da medicação** no número de tomadas foi considerada por Milstein-Moscati et al. (2000) como o método mais moderno de avaliação de adesão ao tratamento, sendo muito oneroso e requerendo o uso de frascos especiais que tenham um microprocessador na tampa. O processo baseia-se na memorização de cada abertura e fechamento da tampa como uma tomada de medicamento e uma das grandes falhas é a impossibilidade de detectar se houve a ingestão da pílula, a tomada de uma dose excessiva ou quando ocorre a ingestão de varias pílulas de uma só vez.

Relato do paciente o relatório do paciente é um método simples, que objetiva avaliar o grau de adesão pelo que o paciente diz. Está sujeito a erros, sendo alta a probabilidade de o paciente superestimar o número de comprimidos tomados (NOBRE; PIERIN; MION JÚNIOR, 2001).

As **entrevistas** constituem o método mais comum e simples para avaliar a adesão à terapêutica, sendo o procedimento mais viável e talvez de maior utilidade em saúde pública. Considerando que para evitar o fenômeno "respostas esperadas", importante viés neste tipo de método, é importante levar em conta a forma como as questões são apresentadas, bem como o entrevistador e o local onde ela é realizada (MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000).

Em relação a eficácia dos métodos acima apresentados, utilizados na quantificação da adesão a tratamentos, Jordan et al. (2001) assinalaram que os relatos de pacientes tendem a superestimar a adesão, porque parte dos pacientes não é fiel à realidade quando questionados sobre os medicamentos tomados. Os métodos de contagem de pílula também não garantem a fidedignidade: comprimidos podem ser descartados e até os *chips* podem ser manipulados. Os marcadores biológicos e as dosagens de metabólitos das drogas nem sempre estão disponíveis ou podem ser considerados como de valor preditivo de adesão. Os autores concluíram que, devido a essas dificuldades, os questionamentos diretos aos pacientes, muito utilizados, podem, quando bem conduzidos, consistirem em bons indicadores da aderência real. A este respeito, DiMatteo et al. (2000) afirmaram haverem aumentado a acurácia do auto-relato

através da promoção de uma relação colaborativa entre paciente e pesquisador e da confidencialidade dos dados.

Autores como DiMatteo et al. (2000) e Milstein-Moscatie et al. (2000) ponderaram que nenhum método fosse perfeito e que, considerando as limitações presentes em cada um deles, seria importante uma combinação entre os mesmos a ser determinada pelo objeto de estudo e a disponibilidade de recursos para a investigação.

De forma a contextualizar estes métodos em investigações com pacientes com depressão, George et al. (2000) avaliaram vantagens e desvantagens da utilização de quatro métodos para estudo da adesão ao tratamento antidepressivo, a saber: o monitoramento eletrônico da medicação, auto-relato, contagem de medicação e concentração de drogas no plasma sanguíneo. Os autores verificaram: a) o monitoramento eletrônico foi a técnica mais informativa permitindo a identificação precisa de abertura do frasco, a demonstração de folgas no uso da medicação e a interrupção antecipada da terapia; b) o método de contagem de medicamento teve uma correlação significativa com a avaliação através do monitoramento eletrônico, porém, para alguns participantes o número de comprimidos retirados foi muito maior que o indicado pela abertura do frasco; c) o auto-relato provou ser uma técnica útil para avaliação da adesão a terapia antidepressiva; d) houve menor colaboração dos pacientes para realização de exames sanguíneos sendo este método - da mensuração de concentração de droga no plasma - considerado como o menos satisfatório para avaliação da adesão no setting de clínica geral.

Sarmento (2000) ao realizar revisão da literatura nacional e internacional sobre adesão a tratamentos de saúde, asseverou que existiriam duas vertentes para a investigação sobre adesão. A primeira, relacionada com o uso destes métodos acima considerados, reconheceria a adesão como um fator modulador dos resultados terapêuticos, tendo como principal objeto o estudo da adesão à terapêutica medicamentosa, o que favoreceria a determinação da prevalência da adesão a diversas terapias. A identificação de fatores que influenciam a adesão também foi considerada como um tema importante desta vertente.

A segunda vertente considerada por tal pesquisadora foi distinguida por estudar a adesão através de teorias e modelos que procuram especificar e esclarecer efeitos diretos e mediados entre fatores influentes na adesão e não adesão de forma a objetivarem explicar e predizer comportamentos de saúde. Nesta vertente, a autora considerou que a adesão seria entendida como um comportamento de saúde e, portanto, sua implicação científica seria mais ampla em relação à primeira, considerada como mais descritiva. Os modelos mais freqüentemente utilizados seriam, segundo a autora, o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), a

Teoria da Ação Racional, a Teoria da Aprendizagem Social e o Modelo Transteórico. Ressalta-se que estes modelos serão apenas brevemente explanados no presente trabalho, pelo fato de não compreenderem o recorte estabelecido para este estudo.

O **Modelo de Crenças em Saúde** (MCS), segundo Sarmento (2000), tem sido o mais utilizado em pesquisas sobre o comportamento de saúde. Através dele se procura explicar a mudança, manutenção de comportamentos, bem como resultados de intervenções.

Este Modelo foi composto por quatro dimensões e, segundo Dela Coleta (2004), estas dimensões poderiam ser assim descritas:

- Susceptibilidade percebida: consiste na percepção subjetiva do risco pessoal de contrair uma doença;
- Severidade ou Seriedade percebida: gravidade ou seriedade da doença, avaliada pelo grau de perturbação emocional criada ao pensar na doença e ou pelos tipos de conseqüência que ela pode acarretar;
- Benefícios percebidos: crença na efetividade da ação e percepção de conseqüência positiva;
- Barreiras percebidas: os aspectos negativos da ação são avaliados em uma análise do tipo custo - beneficio. Acreditar que determinada ação é inconveniente, desagradável, dolorosa, cara, despende de tempo são aspectos negativos da ação de saúde e servem como barreiras à adoção dela e geram conflitos no individuo.

Como modelo explicativo do processo de adesão à tratamento, o MCS propõe que para se envolver em um comportamento de saúde, o indivíduo necessita acreditar que ele é pessoalmente suscetível àquela doença; que a doença tenha, pelo menos, moderada seriedade; e que tomando uma ação particular, esta deveria lhe ser benéfica, reduzindo sua suscetibilidade, ou em caso de doença instalada, reduzindo sua seriedade (SARMENTO, 2000; DELA COLETA, 2004).

O **Modelo Transteórico** (MTT), foi proposto por Prochaska e Di Clemente na década de 80 como resultado de uma análise comparativa das principais teorias de psicoterapia e mudança de comportamento. Estes autores objetivavam integrar processos e princípios de mudança que fossem transversais a estas teorias - motivo da denominação (SARMENTO, 2000).

Segundo Oliveira (2003), este modelo baseia-se na premissa de que a mudança comportamental é um processo e que as pessoas têm diversos níveis de motivação, de

prontidão para mudar. Os estágios compreendidos no processo de mudança corresponderiam a:

• Pré-contemplação – estágio no qual não há intenção de mudança. Indivíduos neste estágio não demonstram consciência de seus problemas, ainda que, pessoas próximas identifiquem claramente os problemas e, muitas vezes, sugiram alguma forma de cuidado.

• Contemplação – os sujeitos estão conscientes de que existe um problema, pensam no problema, e há intenção de agir.

• Determinação ou Preparação – é um estágio que combina a intenção e a conduta, a pessoa pretende agir já tendo dado alguns passos nesta direção.

• Ação – a pessoa escolhe uma estratégia de mudança e a persegue, um novo comportamento se produz.

• Manutenção – estágio no qual se trabalha a prevenção à recaída e a consolidação dos ganhos obtidos durante a ação. É um estado dinâmico entendido como a continuação do novo comportamento para a mudança, que demora algum tempo para estabelecer.

De acordo com Sarmento (2000), entre os resultados mais importantes proveniente da aplicação do MTT na América do Norte, está um padrão de distribuição de estágios de mudança que se repete em detrimento do comportamento de saúde em questão. Tal padrão indica que parar de fumar, usar preservativos ou aderir a tratamentos medicamentosos, é de se esperar que 40% da população encontre-se no estágio de pré-contemplação, outros 40% no estágio de contemplação e 20% em preparação para a ação.

Para a saúde pública, considerar o estágio em que se encontra o indivíduo pode subsidiar estratégias preventivas mais adequadas para acesso e sensibilização à mudança (SARMENTO, 2000).

A **Teoria da Ação Racional** (TAR), também considerada por Sarmento (2000) como um modelo utilizado para estudos de adesão à tratamentos, foi desenvolvida por Ajsen e Fishbein em 1967. O nome origina-se, segundo D'Amorim (2004), no pressuposto de que na maior parte dos casos, as pessoas agem de modo racional e voluntário, processando implícita ou explicitamente as informações disponíveis, utilizando-as como insumo para suas decisões comportamentais.

Segundo Rheiner (1995 apud SARMENTO, 2000 p. 40), "os pressupostos básicos desta teoria são: a) assunção de que os seres humanos são racionais e fazem uso sistemático das informações disponíveis quando tomam decisões; b) comportamentos socialmente relevantes estão sob controle voluntário; c) a previsão do comportamento é uma função da

intenção, que é determinada pelas atitudes pessoais diante do desempenho do comportamento e percepção pessoal das expectativas sociais sobre o desempenho do comportamento".

Sarmento (2000) avaliou como limite principal referente a esta teoria a não explicação de comportamentos que não estejam sobre controle volitivo – a maior parte do comportamento humano, inclusive os comportamentos orientados à saúde, o que confere ao modelo uma excessiva racionalidade.

De acordo com Sarmento (2000), a **Teoria da Aprendizagem Social** - e seu ensejo ao desdobramento de diferentes correntes de teoria e pesquisa como o *Locus* de Controle em Saúde e a Teoria Cognitiva Social e seu conceito de auto-eficácia – seria um outro modelo a contribuir no estudo da adesão.

Dela Coleta (2004) afirmou que em decorrência de aprendizagem social, as pessoas adquiriam uma percepção relativamente estável sobre a fonte de origem e controle das ocorrências que vivenciam ("*locus* de controle").

De acordo com Sarmento (2000), o *locus* de controle havia gerado muitas pesquisas no âmbito de comportamentos em saúde e que uma importante constatação destes estudos foi que "conceder às pessoas controle sobre a própria vida melhoraria os resultados de saúde".

Segundo Sarmento (2000), Albert Bandura teria realizado desenvolvimentos teóricos como desdobramento da Teoria da Aprendizagem Social ao considerar uma modalidade de aprendizagem baseada em imitação e observação de reforços a comportamentos de terceiros – reforçamento vicariante – ultrapassando, assim, a idéia de que a ocorrência de reforços diretos seria condição necessária à aprendizagem. Esta versão da Teoria da Aprendizagem Social foi chamada por Bandura de Teoria Cognitiva Social (TCS).

O conceito de auto-eficácia, proposto por Bandura em 1977, inserido na TCS, seria o mais usado para explicar a adesão, por discriminar mecanismos psicológicos atuantes na aquisição e manutenção de comportamentos de saúde (DEMARBRE, 1994 apud SARMENTO, 2000, p.45).

A auto-eficácia percebida (AE) pode ser definida como a crença do indivíduo de que ele possa executar um comportamento específico ou uma tarefa. Desta forma, a AE se refere a julgamentos pessoais a respeito das próprias capacidades de performance em uma dada atividade (SILVA, 2004).

Sarmento (2000) afirmou que além das expectativas relativas à própria capacidade (juízos de eficácia), este conceito abrangeria as expectativas em relação às conseqüências do referido comportamento (juízos de resultado), incluindo ainda, uma referência ao ambiente

social imediato contemplado nos juízos de eficácia integrativa (juízos que os indivíduos emitem sobre a eficácia dos demais).

A autora chama atenção ainda, para o papel atribuído à influência do ambiente sobre o comportamento na TCS. Ressalta que esta influência estaria colocada na perspectiva do determinismo recíproco que reconhece o comportamento como um fenômeno dinâmico, a depender de aspectos do ambiente e da pessoa, e a influência mútua entre estes três elementos: comportamento – ambiente – pessoa.

Segundo a autora intervenções sobre comportamentos de saúde baseadas nesta teoria têm consolidado suas assunções críticas em ações de prevenção e promoção à saúde que se endereçam ao indivíduo ao mesmo tempo em que compreendem o ambiente onde ele está inserido, com vistas à implementação de mudanças que atuem como suporte à mudança do comportamento individual.

As críticas a respeito de intervenções embasadas na TCS se referem, segundo a autora citada, ao fato da mudança pretendida nem sempre ocorrer. Sarmento comentou ainda, que esta crítica se aplica extensivamente a todos os modelos considerados para o estudo da adesão, bem como a outras intervenções em saúde produzidas a partir de outras referências.

Os métodos considerados para avaliação da adesão, conforme descrição apresentada, são utilizados com vistas a conferir e quantificar a adesão à tratamentos e a predizer e ampliar a compreensão da adesão a um comportamento de saúde, de forma que, se revela intrínseca ao pressupostos considerados em cada um a importância e necessidade de se compreender motivos que podem levar à indesejável não adesão à terapêutica, reconhecendo seu impacto sobre o estado de saúde de indivíduos e grupos e sua relevância como tema de interesse para saúde pública. Assim considerando, observa-se que o presente estudo não se utilizou de modelo explicativo ou preditor da adesão de forma a atender a objetivos exploratórios da questão de estudo, verificando junto a pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento antidepressivo quais seriam os fatores percebidos por eles como auxiliares ou prejudiciais à adesão.

1.2.4 Estudos nacionais contemplando o tema adesão ao tratamento

Diante da já mencionada escassez de dados nacionais a respeito da temática do presente estudo e considerando que a literatura encontrada sobre adesão/não adesão a outros

tratamentos já se encontra mais explorada cientificamente e tenha contribuído efetivamente no embasamento de reflexões que auxiliaram na construção deste estudo, julgou-se importante considerar alguns achados literários a este respeito no âmbito nacional.

Como apontado por Leite e Vasconcellos (2003) o tema – adesão – conta com vasta literatura, que foca especialmente a adesão ao tratamento de uma determinada enfermidade, como nos casos de Aids, tuberculose e hipertensão, ou em determinados grupos populacionais como de crianças e idosos.

Em relação a terapêuticas, pôde-se observar através da consulta a literatura realizada para o estudo, que a maior parte das pesquisas focalizaram a terapêutica medicamentosa, e as principais doenças estudadas foram a tuberculose, a AIDS e a hipertensão.

A tuberculose, doença infecciosa que tende à cronicidade conta com altas taxas de incidência e pode levar à morte, possui medidas de tratamento consideradas eficazes, entretanto, a não adesão ao tratamento foi considerada um dos principais problemas em relação à terapêutica desta enfermidade. Diante desta realidade, alguns estudiosos se propuseram a ampliar o conhecimento sobre a adesão ao tratamento para tuberculose.

Costa et al. (1998) objetivaram quantificar a não-aderência ao tratamento da tuberculose e identificar fatores de risco para a não-adesão em pacientes residentes na zona urbana da cidade de Pelotas. O não-comparecimento à unidade de saúde para retirada dos medicamentos por mais de trinta dias foi categorizado como não-adesão. Os autores verificaram que quanto pior a inserção de classe, maior o risco relativo para a não-adesão ao tratamento, observando-se também um risco maior entre os casos não alfabetizados. As pessoas acima de cinqüenta anos, os homens, e as pessoas classificadas como não brancas apresentavam um risco relativo dobrado para não-adesão ao tratamento, segundo dados verificados por estes autores.

Gonçalves et al. (1999) avaliando as razões pelas quais os pacientes tuberculosos não terminavam seus tratamentos, mediante a consideração da existência de conexões entre sua fase de vida e do gênero, verificaram que homens mais jovens, solteiros e os separados, teriam aparentemente, uma preocupação mais diluída sobre a doença e aderiam menos às recomendações médicas. Por outro lado, verificaram que, de modo geral, mulheres casadas aderiam melhor à terapêutica, ingeriam mais regularmente os medicamentos e faziam os exames mensalmente, mais do que as solteiras e os homens solteiros e separados, este comportamento foi semelhante ao observado com os homens casados. Referente a estes dados os autores ressaltaram que características sociais atribuídas aos gêneros estavam por trás de uma série de comportamentos que afetavam diretamente a forma como os pacientes lidavam

com seu tratamento, seu corpo, com o fato de estarem doentes e conviverem socialmente. O momento de vida em que cada paciente se encontra pode desencadear relações e atitudes que, por vezes, favorecem mais a não adesão ao tratamento do que a cura.

Ribeiro et al. (2000) verificaram que pacientes tuberculosos do sexo masculino abandonaram mais o tratamento que os do sexo feminino; alcoólatras, tabagistas e usuários de drogas ilícitas abandonaram o tratamento com maior freqüência; e que fatores de ordem sócio–culturais como o estigma da tuberculose, analfabetismo, a não aceitação da doença e o fato de considerar-se curado antes da cura efetiva, o não apoio de familiares no tratamento e até o desconhecimento destes em relação à enfermidade do familiar podiam atrapalhar o tratamento.

Em relação a adesão a tratamentos destinados a pacientes com HIV/AIDS, doença na qual a adesão ao tratamento pode estar diminuída, implicando em severas conseqüências para o paciente destaca-se os estudos a seguir:

Nemes (2000) assinalou a existência de alguns fatores socioeconômicos de risco para a não adesão a terapia antiretroviral, quais sejam: escolaridade menor que quatro anos e ausência de renda pessoal, independentemente da combinação de antiretrovirais utilizada, do tipo de unidade de saúde e de faltas ao seguimento médico. Segundo a autora, houve uma associação significativa entre não aderência e histórico de faltas às consultas médicas, unidade de saúde, renda pessoal (trabalho) e escolaridade, além de constatar que era grande o número de não aderência entre pacientes no início do tratamento.

Jordan et al. (2000) destacaram que fatores relacionados: à doença (como a sintomatologia); ao tipo de tratamento (o tempo de tratamento, a complexidade do regime terapêutico e os efeitos colaterais); à pessoa (perfil sócio econômico e uso de drogas); e também fatores ligados ao serviço de saúde (como a relação médico-paciente e a acessibilidade ao tratamento) estariam relacionados com a adesão à terapêutica antiretroviral.

Figueiredo et al. (2001) verificaram que fatores como a quantidade de medicamentos, as reações adversas, a necessidade de períodos de jejum, e a incompatibilidade entre as drogas, dificultaram a adesão terapêutica antiretroviral, de pacientes soropositivos para HIV / AIDS em tratamento ambulatorial no HC da Universidade Estadual de Campinas. Consideraram, ainda, a atenção individualizada como a grande aliada da melhora da adesão, e a relação enfermeira - paciente a sua ferramenta mais importante para sua efetivação, ressaltando a confiança como elemento chave desta relação.

A hipertensão arterial também parece sofrer com a pobre adesão à terapêutica de forma a merecer a atenção de pesquisadores brasileiros. Os seguintes estudos se referem a fatores associados à não adesão ao tratamento anti-hipertensivo:

Nobre, Pierin e Mion Júnior (2001) afirmaram que idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças em saúde deveriam ser considerados na avaliação da adesão ao tratamento por parte da pessoa hipertensa. Estes autores consideraram ainda a importância da relação do paciente com o médico e equipe de saúde e de sua participação ativa nas decisões referentes ao tratamento, que deveria evitar, preferencialmente, esquemas terapêuticos com várias drogas.

Além das dificuldades financeiras, efeitos adversos da medicação, dificuldades de acesso ao sistema de saúde e dificuldades na relação médico-paciente, Busnello et al. (2001) verificaram que a inexistência de sintomas, o tabagismo, a baixa escolaridade e pacientes com diagnóstico recente, tendiam a ser menos aderentes ao tratamento da hipertensão arterial.

Duarte (2001) ao estudar motivos para o abandono ao tratamento para hipertensão, verificou que a ausência de sintomas, normalização da pressão arterial, consumo de álcool, a presença de efeitos colaterais, a falta de informação sobre o uso correto da medicação, assim como as dificuldades referentes ao próprio serviço de saúde (tempo de espera, dificuldade para marcar consultas, dificuldades na relação médico-paciente), estiveram presentes como motivos para a não adesão a este tipo de tratamento.

Lessa e Fonseca (1997) verificaram que a freqüência de adesão às consultas e no tratamento foi significativamente menor nos pacientes negros em relação aos pardos e brancos.

Peres, Magna e Viana (2003) ressaltaram que um sistema de crenças distorcidas em relação à doença hipertensiva associado a um conhecimento parcial sobre diversos aspectos desta doença, ocasionaria grandes possibilidades de práticas distorcidas de controle da doença.

A adesão à terapêutica na população infantil foi estudada por Sano, Masotti e Santos (2002) que objetivaram estabelecer a relação entre o nível de compreensão da prescrição pediátrica pela mãe ou outro acompanhante e os possíveis fatores causais da não-adesão ao tratamento. Verificaram que pacientes insatisfeitos com as orientações recebidas e com dúvidas no tratamento, após consulta médica em serviço de emergência, foram os mais propensos a não obter os medicamentos prescritos e a não aderir ao tratamento proposto. Os autores apontaram ainda, que a adesão do paciente ao tratamento proposto aumentaria de 5% para 51% com as seguintes atitudes: reforço verbal das orientações médicas, discussão sobre

como administrar e armazenar a medicação e especificação do horário/esquema de administração.

Kurita e Pimenta (2003) realizaram estudo com pacientes portadores de dor crônica com objetivos de identificar a prevalência da adesão plena, parcial e não adesão ao tratamento medicamentoso nestes pacientes; analisar as relações entre adesão plena, parcial e não adesão a características do tratamento, características da dor, variáveis demográficas e fatores psicossociais (crenças frente à dor, locus de controle da saúde e depressão). Constataram que a adesão plena ocorreu entre 43,3% e 56,7% dos pacientes; adesão parcial e não adesão foram altas (40,0%-56,7%) tendo relacionado menor adesão à ocorrência de efeitos colaterais e às crenças de que o controle da saúde dependeria de si próprio. Observaram ainda, que quanto maior a crença de incapacidade e dano físico, menor a adesão e quanto maior a crença na solicitude menor a adesão.

1.2.5 A adesão a tratamentos psiquiátricos: cenário nacional e internacional.

No cenário nacional também não é vasta a literatura a respeito da adesão e não adesão à tratamentos de doenças psiquiátricas em geral. Vilela e Costa (1991) objetivando demonstrar a importância da adesão à terapêutica medicamentosa em pacientes psiquiátricos, realizaram uma revisão bibliográfica focalizando principalmente pacientes esquizofrênicos e eventos de interferência na adesão deste tipo de paciente.

Estes autores destacaram que alguns fatores influenciavam a adesão ao tratamento de pacientes com esquizofrenia. Dentre estes fatores se encontravam: a) percepção da doença psiquiátrica vista algumas vezes como fracasso da vontade; b) o desconhecimento a respeito das bases biológicas e genéticas da esquizofrenia, c) desconhecimento de tratamentos existentes; d) fatores sociais como o estigma; e) sistemas previdenciários com problemas administrativos que geram serviços deficientes aliados a filas enormes que desestimulam a consulta; f) as dificuldades econômicas para locomoção e aquisição da medicação; g) a presença de efeitos colaterais com a medicação; i) insucessos em tratamentos anteriores; j) o não entendimento da prescrição; e l) a relação estabelecida com o médico.

Rosa (1998) confirmou em seu estudo que a taxa de não adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes esquizofrênicos era alta, revelando que de cada dois pacientes

um teria grande probabilidade de não aderir. O autor verificou que variáveis demográficas tiveram pouca influência para adesão, ao tempo que, sentir algum benefício, ter uma supervisão familiar e uma relação positiva com o médico que prescreve, seriam fatores auxiliares para adesão. Já a não adesão, foi mais provável no início do quadro e do atendimento no serviço e mediante a presença de efeitos colaterais, além do que, a gravidade do quadro clínico também foi preditora de comportamento não aderente, segundo o autor.

Rosa e Marcolin (2000) considerando que uma das maiores dificuldades encontradas para pesquisa em adesão era a falta de instrumentos adequados e padronizados para avaliar os fatores subjetivos que a influenciavam, apresentaram a tradução de uma escala que avaliava os principais motivos que levariam ou não a adesão ao tratamento. A escala ROMI (Rating of Medication Influences / Escala de Influências Medicamentosas) foi constituída por duas partes. Na primeira parte uma entrevista semi-estruturada considerava questões gerais que podiam influenciar na adesão (situação de vida como a presença de alguém que supervisione o tratamento, residência fixa, características do regime medicamentoso, atitude global do paciente e da família). A segunda parte, consistia em entrevista estruturada que considerava as principais razões que levavam muitos pacientes à adesão ou à não-adesão ao tratamento.

Malerbi, Savoia e Bernick (2000) relataram que a fobia social seria um transtorno psiquiátrico que apresentava diversos fatores relacionados a baixos níveis de adesão. Os autores colocaram que além dos fatores gerais relacionados à não adesão, havia também os relacionados a doenças psiquiátricas e, mais importante, peculiaridades da fobia social como comportamentos de esquiva do contato social, o que podia tornar mais difícil a interação paciente-terapeuta. Com objetivo de apontar e analisar os motivos que levaram pacientes fóbicos sociais a desistirem de psicoterapia grupal os autores verificaram que: a) pacientes com antecedência de baixa aderência; b) percepção distorcida dos resultados do tratamento e de seu *status* clínico; c) falta de motivação para o tratamento; e d) a atribuição dos sintomas à personalidade ao invés de encará-los como doença foram preditores de baixa aderência ao tratamento.

Oliveira et al. (2003) realizaram um estudo cujo objetivo foi revisar a bibliografia sobre medicação depósito (depto) e apresentar dados referentes à adesão ao tratamento e hospitalização entre os pacientes que realizam aplicações de Enantato de Flufenazina (medicação antipsicótica) em regime ambulatorial no Hospital Espírita de Pelotas. Através de análise de prontuários de pacientes verificaram uma maioria de pacientes portadores de esquizofrenia paranóide e transtornos mentais orgânicos participando deste regime de medicação, observando que a maioria dos pacientes em regime de aplicação de depto

permanecia em tratamento e, dentre eles, a maioria apresentava boa adesão. Os autores apontaram ainda, que pacientes com boa adesão apresentaram menos hospitalizações em comparação com aqueles com má adesão e com aqueles que não estavam em tratamento. E concluíram que medicações antipsicóticas em apresentação "depósito" eram úteis em psiquiatria, preferentemente em situações em que a manutenção de uma terapia farmacológica diária é impossibilitada ou indesejada.

Santin, Cerezer e Rosa (2005) realizaram uma revisão de literatura, predominantemente estrangeira, a respeito da adesão ao tratamento do transtorno bipolar considerando que a má adesão seria uma das principais dificuldades encontradas em relação ao tratamento destes pacientes. As autoras identificaram que as taxas de não adesão eram altas em transtorno bipolar, representando 47% em alguma fase do tratamento ou 52% durante um período de dois anos, e que fatores ligados ao paciente, aos medicamentos e aos médicos poderiam ser responsáveis pela baixa adesão. Propuseram, como uma das medidas para melhorar a adesão dos pacientes bipolares, identificar as atitudes que os fazem interromper o tratamento e discuti-las com o paciente nas consultas, promovendo informação e conhecimento sobre a doença e o tratamento.

A respeito da adesão à terapêutica nos transtornos depressivos na consulta bibliográfica realizada às bases nacionais nenhum estudo investigativo foi encontrado sobre esta relevante questão de saúde pública. Entretanto esta constatação vai de encontro à importância desta temática no âmbito da saúde pública, haja vista, os custos pessoais e sociais desta doença.

Horimoto, Ayache e Souza (2005) dedicaram a esta questão um capitulo de seu livro - escrito por Silva (2005) que salientou a importância da adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão. Recorrendo ao respaldo da literatura estrangeira, o autor considerou a alta taxa de abandono ao tratamento e as malévolas conseqüências deste comportamento aumentando a possibilidade de recaídas, recorrências e suicídios, os custos financeiros e as dificuldades de recuperação. A falta de adesão também foi associada ao aumento da probabilidade de internações e de utilização do sistema de saúde, impacto negativo nas relações do indivíduo com ele mesmo e com familiares, e dificuldades no desempenho profissional.

Em relação às causas da não adesão ao tratamento para depressão, o citado autor considerou a complexidade e multiplicidade das mesmas apontando: efeitos colaterais dos medicamentos, ineficácia do tratamento, crenças e atitudes pessoais, custo financeiro, decisão do paciente ou responsável, abuso de substâncias psicoativas, falta de confiança no médico, melhora no quadro clínico, dificuldades no acesso ao tratamento, tratamentos anteriores mal

sucedidos, preconceito, ausência de participação da família, complexidade do regime terapêutico, relação médico-paciente deficiente e informações insuficientes acerca da doença e do tratamento.

Alguns estudos nacionais correlacionaram a presença de depressão ao abandono de tratamentos médicos para outras condições clinicas, porém, não avaliaram a adesão ou não adesão ao tratamento e sim a presença da comorbidade. A exemplo de Ricco et al. (2000) que, ponderando a existência de uma associação entre doenças crônicas e transtornos depressivos que poderiam ter impacto negativo sobre a adesão ao tratamento e enfrentamento da doença, avaliaram sintomas de depressão em pacientes portadores de diabetes *mellitus* e portadores de hepatites virais e verificaram que havia associação entre essas doenças e a depressão, e assim, salientaram a necessidade do atendimento biopsicossocial ao portador de doenças crônicas de forma a considerar que sintomas depressivos podem piorar o funcionamento global do indivíduo.

Cezar e Ferraz (2004) também salientaram que a presença e intensidade da depressão poderiam causar interferência na adesão e tolerabilidade ao tratamento para Hepatite C, uma vez que a medicação utilizada poderia produzir quadros deste tipo. Verificaram que os estados depressivos mostraram um aumento de 28% de intensidade ao longo do tempo e propuseram que uma investigação de enfoque psiquiátrico poderia fornecer maior segurança ao se lidar com possíveis exacerbações destes sintomas, podendo resultar em intervenção preventiva da não adesão ao tratamento e benefícios para a qualidade de vida destes pacientes.

No cenário internacional, por outro lado, a adesão à terapêutica antidepressiva, tem merecido a atenção e afinco de pesquisadores, que se sensibilizaram à compreensão desta temática de saúde pública. Assim, em paralelo ao desenvolvimento da noção de depressão como doença que requer tratamento medicamentoso contínuo e regular, a comunidade científica começou a focar atenção na adesão ao regime medicamentoso para depressão (DEMYTTENAERE, 2003).

Sabe-se que a adesão à medicação antidepressiva é essencial para consolidação da resposta ao tratamento, prevenção de recaídas e reincidência (ADAMS; SCOTT, 2000; SOOD, 2000; KELLER et al., 2002). A este respeito, Sood (2000) salientou que falhas na adesão ao tratamento medicamentoso para depressão estiveram relacionadas a altas taxas de recaídas e recorrências durante a vida do paciente e que os índices de recaída e recorrência estariam em torno de 50% a 85% de probabilidade de um novo episódio depressivo.

Em contraste as possibilidades de recaídas e reincidência da doença, há o reconhecimento de que a adesão à terapêutica antidepressiva seja pobre (DEMYTTENAERE,

2001; KELLER et al., 2002; PAMPALLONA, 2002; NEMEROFF, 2003) e que os custos pessoais, econômicos e sociais advindos da não adesão a esta terapêutica sejam altos (DEMYTTENAERE, 2003; MAIDMENT; LIVINGSTON; KATONA, 2002).

Maidment, Livingston e Katona (2002) afirmaram que a pobre adesão à medicação antidepressiva podia contar com uma significativa proporção de fracassos no tratamento. Postura corroborada por Gonzáles et al. (2005) ao asseverar que a não adesão ao tratamento de saúde mental esteve relacionada a pobres resultados em qualquer *setting* de tratamento, e também, por DiMatteo et al. (2000) que considerou que a não adesão podia resultar em exacerbação do problema, diagnóstico incorreto e frustrações para médicos e pacientes, proporcionando efeitos negativos nos resultados do tratamento. Desta forma, a não adesão à medicação antidepressiva pode ser considerada como um significante problema clínico no manejo de muitos pacientes (DEMYTTENAERE; HADDAD, 2000).

Em detrimento das conseqüências negativas da não adesão ao tratamento antidepressivo, tem sido altas as taxas de abandono da terapia medicamentosa verificadas em diferentes estudos. Vale relembrar que estudos a respeito da doença depressiva e seu tratamento recomendam a continuidade do tratamento com antidepressivos por alguns meses após recuperação dos sintomas (LINDEN et al., 2000; BALON, 2002) e que interrupções prematuras da medicação tem sido vistas como importante razão para a cronicidade do transtorno depressivo (LINDEN, et al., 2000).

Taxas de não adesão ao tratamento para depressão variaram entre 28 % e 60% nos estudos compreendidos em nossa revisão.

Lin et al. (1995) verificaram que aproximadamente 28% dos pacientes de seu estudo, pararam de tomar a medicação antidepressiva durante o primeiro mês da terapia e 44% tinham interrompido o uso no terceiro mês.

Demyttenaere e Hadad (2000) afirmaram que dados já publicados na literatura americana indicavam que entre 30% e 60% de pacientes deprimidos não tomam os medicamentos antidepressivos prescritos.

Linden et al. (2000) analisaram 3366 pacientes para os quais foi prescrito fluoxetina (medicação antidepressiva) por médicos generalistas e verificaram que um total de 37,6% dos pacientes interromperam o tratamento muito cedo – durante as primeiras dez semanas após seu início.

Bultman e Svarstad (2000) reconheceram que um problema comum ao uso de antidepressivos era a não adesão. Segundo estes autores, 28% dos consumidores paravam com

a medicação no primeiro mês do tratamento e 44% não permaneciam tomando medicação depois de três meses.

Demyttenaere (2001) aplicou mensalmente por um período de seis, um questionário via telefone, à pacientes recebendo terapia antidepressiva para episódio de depressão. Verificou que a probabilidade de continuar a medicação foi 0,88 depois de quatro semanas; 0,58 depois de dezesseis semanas; e 0,52 depois de vinte semanas, apesar de não deixar claro a que índice se referenciava. No final do estudo 53% dos pacientes haviam interrompido o uso da medicação.

Pampallona et al. (2002) fizeram uma revisão de artigos objetivando identificar publicações relevantes sobre a adesão ao tratamento por parte de pacientes com depressão. Neste estudo, os autores verificaram que a adesão foi o maior problema no tratamento da depressão com aproximadamente 1/3 dos pacientes não completando o tratamento.

Lingam e Scott (2002) afirmaram que a taxa de não adesão para depressão unipolar ou bipolar oscilaria de 10 a 60% com média de 40%.

Maidment, Livingstone e Katona (2002) verificaram que aproximadamente 1/3 dos pacientes idosos não aderiram a medicação antidepressiva.

Importante observar que a variação ampla nas taxas de não adesão para transtorno depressivo pode se dever a diferentes definições e conceituações de adesão utilizadas nos estudos, bem como ao desenho do estudo e seu método de avaliação, como lembram Cramer e Rosenhec (1998) e Lingam e Scott (2002).

Alguns fatores foram associados à considerada pobre adesão ao tratamento medicamentoso para depressão serão considerados no próximo subitem.

1.2.6 Fatores associados à não-adesão ao tratamento da depressão.

Em relação a tratamentos psiquiátricos, Colom e Vieta (2002) avaliaram que a não adesão à medicação prescrita seria um dos problemas mais difíceis a resolver em medicina e particularmente em psiquiatria. Considerando a natureza e seriedade das doenças psiquiátricas, afirmou que as psicoses e doenças do humor poderiam ser especialmente afetadas pela não adesão, principalmente como resultado da pobreza de *insight* que poderia estar presente nestas patologias. A cronificação da doença, a pobreza psicossocial e o aumento

das taxas de suicídio foram apontados como principais conseqüências da não adesão ao tratamento nesse tipo de doença.

Santin, Cerezer e Rosa (2005) consideraram que a falta de adesão ao tratamento seria responsável por grandes frustrações na psiquiatria e muitos fatores tentariam explicar este fenômeno. Dentre eles: fatores ligados aos pacientes como atitudes e crenças relativas ao tratamento, falta de conhecimento sobre a doença, uso de álcool / drogas, características demográficas, estrutura familiar, gravidade da doença; fatores relacionados ao medicamento, como complexidade dos regimes posológicos, efeitos adversos e interações medicamentosas; e fatores ligados ao médico, como sua atitude em relação à doença e interação com o paciente.

Ao estreitar o foco em tratamentos antidepressivos percebe-se consenso na literatura consultada que a não adesão ao tratamento antidepressivo, bem como a outros tratamentos, seja um fenômeno multifatorial contemplando associações entre questões **relativas ao paciente**, **à doença**, **ao tratamento, ao profissional de saúde e ao ambiente**.

Relativo a adesão ao tratamento medicamentoso nos transtornos depressivos, Delgado (2000) considerou que as razões para não adesão ao tratamento antidepressivo podiam incluir decisões racionais e intenções baseadas em crenças a respeito da depressão, dos efeitos colaterais, da ineficácia do tratamento, custos da medicação, decisões influenciadas pelos sintomas da doença e outros fatores culturais e atitudinais.

Moreno et al. (2003) concluíram que a falta de adesão ao tratamento antidepressivo se deveria a uma "interação complexa de fatores como eficácia, tolerância, e aspectos psicológicos determinados por crenças e características da pessoa" (MORENO et al., 2003, p. 111). Estas crenças e características não foram mencionadas pelos autores.

Mais recentemente, Gonzáles et al. (2005) salientaram que uma razão comum para não-aderência à medicação antidepressiva em *settings* de atenção primária se relacionava com os efeitos colaterais da medicação. Atitudes negativas em relação a medicação, melhora confirmada nos sintomas, resposta insuficiente à medicação, e pobre qualidade da comunicação entre médico e paciente também contribuíram para a não-aderência, segundo os autores.

De forma complementar, Nemeroff (2003) afirmou que a boa tolerância ao antidepressivo, especialmente nos estágios iniciais do tratamento, a educação do paciente e a qualidade da relação médico-paciente se constituíam em fatores determinantes da adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes deprimidos.

1.2. 6.1 Fatores relativos ao paciente

Entre os fatores relativos ao paciente avaliados como possíveis interferentes na adesão ao tratamento antidepressivo e verificados nas pesquisas pertinentes pode se ilustrar aqueles relacionados à variáveis sociodemográficas e atitude pessoais frente a doença e tratamento.

As variáveis demográficas como sexo, idade, nível sócio econômico, grau de instrução têm sido consideradas como fracas preditoras da adesão, parecendo ter um papel secundário na predição da adesão aos tratamentos médicos em geral (HAYNES et al., 1976 apud ROSA, 1998) e também em tratamentos para depressão (LINGAM; SCOTT, 2000; SIMON et al., 1993).

A este respeito Cramer (1998) verificou que pacientes mais velhos tinham maior probabilidade de não aderir à antidepressivos do que pacientes mais jovens, avaliando que o alto número de remédios prescritos para idosos e a complexidade do regime poderiam ser fatores explicativos para isto. Porém o autor considerou que esta relação não vinha sendo amplamente estabelecida.

Green-Henessy (1999) investigou a associação entre fatores sociodemográficos e auto-relato de uso da medicação antidepressiva entre pacientes com depressão maior. Verificou que a idade esteve significativamente associada ao uso relatado de medicação, com baixa porcentagem de uso nos grupos de pessoas mais jovens e de idosos. Segundo dados deste pesquisador, grupos minoritários como negros tinham menor probabilidade de usar a medicação. Gênero masculino, pessoas de baixa renda, viúvos ou pessoas que nunca haviam se casado também foram identificadas com uma maior probabilidade de não uso da medicação.

Demyttenaere (2001) ao acompanhar mensalmente pacientes deprimidos em uso de medicação antidepressiva verificou que havia questões peculiares ao gênero em relação à continuidade ou não do tratamento, de forma que, em homens uma significativa melhora no funcionamento ocupacional, social ou familiar aumentava o risco de desistência e em mulheres uma significante melhoria no funcionamento familiar aumentou o risco da desistência.

No estudo de Gonzáles et al. (2005) identificou-se que variáveis demográficas tais como idade, educação, e etnicidade / raça não estiveram relacionadas à adesão à medicação com antidepressivos. Porém, estes autores consideraram que fatores de risco diferem para a não-aderência a recursos da saúde mental. Pacientes são menos aderentes se forem solteiros,

adultos jovens, do sexo masculino, sem um número para contato telefônico, ocuparem uma baixa classe sócio-econômica e, tiverem uma história de não-aderência. De acordo com estes autores, a aderência é menos provável quando pacientes percebem que não necessitam de cuidados psiquiátricos ou que seus problemas são menores e, se eles visualizam o problema como sendo mais físico do que psicológico. Outros fatores que diminuem a aderência são: um diagnóstico incerto, sintomas ambíguos, ou desacordo com o profissional assim como relutância em ver o profissional da saúde mental. Demoras prolongadas entre as consultas médica também diminuíam a probabilidade de aderência.

Os estudos compreendidos na revisão feita no presente estudo não apontaram o grau de instrução do paciente como fator interferente na adesão ao tratamento antidepressivo.

Em relação às atitudes perante a doença e tratamento Demyttenaere (2001) observou que as crenças centrais do paciente e sua atitude perante o tratamento podiam influenciar as chances de sucesso na adesão do mesmo. Para o autor, os pacientes acalentariam muitas crenças infundadas relativas aos antidepressivos e seu uso.

Manber et al. (2003) ressaltaram que na depressão, como em outras doenças crônicas, o modo como indivíduos percebem a doença depressiva pode causar um impacto no curso da doença, no tipo de tratamento procurado, na aderência e na resposta ao tratamento. Segundo estes autores, pacientes que perceberam sua doença depressiva como um traço e os que acreditaram que sua depressão era causada por um "desequilíbrio químico" [sic] ou um "defeito pessoal" [sic] tendiam a preferência por uma medicação de aproximação ao tratamento e podiam não se engajar ou responder a psicoterapia. Em contraste, aqueles que visualizavam sua doença depressiva como transitória e aqueles que acreditavam ter algum controle sobre seus estados depressivos eram mais prováveis de aderirem ao tratamento. Os autores consideraram ainda, que a manutenção do regime medicamentoso diário provavelmente requeresse uma crença no potencial dos benefícios a serem ganhos apesar da inconveniência, efeitos colaterais, e melhora gradual que possa ocorrer.

Gonzáles et al. (2005) salientaram também, haver menor probabilidade de aderência quando pacientes percebem que não necessitam de cuidados psiquiátricos ou que seus problemas são menores, e se eles visualizam o problema como sendo mais físico do que psicológico.

Bultmam e Svarstad (2000) afirmaram que clientes com crenças mais positivas gostam de retornarem ao médico e são mais satisfeitos com o tratamento depois de tentativas com a medicação.

Por outro lado, Sirey et al. (2001) reportaram que a percepção pelo paciente, do estigma sobre depressão no início do tratamento predisse adesão subseqüente. Os pesquisadores examinando como a percepção de estigma poderia afetar a interrupção do tratamento por parte de adultos mais jovens e de adultos mais velhos com depressão, verificaram que os pacientes mais jovens perceberam mais estigma que os mais velhos, e que as percepções de estigma ao começar o tratamento influenciavam o comportamento subseqüente, constituindo-se, o estigma, num obstáculo poderoso à busca e continuidade do tratamento.

1.2.6.2 Fatores relativos à doença

De acordo com a literatura consultada, fatores relativos à doença como sua duração, cronicidade, severidade e sintomatologia também devem ser consideradas como interferentes na adesão ao tratamento psiquiátrico de uma forma geral. No entanto, para a doença depressiva, não foram encontrados muitos dados de pesquisas que dessem realce a estes fatores.

Demyttenaere (1997) considerou que doenças assintomáticas, crônicas e que necessitam de tratamento de longo período, como seria o caso da manutenção do tratamento depressivo, resultariam em pobre adesão.

Em relação mais específica à pacientes depressivos, este mesmo autor apreciou que a presença de culpa exagerada podia levar ao sentimento de não merecimento do tratamento ou de impossibilidade de pagar por ele. Além disso, prejuízos cognitivos, déficits de concentração, motivação pobre poderiam levar a não adesão ao tratamento por parte de pacientes com depressão.

Lin et al. (1995) relataram não terem encontrado associação entre severidade da depressão e adesão ao tratamento antidepressivo.

Importante considerar ainda, que o próprio estado depressivo foi considerado como um fator propiciador da não adesão a tratamentos de forma que, DiMatteo et al. (2000) apontaram que a depressão ao prejudicar o foco cognitivo, a energia e a motivação do indivíduo, poderia afetar a disposição do paciente bem como sua capacidade de seguir o tratamento para outras patologias, relacionando desta forma, a não adesão a tratamentos a uma comorbidade com estados depressivos.

1.2.6.3 Fatores relativos ao tratamento

Quanto aos fatores relativos ao tratamento, a literatura geral sobre adesão a tratamentos psiquiátricos considera como compreendidos entre eles os efeitos colaterais, a dosagem da medicação, a complexidade do regime, a duração do tratamento e as condições de acesso ao tratamento.

Pesquisas realizadas com a população de pacientes deprimidos associaram, mais comumente, aos efeitos colaterais à possibilidade da não adesão ao tratamento. Dentre a literatura consultada não foi encontrada associação entre adesão a antidepressivos e número de drogas constantes no regime terapêutico, ou, relativas à apresentação da droga e suas propriedades perceptivas como gosto, tamanho, cor.

Para Balon (2002) os efeitos colaterais seriam claramente a maior razão para não adesão e dentre os principais efeitos relatados como motivadores de abandono ao tratamento antidepressivo estariam a disfunção sexual e o ganho de peso. Informações estas que corroboraram as de Zajecka (2000) quando afirmou que os efeitos colaterais, incluindo insônia ou sonolência, ganho de peso, astenia e disfunção sexual podiam diminuir significativamente a adesão em tratamentos longos para depressão. Autores como Nemeroff (2003), Moreno (2003), Demyttenaere (2001) e Lindem (2000) associaram os efeitos colaterais como barreira à adesão, principalmente nas fases iniciais do tratamento.

Os dados destes estudos diferiram daqueles de Lin et al. (1995) que verificaram que os efeitos colaterais, apenas em níveis severos, se associaram com a não adesão à medicação, tendo ainda relacionado o tipo de efeito colateral à fase do tratamento, de forma que, sonolência durante o dia associava-se com não adesão no início do tratamento, enquanto fadiga, visão borrada, dificuldade de conciliar o sono, ansiedade ou nervosismo, assim como, alterações no apetite e ganho de peso estavam associados com não adesão posterior.

Segundo Keller et al. (2002) além da pobre tolerância à medicação, a rapidez e o sucesso inicial de ação da medicação também influenciariam a adesão ao tratamento.

Em consideração à relevância dos efeitos colaterais para o seguimento do tratamento bem como para o bem-estar do paciente, Delgado (2000) assegurou que investimentos farmacêuticos foram realizados no sentido de produzir medicações antidepressivas seguras e eficazes, com reduzidos efeitos colaterais e acentuada redução de riscos. Por outro lado, Demyttenaere (2001) chamou atenção de que prescrições apropriadas de antidepressivos eficazes e bem tolerados não garantiam, necessariamente, a adesão. Colocou, assim, em

reflexão a concepção de que os efeitos adversos e uma menor eficácia associada com inapropriada prescrição de antidepressivos mais antigos, seriam as razões mais comuns da interrupção prematura de tratamentos no cuidado primário, tendo ressaltado o papel das crenças do paciente em relação à doença e tratamento como de grande interferência no comportamento de adesão.

A dosagem da medicação, a complexidade do regime terapêutico e a apresentação da medicação não estiveram associadas à adesão à terapêutica antidepressiva em nenhum dos estudos considerados nesta revisão.

Em relação à organização dos serviços de saúde o tempo de espera pela consulta também pode comprometer a adesão ao tratamento. Neste sentido, Dunbar-Jacob (1993) salientou que o tempo de espera vinha sendo associado negativamente com a adesão. E Homedes e Ugalde (1981 apud DUARTE, 2001) salientaram que a falta de organização dos serviços, refletida na espera prolongada para o atendimento, no conflito entre o horário de atendimento e de trabalho, e na dificuldade para conseguir consulta médica, relacionava-se com a não adesão a tratamentos diversos nos países de terceiro mundo. Em estudos especificamente voltados para o tratamento antidepressivo não foram encontrados dados semelhantes, possivelmente porque a maioria deles foi realizada em países de Primeiro mundo.

1.2.6.4 Fatores relativos ao profissional de saúde

Dentre os fatores relativos ao profissional, a relação médico-paciente tem sido alvo de investimentos e pesquisas que intentam compreender o fenômeno da adesão ao tratamento e principalmente incrementar a qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário.

Demyttenaere (1997) afirmou que a satisfação do médico e o número de pacientes atendidos por semana eram preditores de uma melhor adesão do paciente, porém, salientou que esta relação ainda não estava clara. Segundo o autor, informações claras sobre os sintomas, curso e prognóstico da doença seriam especialmente importantes para aumentar a adesão, e a respeito da depressão profunda, manuais informativos viriam a incrementar, favoravelmente, estas ações indo ao encontro do comprometimento da concentração de muitos pacientes com este diagnóstico.

Bultman e Svarstad (2000) verificaram que o estilo de comunicação do médico, que compreendia uma postura colaborativa, de reasseguramento incluindo mensagens positivas, influenciava positivamente o conhecimento do paciente e suas crenças iniciais sobre a medicação - dois fatores interferentes na adesão ao tratamento e na satisfação do paciente com o serviço.

Os fatores relativos ao profissional de saúde em geral, ainda não foram muito focalizados em estudos relativos ao tratamento para depressão e também não apareceram, na literatura pesquisada, como fatores citados por pacientes, como interferentes na adesão do paciente ao tratamento antidepressivo. Entretanto, Nemeroff (2003) afirmou que os médicos podiam aumentar a adesão de pacientes ao tratamento antidepressivo oferecendo informações detalhadas a eles sobre seu tratamento.

1.2.6.5 Fatores relativos ao ambiente

Dentre os fatores relativos ao ambiente, a literatura pertinente considera o papel do suporte social e familiar e a presença de dificuldades financeiras como fatores neste contexto inseridos, que podem interferir na adesão ao tratamento.

Desta forma, Green-Henessy (1999) alertou para a necessidade de consideração da disponibilidade de fornecimento medicação prescrita para avaliação do uso da medicação antidepressiva. Kroenke et al. (2001) considerou o fato de que as medicações antidepressivas foram distribuídas gratuitamente como uma limitação de sua pesquisa em relação à estimativa da adesão, ajuizando que a oferta da medicação pode ter aumentado as taxas da adesão.

Em relação ao suporte oferecido ao paciente com depressão, Balon (2002) considerou a interferência do encorajamento de outras pessoas para que o paciente não tome a medicação antidepressiva como fator a diminuir a probabilidade de adesão.

Tomando em conta a população de pacientes com esquizofrenia, Rosa (1998) afirmou que nesta doença, o suporte social e a disponibilidade da família e amigos em auxiliar ou supervisionar o paciente e a tomada das medicações estavam consistentemente associadas à adesão ao tratamento ambulatorial. Morar sozinho, ter relações sociais negativas ou estressantes, aliados à crenças familiares a respeito da doença e tratamento e dificuldades financeiras também estiveram associadas à baixa adesão do paciente esquizofrênico ao tratamento, de acordo com o pesquisador.

Alguns estudos também se propuseram a investigar junto a pacientes que haviam abandonado o tratamento antidepressivo em algum momento do transcorrer do mesmo, as razões para esta interrupção e puderam verificar que as razões variavam de acordo com o momento da interrupção.

Na amostra da pesquisa realizada por George et al. (2000) os 14 pacientes que interromperam a medicação antidepressiva citaram como razão, em ordem decrescente de número de respostas: os efeitos colaterais, sentir-se melhor, carência de benefícios, preocupação com os potenciais efeitos adversos e hospitalização.

Demyttenaere (2003) afirmou que em estudos naturalísticos as taxas de desistência eram mais altas que em estudos controlados, chegando a 50 ou 60% em dez semanas, e que se sentir melhor foi a razão mais freqüentemente citada para o abandono da terapia.

Demyttenaere (2001) verificou que 53% dos pacientes de sua amostra havia interrompido a medicação antidepressiva e que as razões mais citadas foram 'sentir-se bem' e ter 'efeitos colaterais'. Estas razões mencionadas variavam de acordo com o momento da interrupção do tratamento, de modo que, 'sentir-se bem' foi responsável por 55% dos motivos das pessoas que interromperam o tratamento por volta da 11ª semana, enquanto os 'efeitos adversos' contaram com 23% dos motivos de interrupção por volta da 6ª semana.

Linden et al. (2000) verificaram que a interrupção prematura do tratamento com fluoxetina não teve uma característica homogênea, sendo distinguindas três razões principais: 'resposta suficiente' (19,8%), 'eventos adversos' (3,8%), e 'deterioração ou resposta insuficiente' (3,1%). Estas razões foram contextualizadas em relação ao momento em que ocorreram, de forma que, as desistências relacionadas aos efeitos colaterais aconteceram durante a primeira e terceira semana do tratamento. A interrupção antecipada como resultado de uma resposta suficiente ocorreu tipicamente durante as semanas de quatro a sete e interrupções devidas a respostas insuficientes tiveram uma função linear no tempo.

O conhecimento da multiplicidade de fatores que podem interferir na adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão, da possibilidade de co-ocorrência de dois ou mais fatores em conjunto, da probabilidade de riscos relativa a diferentes fases do tratamento, originado da estimativa e ponderação sobre sérios e complexos prejuízos que podem advir da não observância de comportamentos de saúde orientados tem seu sentido completado ao subsidiar intervenções preventivas desta situação. Assim, este conhecimento, por sua vez, desencadeou a aplicação e estudo de estratégias que pretendiam melhorar o nível da adesão a terapêuticas diversas, entre elas, logicamente, situam-se aquelas direcionadas a pacientes depressivos, que serão abordadas no próximo item.

1.2.7 Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento antidepressivo

Algumas modalidades de intervenção visando melhorar a adesão ao tratamento com antidepressivos podem ser encontradas na literatura. Estas propostas de intervenção parecem se principiar no entendimento do que seja adesão ao tratamento e quais são os fatores interferentes neste processo.

Neste sentido, Delgado (2000) assinalou que estratégias que objetivem informar pacientes sobre a depressão e tratamento e promover um ambiente colaborativo podem melhorar os resultados do tratamento e a adesão a ele.

Balon (2002) considerou que as estratégias para aumentar a adesão incluíam: a) o reconhecimento de fatores que levam à não adesão; b) o estabelecimento de forte aliança com o paciente; c) a educação do paciente sobre a doença e importância da manutenção do tratamento; d) educação do paciente sobre a medicação, interações medicamentosas, farmacocinética e efeitos colaterais; e) simplificação dos regimes medicamentosos; f) provimento de assistência a adesão à medicação; g) consideração da contagem da medicação como possível pesquisa de não adesão à medicação prescrita; h) enfatizar a relação médico – paciente.

Bultman e Svarstad (2000) conceberam a adesão como um processo ativo dependendo da natureza e da qualidade da relação entre médico e paciente e entenderam a adesão como um complexo de comportamentos que requeria o conhecimento do paciente sobre o regime do tratamento, motivação para começar e satisfação com o tratamento depois de tê-lo iniciado. Os autores enfatizaram que o estilo da comunicação do médico podia influenciar o comportamento e realçar o conhecimento do paciente influenciando suas crenças iniciais sobre o tratamento e posteriormente sua satisfação com os efeitos do mesmo.

Frank, Kupfer e Siegel (1995) tomando em consideração a importância da formação de uma aliança terapêutica entre médico e paciente com transtornos do humor, se utilizaram de um método educativo que fornecia informações e orientações aos pacientes sobre a doença e tratamento, estas orientações eram graduais, observando a melhora do paciente e sua condição de absorver informações. O tratamento foi visto como uma experiência conjunta na qual médico e pacientes eram entendidos como co-investigadores com papeis específicos e como resultado, os autores asseguraram que este método vinha sendo associado com baixas taxas de desistência e altas taxas de adesão ao longo dos anos.

Mundt et al. (2001) investigaram o impacto da educação na adesão à medicação antidepressiva oferecendo material educativo a um grupo de pacientes iniciando o tratamento e tendo um grupo controle que não recebia o material. Não encontraram diferenças significativas a respeito da duração da adesão à medicação entre os grupos, mas, afiançaram que programas educativos para encorajar pacientes depressivos a obter medicações adequadas podiam prover benefícios na adesão ao tratamento antidepressivo.

Demyttenaere e Haddad (2000) ressaltaram a importância do papel do médico no gerenciamento da adesão ao tratamento antidepressivo, o que incluiria, segundo o autor, o aconselhamento aos pacientes a respeito dos riscos relativos ao esquecimento das doses, bem como a escolha de farmacoterapia que evite a não adesão.

Ainda neste sentido, Zajcka (2000) observou a importância de identificar e gerenciar os efeitos adversos e aliar mensagens educacionais que instruam o paciente sobre problemas do tratamento e a importância de sustentar a remissão para ajudar a melhorar a adesão e reduzir o potencial de riscos da descontinuação prematura dos antidepressivos.

O valor da psicoterapia aliada à psicofarmacologia também foi reconhecido como medida para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

Pampallona et al. (2004) consideraram que o tratamento psicológico combinado com antidepressivo esteve associado com taxas mais altas de melhora que apenas o tratamento com drogas, salientando ainda, que, em terapias longas a psicoterapia ajudaria a manter pacientes em tratamento.

Katon et al. (2005) realizaram intervenção com pacientes com depressão tratados no contexto de primário, na qual os pacientes recebiam um programa estruturado de tratamento que incluía tratamento comportamental para aumentar o uso de estratégias de enfrentamento adaptativas e também aconselhamento para melhorar a adesão ao medicamento. Um grupo controle recebeu cuidados médicos usuais. Como resultados os autores apontaram no quarto mês de acompanhamento, significantemente mais pacientes do grupo de intervenção; os mesmos com depressão maior e menor, aderiram ao tratamento medicamentoso e consideraram a qualidade dos cuidados que receberam como de boa a excelente.

Tendo em vista a relevância de se melhorar os níveis de adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão de forma a promover dentre outros benefícios uma melhoria na qualidade de vida de pacientes que sofrem deste transtorno, este estudo optou por conhecer fatores que auxiliam o comportamento de adesão e também o de abandono ao tratamento antidepressivo, sob o ponto de vista do paciente – uma das partes envolvida no processo de tratamento.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Compreender os fenômenos relacionados à adesão e não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão, na perspectiva de usuários e ex-usuários de um serviço público de saúde mental (Centro de Saúde Mental de Araguari MG).

Objetivos específicos

- Identificar e descrever aspectos relacionados à adesão e não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão segundo usuários e ex-usuários do CSM

- Comparar os fatores de adesão e de não adesão ao tratamento medicamentoso para depressão nos dois grupos.
- Caracterizar os motivos de abandono ao tratamento medicamentoso para depressão.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

De forma a atender os objetivos deste estudo, que parte para uma busca exploratória a respeito das condições ou fatores que proporcionam adesão e a não adesão ao tratamento de pacientes com depressão, optou-se pela utilização do método qualitativo de pesquisa mediado pela análise de conteúdo, entendendo-o como o mais indicado para esta proposta.

De acordo com Bardin (1977) a análise de conteúdo utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e tem como intenção a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou de recepção recorrendo para a inferência, a indicadores quantitativos ou não.

Este tipo de pesquisa objetiva vislumbrar o universo das significações, motivos aspirações, atitudes, crenças e valores importantes para descrição e compreensão de fenômenos de uma determinada situação (MINAYO, 1993).

Desta forma, considera-se que se trata de um estudo exploratório descritivo dentro de um enfoque da investigação qualitativa.

3.2 Participantes da pesquisa

Participaram deste estudo 24 pacientes portadores de transtorno depressivo (de acordo com diagnóstico realizado por médico psiquiatra, fundamentado no CID-10), de ambos os sexos, com idades variando entre 28 e 55 anos, de diferentes níveis de escolaridade, que faziam acompanhamento psiquiátrico, ou já o haviam feito, no Centro de Saúde Mental Municipal (CSM) da cidade de Araguari MG.

A amostra foi composta por dois grupos com 12 pacientes cada. O primeiro grupo (G I) foi definido como “aderentes ao tratamento”, por estarem freqüentando regularmente o Ambulatório de Saúde Mental para realização de consultas psiquiátricas nos 10 meses anteriores a realização da entrevista. E o segundo grupo (G II) formado por pacientes que não estavam fazendo consultas psiquiátricas no citado Ambulatório por um período mínimo de

seis meses entre a última consulta e a data da realização da pesquisa, sendo por isso, considerados neste estudo como "não aderentes ao tratamento" ao tratamento.

Após a realização de sete entrevistas para Grupo Aderente (G I) e seis para grupo de Não Aderente (G II), os dados apresentaram saturação, ou seja, se tornaram repetitivos, entretanto, como eles eram muito semelhantes nos dois grupos optou-se por aumentar o número da amostra para confirmação dos dados colhidos, sendo mantida a semelhança, encerrou-se a coleta de dados com doze entrevistas para cada grupo.

3.3 Material

Para o desenvolvimento do presente estudo, elaborou-se um roteiro semi-estruturado de entrevista (ANEXO A) que contemplava tanto questões mais objetivas que tratavam de dados sociodemográficos e clínicos dos participantes, como questões abertas referentes à conteúdos a serem explorados com todos os participantes do estudo e que versavam sobre suas crenças a respeito das condições facilitadoras e dificultadoras da adesão ao tratamento psiquiátrico para o paciente com depressão.

Os temas constituintes do roteiro de entrevista foram elaborados a partir do objetivo da pesquisa e mediante consulta a literatura específica sobre o tema – adesão à terapêutica. Desta forma o roteiro foi divido em quatro partes contemplando:

a) Dados sócio-demográficos do participante: as questões de 01 a 07 objetivaram a busca de informações de dados pessoais dos sujeitos abordando aspectos como: idade, sexo, estado civil, grau de instrução, renda familiar e religião.

b) Dados clínicos do paciente em saúde mental: as questões de 08 a 14 visaram conhecer o participante da pesquisa em relação ao seu conhecimento do diagnóstico, presença de tratamentos anteriores e sua possível eficácia, a interrupção de tratamentos anteriores e motivos para tal, o entendimento sobre a prescrição e o seguimento da mesma, de forma a possibilitarem um pequeno histórico do indivíduo em relação ao tratamento em saúde mental.

c) Adesão ao tratamento – questões que objetivaram conhecer os fatores percebidos como facilitadores e prejudiciais à adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

3.4 Procedimentos

3.4.1 De composição da amostra

Para a composição dos grupos I e II (subseqüentemente Aderentes e Não Aderentes) realizou-se, após consentimento e autorização da coordenadora de saúde mental do município (ANEXO B), consulta aos prontuários arquivados no Centro de Saúde Mental (CSM), com o objetivo de averiguar pacientes que tinham diagnóstico médico de depressão. Considerado o diagnóstico, avaliava-se o vínculo atual com a instituição de saúde, ou seja, se estavam fazendo ou não consultas psiquiátricas regulares nos últimos seis meses (critério utilizado no estudo para considerar o abandono do tratamento), a idade do paciente, além, da verificação e anotação de endereço e telefone que possibilitasse contato com o mesmo. Dados relativos ao número de pacientes portadores de transtornos depressivos, identificados através desta busca, podem ser visualizados no Anexo C.

Em seguida, realizou-se contato telefônico com alguns pacientes explicando os objetivos da pesquisa e verificando junto aos mesmos se poderiam e desejavam participar respondendo a uma entrevista que seria agendada para ser realizada no CSM com a psicóloga – Pesquisadora. Quando o paciente relatava estar impossibilitado de comparecer ao CSM era verificada a possibilidade de que a Pesquisadora fizesse a entrevista na residência do entrevistado se este assim o desejasse. A fins desta pesquisa foram excluídos pacientes que apresentavam comorbidade relatada no prontuário médico (31 homens e 73 mulheres, conforme Anexo C), para que se resguardasse maior homogeneidade aos dados.

As principais dificuldades encontradas nesta etapa foram desatualização do endereço e telefone de pacientes, que já haviam se mudado e/ou que não possuíam o mesmo número do telefone (aproximadamente 60% dos pacientes não aderentes e 10% de pacientes aderentes aos quais se tentou contatar). Outra dificuldade importante foi o não comparecimento nas datas marcadas para a entrevista especialmente, com aqueles que já não estavam mais em acompanhamento no Centro de Saúde Mental. Nenhuma pessoa se negou verbalmente a participar do estudo.

Alguns participantes foram contatados, esclarecidos e convidados à participação no estudo quando de sua consulta no CSM ou de sua procura por nova consulta nos casos de abandono ao tratamento. Todos os entrevistados somente responderam à entrevista após esclarecimentos da pesquisadora, a concordância e assinatura do Termo de Consentimento para Participação em Pesquisa (ANEXO D).

3.4.2 éticos

Em conformidade com a Resolução 196 do Ministério da Saúde, de 10 de outubro de 1996 que regulamenta as normas a serem seguidas e observadas na pesquisa envolvendo seres humanos, este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia para apreciação, sendo aprovado em 12 de novembro de 2004.

Assim, em consonância com a Resolução acima citada, que preconiza que nas investigações realizadas junto a seres humanos, cada participante deve ser informado sobre objetivos, métodos, benefícios e prejuízos potenciais advindos da participação no estudo, e também ser esclarecido do resguardo de sua liberdade de participar ou não da pesquisa ou dela se retirar a qualquer momento e a garantia do sigilo e anonimato, desenrolou-se o presente estudo. Desta forma, com a aquiescência dos pacientes, foi assinado, em duas vias, um documento de consentimento esclarecido no qual se especificavam os aspectos anteriormente ressaltados, ficando uma via com o participante e a outra com a pesquisadora, após o que, procedeu-se a entrevista com o sujeito.

No final da entrevista, a pesquisadora respondeu a questões que lhe eram formuladas, realizou orientações conforme a manifestação de interesse e necessidade do participante tendo encaminhado três participantes do grupo II, ao serviço social do CSM para reagendamento e continuidade do tratamento mediante a manifestação do desejo destes por voltar a se tratarem.

3.4.3 De construção dos dados

Neste estudo, utilizou-se a forma semi-estruturada de entrevista, de forma que todos os participantes responderam às questões fundamentais do estudo. Ao início de cada entrevista a Pesquisadora acentuava a importância das opiniões dos participantes procurando estabelecer um clima de cordialidade e tranqüilidade no intuito de que os participantes ficassem à vontade para expressar suas idéias. Ressaltou-se sempre que as idéias do participante eram o ponto mais valoroso para o estudo enfatizando-se a importância de conhecer aquilo que eles pensavam a respeito dos temas propostos e reassegurando que não existiria certo ou errado para as respostas.

As entrevistas foram realizadas individualmente pela Pesquisadora, em sala reservada nas dependências do CSM, ou na residência do participante e tiveram, em média, 50 minutos de duração. As verbalizações dos participantes do estudo foram transcritas, mediante seu consentimento, no momento em que eram feitas havendo o esforço para anotação em sua integralidade e também a colaboração do participante em esperar que a Pesquisadora anotasse sua fala. Durante todo o processo da entrevista estimulou-se um clima de liberdade para que as respostas não fossem lacônicas e que um ritmo de uma conversação "amistosa" fosse estabelecido de forma a possibilitar que o participante expusesse sua visão sobre o tema proposto.

Ao final da entrevista, era questionado ao participante se o mesmo gostaria de acrescentar mais alguma informação que considerasse relevante sobre adesão ou não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão. Encerravam-se as entrevistas agradecendo ao participante e se colocando a disposição para nova procura caso quisessem acrescentar algo mais às suas falas ou tivessem alguma dúvida em relação à pesquisa.

3.4.4 De análise dos dados

Conforme salientado anteriormente, para análise do material utilizou-se a Análise de Conteúdo na modalidade de Análise Temática a partir do referencial teórico de Bardin.

A respeito da Análise Temática como uma técnica da análise de conteúdo, Bardin (1977) ressaltou que o trabalho do analista consistiria em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou freqüência de aparição podia ter um significado para o objetivo analítico em pauta. De acordo com os princípios desta técnica, o texto poderia ser recortado em idéias constituintes, enunciados ou em proposições portadoras de significados isoláveis, que se constituíram no tema "uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura" (BARDIN, 1977, p. 209).

Assim considerando, o presente estudo tomou dois eixos principais para a realização da análise do material, de forma que, por um lado, atentou-se à freqüência de temas destacados nos relatos dos participantes e, por outro lado, também se observou o número de participantes que expuseram, através de suas falas argumentos categorizados pela Pesquisadora em dado contexto de entendimento a respeito da adesão/ não adesão ao

tratamento psiquiátrico para depressão. Esses dois eixos de análise obedecem ao entendimento da Pesquisadora de que à freqüência de temas identificados no material de análise possa contribuir para um entendimento diferente e mais compreensivo a respeito dos fatores de adesão e não adesão ao tratamento quando se acrescentar, a estes dados, o número de pessoas que admitem idéias semelhantes.

A análise de dados realizada neste estudo obedeceu às seguintes etapas:

Etapa I:

A análise inicial dos dados se deu tanto pela pesquisadora como por quatro psicólogos, que atuaram como juizes, tendo todos observado, conforme proposto por Bardin(1977) as seguintes etapas para a realização da análise de conteúdo: a) leitura flutuante das entrevistas (contato exaustivo do material); b) nova leitura com marcação das palavras-chave que poderiam representar os temas; c) nomeação dos temas e registro de freqüência com que apareciam na entrevista; d) agrupamento dos temas de forma a compor as categorias para cada entrevista. A regra de enumeração utilizada pelos analistas foi a freqüência.

Os dados obtidos através das entrevistas foram analisados tanto pela pesquisadora quanto pelos juizes separadamente para os dois grupos da amostra. A concordância entre a análise da pesquisadora e dos juizes pôde ser considerada satisfatória considerando que as categorias identificadas por ambos, foram semelhantes com variações de nomenclatura em algumas situações, as quais foram discutidas entre pesquisadora e juiz prevalecendo o consenso.

Etapa II:

O trabalho intensivo com o material de estudo sugeriu nova necessidade de reagrupamento dos dados. A partir das categorias levantadas na primeira etapa, considerando a similaridade e o antagonismo concebido para adesão/não adesão, muitas vezes observados no material de análise, atentou-se à possibilidade de formação de categorias globais para o dito material.

Nesta etapa formaram-se três categorias globais e polares para a compreensão da adesão/não adesão ao tratamento para depressão, que englobavam categorias específicas, na maioria das vezes, também polares para este comportamento. A polaridade identificada nas categorias pode ser entendida como a inserção que ela possua ao se avaliar que a presença ou ausência, ou, a sua positividade/negatividade poderia funcionar facilitando ou dificultando a adesão ao tratamento.

Após a formação destas três categorias globais, que foram constituídas por um total de oito categorias específicas identificadas nos discursos dos participantes, nova avaliação de

juizes foi realizada, desta vez, por dois psicólogos / pesquisadores que trabalham diretamente com este tipo de análise de conteúdo e que avaliaram como pertinentes os agrupamentos propostos pela Pesquisadora.

A análise do material requerido para desenvolvimento desta etapa, pôde proporcionar a identificação da existência de um foco ou perspectiva no qual os participantes do estudo centravam suas avaliações a respeito das condições interferentes no processo de adesão à terapêutica. Estas perspectivas foram apresentadas neste estudo através das categorias globais identificadas, que intentavam compreender de forma sintética e abrangedora as categorias anteriormente identificadas e que a partir deste momento foram denominadas categorias específicas, já que, originaram a formação das categorias gerais.

Etapa III:

Nesta etapa acrescentou-se à freqüência de temas identificados no material de estudo a freqüência de participantes que consideravam em suas verbalizações dado fator como importante para o fenômeno em estudo, tendo sido realizada para cada categoria específica identificada no presente estudo e considerada quando do detalhamento da mesma a ser observado no próximo capítulo. Ressalta-se que o mesmo exercício não foi feito em relação às categorias globais tendo em vista que as mesmas puderam ser identificadas nos relatos de todos os participantes do estudo.

O uso e apresentação (no capítulo de resultados) das freqüências relativas a cada tema componente de dada categoria específica em relação ao material completo de análise considerou os dois grupos distintamente e também os dois eixos de recorte do presente estudo, a saber: ‘auxilia a adesão’ / ‘dificulta a adesão’. Salienta-se que, com este procedimento pretendeu-se melhor elucidar e detalhar as categorias identificadas, não se guardando a pretensão de nenhum tipo de generalização que contrariasse o uso da técnica e o recorte do presente estudo.

Os resultados deste estudo foram discutidos com base na literatura do tema.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo será apresentado em três seções principais. Inicialmente será apresentada a caracterização dos sujeitos da pesquisa. Em seguida, serão descritos alguns dados clínicos dos participantes de forma a contextualizar a amostra em referência a tratamento(s) psiquiátrico(s) anterior (es) e, por fim, serão apresentadas e discutidas teoricamente as categorias formadas através da análise de conteúdo das respostas às entrevistas.

4.1 Caracterização da amostra

A amostra deste estudo foi constituída pelos grupos I e II (G I e G II), ambos comportando pacientes maiores de dezoito anos, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de depressão, que estavam ou haviam estado, em tratamento em um Centro de Saúde Mental da cidade de Araguari Minas Gerais. O **Grupo I** foi denominado de "**Aderente ao tratamento médico**" e o **Grupo II** de **"Não Aderente ao tratamento médico",** de acordo com critério de assiduidade às consultas médicas, já citado. As características dos participantes do estudo serão apresentadas a seguir, separadamente, para os dois grupos em questão.

Faz-se necessário ressaltar que, inicialmente, quando da construção da entrevista, havia a intenção de avaliar como os dados sociodemográficos dos participantes comportar-se-iam em relação à adesão/não adesão ao tratamento. Entretanto, diante da leitura exaustiva do material, pôde-se observar que o tamanho da amostra era insuficiente para este tipo de avaliação que, seria mais bem estudada em pesquisas com maior número de participantes, sendo assim, mais pertinente em estudos quantitativos que possibilitassem análises estatísticas apropriadas a tal avaliação. Assim, diante das dificuldades de realizar correlações entre estas variáveis e o comportamento de adesão / não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão, os dados a seguir terão como finalidade apenas caracterizar a amostra do estudo.

Grupo I: este grupo foi constituído 11 participantes do sexo feminino e apenas 1 do sexo masculino, com idades que variaram ente 29 e 52 anos, com uma média de 40,9 anos. Era composto por maioria de casados (75%), ao que se seguiu o estado civil solteiro 16, 7 % do total da amostra deste grupo e 8,3%, ou seja, apenas 1 (um) sujeito divorciado.

Quanto à escolaridade dos pacientes deste grupo, 33,3% possuíam o Ensino Fundamental incompleto e 8,3% tinham completado esta etapa de ensino. Outros 33,3% tinham terminado o Ensino Médio e o restante se dividiu entre 8,3% de participantes com Ensino Superior Incompleto e 16,7 % que já haviam terminado um curso superior.

A renda familiar da maioria destes pacientes se situou entre um e dois salários mínimos (58,3% da amostra). Quatro pacientes (33,3%) relataram renda entre três e cinco salários mínimos e apenas 1 sujeito (8,3%) relatou renda superior a cinco salários.

A maioria de sujeitos deste grupo residia em casa própria (83,3%), 16,7% viviam em casas alugadas e apenas um sujeito morava em casa emprestada.

Quanto à religião o catolicismo foi relato pela maioria dos sujeitos deste grupo (58, 3%), as outras religiões citadas pela amostra foram: Testemunha de Jeová, Espírita, e Evangélica todas com apenas 1 participante (8,3% de cada), e por fim, 16,7% dos sujeitos relataram não possuir uma religião definida.

Grupo II: foi formado por 10 mulheres (83,3%) e 2 homens (16,7%), com idades entre 28 e 55 anos, estando subdivididos entre 50% casados, 25% de divorciados, 16,7% de solteiros e 8,3% de viúvos.

Dos participantes situados neste grupo a metade relatou ser Católica, 33,33% ser evangélica, 8,3% espírita e 8,3%, ou seja, apenas um, relatou não ter religião definida.

Em relação à escolaridade deste grupo, notou-se que 50% possuíam até o ensino fundamental, estando ele completo ou incompleto. Dos 50% restantes 8,3% tinham o Ensino Médio incompleto, 8,3% o tinham completado e 33,3% possuíam o superior completo, podendo ser considerado respeitável o número de pacientes com terceiro grau completo em comparação com os outros níveis de escolaridade neste grupo.

Semelhantemente ao G I, este grupo foi composto por maioria de pessoas que ganhavam até dois salários mínimos (66,7%) dos participantes nele alocados. Os 33,3% restantes relataram ganhos mensais que variavam entre três e cinco salários mínimos. Também houve maioria de sujeitos que referiram morar em casa própria (66,7%). A porcentagem restante variou entre 25% de participantes que residiam em casas alugadas e 8,3% em casa emprestada.

No intuito de ampliar a descrição da amostra do estudo em questão proceder-se-á a um histórico breve a respeito dos participantes em relação ao tratamento psiquiátrico.

4.2 Alguns dados clínicos da amostra

Este tópico objetiva aprofundar a caracterização dos sujeitos, apresentando os participantes do estudo relativamente ao conhecimento do diagnóstico psiquiátrico, à presença e eficácia percebida de possíveis tratamentos psiquiátricos anteriores, bem como ao abandono de algum tratamento psiquiátrico ao longo da história do paciente. Considera ainda o entendimento do paciente em relação à prescrição médica e o uso relatado da medicação prescrita.

Este histórico será feito distintamente para os dois grupos em questão: **Aderentes** e **Não aderentes** ao tratamento psiquiátrico para depressão.

4.2.1 Grupo I: Aderentes ao tratamento

Todos os sujeitos relataram realizar tratamento para depressão, o que nos sugere que eles tinham conhecimento sobre a denominação da doença para a qual faziam tratamento no Centro de Saúde Mental. Um destes sujeitos relatou que além da depressão tratava-se também de síndrome do pânico, cefaléia e labirintite e um outro cita, em complementação, também alguns sintomas que vivenciou durante o período de crise, quais sejam a desorganização mental, a angústia, a falta de boas perspectivas de vida e o choro freqüente.

Para este grupo, o tempo do tratamento atual estava variando entre 11 e 36 meses. Cinco sujeitos estavam em acompanhamento há menos de 12 meses e os outros 7 já o realizavam há aproximadamente 36 meses (3 anos). Neste grupo apenas 1 sujeito relatou haver feito tratamentos psiquiátricos anteriores também para depressão, um outro sujeito relatou ter feito tratamento anterior para depressão com um médico neurologista.

Em relação à eficácia de tratamentos anteriores, o sujeito que havia realizado tratamentos psiquiátricos anteriores, acreditava que nenhum deles havia sido eficaz devido às constantes recaídas pelas quais passava. O sujeito que havia feito tratamento anterior com neurologista acreditava que o mesmo havia dado certo já que percebeu alívio nos sintomas.

Todos relataram entender a forma indicada para o uso da medicação, relatando corretamente a prescrição conforme verificado em prontuário. Porém, dois deles referiram não estar fazendo uso correto, um devido a esquecimentos esporádicos e outro por não acreditar que necessitava de uma das medicações e por achar que a mesma não lhe seria eficaz .

> *"Eu tomo Rivotril à noite e um outro de manipular eu não tomei não. Acho que a gente mesmo que tem que ajudar a melhorar num é só tomar remédio. Eu achei que o Rivotril me ajuda mais, o outro não"* (Paciente 11 Aderente).

É importante salientar que neste grupo dois dos sujeitos, mediante a entrevista se revelaram como parcialmente aderentes ao tratamento medicamentoso, pois afirmaram não fazer uso das medicações em conformidade com a prescrição. Considerando o conceito de adesão mais aceito na literatura vigente, especialmente quando se objetiva quantificar a adesão ou a não adesão a tratamentos, estes sujeitos possivelmente seriam, denominados como não aderentes ou parcialmente aderentes ao tratamento. Porém, ponderando sobre o recorte deste estudo, seus objetivos, bem como a definição de adesão e não adesão utilizada, que é anterior ao contato com o sujeito, ajuizou-se que suas respostas continuariam sendo apreciadas como de sujeitos aderentes ao tratamento, grupo para o qual foram chamados a participar.

4.2.2 Grupo II: Não Aderentes ao tratamento

Dos sujeitos considerados não aderentes neste estudo 9 relataram que haviam feito tratamento para depressão no Centro de Saúde Mental. Três participantes não citaram a denominação depressão, mas falaram da sintomatologia que os tinha levado ao tratamento, citando o desânimo intenso, a angústia, a irritabilidade, a insônia e a vontade de morrer como os agentes propulsores da busca por atendimento psiquiátrico. Um dos sujeitos relatou não saber o que tinha, porém relatou alguns sintomas. E um outro sujeito relatou ter se tratado também de fibromialgia.

Em relação a tratamentos psiquiátricos anteriores ao que haviam abandonado no CSM (referência para este estudo), este grupo se dividiu entre 9 sujeitos sem histórico de tratamentos psiquiátricos anteriores, e 3 que já haviam se tratado de depressão no Centro de Saúde Mental anteriormente.

O tratamento interrompido foi considerado como tendo resultados positivos para a maioria dos pacientes, de forma que, 66,7% dos participantes, relataram terem percebido melhora ou atenuação dos sintomas mediante a realização do tratamento em questão. Dois pacientes (16,7%) consideraram como bom o tratamento, porém, relataram não terem alcançado melhoras significativas com o mesmo. Dois sujeitos acreditavam que seus

tratamentos não deram certo e creditavam esta falha ao uso incorreto que haviam feito da prescrição, quando de seu tratamento.

Segundo as respostas dadas por estes sujeitos, houve entendimento das orientações médicas a respeito das prescrições. Poucos não lembravam o nome da medicação, mas lembravam do horário ou da apresentação da mesma (“aquele manipulado”, “um branquinho”) [sic].

Quando estavam em tratamento no CSM mais da metade dos sujeitos (66,7%) relatou que fazia uso correto da prescrição, dois revelaram nunca haverem tomado corretamente a prescrição, sendo que um deles acreditava que a dosagem prescrita era muito elevada e o outro percebia melhoras e interrompia a medicação, até nova piora que o levasse a usá-la novamente. Um dos sujeitos relatou ainda, que, apesar de entender as explicações médicas quanto ao uso da medicação não a usava preferindo usar alguma indicada por um farmacêutico de sua confiança.

É interessante ressaltar que dos doze sujeitos compreendidos neste grupo, três relataram estar fazendo uso de medicação psiquiátrica, receitada por clínico geral ou fornecida pelo atendente da farmácia, um destes sujeitos relatou, ainda fazer uso esporádico de medicação quando se sentia muito mal.

Os motivos que levaram à interrupção do tratamento ao qual nos referenciamos para compor esta amostra podem ser visualizados na Tabela 1. É importante salientar que um sujeito pode ter oferecido mais de um motivo para o abandono de seu tratamento para depressão e isto pode se explicar pela multicausalidade do fenômeno da não adesão ao tratamento considerado na literatura (GEORGE et al., 2000; LINDEN et al., 2000, DEMITTENAERY, 1997).

Tabela 1 - Causas relatadas para o abandono ao tratamento psiquiátrico de referência (Grupo II - Não aderentes)

Causas relatadas para abandono de tratamento psiquiátrico anterior	f	%
Melhora dos sintomas	11	44
Dificuldades para obtenção do atendimento médico	6	24
Relação negativa com o médico	2	8
Efeitos colaterais	2	8
Dificuldades econômicas para efetivação do tratamento	2	8
Não perceber resultados positivos com o tratamento	2	8
Total	25	100

Como se pode verificar através da Tabela 1, considerando a freqüência (f) de respostas dos participantes, os resultados positivos alcançados com o tratamento figurados na melhora nos sintomas foram a causa mais freqüentemente relatada para o abandono do tratamento antidepressivo contando com a freqüência de 44% de todas as respostas fornecidas. Em seguida, visualiza-se que, encontrar dificuldades para obtenção do atendimento médico, foi responsável por 24% das respostas dos pacientes quando relataram motivos do abandono do tratamento. O restante dos motivos se subdividiu em 'efeitos colaterais', 'relação negativa com o médico', 'dificuldades econômicas para efetivação do tratamento', e 'não percepção de resultados positivos com o tratamento' contando cada uma destas causas relatadas com 8% do total de respostas dadas pelos participantes do grupo II ao serem questionados sobre os motivos para o abandono do tratamento.

Os dados deste estudo confirmam alguns dados da literatura descritos a seguir. A não adesão ao tratamento antidepressivo parece ter causa múltipla, ou seja, um conjunto de duas ou mais razões podem ser disparadoras deste comportamento. Demyttenaere (2001) verificou que "sentir-se melhor" e "ter efeitos adversos", nesta ordem, foram as razões mais freqüentemente alegadas para o abandono da terapia antidepressiva. No estudo citado, o autor verificou que 53% dos 272 pacientes avaliados haviam abandonado o tratamento no final do

estudo. “sentir-se melhor” foi responsável por 55% dos motivos relatados para o abandono, e os “efeitos adversos” por 23% destes motivos”.

Linden et al. (2000) também encontraram como uma das principais razões para interrupção do tratamento para depressão a melhora de sintomas, denominando-a “resposta suficiente”. Na amostra do referido estudo, esta razão foi responsável por 19,8% das causas citadas, sendo seguida por “efeitos adversos” que perfizeram 3,8% das causas, e “deterioração no quadro ou resposta insuficiente” que contaram com 3,1% dos motivos relatados.

Os resultados de George et al. (2000) também revelaram multicausalidade para o abandono à terapêutica antidepressiva. Os efeitos colaterais figuraram como o motivo mais alegado para a interrupção do tratamento, sendo seguidos pela melhora percebida, falta de resultados positivos, preocupação com possíveis efeitos colaterais e hospitalização. No presente estudo a resposta insuficiente à terapia antidepressiva foi denominada como ‘não percepção de resultados positivos com o tratamento’, sendo também indicada como uma das causas de abandono do tratamento.

Resultados do presente estudo também indicaram que o estabelecimento de um relacionamento negativo com o médico, as dificuldades para obtenção de atendimento retratadas, entre outras coisas, pelo longo período de espera pelo mesmo, e as dificuldades financeiras encontradas pelo paciente para efetivação do tratamento poderiam ser prejudiciais à adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

A relação estabelecida com o médico, apesar de ser considerada na literatura como um fator de adesão e/ou não adesão ao tratamento antidepressivo (DEMYTTENAERE, 1997; BULTMAN; SVARSTAD, 2000), não foi relatada em outros estudos, como causa citada por pacientes para o abandono da terapia antidepressiva.

Já em relação às dificuldades encontradas pelos pacientes para obtenção de atendimento médico e as dificuldades financeiras, as quais podem funcionar como barreiras impeditivas do seguimento do tratamento mencionadas por esta amostra como possíveis motivos para o abandono de tratamento para depressão, não foram relatadas como causas de abandono ao tratamento em outros estudos.

Como possível explicação, supõe-se a importância da consideração de que os estudos referentes à adesão ao tratamento antidepressivo sejam preponderantemente americanos, e, portanto, fazerem jus a uma distinta realidade sócio-econômica e de política de organização dos cuidados em saúde e acesso aos usuários. Importante também considerar que a amostra deste estudo foi composta por pacientes usuários de um serviço público de saúde e tinham, em sua maioria, um nível econômico tendente a baixo, podendo assim, aparecer razões

diferenciadas ao se tratar de usuários do sistema privado de saúde ou portadores de condições sócio-econômicas mais elevadas. Desta forma, infere-se que peculiaridades da amostra devam ser consideradas ao se avaliar os motivos do abandono do tratamento.

4.3 Aspectos relacionados à adesão e à não adesão ao tratamento medicamentoso para depressão

Conforme elucidado no capítulo anterior, após transcrição do material procedeu-se à análise de conteúdo das repostas a partir do referencial de Bardin (1977), o que, em última instância, permitiu a identificação de três categorias globais e polares para o comportamento de adesão / não adesão presentes nos relatos de pacientes de ambos os grupos. As categorias globais identificadas comportam categorias específicas, na maioria das vezes, também semelhantes nos dois grupos. Assim, considerando a equivalência das categorias globais, bem como a similitude preponderante nas categorias específicas, elas serão apresentadas, detalhadas e exemplificadas com falas de pacientes aderentes e não aderentes, e também analisadas em relação à polaridade que apresentarem para adesão ou não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão.

As categorias globais identificadas foram: "Relacionamento Intrapessoal", "Relacionamento Interpessoal" e "Contexto do Tratamento", o que pôde sugerir algumas perspectivas de entendimento da adesão ao tratamento para esta população:

- Da perspectiva do paciente estão os **aspectos intrapessoais,** cujas categorias específicas tratam basicamente da postura do indivíduo em relação à doença e tratamento;
- Da perspectiva de 'outros' importantes para o tratamento, se encontram os **aspectos interpessoais,** composto por categorias específicas que se referem ao suporte afetivo percebido na relação do paciente depressivo com o outro;
- Da perspectiva da importância do ambiente, situam-se os **aspectos relativos ao contexto do tratamento,** cujas categorias versam sobre as condições materiais para o desenvolvimento do tratamento e também daquelas oferecidas pela instituição de saúde com relação ao atendimento.

O Quadro1 oferece um panorama geral referente às categorias gerais e específicas que foram identificadas neste estudo.

Quadro 1: Categorias Globais e Específicas identificadas nos relatos do G I e G II

Aspectos Intrapessoais		Aspectos Interpessoais		Aspectos Contextuais	
Auxilia a Adesão	*Dificulta a Adesão*	*Auxilia a Adesão*	*Dificulta a Adesão*	*Auxilia a Adesão*	*Dificulta a Adesão*
➢ Reconhecimento da Depressão como Doença	➢ Ausência do Reconhecimento da Depressão como Doença	➢ Relacionamento Interpessoal Positivo com a Equipe	➢ Relacionamento Interpessoal Negativo com a Equipe	➢ Presença de Suporte e Material para a realização do tratamento	➢ Ausência de Suporte Material e Institucional para a Realização do Trabalho
➢ Interpretação Positiva dos Resultados	➢ Interpretação Negativa dos Resultados	➢ Suporte Familiar	➢ Falta de Suporte Familiar	➢ Acompanhamento psicológico	
➢ Motivação do Paciente para o Tratamento/ Melhora	➢ Falta de Motivação do Paciente para o Tratamento/ Melhora		➢ Preconceito Social		
	➢ Sintomatologia				

Conforme ilustrado pelo Quadro 1, a maior parte das categorias específicas alusivas aos fatores percebidos como facilitadores e como prejudiciais à adesão ao tratamento medicamentoso foram semelhantes nos dois grupos.

Para apresentação desta parte dos Resultados e Discussão, proceder-se-á da seguinte forma: inicialmente serão apresentadas as categorias globais e as específicas nelas contidas considerando a freqüência de temas nelas constantes, bem como seu percentual em relação ao material completo de análise contemplando a descrição e detalhamento de cada categoria com os temas que nela estiveram presentes, e exemplificando com argumentações dos participantes. E, posteriormente, proceder-se-á a uma discussão teórica a respeito dos dados deste estudo em relação à literatura referente à temática do estudo.

4.3.1. Aspectos Intrapessoais

Esta categoria global compreende os fatores relacionados ao paciente e creditados pelos participantes do estudo como interferentes na adesão ou não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão.

Nela estão incluídas categorias específicas identificadas no material de estudo que versam sobre um provável "caminho" percorrido pelo paciente na sua relação com a doença e com o tratamento, que teriam como possível implicação a adesão ou a não adesão ao tratamento. Dessa forma, as categorias aqui englobadas sugerem dar os seguintes aspectos a este "caminho": reconhecer a depressão como uma doença, reconhecer os sintomas desta doença, ter vontade de se tratar e de melhorar os sintomas e acreditar que a realização do tratamento psiquiátrico pode trazer esta melhora desejada. Estes aspectos poderiam contribuir para adesão ao tratamento, enquanto o antagonismo desta situação a prejudicaria. As categorias específicas aqui englobadas foram: Reconhecimento da Depressão como Doença / Não Reconhecimento da Depressão como Doença; Interpretação Pessoal dos Resultados do Tratamento (positiva/ negativa); Motivação para Realização do Tratamento/Cura / Falta de Motivação para Realização do Tratamento/Cura; e Sintomatologia da doença.

Esta categoria global na condição de aspecto facilitador da adesão ao tratamento foi identificada numa freqüência de 37,3 % e 25% do total de argumentações categorizadas para o grupo de aderentes e não aderentes ao tratamento respectivamente. Na sua segunda polaridade, como condição prejudicial ao comportamento de adesão ao tratamento 41,2% das

argumentações do G I e 38% daquelas categorizadas no G II conferiam importância a fatores intrapessoais como possíveis dificultadores da adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão.

Segue-se detalhamento e descrição das categorias específicas aqui circunscritas:

4.3.1.1 Reconhecimento da depressão como doença

A Tabela 2 apresenta os temas levantados nas falas dos participantes do estudo em relação aos fatores percebidos como facilitadores da adesão, retratando ainda, a freqüência (f) com a qual eles apareceram em relação ao total de verbalizações referente a cada grupo da amostra.

Tabela 2 - Presença do reconhecimento da depressão como doença enquanto facilitador da adesão ao tratamento medicamentoso para depressão nos dois grupos.

Reconhecimento da Depressão como Doença Auxilia a Adesão ao Tratamento para Depressão				
Temas	G I		G II	
	f	%	f	%
Aceitação da depressão como doença	1	0,9	-	-
Consciência da necessidade do tratamento	2	1,8	1	0,9
Entendimento da gravidade da depressão	1	0,9	-	-
Consciência da própria doença	2	1,8	2	1,9
Total	**6**	**5,4**	**3**	**2,8**

Conforme apresentado na Tabela 2, a categoria “Reconhecimento da Depressão como Doença” representou 5,4 % dos temas identificados nos discursos proferidos por participantes do G I em relação aos fatores percebidos como facilitadores da adesão ao tratamento. Nos discursos dos participantes do G II, percebe-se uma freqüência comparativamente menor, em relação ao G I, no sentido da observação deste fator como interferente no comportamento de adesão, de forma que 2,8% dos temas categorizados foram compreendidos nesta categoria específica. Os dados sugerem que, para os pacientes considerados neste estudo como

aderentes ao tratamento, reconhecer a depressão como doença pode ter uma importância maior como fator facilitador do tratamento do que aquela considerada pelos não aderentes ao tratamento para depressão.

De forma sintética, pode-se considerar que esta categoria específica se refere a temas que remetem à idéia de que a forma pela qual o paciente compreende a depressão, reage a esta compreensão, avalia sua gravidade e toma consciência ou não da doença pode vir a interferir em sua adesão ao tratamento para depressão.

A presença do reconhecimento da depressão como uma doença e de que a pessoa esteja acometida pela mesma, juntamente à consciência da necessidade de se realizar um tratamento foram identificadas como o pólo positivo desta categoria específica, avaliadas, pelos participantes, como fator auxiliar da adesão ao tratamento. Nos relatos de três participantes do GI e um participante do GII, pôde-se identificar este pólo positivo da presente categoria específica, ou seja, argumentos que conferiam ao reconhecimento da depressão como doença e da necessidade do tratamento como auxiliares ao comportamento de adesão.

Os dados indicaram que na presença do reconhecimento de sintomas, aceitação de depressão como doença, e assim, da conseqüente necessidade de tratamento poderia haver uma facilidade para que o paciente aderisse ao tratamento proposto. Estes dados levam à inferência que a aceitação da depressão como uma doença seria um dos passos iniciais para a busca e também para efetuação do tratamento.

Aceitar a depressão como doença, reconhecer certas condições como sintomas, e se conscientizar que está doente e que por isso, necessita de um tratamento especializado parece ser um processo pelo qual deveria passar um paciente, para que, viesse a aderir ao tratamento, conforme exemplificam as seguintes argumentações, de onde foram identificados os temas constantes nesta categoria.

> *"Primeiro de tudo, a gente aceitar que depressão é uma doença, por mais difícil de entender é doença"* (Paciente 9 Aderente).
>
> *"Ter o entendimento de que tá doente e saber que se não trata num vai melhora"* (Paciente 1 Aderente).
>
> *"Até que você tem consciência que é depressão, é uma doença e pode se tornar uma coisa séria..."*. (Paciente 6 Não Aderente).

Estes dados corroboram a afirmação de Dowel e Hudson (1997) de que o processo de aceitação de um tratamento estaria intimamente ligado à aceitação do problema.

O reconhecimento da depressão como uma doença, mediado pela presença de sintomas interpretados como patológicos, poderia impulsionar a busca e a consecução de um tratamento, conforme ilustram os relatos abaixo:

> *"A pessoa tem que conscientizar que tem é uma doença e precisa de tratamento"* (Paciente 4 Aderente).

Estes dados sugerem que a percepção do paciente a respeito de haver uma explicação orgânica para aos sintomas que vivencia parece contribuir para conferir à depressão o *status* de doença.

Sullivan et al. (2003) hipotetizaram que crenças biologicistas a respeito da depressão poderiam ser preditoras do resultado do tratamento e da adesão ao mesmo, em pacientes com depressão menos severa. Em seus resultados verificaram que, crenças de pacientes a respeito de sua saúde e depressão, associadas ao tempo de tratamento e idade do indivíduo, podiam predizer resposta à medicação antidepressiva entre pacientes com depressão menos severa, entretanto, não verificaram que estas crenças fossem preditoras da adesão ao tratamento antidepressivo.

A ausência do reconhecimento da depressão como doença, a outra polaridade identificada nesta categoria específica obteve uma freqüência maior de verbalizações e, conseqüentemente de temas, em sua configuração como fator prejudicial à adesão, comparativamente à presença do reconhecimento da depressão como uma doença como fator auxiliar à adesão. A freqüência que cada tema apresentou na constituição deste pólo da categoria pode ser visualizada na Tabela 3.

Tabela 3 - Ausência de reconhecimento da depressão como doença como fator prejudicial à adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

Ausência de Reconhecimento da Depressão como Doença Dificulta a Adesão ao Tratamento para Depressão				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Não acreditar que necessita de tratamento	2	2,1	2	2
Não se acreditar doente	1	1	2	2
Não entender a depressão como uma doença	2	2,1	-	-
Preconceito do paciente em relação a doença/ tratamento	1	1	5	5
Não saber da seriedade da doença depressiva	-	-	1	1
Excesso de confiança na sabedoria do paciente	-	-	2	2
Postura da religião frente à doença depressiva	1	1	-	-
Total	**7**	**7,2**	**12**	**12 %**

A Tabela 3 retrata a segunda polaridade identificada para esta categoria. Cinco temas deram origem à esta polaridade da categoria que abarcou 7,2% da freqüência total de temas identificados nos discursos do G I em relação ao que observavam como prejudicial à adesão. Dentre os temas aí inseridos ‘não acreditar que necessita de tratamento’ e ‘não entender a depressão como doença (tema identificado exclusivamente no GI), contribuíram igualmente com uma freqüência de 2,1% de identificação nos discursos. Os outros temas nesta categoria englobados foram identificados em uma freqüência de 1% cada um, chamando atenção que a ‘postura da religião frente à doença depressiva’ foi um tema também identificado apenas em relatos do G I.

No G II também, foram identificados cinco temas que constituíram tal categoria, sendo importante realçar que o ‘preconceito do próprio paciente’ foi considerado neste grupo com certo destaque, sugerido pela sua alta freqüência em comparação aos outros temas (5%). ‘excesso de confiança na sabedoria do paciente’ foi um tema observado exclusivamente no grupo II e contribuiu com a porcentagem de 2% para o fechamento da categoria em 12%. Os

temas restantes estiveram subdivididos entre ‘não acreditar que necessita de tratamento’ (2%), ‘não se acreditar doente’ (2%), e ‘não saber da seriedade da doença depressiva’ (1%).

A ausência de reconhecimento da depressão como doença e/ou da necessidade de tratamento, juntamente com o preconceito do paciente foram percebidos, pelos participantes deste estudo, como prejudiciais ao processo de adesão ao tratamento medicamentoso para depressão. Os temas abrangidos por esta categoria foram identificados nos relatos de 5 participantes do GI e de 8 do GII ao se referirem aos fatores que dificultavam a adesão, o que, pode levar à reflexão da importância do não reconhecimento da depressão como uma doença para a interrupção do tratamento psiquiátrico para depressão.

A freqüência comparativamente maior de temas e sua inserção nos discursos de maior número de participantes tanto no GI como no GII, para esta polaridade, também poderia sugerir que a falta deste reconhecimento possa ser mais importante para o comportamento de não adesão, que o reconhecimento para a adesão.

No aspecto da categoria ora descrito, pode-se detalhar que a ausência de aceitação da depressão como doença, concomitante ou não, com a negação da doença podem induzir a não busca por tratamento ou, caso esta se dê, na dificuldade e/ou não continuidade do mesmo.

> *“Primeiro, a gente não achar que tá doente”*. (Paciente 6 Não Aderente).

> *“O primeiro (fator que atrapalha a adesão) é você não acreditar que precisa”*. (Paciente 2 Não Aderente).

Neste sentido, os dados deste estudo confirmaram os dados de Duailibi e Santos (2005) ao considerarem que, devido às falsas crenças de que os sintomas da depressão não são reais, muitos indivíduos podiam não reconhecer que tinham um problema que podia ser tratado ou podiam ser desencorajados a iniciar ou se manter em tratamento por causa de vergonha e/ou preconceito.

Assim, considera-se, de acordo com o discurso dos participantes deste estudo, que, compreender a depressão como “frescura” [sic], falta de atividade, ou de uma vida religiosa, pode sugerir ao paciente outras estratégias de controle dos sintomas, que não um tratamento medicamentoso ou psicológico.

> *“Achar, ahh, isso é frescura, depressão não existe..., outra coisa é... quando na igreja igreja fala que é coisa do demônio, isso atrapalha demais a pessoa fazer o tratamento.* (Paciente 11 Aderente).

Este tipo de entendimento a respeito da doença depressiva parece ser comum. Souza, Fontana e Pinto (2005) neste sentido, realçaram que, a pessoa ao considerar a sintomatologia da depressão como decorrente de fraqueza de caráter passando por algum conflito ao qual não conseguisse resolver reforçaria sua crença de falta de força moral para enfrentar atribulações, e não considerando seu estado como patológico não procuraria tratamento. Adicionalmente, estes autores, consideraram ser comum em pessoas deprimidas relacionarem seu sofrimento a um castigo divino por faltas e pecados cometidos, podendo ter estas concepções, que se constituem em formas de se perceber a depressão, influências importantes na busca e efetivação do tratamento.

O conhecimento parcial sobre a hipertensão e as crenças distorcidas de pacientes em relação a esta doença, segundo Peres, Magna e Viana (2003), poderiam ensejar métodos também distorcidos de controle da doença.

A forma pela qual se compreende a 'doença', a denominação que se dê aos sintomas e a negação da própria doença, também, podem se converter em fatores a distanciar o paciente com depressão do tratamento, conforme ilustram as seguintes argumentações:

> *"Achar que depressão não é doença, que é frescura"*. (Paciente 11 Aderente)

> *"Falar que não quer, que não tá doente"*. (Paciente 11 Aderente).

Neste sentido, Keck et al. (1996) haviam verificado, entre outros motivos, que a negação da doença e a crença na resolução espontânea da mesma, foram relatadas como justificativas para a não adesão ao tratamento por pacientes psiquiátricos. Gonzáles et al. (2005) afirmaram haver menor possibilidade de adesão quando os pacientes pensavam não necessitar de cuidados psiquiátricos. Para Santin, Cerezer e Rosa (2005), a falta de conhecimento sobre a doença psiquiátrica ajudaria a explicar a não adesão à terapêutica.

Agregada à negação do paciente a respeito da doença depressiva pode se encontrar crença de que o próprio doente teria condições de se curar através de recursos próprios, fazendo com que o mesmo confiasse excessivamente em si mesmo, e assim desconsiderasse a necessidade de ajuda profissional.

> *"Pensar que dá conta de sarar sozinha e engana porque não adianta não"*. (Paciente 5 Não Aderente)

> *"A gente tem mania de ser médico. Ah!! eu é que sei o que eu preciso"*. (Paciente 6 Não Aderente)

Em consideração à percepção que o paciente faz de sua doença depressiva e a relação desta com o desenvolvimento do tratamento, Manber et al., (2003) haviam ressaltado o impacto desta percepção na busca de cuidados, na continuidade dos mesmos e até mesmo nas respostas ao tratamento. Estes autores consideraram que pacientes que visualizavam a própria depressão como transitória e acreditavam ter algum controle sobre o estado depressivo tinham uma maior probabilidade de aderirem ao tratamento.

Desta forma, considera-se que os dados do presente estudo corroboram a afirmação de Manber et al. (2003) quando indicaram que para haver busca do tratamento e permanência no mesmo, deveria existir uma percepção inicial de que se trate de uma doença, ou seja, se a depressão não for considerada como doença não há logicidade para que se busque um tratamento. Assim considerando, realça-se o papel da percepção do paciente em relação à sua doença como fator a influenciar a adesão ao tratamento para depressão, como ilustrado anteriormente nas falas do paciente 11 Aderente e do paciente 6 Não Aderente.

Entretanto, em relação ao controle do paciente sobre sua doença, os dados deste estudo sugerem oposição em relação ao estudo de Manber et al. (2003) ao afirmarem que a percepção de controle do paciente poderia levá-lo à aderir ao tratamento. No presente estudo este controle parece agir como incentivo ao poder onipotente do paciente para a cura, diante de se acreditar em condição de melhor julgar o que lhe seria benéfico, conferindo um excesso de confiança em sua própria sabedoria, conforme ilustram as seguintes falas:

> *"A gente tem mania de ser médico. Ahh!!! **Eu** é que sei o que **eu** preciso"*. (Paciente 6 Não Aderente)

> *"Uma coisa que atrapaia é: a gente sempre pensa que dá conta de sará sozinha e engana porque não adianta não"*. (Paciente 5 Não Aderente).

Crenças de que o controle da saúde dependeria do próprio paciente também estiveram relacionadas à não adesão ao tratamento de pacientes portadores de dor crônica. (KURITA; PIMENTA, 2003).

Acrescido à compreensão distorcida sobre o que seja a depressão, relacionando-a a um processo subordinado ao controle pessoal ou, à uma fraqueza ininteligível da pessoa, parece se encontrar a presença de preconceitos relativos à doença psiquiátrica e ao seu tratamento,

que, conforme indicaram os dados, poderia contribuir negativamente com a efetivação do tratamento. Importante observar que, a falta de entendimento por parte dos pacientes a respeito da depressão pode colaborar para o desenvolvimento do preconceito do próprio paciente em relação à doença ou ao tratamento necessário à mesma.

Desta forma, os participantes do presente estudo mencionaram que o preconceito do próprio paciente, configurado, especialmente, ao associar a depressão à loucura ou o tratamento com o psiquiatra como destinado a este tipo de paciente seria um fator inibidor da adesão ao tratamento medicamentoso por parte de um paciente com depressão, conforme ilustram as seguintes argumentações:

> *"Olha... uma coisa... A primeira coisa é ele tê preconceito, atrapalha demais!!"*. (Paciente 7 Não Aderente).
>
> *"A pessoa pensa: ir em psiquiatra, ahh! eu não tô louco pra que ir lá?!!* (Paciente 6 Não Aderente).
>
> *"As vezes também o preconceito de tratar na saúde mental. Achar que é doido"***.** (Paciente 3 Não Aderente).
>
> "Só da gente pensar que vai na Saúde Mental, já dá um negócio ruim no coração". (Paciente 6 Aderente).

Em detrimento da freqüência pela qual o tema 'preconceito do próprio paciente' foi identificado no presente estudo (Tabela 3), esta postura, seja em relação à depressão, ao tratamento psiquiátrico ou à instituição de saúde mental, não foi verificada em outros estudos como fator interferente na adesão/ não adesão ao tratamento para depressão, ou mesmo citada como importante para a avaliação nesta temática. Considerando a possível originalidade destes dados ao apontarem para a importância do preconceito por parte do paciente com depressão a respeito desta doença e do tratamento para ela, hipotetiza-se que características culturais brasileiras ou mesmo regionais poderiam influenciar na falta de conhecimento da população a respeito de doenças psiquiátricas, inclusive da depressão, promovendo uma barreira à adesão ao tratamento. Esta condição também aponta para a necessidade da realização de pesquisas no contexto brasileiro que explorem a presença do preconceito como fator a desempenhar uma barreira para a efetivação do tratamento para tratamentos psiquiátricos.

Considerando os dados acima expostos, observa-se que reconhecimento da depressão como uma doença que pode apresentar certo grau de seriedade e que mereça cuidados

especializados pode funcionar como incentivo à busca por tratamento especializado. Ao mesmo tempo, o não reconhecimento desta doença, da seriedade que ela possui, a representação que o paciente faça da doença "loucura" [sic], e/ou da instituição na qual se oferece o atendimento especializado funcionaria, como sugerem os dados, afastando o paciente da busca por tratamento e/ou de dar continuidade ao mesmo.

4.3.1.2 Motivação do paciente para tratamento / melhora

Esta categoria específica também comportou o aspecto de polaridade. Nela se englobaram temas que se referiam à importância do envolvimento e participação ativa do paciente em seu tratamento, bem como, de seu desejo por melhoras dos sintomas e a percepção de um significado existencial para a realização do tratamento como interferentes na adesão do paciente com depressão ao tratamento. Observando a característica de polaridade compreende-se que, quando presentes, estas situações funcionariam como auxiliares da adesão e quando ausentes dificultariam este processo.

A Tabela 4 retrata os dois pólos de inserção desta categoria, a freqüência com a qual elas aparecem no material de estudo, bem como a porcentagem de sujeitos que tiveram este tipo de argumentação, contextualizando-os nos dois grupos da amostra.

Tabela 4 - Pólos da Categoria Específica: Motivação para o tratamento / Melhora e freqüência desta categoria nos grupos I e II.

Categoria específica: Motivação para o tratamento / Melhora						
Pólos da categoria	**G I**			**G II**		
	f	**%**	**% sujeitos**	**f**	**%**	**% sujeitos**
Presença (motivação)	26	23,6	75	18	16,7	50
Ausência (falta de motivação)	8	8,3	50	14	14	58,3

Como se pode verificar na Tabela 4, anteriormente apresentada, 75% dos sujeitos do G I e 50% dos sujeitos do G II, tiveram argumentações que conferiam à presença da motivação um fator a auxiliar a adesão ao tratamento para depressão. Considerando que um sujeito pode ter fornecido mais de uma resposta nos mesmo sentido, observa-se que 23,6 % de todos os

temas recortados das falas do G I e 16,7 % dos recortados das argumentações do G II acordam que a motivação para o tratamento seja importante fator a auxiliar a adesão ao tratamento para depressão. É importante ressaltar que esta categoria foi responsável pela maior freqüência entre as categorias específicas englobadas nos "aspectos intrapessoais" nos dois grupos.

A ausência de motivação do paciente para o tratamento/melhora contou com uma freqüência de temas comparativamente menor (8,3 % e 14% de todas as respostas oferecidas pelo G I e G II respectivamente, ao serem questionados sobre os fatores que dificultariam a adesão ao tratamento). Entretanto, o percentual de sujeitos que ofereceram respostas englobadas neste pólo da categoria foi comparativamente semelhante (50% dos participantes do G I e 58,3% dos participantes do G II).

A alta freqüência de temas e especialmente de sujeitos, em cujos relatos tal categoria pôde ser identificada leva a inferir que a motivação do paciente se constitua em importante fator a ser considerado em estudos sobre adesão em pacientes com doença depressiva.

No pólo referente à presença da motivação para o tratamento/melhora, segundo indicaram os dados, o desejo do paciente por melhorar ou se livrar de seus sintomas e o esforço realizado para atingir esse objetivo, quando presentes, podem ser capitalizados na busca e continuidade de um tratamento psiquiátrico.

Desta forma, temas como: 'desejo pela melhora/cura', 'esforço em busca da melhora', 'desejo de fazer o tratamento', 'motivação intrínseca', 'significado existencial do paciente' e o 'compromisso com o tratamento' foram alocados ao pólo caracterizado pela presença de motivação para o tratamento/melhora. As freqüências que estes temas foram identificados em relação ao material completo relativo aos fatores de adesão nos dois grupos podem ser verificadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Motivação para o Tratamento/ Melhora enquanto fator auxiliar de adesão nos dois grupos.

Motivação do Paciente para o Tratamento/ Melhora Auxilia a adesão ao Tratamento para Depressão				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Esforço do paciente em busca da melhora/cura	5	4,5	7	6,5
Significado existencial	1	0,9	5	4,6
Motivação intrínseca	2	1,8	2	1,8
Desejo do paciente pela melhora/cura	12	11	4	3,7
Desejo de fazer o tratamento	5	4,5	-	-
Ter compromisso com o tratamento	1	0,9	-	-
Total	**26**	**23,6**	**18**	**16,6**

Conforme se pode visualizar na Tabela 5, desejar a melhora foi o tema mais frequentemente citado nesta categoria pelos participantes do G I (11%), se esforçar em busca dela e desejar fazer o tratamento foram os temas subseqüentes em termos de freqüência (4,5% cada). A motivação intrínseca, o compromisso com o tratamento e significado existencial do paciente forma temas presentes em uma freqüência de 1,8%, 0,9% e 0,9% consecutivamente.

No G II o 'esforço do paciente em busca da melhora' foi o tema que mais apareceu (6,5 %), tendo sido seguido pelo 'significado existencial' (4,6%), 'desejo do paciente pela melhora/cura' (3,7%) e 'motivação intrínseca' (1,8%). Ao se comparar os temas categorizados nos discursos dos dois grupos e sua freqüência em cada um deles, chama atenção a importância conferida ao significado existencial pelo G II como auxiliar à adesão, estando este tema mais freqüente neste grupo em relação ao G I. No G I considera-se que o desejo de fazer o tratamento seria importante para a adesão, fato que não ocorreu na análise do material do G II. A valorização, em termos de freqüência de aparecimento de tema no discurso, do 'desejo do paciente pela melhora' também foi mais freqüente no G I.

O desejo pela melhora parece configurar o ponto inicial para a busca da observação do tratamento orientado. Este tema apareceu com destaque no G I, tendo uma freqüência,

conforme já salientado, comparativamente maior em relação a outros temas agrupados nesta categoria mediante relatos dos participantes deste grupo. As seguintes verbalizações podem exemplificar:

> *"É primeiramente ele querer se curar do problema. Os profissionais tá ali para ajudar, mas, se você não querer não tem como facilitar nada"*. (Paciente 1 Aderente).

> *"O que ajuda aderir...vontade de vencer o problema. É a vontade de melhorar, vontade de voltar a vida ao normal, vontade de ter saúde de uma vida saudável como era antes"*. (Paciente 2 Aderente).

> *"É o querer dele, é o paciente querer sarar"*. (Paciente 7 Não aderente).

> *"No caso aí assim... a vontade de sarar é que faz o paciente seguir as coisas"*. (Paciente 8 Não aderente).

A importância da motivação do paciente para realização do tratamento ressaltada pelos participantes deste estudo corrobora a afirmação de Leite e Vasconcellos (2003) a respeito da importância de se contemplar o fator motivação em pesquisas relativas à adesão de pacientes à terapêutica.

A firme vontade de reagir positivamente na busca da melhora e cura, parecem promover certa intensidade, de importante valor, no esforço em direção à adesão ao tratamento. A intensidade de esforço despendida é favorável, quando conduzida em direção à procura e persistência do paciente no intuito de ficar bem.

> *"A pessoa querer mesmo ficar boa depressa. Ter força de vontade para melhorar [...] O que ajuda mesmo é a própria pessoa querer reagir"*. (Paciente 12 Aderente).

> *"O esforço do paciente. O paciente querer e correr atrás do tratamento"*. (Paciente 8 Aderente)

> *"Ter força de vontade e correr atrás da melhora"*. (Paciente 1 Não Aderente).

De acordo com os dados levantados, a motivação para a realização do tratamento poderia ser incrementada diante da percepção de um significado existencial para que o paciente realizasse o tratamento. Por significado existencial entende-se a percepção do paciente relativa a sua importância enquanto pessoa capaz de auxiliar outras pessoas, por

exemplo, cuidar dos filhos, ou ainda, sentir-se necessário a ponto de ser alvo de preocupação de outros. Desta forma, a percepção do paciente quanto ao seu valor pessoal pode se constituir em estímulo para aderir ao tratamento. As seguintes afirmações podem esclarecer este aspecto:

> *"Pensar que os filhos precisam da gente, ajuda a gente a querer seguir o tratamento para conseguir sarar"*. (Paciente 12 Aderente).
>
> *"No caso pensar que a gente tem que ficar bem pra cuidar dos filhos. Ter uma razão para viver. Ter uma coisa para se apegar, por exemplo, eu apeguei no meu filho"*. (Paciente 2 Não Aderente).
>
> *"Ver que alguém importa com a gente. Por que as vezes, o paciente não tem força de procurar os profissionais e vocês ligando ajuda a gente. Igual você ligou para saber como eu tava isso eu achei importante"*.(Paciente 12 Não Aderente, se referindo ao contato da pesquisadora para a participação no estudo).

Se, estar motivado é ter razões para agir, em relação ao tratamento psiquiátrico para depressão, as relações afetivas pautadas no reconhecimento de importância, valor e utilidade do paciente podem se configurar em força motriz a injetar ânimo para continuidade do tratamento.

Ao serem questionados sobre os fatores que dificultariam a adesão ao tratamento, pôde se observar, nos dois grupos, que a falta de motivação do paciente para a realização do tratamento ou pela própria melhora se constituiria em fator deste tipo. Assim, a falta de motivação para o tratamento/melhora, compôs o outro pólo, ou a vertente oposta desta categoria específica, que foi formada pelos temas que constam da tabela a seguir.

Tabela 6 - Falta de Motivação para o Tratamento/ Melhora enquanto fator prejudicial à adesão ao tratamento medicamentoso nos dois grupos.

Ausência de Motivação para o Tratamento/ Melhora Dificulta a Adesão ao Tratamento para Depressão				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Resistência do paciente para a realização do tratamento	1	1	5	5
Falta de desejo do paciente pelo tratamento	7	7,2	2	2
Falta de esforço do paciente em busca da melhora	-	-	2	2
Falta de motivação do paciente para a melhora	-	-	2	2
Total de Argumentações	**8**	**8,2**	**14**	**14**

Conforme retratado pela Tabela 6, 8,2% das argumentações proferidas pelo GI relativamente ao que consideravam como prejudicial à adesão ao tratamento girava em torno da falta de motivação do paciente para o tratamento / melhora, sendo enfatizado a falta de desejo do paciente pelo tratamento. No GII pôde-se identificar um número maior de temas a constituir esta polaridade da categoria (14% das verbalizações), tendo este grupo conferido maior ênfase à resistência do paciente para a realização do tratamento como fator dificultador da adesão.

Com intuito de melhor detalhar este aspecto da categoria em voga, observa-se que, "Não querer sarar" [sic] foi uma causa bastante citada pelos participantes dos dois grupos como um fator-base a prejudicar a adesão ao tratamento. Assim a falta de desejo pelo tratamento foi o tema principal no G I, para a constituição desta categoria, tendo aparecido também no G II. Os seguintes exemplos podem favorecer esta compreensão:

> *"O paciente não querer"*. (Paciente 3 Aderente).
>
> *"Se ele (paciente) não querer, não tem como. Fica muito difícil"*. (Paciente 4 Aderente).
>
> *"O que mais dificulta é o desinteresse do paciente"*. (Paciente 9 Aderente).

> *"É ele não querer, esse e o maior impedimento. Se ele quiser, ele vai debaixo de chuva, ele vai arrastando, mas ele vai"*. (Paciente 7 Não Aderente).

Alguns participantes do estudo consideraram ainda, que não aderir ao tratamento é um comportamento manifesto por pessoas que não desejam a melhora de seus sintomas, ou que desvalorizam a saúde, conforme exemplificam as verbalizações seguintes:

> *"Não querer melhora. Se não vem ao médico, não faz o tratamento é porque não tá querendo melhorar. Não tá querendo sair da depressão"*. (Paciente 12 Aderente).

> *"Acho também que é por não importar, não dar valor na saúde, não querer melhorar"*. (Paciente 10 Não Aderente).

A postura do paciente diante das diversas situações de sua vida, que pode ser pautada pelo desânimo, pequena intensidade de esforços direcionados a algum tipo de realização ou auto-exame, parecem se configurar também, segundo sugeriram os dados, em entraves para a continuidade do tratamento, como podem exemplificar as seguintes verbalizações dos participantes deste estudo:

> *"Se ele não tem perspectiva de ir a luta pela vida dele, isso vai atrapalhar"*. (Paciente 1 Aderente).

> *"Não ter força de vontade, se não tiver não adianta nem o médico ter boa vontade"*. (Paciente 9 Não Aderente).

> *"A falta de motivação do paciente. O paciente não querer se auto-examinar e saber que aquilo ali vai ser bom para ele, para a família e para sociedade"*. (Paciente 3 Não Aderente).

A presença ou a falta de motivação não esteve presente na literatura como razão citada por paciente, seja para a adesão ou não adesão ao tratamento para depressão, apesar da consideração de Demyttenaere (1997) de que motivação pobre poderia levar a não adesão ao tratamento de pacientes deprimidos. Bultman e Svarstad (2000) também consideraram a motivação como fator importante para se iniciar um tratamento para depressão.

Em pacientes com fobia social, entretanto, verificou-se que a falta de motivação podia ser atribuída à maior parte dos abandonos do tratamento (MALERBI; SAVOIA; BERNICK, 2000).

Pode se cogitar que a motivação e a ausência da mesma como fator interferente na adesão ao tratamento psiquiátrico para a depressão tenha aparecido, de forma importante neste estudo devido ao seu desenho que se utilizou de estimativas dos pacientes a respeito de fatores que poderiam auxiliar e dificultar a adesão, e não somente avaliou as razões para não adesão ao tratamento. Desta forma, há que se considerar que os participantes poderiam estar se orientando ao oferecer estas respostas, no desânimo já vivenciado ou percebido em outros pacientes com depressão, entendido como falta de desejo por melhora e associando a não adesão ao tratamento a esta falta de desejo.

DiMatteo et al. (2000) afirmaram que doenças do humor como a ansiedade e a depressão, por prejudicarem a energia e motivação dos pacientes, poderiam afetar a disposição do paciente e também sua capacidade de seguir com o tratamento. Conforme as verbalizações dos pacientes, a falta de motivação que tendenciaria o paciente para interrupção do tratamento e a minimização do esforço pessoal na busca de melhores condições de vida podem estar intimamente relacionados à sintomatologia deste quadro.

Desta forma, em consideração à patologia em estudo, se faz necessário, para compreensão destes dados, ressaltar que a depressão pode ser caracterizada, entre outras coisas, pela perda de interesse, prazer e energia reduzida, além de pessimismo, dificuldade de tomar decisões, e sentimentos de baixa auto-estima, de insuficiência e incapacidade (KAPLAN; SADOCK, 1997; DALGALARRONDO, 2000). Diante desta consideração hipotetiza-se que a falta de motivação para o tratamento pode se dever a características do quadro depressivo, o que, pode elevar a importância da adesão ao tratamento neste quadro psicopatológico ao considerar que sintomas da própria patologia se configurem em entrave para adesão ao tratamento – condição considerada importante para a remissão dos sintomas e prevenção de recaídas e reincidências (SILVA, 2005; KELLER et al., 2002; ROBERT; HIRCHFELD, 2001; SOOD, 2000).

O tratamento dos estados depressivos pode contribuir para manter este tipo de paciente mais motivado para realização do tratamento, ao mesmo tempo em que a falta de motivação característica do quadro se faz num impeditivo da continuidade do tratamento. Esta reflexão evidencia a importância de atento olhar do profissional de saúde sobre a motivação do paciente com depressão para a realização do tratamento, entendendo que o próprio tratamento pode funcionar como "retro-alimentador" da adesão.

A este respeito, DiMatteo et al. (2000) afirmaram que, como a depressão envolveria, na maioria das vezes, acentuado grau de desesperança, a adesão ao tratamento poderia ser dificultada. Isso se daria em parte, porque estes pacientes podem não acreditar em ganhos

advindos do tratamento de forma que adesão pode ser complicada para um paciente que mantêm pequeno otimismo de que alguma ação valerá a pena.

Nos relatos dos participantes do estudo também se pôde observar que havia a consideração direta de que alguns sintomas da doença e sua gravidade poderiam prejudicar a adesão ao tratamento para depressão, a este respeito, uma categoria foi assim nomeada e dela passar-se-á a tratar.

4.3.1.3 Sintomatologia

Os temas que fazem parte desta categoria retratam aspectos relativos à forma pela qual a doença se manifesta e que por eles mesmos possam funcionar como impeditivos à realização do tratamento. Assim, temas como: 'alterações no funcionamento orgânico', 'prejuízos no funcionamento mental' e 'necessidade de supervisão para efetivação do tratamento' foram destacados dos relatos dos participantes e inseridos nesta categoria. Também foi incluído nesta categoria o tema: 'contato com pacientes considerados como possuindo sintomas mais graves'.

Em relação a esta categoria não se identificou a polaridade verificada em outras, de forma que, apenas a presença de certos sintomas e /ou a interpretação dada e a avaliação pessoal da gravidade dos mesmos poderia causar interferência e, esta seria negativa, na adesão ao tratamento psiquiátrico para depressa, de forma que esta categoria foi identificada nos relatos referentes às condições percebidas como prejudiciais à adesão ao tratamento.

No GI encontrou-se uma freqüência de 2 sujeitos que mencionaram este tipo de barreira para adesão ao tratamento e no GII 5 participantes fizeram menção a que sintomas da depressão viessem a dificultar a adesão do paciente ao tratamento. As freqüências referentes a cada tema podem ser verificadas na Tabela 7.

Tabela 7 - Sintomatologia da Depressão como fator prejudicial à adesão ao tratamento para depressão nos dois grupos.

Sintomatologia da Depressão Dificulta a Adesão ao Tratamento				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Prejuízo no funcionamento mental	3	3,1	2	2
Necessidade de supervisão para efetivação do tratamento	-	-	2	2
Alterações no funcionamento orgânico	-	-	2	2
Contato com pacientes considerados como possuindo sintomas mais graves	3	3,1	-	-
Total de Argumentações	6	6,2	6	6

Conforme pode ser verificado na Tabela 7, esta categoria obteve uma freqüência comparativamente pequena em relação ao total de argumentações categorizadas pela Pesquisadora relativamente aos fatores de não adesão ao tratamento, tendo aparecido em freqüência comparativamente muito semelhante nos dois grupos, 6,2 % e 6% das argumentações dos G I e G II respectivamente.

Os dados indicaram que a dinâmica psíquica dos estados depressivos poderia propiciar a não adesão ao tratamento medicamentoso para depressão. As seguintes verbalizações podem delinear a categoria que ora tratamos:

> *"Ah, eu acho que o que atrapaia mesmo é a cabeça da pessoa, que, as vezes, não funciona muito bem e aí não liga pra nada"*. (Paciente 5 Não Aderente).
>
> *"Acho que é mais é da cabeça da gente, da doença mesmo, né?! A gente querer fugí do tratamento"*. (Paciente 6 Não Aderente).

Conforme ilustram estas argumentações, o funcionamento típico do indivíduo com depressão, denominado pelos participantes como "da cabeça da pessoa" [sic], pode colocar em risco a continuidade do tratamento. Ser da "cabeça da pessoa" parece simbolizar uma característica pessoal, ao mesmo tempo em que esta parece ser percebida como mediada pela presença da doença, ou seja, os pacientes parecem perceber que há uma alteração causada

pela doença, que pode os fazer "fugir" do tratamento. Neste sentido, vale lembrar que a perda de interesse e do prazer e a energia reduzida, bem como a presença de alterações cognitivas vislumbradas por prejuízos na atenção, concentração, memória e dificuldades para tomar decisões, podem ser percebidas com freqüência em pacientes deprimidos, compondo-se em critérios para avaliação e conceituação de quadros depressivos (KAPLAN; SADOCK, 1997; LAFER, 2002; DALGALARRONDO, 2000).

Relativo a características peculiares à própria doença Demyttenaere (1997) havia ressaltado que em doenças onde era clara a relação entre não adesão e recorrência havia maior possibilidade de adesão do que em respeito àquelas onde não haveria essa relação clara como no caso da depressão. O autor salientou ainda, que, pacientes depressivos com exagerados sentimentos de culpa e com prejuízos da concentração teriam uma maior facilidade para não aderir ao tratamento.

A sintomatologia dos estados depressivos não foi verificada como causa para não adesão ao tratamento por outros estudos realizados com este tipo de população, como ocorreu no estudo de Jordan, (2000) com a população de pacientes com HIV/AIDS. Entretanto, Fawcet (1995) havia afirmado que exagerados sentimentos de culpa nos estados depressivos se constituía em fator a afetar a adesão de pacientes à medicação e Delgado (2000) considerou que decisões influenciadas pelos sintomas da doença depressiva deviam ser incluídas entre as razões para a não adesão ao tratamento da depressão.

Em relação à seriedade que pode ter a doença depressiva e a incapacitação por ela gerada, estas condições também foram levantadas como condições interferentes na adesão do paciente ao tratamento medicamentoso e às consultas necessárias, conforme esclarecem as seguintes verbalizações:

> *"A pessoa não ter condição de ir sozinha para fazer o atendimento"*. (Paciente 2 Aderente).
>
> *"Se a doença tiver muito forte, e, precisar de alguém pra controlar o remédio"*. (Paciente 2 Não Aderente)

A este respeito, autores como Andrade (1999), George et al. (2000), Tanajura et al., (2002), bem como a própria OMS (2001) consideraram a depressão como uma doença crônica e incapacitante. Esta incapacitação, que traz sérios ônus financeiros, conforme comentado anteriormente, também pode impossibilitar a busca e efetivação do tratamento, conforme relataram os participantes deste estudo. Na prática clínica, em observação assistemática, percebe-se que pacientes em estados mais graves da doença podem não conseguir dar

continuidade ao tratamento, devido muitas vezes, entres outros motivos, à fragilidade física em que se encontram que não permite sequer chegar até uma instituição de saúde que possa viabilizar o tratamento. Desta forma, pode-se inferir que a incapacitação gerada em quadros depressivos pode se constituir em agente a nutrir a si mesmo diante da dificuldade a que pode dar margens para a efetivação de um tratamento adequado.

Importante também salientar que a sintomatologia dos estados depressivos também esteve associada ao sub diagnóstico e sub tratamento desta doença. Para Hexel (2004) sintomas como sentimentos de desvalia, culpa excessiva e falta de motivação dificultariam ao indivíduo buscar ajuda.

Os dados do presente estudo também indicaram que a percepção e o contato que se tenha com pacientes que freqüentam o Centro de Saúde Mental, entendidos como estando em estado mais grave de doença poderia também influenciar a percepção do sujeito sobre o que seja doença mental e assim enviesar sua percepção sobre sua própria doença, sintomatologia e necessidade de tratamento. De forma que, dois sujeitos compreendidos no grupo de aderentes ao tratamento manifestaram que: "Encontrar um paciente ruim na sala de espera atrapalha a aderir" [sic].

> *"A reação de um paciente mais sério junto com os outros"*. (Paciente 7 Aderente)
>
> *"O acesso de pessoas mais graves e quem vê aquilo fica tão chocado que pensa em desistir"*. (Paciente 5 Aderente).

Este contato "temido" parece complementar a compreensão que o paciente faça do que seja doença mental, tratamento psiquiátrico e loucura. Se existe no paciente uma idéia que o psiquiatra é "médico de louco" e se ele conceitua a loucura pela severidade de sintomas apresentados por pacientes mais seriamente comprometidos, este paciente poderia se avaliar em melhor condição de saúde mental justificando a inadequação do tratamento psiquiátrico para si mesmo. Por outro lado, o contato com a "loucura" do outro pode deixá-lo bastante temeroso em relação ao seu próprio prognóstico, potencializando mecanismos de defesa como a negação e provocando a fuga desta realidade temerosa.

O desânimo, o cansaço, a fadiga, a diminuição da vontade, a ideação marcadamente negativa e o pessimismo, presentes nos quadros depressivos, podem se associar, por si mesmos, a dificuldades para a manutenção do tratamento. Conforme já salientado, nestes quadros pode haver uma visão acentuadamente negativa a respeito de si mesmo, das situações

externas e das expectativas em relação à vida num todo, e essas expectativas também podem dizer respeito àquilo que o paciente pensa ganhar com o tratamento, ou à sua visão pessimista sobre os resultados que possam advir do mesmo. Para os participantes deste estudo, as expectativas do paciente em relação aos resultados do tratamento psiquiátrico podem interferir no desempenho da adesão/ não adesão ao tratamento e é a este respeito que versa a próxima categoria específica a ser apresentada.

4.3.1.4 Interpretação pessoal dos resultados de tratamento

Esta categoria reuniu temas que indicavam que a forma como a pessoa interpreta ou infere sobre os resultados a que vai chegar em se realizando um tratamento psiquiátrico pode se constituir em fator de influência na condição de busca do tratamento e/ou de permanência no mesmo. Identificou-se, para a categoria específica em questão, a presença de polaridade, de forma que a positividade percebida em relação aos resultados do tratamento foi relatada como fator a auxiliar a adesão ao mesmo tempo em que a negatividade ou a ausência de percepção de benefícios advindos do tratamento funcionaria antagonicamente, ou seja, dificultando a adesão. Os efeitos percebidos mediante a utilização da medicação também estão inclusos nesta categoria. Temas como: ‘acreditar na eficácia do tratamento’ e ‘perceber melhoras nos sintomas’ foram identificados nas falas de 5 participantes considerados neste estudo como aderentes ao tratamento e de 4 “não aderentes” ao relacionarem os fatores que, acreditavam, auxiliariam a adesão ao tratamento. ‘descrença em relação à possibilidade de cura’ com o tratamento, ‘demora em perceber resultados positivos’, ‘piora no quadro clínico’, ‘efeitos colaterais’, ‘’avaliar como desnecessária a continuidade do tratamento diante da ‘melhora inicial dos sintomas’, constituíram-se em temas recortados das verbalizações de 5 participantes do G I e de do G II, referentes ao que acreditavam dificultar a adesão ao tratamento para depressão. A discriminação dos temas inseridos nas duas vertentes desta categoria e a freqüência que apareceram nos relatos dos dois grupos pode ser conferida nas Tabelas 8 e 9 a seguir:

Tabela 8 - Interpretação positiva em relação aos resultados do tratamento enquanto fator propiciador de adesão ao tratamento medicamentoso para depressão nos dois grupos.

Interpretação Positiva em Relação aos Resultados do tratamento Auxilia a Adesão				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Percepção de melhora com o tratamento	4	3,6	4	3,7
Confiar na eficácia do tratamento	5	4,6	1	0,9
Persistência no tratamento	-	-	1	0,9
Total	**9**	**8,2**	**6**	**5,5**

Tabela 9 - Interpretação negativa em relação aos resultados do tratamento enquanto fator prejudicial à adesão nos dois grupos.

Interpretação Negativa em Relação aos Resultados do Tratamento Dificulta a Adesão				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Estimar que já esteja curado antes da alta médica	2	2	2	2
Descrença em relação à possibilidade de cura	4	4,1	1	1
Demora na percepção de resultados positivos com o tratamento	6	6,2	2	2
Não confiar na eficácia da medicação	3	3,2	1	1
Presença de efeitos colaterais	4	4,1	-	-
Pioras nos sintomas	1	1	-	-
Total	**20**	**20,6**	**6**	**6**

Nas Tabelas 8 e 9 pode-se visualizar a discriminação dos temas abrangidos pelas duas polaridades da categoria específica apresentada.

Na primeira polaridade identificada para esta categoria específica (de positividade), representada na Tabela 8, pode-se avaliar que a interpretação positiva de resultados do tratamento pode se vincular a uma etapa preliminar do tratamento, na qual o paciente deposite confiança na sua eficiência e eficácia, e que possa ser constatada, posteriormente, através da melhora de seus sintomas. Assim, em relação aos fatores percebidos como facilitadores de adesão ao tratamento medicamentoso para depressão 8,2 % dos temas categorizados nos discursos do G I e 5,5% dos categorizados a partir dos relatos do G II formaram este pólo desta categoria específica.

A segunda polaridade desta categoria específica denominada como "interpretação pessoal negativa em relação aos resultados do tratamento" teve seus temas discriminados na Tabela 9, que representaram os fatores entendidos pelos participantes como prejudiciais à adesão. Os temas neste pólo compreendidos representaram 6% daqueles identificados nos discurso do G II e 20,6% no G I, o que chama a atenção para a importância da interpretação negativa ou estimativa negativa em relação aos resultados do tratamento para o grupo de pacientes considerados aderentes ao tratamento.

Conforme já salientado, esta categoria específica em seus dois pólos de inserção avaliados neste estudo parece funcionar em dois momentos distintos. Num primeiro momento, as argumentações dos participantes refletiam uma estimativa em relação ao tratamento, uma crença anterior à realização do mesmo, seja ela positiva ou negativa, como interferindo na adesão ao tratamento. As seguintes falas podem representar este momento:

> *"Uma coisa que ajuda é ele pensar que com esse tratamento ele vai melhorar"*. (Paciente 7 Aderente).
>
> *"Pensar que o tratamento não vai adiantar nada"*. (Paciente 5 Não Aderente).
>
> *"Muitos acham também que o tratamento não vai resolver nada, arruma desculpa, dificuldade pra ir ao médico"*. (Paciente 12 Aderente).
>
> *"O desânimo em achar que isso (a doença) não tem cura, que não adianta tratar que não vai sarar"*. (Paciente 1 Aderente).

Assim pode-se ajuizar que, uma crença positiva em relação aos benefícios que se possa auferir com o tratamento tende a propiciar a adesão, ao mesmo tempo em que, se esta crença for negativa, ou seja, se houver uma crença de que o tratamento não retorne em benefícios para o paciente este tenderá a não aderir ao mesmo.

O papel da expectativa do paciente em relação aos resultados que podem advir do tratamento, bem como da reação do paciente em relação aos efeitos do tratamento (percepção de melhora ou efeitos colaterais), tem sido considerado na literatura, como fator de interferência na adesão ao tratamento de pacientes com depressão.

Em relação às expectativas relativas aos resultados a serem auferidos com o tratamento, Delgado (2000) havia salientado a importância do que ele chamou de crenças sobre a depressão e também sobre os medicamentos antidepressivos que podem interferir nas decisões e intenções direcionadas para a realização do tratamento. Gonzáles et al. (2005) também chamou atenção para o papel contribuidor das atitudes negativas em relação à medicação, para a não adesão ao tratamento antidepressivo.

No que diz respeito à evolução do tratamento, esta pode trazer conseqüências avaliadas, pelo paciente, como positivas ou negativas, o que também interfere no andamento do tratamento. As melhoras percebidas podem funcionar como incentivo à continuidade do tratamento, e a inexistência das mesmas como desestimulante.

> *"Perceber que tá melhorando também ajuda a querer continuar"*. (Paciente 9 Aderente).
>
> *"A medida que a pessoa vai se sentindo melhor, mais animada, vai sentido vontade de voltar no médico pra falar que melhorou"*. (Paciente 1 Aderente).
>
> *"A gente começar a sentir que tá tendo resultado"*. (Paciente 4 Não Aderente).
>
> *"Sentir que a medicação tá dando resultado, ajuda demais"*. (Paciente 4 Não Aderente).

As melhoras percebidas pelo paciente em seu quadro clínico parecem sinalizar-lhe que o mesmo acarreta benefícios e isso pode funcionar disponibilizando o paciente para a continuidade de seu tratamento. Neste sentido Gonzáles et al. (2005) verificaram que as pessoas que obtiveram maiores benefícios com o tratamento ficaram mais propensas a aderirem à medicação antidepressiva.

Em contraponto, esta percepção de melhoras rápidas no quadro clínico parece ter uma relação ambígua com a continuidade do tratamento. Os dados sugerem que, na percepção dos participantes, os pacientes podem considerar-se curados antes da cura efetiva e isto os poderia levar a interromper o tratamento. As seguintes argumentações podem ser ilustrativas desta reflexão:

> *"O paciente pensar que já está bem e aí pára por si só"*. (Paciente 11 Aderente).
>
> *"Achar que já tá bom. Que pode sozinho"*. (Paciente 11 Não Aderente)

Interpretar como suficientes os resultados do tratamento para depressão se relacionou à interrupções do tratamento, especialmente após quatro semanas de tratamento (LINDEN et al., 2000). Keller et al. (2002) também chamaram atenção a respeito de que a rapidez inicial de ação da medicação antidepresiva influenciaria a adesão a esta terapêutica. Desta forma, entende-se que os dados do presente estudo confirmam dados da literatura.

Em relação à possibilidade de que melhoras no quadro clínico funcionariam como propiciadoras ou auxiliariam no comportamento de adesão, não foram encontrados dados na literatura do tema com pacientes deprimidos. Já com pacientes tuberculosos, Ribeiro (2000) verificou que o fato de se considerarem curados antes da cura efetiva os levaria a abandonar o tratamento. A percepção distorcida a respeito dos resultados do tratamento e do *status* clínico em pacientes fóbicos sociais também esteve relacionada ao abandono do tratamento para estes pacientes (MALERBI; SAVOIA; BERNICK, 2000).

A não percepção de melhoras, ou a resposta insuficiente à medicação, segundo sugerem os dados, também pode motivar o abandono da terapêutica, conforme exemplificam as seguintes argumentações:

> *"A pessoa quer ver o resultado, aí não melhora, pára!"* (Paciente 5 Não Aderente).
>
> *"Não nota melhora no tratamento! Aí desiste!"* (Paciente 2 Aderente)
>
> *"Não ver resultado. Se a pessoa não vê resultado não tem por que ela fazê as coisa*". (Paciente 1 Aderente).

Neste sentido, os dados encontrados corroboram dados de DiMatteo et al. (2000), de que pacientes podem não aderir ao tratamento por muitas razões que incluem a descrença na eficácia do tratamento, a presença de barreiras como efeitos colaterais e restrição financeira e a falta de ajuda e suporte familiar. Dificuldades financeiras e falta de suporte familiar também se constituíram em fatores citado neste estudo como interferente na adesão ao tratamento e serão posteriormente assinaladas.

Os dados deste estudo confirmaram ainda, a proposição de Gonzáles et al. (2005) de que uma melhora confirmada nos sintomas avaliada pelo próprio paciente, bem como a

resposta considerada como insuficiente à medicação interfeririam na adesão do paciente deprimido ao tratamento.

O tempo estimado pelo paciente como necessário para o tratamento da depressão também foi compreendido pelos participantes da pesquisa como fator a influenciar negativamente a adesão do paciente a este tratamento. As verbalizações inseridas abaixo podem exemplificar este aspecto:

> *"Atrapalhava para mim, quando eu pensava: será que vale a pena? Porque o tratamento é prolongado"*. (Paciente 1 Aderente).

> *"É... entender que é lento (o tratamento), mas que ele vai encontrar a solução daquele problema.* (Paciente 7 Não Aderente).

Em relação ao tempo requerido para o tratamento de desordens depressivas, salienta-se que este pode ser considerado, na maioria das vezes, longo, sendo recomendado a continuidade do tratamento por alguns meses depois da recuperação do paciente. De acordo com Souza (1999), conforme já indicado, o tempo recomendado seria de três a seis meses após remissão completa de sintomas, e teria por finalidade prevenir recaídas e recorrência da doença (LINDEN et al., 2000; BALON, 2002).

O tempo de duração do tratamento para depressão, conforme sugerem os dados do presente estudo, pode funcionar como um fator negativo para adesão, desestimulando o paciente à continuidade do mesmo. Neste ínterim, faz-se necessário considerar mais uma vez, as peculiaridades do quadro depressivo, onde o paciente pode ter reduzido sua energia física além da visão negativista de situações diversas, o que poderia o estar influenciando na estimativa de sua capacidade para enfrentar algo que possa ser considerado longo e além de suas capacidades físicas e emocionais de suporte.

O tempo despendido entre o início da terapêutica e a percepção de benefícios também pode afetar negativamente a efetivação do tratamento, conforme exemplificam as seguintes argumentações:

> *"Uma coisa que pode atrapalhar muito é a demora em ver os resultados do tratamento, porque o tratamento mental é lento"*. (Paciente 7 Aderente)

> *"Não ter paciência para ver resultado"*. (Paciente 1 Aderente)

A este respeito, faz-se necessário ressaltar que, tratamentos complexos ou prolongados estiveram, na literatura pertinente, associados à baixa adesão à terapêutica (MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000; NOBRE; PIERIN; MION-JÚNIOR, 2001; LEITE; VASCONCELLOS, 2003), tendo sido confirmados por este estudo.

A presença de reações físicas ou emocionais consideradas pelos pacientes como efeitos colaterais das medicações prescritas também foi considerada como fator a prejudicar a adesão ao tratamento para depressão. As seguintes argumentações podem exemplificar:

> *"Uma coisa que atrapalha é... esses remédios acabam com a gente, aí fica difícil da pessoa continuar".* (Paciente 4 Aderente)

> *"Se o remédio fazer mal, por ex, Rivotril o efeito colateral é o esquecimento".* (Paciente 7 Aderente)

Em relação aos efeitos colaterais, na literatura eles parecem se constituir em grandes vilões da adesão ao tratamento da depressão. Autores como Lin et al. (1995), Souza (1999), George et al. (2000), Zajecka (2000), e Balon (2002) afirmaram que a presença destes efeitos foi tida como causa importante, quando não principal, do abandono ao tratamento da depressão. Como motivo relatado por pacientes com depressão para a não adesão à terapêutica medicamentosa, os efeitos colaterais se fizeram presentes no estudo de Demyttenaere (2001), Linden et al. (2000) e Thompson et al. (2000).

Entretanto, na visão dos participantes do presente estudo, os efeitos colaterais podem se constituir em possível fator prejudicial à adesão ao tratamento, mas parecem não ser considerados como principal impeditivo da adesão, ao considerarmos a freqüência de deste tema (Tabela 9) e de sujeitos que realizaram esta avaliação (4 dos 24 participantes avaliaram que sofrer efeitos colaterais podia interferir negativamente na adesão ao tratamento). Salienta-se que, para esta amostra houve pouca especificação sobre a natureza destes efeitos, sendo a falha na memória a única apontada. Infere-se que a ênfase dada à importância dos efeitos colaterais para o abandono da terapêutica antidepressiva possa ter se configurado de tal forma para esta amostra, devido ao tempo que tanto os pacientes aderentes já estavam realizando o tratamento (no mínimo 8 meses), como os não aderentes que haviam feito tratamento por no mínimo 1 ano. De acordo com a literatura, os efeitos colaterais seriam a principal causa da interrupção do tratamento antidepressivo, especialmente nas primeiras semanas de tratamento (NEMEROFF, 2003; DEMYTTERAERE , 2001; LINDEM et al. 2000).

É importante salientar que os efeitos colaterais foram considerados como importante fator de não adesão na literatura geral a respeito desta temática (MILSTEIN-MOSCATTI, et al., 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Em relação a dados de pesquisa com populações específicas, verificou-se que efeitos colaterais desagradáveis estiveram associados à não adesão de pacientes hipertensos (NOBRE, PIERIN; MION-JÚNIOR, 2001; DUARTE, 2001), de portadores de HIV/AIDS (JORDAN et al., 2000) e de pacientes com esquizofrenia (VILELA; COSTA, 1991; ROSA, 1998).

Considerando a multifatoriedade apresentada para a adesão à tratamentos, os dados sugerem que estes efeitos funcionariam como fatores coadjuvantes neste processo e considerando a freqüência com a qual se apresentam no discurso dos participantes do estudo não parecem ocupar um papel principal. Assim, se pode considerar que os dados relatados são coerentes com aqueles apresentados por Gonzáles et al. (2005) ao avaliar que a presença de efeitos colaterais com uso da medicação, a melhora nos sintomas, e a percepção de resposta insuficiente à medicação, estiveram relacionadas à não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão. A coerência aprazada refere-se à similitude de motivos que foram estimados pelos participantes deste estudo como possuindo influência na adesão ao tratamento para depressão.

4.3.2 Aspectos Interpessoais

Os dados do estudo revelaram ainda, que aquilo que é externo ao paciente também poderia influenciá-lo em seu comportamento de adesão ou não adesão ao tratamento. Desta forma, concomitantemente ao possível "caminho interno" trilhado pelo paciente (neste estudo representado pelos "Aspectos Intrapessoais"), pôde-se identificar nos discursos dos participantes, a importância de se atentar, ao se pensar em adesão ao tratamento, para a qualidade das relações que se estabelecem entre o paciente e outros considerados por ele como importantes. Dentre estes "outros" realça-se o tipo de relação estabelecido com a equipe de saúde, com a família e com a sociedade, que, a depender da configuração, poderia facilitar ou dificultar a adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

Assim, esta categoria global foi formada, em seu aspecto de condição facilitadora da adesão, por duas categorias específicas: "relacionamento interpessoal positivo com a equipe" e "presença de suporte familiar", que contiveram 41,8% e 46,3% das argumentações categorizadas nos discursos de participantes do G I e G II respectivamente.

Sob o foco dos aspectos interpessoais enquanto facilitadores da adesão, neste estudo, tomou vulto a importância do afeto, da receptividade, cordialidade e valorização da pessoa do paciente, que se presentes no ambiente da instituição de saúde e nas interações familiares, podiam funcionar como um estímulo para sua adesão ao tratamento.

Na instituição de saúde, este afeto pode se patentear no acolhimento dispensado ao usuário, na receptividade e promoção de um espaço para expressão daquilo que ele sente e pensa. Esta situação pode ser propiciada, inicialmente, por uma atitude de escuta e posteriormente, pelo provimento de orientações e esclarecimentos apropriados às necessidades do paciente e à sua compreensão.

Nas interações familiares, este afeto pode se potencializar na disponibilidade do familiar em acompanhar física e emocionalmente o paciente no decurso de seu tratamento, estimulando-o a observar as recomendações médicas e aceitando-o na sua "nova" condição de saúde.

A segunda polaridade desta categoria global foi composta pelas categorias específicas "relacionamento interpessoal negativo com a equipe", "falta de suporte familiar" e "preconceito social", totalizando a esta polaridade da categoria global em questão uma freqüência de 25,8 % no G I e 26% no G II. As duas primeiras categorias específicas desta polaridade foram fundamentalmente antagônicas àquelas categorizadas nos discursos em relação aos aspectos auxiliares à adesão. E como fator prejudicial à adesão ao tratamento medicamentoso para depressão acresceu-se neste aspecto, como categoria específica, a presença do preconceito social em relação à instituição que promove assistência à pacientes portadores de transtornos mentais, como possível barreira à adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

De forma a melhor detalhar este aspecto, passa-se à apresentação das categorias específicas que ele compreende.

4.3.2.1 Relacionamento interpessoal com os profissionais de Saúde

Esta categoria abrange dois aspectos, quais sejam a relação médico-paciente e a relação paciente-demais membros da equipe de saúde, possuindo ambos, a inserção de polaridade para adesão/não adesão. Estes aspectos observam o realce destacado pelos participantes em relação à percepção da importância da relação estabelecida com algum

profissional da instituição de saúde, de forma que, pôde-se identificar nos discursos, ênfase ao relacionamento com o médico, com as secretárias, e também a não especificação do profissional, dando a entender que abrangiam em suas falas, a equipe como um todo.

Em sua totalidade esta categoria específica, na situação de positividade ou satisfatoriedade contou com 30,9% de todas as argumentações do G I e 37 % do G II referentes aos fatores que auxiliam a adesão. Considerando que um mesmo participante, em seu discurso, pode ser responsável por várias respostas das quais se identificaram os temas englobados em dada categoria, faz-se importante realçar que 11 participantes do G I e 9 participantes do G II consideraram que uma relação satisfatória com a equipe da saúde mental funcionaria como auxiliar da adesão ao tratamento. Esta freqüência, tanto relativa a identificação de temas no material de análise como ao número de sujeitos que realçaram em seus discursos a importância desta relação, pôde sugerir a seriedade da relação médico-paciente e paciente-equipe de saúde para a edificação da adesão do paciente ao tratamento.

No intuito de melhor detalhar a presente categoria, passaremos a considerá-la nos dois aspectos já referidos (Relação médico-paciente e Relação paciente-equipe) e também em respeito à polaridade verificada em relação à adesão / não adesão.

A - Relação médico-paciente

A relação médico-paciente pode ser sentida como positiva ou negativa e nestas duas formas pode interferir na adesão ao tratamento, de acordo com os participantes. Primeiramente será abordada a relação médico-paciente positiva.

A relação médico-paciente quando positiva, baseia-se na confiança no que diz respeito à competência do profissional que manifesta seu respeito ao paciente ao ouvir seu relato atenciosamente, promover sentimento de acolhimento, estabelecer contato visual, apresentar gestos como aperto de mão e sorrisos. Complementarmente, a postura do médico deveria se pautar pela demonstração de consideração e interesse em relação às queixas do paciente, preocupação com o seu bem-estar fazendo com que ele se sinta uma pessoa digna e aceita em sua doença. Desta forma, segundo a percepção dos participantes do estudo, a relação com o médico, quando estabelecida nestes moldes poderia incrementar positivamente esta relação, levando o paciente a aderir ao tratamento proposto.

A Tabela 10 relaciona os temas constantes neste aspecto desta categoria específica e apresenta sua freqüência em relação aos demais temas identificados nos discursos dos participantes do estudo em relação aos fatores avaliados como facilitadores da adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

Tabela 10 - Relação médico-paciente positiva enquanto fator facilitador de adesão ao tratamento para depressão nos dois grupos.

Relação Médico-Paciente Positiva Auxilia a Adesão ao Tratamento.				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Atenção e disponibilidade do médico	10	9,1	10	9,3
Confiança no médico	8	7,3	1	0,9
Submissão à ordem médica	1	0,9	-	-
Orientações e esclarecimentos oferecidos pelo médico	-	-	5	4,6
Gostar do médico	-	-	2	1,9
Exames médicos mais detalhados	-	-	2	1,9
Total	**19**	**17,3**	**20**	**18,6**

Conforme retratado pela Tabela 10, 17,3 % das argumentações proferidas pelo Grupo I relativamente ao que consideravam como condição facilitadora de adesão ao tratamento envolvia a relação satisfatória que deveria ser estabelecida com o médico. Os temas mais realçados pelos participantes do G I foram a 'atenção e a disponibilidade do médico' e a 'confiança' que o mesmo inspira no paciente, que foram encontrados em uma freqüência de 9,1% e 7,3% respectivamente. No Grupo de não aderentes pôde-se identificar um número maior de temas nos relatos, que denominaram a este aspecto da categoria 18,6% das verbalizações deste grupo. Este grupo também reservou ênfase à 'atenção e disponibilidade do médico' em sua relação com o paciente como condição a propiciar a adesão (9,3 %), além de observar a importância de que este preste 'orientações e esclarecimentos' (tema com 4,6% de freqüência), 'inspire confiança' (0,9%), 'realize exames detalhados' (1,9%), e seja bem-quisto pelo paciente (1,9 %).

O estabelecimento de uma relação positiva com o médico parece se pautar, de acordo com os dados deste estudo, especialmente na atenção que este dispensa ao paciente quando de sua consulta, na proximidade afetiva estabelecida que pode minimizar a distância social

'existente' entre as duas partes e criar um ambiente de aceitação do paciente que ali se encontra com suas dores e mazelas e que clama por atenção e cuidado. As seguintes verbalizações podem ser ilustrativas:

> *"No caso, é o médico buscar dar mais atenção. O médico precisa ser mais amigo do paciente"*. (Paciente 6 Não Aderente)

> *"O médico tem que ouvir mais, conversar, perguntar mais. O Dr. R era excelente, todo mundo se sentia à vontade. O Dr. R. conversava muito com a gente, ria, perguntava e não sou só eu que falo isso, todo mundo gostava dele. eu, por exemplo, gosto de expor o que sinto"*.(Paciente 2 Aderente)

A atenção procurada nesta relação transcende o contato técnico mediado pela avaliação clínica, proposta terapêutica e receita médica ao privilegiar o contato humano e cordial.

> *"O médico ter aquele carinho, mostrar o interesse do médico com o paciente"*. (Paciente 1 Aderente)

> *"Acho que psiquiatra tinha que ser um pouco psicólogo. Qualquer medico se ele te olha, pega na sua mão, você já sente uma confiança maior. [...] O médico olhar nas pessoas"*. (Paciente 11 Aderente)

A este respeito os dados deste estudo confirmaram dados de Bultman e Svarstad (2000) que haviam verificado que uma postura colaborativa e de reasseguramento do médico influenciava e melhorava o conhecimento do paciente e suas crenças iniciais sobre a medicação, o que, interferia na adesão ao tratamento e na satisfação do paciente com o serviço.

Relativo às expectativas de pacientes em relação ao comportamento do médico, os dados deste estudo confirmam dados da pesquisa realizada por Pereira e Azevedo (2005). Estes autores verificaram que pacientes hospitalizados esperavam que o médico fosse amistoso, cordial, gentil, carinhoso e solidário, oferecendo, assim, o apoio emocional que os pacientes careciam. Oliveira e Gomes (2004) também verificaram em adolescentes com doenças crônicas, a solicitação de mais atenção por parte do médico, tendo considerado a importância da mesma na adesão ao tratamento clínico.

Nesta perspectiva, os resultados desta pesquisa corroboram ainda, a afirmação de Pereira e Azevedo (2005) quando afiançaram que escutar com atenção e respeitar o outro que está diante de si, significa reverenciar o ser humano e nesta reverência parece se dar o início

de uma relação construtiva e propiciadora de saúde mental. Os dados do presente estudo indicaram que tal atitude médica colaboraria com o bem-estar do paciente, o faria sentir-se mais à vontade e, especialmente o encorajaria e fortaleceria para dar continuidade a seu tratamento.

Demonstrar preocupação com o outro constitui a base emocional da confiança. Estabelecer um clima de acolhimento, de entendimento e empatia colabora na formação da confiança e no estabelecimento de aliança terapêutica positiva e isto pode contribuir na adesão do paciente ao tratamento. Conforme pode ser percebido nas seguintes argumentações, a confiança que o paciente tenha em relação ao médico auxiliaria na sua adesão ao tratamento.

> *"É a confiança do paciente com o médico. [...] A pessoa saber que pode contar com o médico [...] o que julga mais é um bom médico*. (Paciente 2 Aderente).

> *"Confiar no médico. Ter certeza de que o médico vai fazer a coisa certa"*. (Paciente 4 Aderente).

> *"Pra confiar?... Acho que é até psicológico, por exemplo, meu ginecologista. Às vezes, eu chego ruim, aí eu converso com ele e só isso eu já melhorei"*. (Paciente 6 Aderente)

Estes dados confirmam a asseveração de Souza, Fontana e Pinto (2005) que apontaram a relação médico-paciente como de extrema importância para que o paciente tenha condições e segurança de aderir ao tratamento e poder esperar o tempo necessário até a percepção de melhora. Além disso, corroboram a importância da confiança do paciente no seu médico, bem como, na equipe de saúde, apontada na literatura geral em relação à adesão à terapêutica (MILSTEIN-MOSCATI, 2000; LEITE E VASCONCELLOS, 2003).

À atenção do médico, postura em relação ao paciente e confiança nele depositada acresce-se a simpatia do paciente pelo médico como fator a auxiliar a adesão.

> *"Em primeiro lugar, é gostar do médico, ir com a cara dele"*. (Paciente 4 Não Aderente)

> *"Gostar do médico. Ter um bom entrosamento com ele é o essencial"*. (Paciente 9 Não Aderente)

Aliado à comunicação afetiva na relação médico-paciente, um outro componente sublinhado como importante para esta relação e percebido como forma a propiciar a adesão ao tratamento para depressão pôde ser identificado nos discursos analisados. As orientações e

esclarecimentos prestados pelo médico a respeito da doença depressiva, sua evolução, seu tratamento e prognóstico foram consideradas como forma de auxílio para que o paciente adira a seu tratamento. As seguintes argumentações podem esclarecer:

> *"Ter uma boa explicação, uma boa orientação do médico"*. (Paciente 8 Aderente)
>
> *"Só o dialogo mesmo, porque os pacientes vem com aquilo tudo: preconceito, a falação das pessoas então, o médico tem que explicar tudo direitinho pra gente"*. (Paciente 4 Não Aderente)
>
> *"O médico ficar esclarecendo o paciente, vai ser melhor de seguir, assim. Falar o porquê disso o porquê daquilo"*. (Paciente 7 Não Aderente)
>
> *"O médico ser atencioso, conversar, explicar que leva tempo pra começar a fazer efeito"*. (Paciente 4 Não Aderente).

Em relação ao papel esclarecedor do médico e a inserção de esclarecimentos e orientações no âmbito da adesão ao tratamento, Demyttenaere (1997) afirmou que prestar informações claras sobre sintomas, curso e prognóstico da depressão seria importante para aumentar a adesão ao tratamento desta doença. Para Suchman e Matthews (1998 apud GUINELLI et al., 2004), a informação diminuiria o sentimento de isolamento do paciente e colaboraria para cooperação mútua na relação médico-paciente.

De acordo com Nemeroff (2003), os médicos poderiam aumentar a adesão do paciente depressivo ao tratamento oferecendo informações detalhadas a eles a respeito do regime do tratamento pertinente.

Conforme apontaram os resultados deste estudo, a relação médico-paciente pode se configurar em condição básica para a adesão ao tratamento, e para ser bem construída, ela necessita da configuração de um contato em que o médico transmita simpatia, confiança, apoio e segurança. Por seu lado, o paciente envolvido por estas qualidades poderá creditar mais confiança na efetividade de seu tratamento e assim se empenhar na observância do mesmo.

Pode-se considerar que os dados deste estudo relativos à importância da relação do paciente com o médico e com a equipe de saúde, confirmam achados da literatura que indicam a relação médico-paciente como importante fator a ser considerado em contexto de atenção à saúde. Neste sentido, a relação médico-paciente tem sido alvo de respeitável número de pesquisas que conferem à mesma um lugar de destaque ao se avaliar a satisfação

de pacientes (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; CAPRARA; FRANCO, 1999), estando associada com a melhoria na qualidade do atendimento (PEREIRA; AZEVEDO, 2005; CAPRARA; RODRIGUES, 2004), e relacionada à adesão à terapêuticas em geral (MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000; LEITE, VASCONCELLOS, 2003). Em relação a terapêuticas específicas, a relação médico-paciente positiva esteve associada a uma melhor adesão ao tratamento de pacientes esquizofrênicos (ROSA, 1998;), portadores de HIV/AIDS (GOMES et al., 1999; JORDAN et al., 2000), e hipertensos (BUSNELLO et al., 2001).

A satisfatoriedade na relação médico-paciente tem sido associada ao sucesso do tratamento de uma forma geral por aumentar as possibilidades de adesão ao mesmo. Segundo Dixon e Sweeney (2000 apud CAPRARA; RODRIGUES, 2004, p. 143), a adesão a um processo terapêutico dependeria mais do médico que das características do paciente, estando o último mais inclinado a atender a prescrição se pensar que conhece bem o médico que a está indicando. No estudo ora relatado 'conhecer bem o médico' apareceu como a confiança depositada neste, que funcionaria como incremento à adesão ao tratamento para depressão.

Para a escuta atenta, entendida pelos sujeitos do estudo como um componente da relação positiva médico-paciente, exige-se paciência, atenção e interesse por parte do médico e para que isto possa se dar, faz-se necessária disponibilidade de tempo para efetivação da consulta médica, o que contrasta, muitas vezes, com a realidade de alguns serviços públicos. Assim, dentre outras características negativas percebidas pela amostra como prejudiciais a adesão ao tratamento do paciente deprimido, esteve presente a "rapidez na consulta médica" [sic], o que, se relaciona com os dados de Caprara e Rodrigues (2004) quando realçaram que maior tempo de consulta esteve associado a melhor qualidade do atendimento ao propiciar uma melhor anamnese, explicação do problema e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, além da possibilidade de verificação do médico sobre a compreensão do paciente e da participação deste na consulta.

A proposição de Fawcet (1995) pode sintetizar a importância da relação médico-paciente na construção de um ambiente acolhedor e facilitador na promoção de saúde, estando em consonância com os dados deste estudo. Segundo este autor, para o estabelecimento de uma adequada relação médico-paciente o médico deveria se atentar para a uma postura esclarecedora e ao mesmo tempo simpática, para tal intento o médico deveria: definir a doença do ponto de vista do paciente, assim como seus sintomas principais e sua severidade; exprimir simpatia e entendimento da experiência do paciente; fornecer informações para uso da medicação, apresentando os efeitos benéficos e também os colaterais; amenizar a resistência do paciente à medicação, explicando a importância de tomar a dose prescrita;

discutir alternativas de tratamento com o paciente; demonstrar confiança e otimismo, com vistas a facilitar uma aliança terapêutica.

Importante realçar que se identificou relatos que observavam certa satisfatoriedade com o tratamento recebido no CSM, seja pelo médico ou equipe em geral.

> *"Igual lá (Centro de Saúde Mental), apesar do tempo ser bem corrido, o médico mostra interesse por você e isso é muito bom"*. (Paciente 7 Não Aderente)

> *"Ser bem tratado. Toda vez que eu vim aqui eu fui bem tratada"*. (Paciente 5 Aderente).

Considera-se assim, que estes dados podem confirmar a proposição de DiMatteo et al. (1993) de que a sensibilidade do médico, o tom de sua voz, e a comunicação não-verbal foram significativamente associadas à adesão de pacientes à encontros agendados.

Por outro lado, conforme indicaram os dados, caso esta relação não seja assim compreendida ou estabelecida, o pólo negativo deste aspecto da categoria se configura, de forma a se estabelecer uma probabilidade maior de que aconteça a não adesão ao tratamento. A relação negativa com o médico foi caracterizada pela falta de confiança do paciente neste profissional, a falta de atenção durante as consultas, gerando insatisfações e antipatia no paciente. A segunda polaridade desta categoria em seu aspecto da relação com o médico pôde ser identificada nos relatos de 4 participantes aderentes e de 7 não aderentes ao tratamento, possuindo os temas aí englobados uma freqüência de argumentações que giraram em torno de 6,2 % e 14% respectivamente para os dois grupos, conforme pode se verificar detalhadamente na Tabela 11:

Tabela 11 - Relação médico-paciente negativa enquanto fator que dificulta a adesão ao tratamento nos dois grupos.

Relação Médico-Paciente Negativa Dificulta a Adesão ao Tratamento				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Falta de atenção e disponibilidade do médico	2	2,1	4	4
Não gostar do médico	1	1	3	3
Não confiar no médico	3	3,1	-	-
Insatisfação com o tratamento recebido do médico	-	-	1	1
Rapidez na consulta médica	-	-	1	1
Total	**6**	**6,2**	**14**	**14**

A Tabela 11 apresentou os temas identificados no material total de análise dos dois grupos que originaram esta polaridade da categoria apresentada, em relação aos fatores percebidos pelos participantes como prejudiciais à adesão. Esta polaridade da categoria representou 6,2 % de temas no material de análise no G I e 14% do G II. Os temas categorizados nos relatos do G I e no G II tiveram uma freqüência semelhante entre si, entretanto, foram mais numerosos no G II, estando a falta de atenção e disponibilidade do médico e a falta de simpatia do paciente em relação ao médico mais frequentemente identificadas.

Assim, conforme sugerem os dados, estabelecer ou interpretar como negativa, insatisfatória ou inadequada a relação que possua com o médico, pode fazer com que os pacientes abandonem seu tratamento. O médico não atencioso parece incrementar no paciente o desânimo já presente nos quadros depressivos, alimentando ainda, idéias de desvalorização pessoal, reações estas que, dentre outras, podem contribuir para o afastamento deste paciente do seu tratamento. As seguintes argumentações podem exemplificar:

> *"Depende também do tratamento do médico com o paciente, se o médico não dá atenção, a gente pára. [...] O médico tem que procurar interessar no problema do paciente. Você fala o médico não tá interessado o paciente fica desanimado".* (Paciente 8 Não Aderente).

> *"Se o médico não tratar bem eu não volto mais"*. (Paciente 2 Não Aderente)
>
> *"Atrapalha, quando não gosta do médico aí pára né?!"* (risos) (Paciente 8 Não Aderente)

A rapidez nas consultas médicas que impedem a expressão, por parte do paciente, de suas dores, aliado a postura de distanciamento afetivo por parte do profissional pode levar ao entendimento de desinteresse por sua pessoa ou por sua doença, situações que, conforme exemplificam as argumentações a seguir, podem funcionar como dificultadoras da adesão ao tratamento:

> *"Muitas das vezes, a consulta é rápida demais e isso atrapalha"*. (Paciente 8 Não Aderente)
>
> *"Parece que tem uns médico que nem interessa pelo causo e aí não tem jeito"*. (Paciente 4 Não Aderente)

Na percepção dos participantes do estudo, a falta de confiança na medicação prescrita e especialmente no médico que a prescreveu parece ocupar um duplo papel no tratamento do paciente depressivo: ativar a crença de ineficácia da medicação e afastá-lo da observância do tratamento. Para realçar a importância delegada à falta de confiança na adesão ao tratamento, exemplifica-se:

> *"Não confiar na medicação que o médico receitou. Se não tiver confiança no médico, o remédio não resolve"*. (Paciente 6 Aderente).

A relação estabelecida com o médico quando negativa ou deficiente esteve relacionada a uma maior probabilidade de não adesão ao tratamento antidepressivo (BULTMAN; SVARSTAD, 2000; HORIMOTO; AYACHE; PINTO, 2005; GONZÁLES, 2005), assim como ao tratamento anti hipertensivo (BUSNELO et al., 2001; DUARTE, 2001) e à terapêutica antiretroviral (JORDÁN, et al., 2000).

O médico pode se constituir em importante representante do serviço de saúde, no qual são depositadas expectativas e frustrações, entretanto, adicionalmente, pôde-se identificar nesta pesquisa que os participantes também creditaram ao atendimento recebido na instituição como um todo, papel importante para sua permanência ou não no tratamento. Assim, passa-se a detalhar o segundo aspecto da categoria específica em questão.

B – Relação paciente-demais membros da equipe:

A interação entre o paciente e a equipe pode se estabelecer como um fator relacionado positiva ou negativamente com a adesão do paciente ao tratamento psiquiátrico para depressão.

Uma instituição de saúde confiável é aquela na qual os profissionais ali atuantes conseguem passar segurança ao paciente e, simultaneamente, o acolher em suas dificuldades e temores, envidando esforços no sentido de minimizá-los. Desta maneira, um atendimento de boa qualidade (‘ser bem tratado’), na percepção dos participantes aderentes e também dos não aderentes ao tratamento psiquiátrico para depressão, envolve, especialmente, a atenção e disponibilidade dos profissionais lotados no serviço e o tratamento afetuoso dispensado ao paciente. Neste aspecto, são comportados temas como: o tratamento afetuoso por parte das secretárias ou pessoas que trabalham no CSM, a receptividade no atendimento ao usuário, orientações e esclarecimentos prestados ao paciente. O detalhamento desta parte da categoria especificado nos temas por ela abrangido podem ser visualizados na Tabela 12 a seguir:

Tabela 12 - Relação positiva paciente-equipe como fator facilitador de adesão ao tratamento nos dois grupos.

Relacionamento positivo com a Equipe de Saúde Auxilia a Adesão ao Tratamento				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Afetividade nas relações estabelecidas com a equipe (geral)	3	2,7	8	7,4
Ser bem atendido (Equipe geral)	5	4,5	7	6,5
Orientações e esclarecimentos prestados por profissionais	5	4,5	-	-
Confiabilidade dos profissionais envolvidos	1	0,9	-	-
Incentivo de profissionais	1	0,9	-	-
Atenção e disponibilidade dos profissionais	-	-	2	1,8
Postura da equipe diante das faltas de pacientes	-	-	3	2,8
Total	**15**	**13,6**	**19**	**18,5**

Conforme pode ser visualizado na Tabela 12, no G II esta vertente da categoria apresentou-se em uma freqüência comparativamente maior que no G I, representando respectivamente 18,5% de todas as argumentações do G II e 13,6% daquelas apresentadas pelos participantes do GI ao se referirem aos fatores facilitadores de adesão. Chama atenção na configuração desta vertente, a freqüência de dois temas no G II ('afetividade nas relações estabelecidas com a equipe', 'ser bem atendido') que foram comparativamente os mais frequentemente identificados nos relatos dos participantes deste grupo.

No GI os temas mais freqüentes na composição desta categoria foram igualmente: 'ser bem tratado' e 'receber orientações e esclarecimento dos profissionais' (4,5% cada), ressaltando-se que este último tema não foi identificado no G II. O tema 'afetividade nas relações estabelecidas com a equipe representou' 2,73% desta categoria seguida por 'confiabilidade dos profissionais'. Esclarece-se que, a consideração da freqüência destes temas na configuração da categoria, obedece apenas à proposição de detalhamento da mesma ao considerar quais temas apareceram em maior freqüência na formação da categoria.

De forma a ampliar o entendimento deste aspecto relacionado à adesão, considera-se que a relação estabelecida entre paciente e equipe, na qual o mesmo possa se perceber valorizado enquanto pessoa e paciente que é atendido em seus anseios pode funcionar, de acordo com o discurso dos participantes, como ingrediente a facilitar a adesão. As argumentações abaixo podem exemplificar este assinalamento:

> *"As pessoas serem bem tratadas pela equipe"*. (Paciente 3 Não Aderente)
>
> *"O atendimento. O jeito que as pessoas atendem"*. (Paciente 5 Aderente).

A respeito do bom atendimento a ser prestado para se facilitar a adesão, este deveria se pautar pelo afeto dispensado ao paciente através da receptividade percebida por ele, que pode ser mediada pelo modo de falar do profissional, preocupação demonstrada com seu bem-estar e com a resolução de possíveis questões apresentadas. As seguintes verbalizações esclarecem o citado aspecto:

> *"O jeito de falar com o paciente, por exemplo, você fala com carinho com as pessoas"*. (Paciente 3 Aderente).
>
> *"Receber o carinho das pessoas que trabalham aqui, acredito que eles recebem isso aqui"*. (Paciente 9 Aderente).

As orientações e esclarecimentos recebidos no CSM também podem funcionar, de acordo com os participantes, como estímulos à adesão ao tratamento. Estas orientações parecem ser também percebidas como indicativos de uma relação amistosa ou de proximidade, e de incentivo à adesão conforme exemplificam as seguintes argumentações:

> *"Ter uma orientação sobre a doença"*. (Paciente 10 Aderente).
>
> *"Ter aquele contato com o paciente para dar uma palavra amiga, de conforto de orientação pro paciente"*. (Paciente 3 Não Aderente).
>
> *"O profissional deve incentivar igual você faz lá: palestras"*. (Paciente 4 Aderente).

Ao delegar importância à relação entre o paciente e a equipe de saúde como condição interferente no comportamento de adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão, os dados deste estudo corroboraram dados da literatura geral a respeito de adesão ao tratamento. Considera-se que estes dados reafirmam as considerações de Leite e Vasconcellos (2003) bem como, Nobre, Kurita e Pimenta (2003), Pierin e Mion Júnior (2001) ao considerarem a importância de se avaliar a relação paciente-equipe de saúde em pesquisas com esta temática.

A este respeito Silva (2005) considerou a comunicação como importante fator de adesão ao tratamento. Segundo o autor, "quando existem problemas na comunicação, a adesão diminui, e quando existe uma comunicação eficaz, ela aumenta juntamente com uma atenta supervisão do paciente e um sentimento de satisfação no que tange às expectativas que tem do médico". (SILVA, 2005 p. 207).

No estudo de Ramos e Lima (2003) boa recepção (ser bem tratado pela equipe, ser reconhecido por ela), respeito ao usuário (pontualidade nos atendimentos, informações prestadas), relação humanizada (respeito, consideração e atenção dispensada ao usuário) e bom desempenho profissional (interesse demonstrado no exame do paciente, perguntas e orientações fornecidas), foram associadas à denotação de qualidade do atendimento. Estes autores constataram ainda, que a relação usuário – profissional de saúde estabelecida e, especialmente, as perguntas que o usuário se encoraja a fazer, as respostas que obtém ou esclarecimentos e orientações espontâneas que lhe são dadas, conferem ao paciente segurança necessária para enfrentar eventuais dúvidas e dificuldades além de aumentar a relação de confiança já existente. Assim considerando, os dados deste estudo mais uma vez sugerem que a qualidade do atendimento pode estar intimamente relacionada ao cumprimento do mesmo,

de forma, que se faz necessário investimentos nesta área, quando se pretende incrementar a adesão ao tratamento prescrito.

Um outro cuidado desejado pelos participantes ao avaliarem sobre situações que favorecessem a adesão ao tratamento, se constitui na movimentação da equipe de saúde em relação às faltas do paciente às consultas.

> *"Um acompanhamento dos profissionais, as vezes, ligar para saber quando faltou"*. (Paciente 3 Não Aderente)

> *"Na época eu acho que deveriam ter busca do saber por que eu tinha parado, você entendeu? Então, na época não teve esse apoio"*. (Paciente 5 Não Aderente)

Esta postura da equipe diante das faltas dos pacientes foi especificamente encontrada nos discursos dos participantes não aderente ao tratamento, a partir do que, pode-se inferir que uma postura atenciosa e preocupada da equipe, teria repercutido para o paciente em sentimento de valorização e importância, que o pudessem mobilizar para a continuidade do tratamento.

A implicação de polaridade também aconteceu em relação ao Relacionamento Interpessoal entre Paciente e Equipe. Conforme indicaram os dados, na ausência das características de atendimento mencionadas acima, propicia-se o aparecimento de um fator que possivelmente prejudicará a adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão. Não sentir-se bem tratado e não receber o afeto da equipe julgado necessário, apareceu nos relatos dos participantes como condição dificultadora da adesão ao tratamento medicamentoso. Os temas categorizados nesta vertente da categoria em questão podem ser verificados na Tabela 13.

Tabela 13 - Relação insatisfatória paciente-equipe enquanto fator propiciador de não adesão ao tratamento nos dois grupos.

Relacionamento Negativo com a Equipe de Saúde Dificulta a adesão ao Tratamento				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Falta de afetividade nas relações estabelecidas com a equipe	-	-	1	1
Má qualidade no atendimento (equipe em geral)	1	1	1	1
Má qualidade no atendimento das secretárias	-	-	3	3
Total	**1**	**1**	**5**	**5**

A relação negativa ou insatisfatória estabelecida com a equipe como fator a prejudicar a adesão do paciente ao tratamento, configurou-se com uma freqüência comparativamente menor se comparada à freqüência com a qual seu aspecto positivo pôde ser identificado nos discursos dos participantes do estudo. Apenas 1% das respostas categorizadas para o G I em relação aos fatores prejudiciais à adesão e 5 % das categorizadas para o G II em relação a esta mesma condição.

Para exemplificar este aspecto da categoria recorre-se a algumas das argumentações que geraram os temas abrangidos por esta categoria:

> *"Uai menina ... eu acho também um pouco é o atendimento. Ser mal atendida, apesar, que ali eu nunca fui"*. (Paciente 10 Não Aderente).
>
> *"Se a pessoa for maltratada não volta mais"*. (Paciente 6 Aderente)
>
> *"Muita das vezes, assim, no caso, tem lugar que o paciente chega a própria recepcionista te trata mal"*. (Paciente 8 Não Aderente).

Assim, sob o prisma dos participantes, um atendimento de pouca qualidade a nível afetivo, ou considerado como desrespeitoso à condição do doente e/ou às condições de etiqueta pessoal e profissional, seja ele relacionado à consulta médica ou ao ambiente da instituição de saúde poderia funcionar em barreiras à adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão.

4.3.2.2 Suporte familiar para a realização do tratamento

Esta categoria foi formada por temas que expressavam crenças dos pacientes a respeito da importância do apoio da família e do amparo dispensado ao paciente, bem como de sua aprovação, auxílio e anuência em relação ao tratamento. Este suporte pode ainda, segundo a percepção dos participantes do estudo, ser potencializado por orientações e esclarecimentos, a respeito da depressão, oferecidos pelos profissionais do CSM aos familiares dos pacientes em tratamento, como possível fator de interferência na adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão.

O efeito de polaridade, em relação à adesão/não adesão, foi observado nesta categoria, de forma que, a presença de suporte familiar tende a auxiliar a adesão, e por outro lado, a ausência deste suporte, tenderia a dificultar este comportamento, segundo sugeriram os dados. A categoria específica neste momento destacada contou com uma freqüência de 12 verbalizações referentes a 7 pacientes do GI e 10 verbalizações de 5 pacientes do GII, nas quais foram identificados os temas já citados e relacionados na Tabela 14, que compuseram a polaridade relativa à presença do suporte familiar como facilitador da adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão.

Tabela 14 - Suporte Familiar como fator facilitador de adesão ao tratamento nos dois grupos.

Presença de Suporte Familiar Auxilia a Adesão ao Tratamento				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Apoio de familiares	6	5,5	6	5,6
Compreensão familiar a respeito da necessidade de tratamento	3	2,7	1	0,9
Acompanhamento de familiar às consultas	1	0,9	1	0,9
Presença de um cuidador ou responsável pelo tratamento do paciente	-	-	2	1,9
Interesse e preocupação da família com o paciente	1	0,9	-	-
Convivência familiar agradável ao paciente	1	0,9	-	-
Total	**12**	**10,9**	**10**	**9,3**

O agrupamento de temas por semelhança conferiu a esta categoria específica uma presença de 10,9% nos discursos categorizados no G I e 9,3 % nos categorizados a partir dos relatos dos participantes situados no G II. Dentre os temas que a compuseram o 'apoio familiar' foi o mais frequentemente recortado nos discursos do G I e G II, tendo se responsabilizado por 5,5% dos 10,9% representativos desta categoria no G I e 5,6 % dos 9,3 % no G II. Ressalta-se que esta freqüência é relativa ao total de temas identificados no material de análise para fatores de adesão em cada grupo.

De forma mais detalhada, recorrendo às argumentações da amostra verificou-se pelas falas que, sentir-se acolhido, entendido e respeitado por familiares, que, possivelmente, são aqueles indivíduos que têm convivência direta com o paciente pode funcionar como fator importante para a continuidade de um tratamento para depressão.

> *"O apoio da família é muito importante"*. (Paciente 3 Aderente).
>
> *"Ter a ajuda da família"*. (Pacientes 6 e 12 Não Aderentes).

A aceitação e a percepção da necessidade do tratamento por parte de familiares, também ajudariam a manter o paciente deprimido em tratamento, como podem assinalar as verbalizações abaixo:

> *"Para ajudar... a compreensão da família é o principal. Depois que a minha família aceitou que eu tava doente e, não louca, melhorou muito pra mim fazer o tratamento"*. (Paciente 9 Aderente).
>
> *"A família tem que saber que você tem que fazer o tratamento"*. (Paciente 3 Aderente)

Este apoio percebido como importante para adesão ao tratamento, também pode se configurar na importância dimensionada pelos pacientes, a respeito da presença e acompanhamento de familiares no decorrer das consultas médicas, ou no acompanhamento e supervisão da tomada de medicação, conforme ilustram as seguintes argumentações:

> *"A família apoiar o paciente. [...] o paciente vir acompanhado de um familiar, pelo menos, no começo"*. (Paciente 3 Não Aderente).
>
> *"A família tá sabendo o que tá acontecendo. E, talvez, acompanhar por que o doente, às vezes, não dá conta de nada.* (Paciente 4 Aderente).

> *"Alguém da família pra levar a pessoa a cumprir aquilo, porque, as vezes, ela não tem ânimo pra fazer nada"*. (Paciente 2 Não Aderente).

> *"Tem pessoa que tem que dar os remédio naquele horário certinho, porque as vezes, a pessoa esquece."* (Paciente 8 Não Aderente)

Como possível meio de se viabilizar este apoio requerido ao bem-estar do paciente e à observação do tratamento por parte do mesmo, os participantes do estudo lembraram ainda, da importância de que o serviço de saúde mental se responsabilizasse pela orientação e esclarecimento de familiares de pacientes, a respeito da depressão e de seu tratamento. Estas orientações e esclarecimentos parecem ser entendidas como uma forma de preparo do familiar para atuar junto ao paciente de modo a facilitar a adesão ao tratamento. As seguintes verbalizações podem ilustrar este aspecto identificado nos relatos:

> *"Orientar a família também. Chamar as pessoas e conversar com elas"*. (Paciente 3 Aderente)

> *"É o conjunto. Se a família se unir com o psicólogo, com o médico, não para sufocar o paciente, ele deve ser induzido a fazer o tratamento e não forçado, fazer entender que é importante para ele"*. (Paciente 6 Aderente).

A importância da orientação a familiares foi enfatizada também como uma sugestão feita aos profissionais do Centro de Saúde Mental, no sentido de que o desenvolvimento de uma prática junto aos familiares do paciente foi entendido como uma intervenção, que poderia trazer benefícios à adesão ao tratamento.

> *"Ter aquele acompanhamento juntamente com os familiares que é de suma importância"*. (Paciente 3 Não Aderente)

> *"Apoiar e orientar a família para a importância do tratamento, às vezes, eles fica pensando que psicólogo psiquiatra é bobeira"*. (Paciente 6 Não Aderente).

A respeito da participação da família no tratamento do paciente depressivo, Campos (2005) ressaltou que, no caso de pacientes idosos, mediante permissão do paciente, os familiares mais próximos deviam ser envolvidos no tratamento, cabendo ao profissional atuar dirimindo dúvidas e desfazendo mitos a respeito dessa doença.

Os resultados da presente pesquisa confirmaram a afirmação de Horimoto, Fontão e Pinto (2005) quando ressaltaram a necessidade de passar informações a respeito da doença

depressiva ao doente e familiares, considerando que “quanto mais estiverem cientes da doença maior será a adesão ao tratamento” (HORIMOTO; FONTÃO; PINTO, 2005, p 117).

Em contraste a estas condições, a falta do suporte familiar para a realização do tratamento psiquiátrico para depressão – o outro pólo identificado nesta categoria – pôde ser categorizada em relatos de 5 participantes do G I e de 4 participantes do G II. De um total de 16 argumentações, considerando os dois grupos, foram destacados os temas incluídos no pólo da categoria que compreende que a falta de suporte familiar seria um fator a prejudicar a adesão ao tratamento.

Ao se comparar a polaridade identificada nos dois grupos em termos de freqüência de temas que consequentemente conferem uma importância à categoria, percebe-se certa correspondência para os dois fatores (Adesão / Não Adesão), conforme se pode avaliar pelas Tabelas 14 e 15.

A Falta de suporte familiar como fator propiciador de não-adesão pôde ser identificada nos relatos, pela desaprovação da doença ou do paciente, pela resistência familiar ao tratamento e a falta de apoio ao paciente para a sua realização, que se constituíram em temas identificados nos relatos dos participantes quando questionados sobre os fatores que acreditavam dificultar a adesão ao tratamento para a doença depressiva. A particularização destes temas pode ser verificada na Tabela 15 a seguir.

Tabela 15 - Falta de suporte Familiar enquanto fator prejudicial à adesão ao tratamento nos dois grupos.

Falta de Suporte Familiar Dificulta a Adesão ao Tratamento				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Falta de apoio de familiares	2	2,1	3	3
Incompreensão da família a respeito da depressão	1	1	3	3
Familiar não acompanhar o paciente no tratamento	1	1	-	
Resistência da família ao tratamento	6	6,2	-	-
Total	**10**	**10,3**	**6**	**6**

Conforme ilustrado pela Tabela 15, no G I 10,3 % dos temas identificados no material para análise de fatores percebidos como prejudiciais à adesão compuseram esta polaridade da categoria, encontrando na 'Resistência da família ao tratamento' o tema visivelmente mais freqüente da citada categoria. Em relação ao G II, 6% dos temas identificados nos discursos deste grupo em relação à não adesão foram englobados nesta polaridade da categoria, os dois temas que a compuseram ('falta de apoio de familiares' e 'incompreensão da família a respeito da depressão') estiveram igualmente freqüentes.

Assim, verificou-se que, na compreensão dos participantes do estudo, a falta de suporte familiar, pode se constituir em fator a prejudicar a adesão. A incompreensão dos membros da família a respeito da doença depressiva e/ou de sua terapêutica pode originar ou acentuar o distanciamento do familiar em relação ao tratamento mental do paciente, o que pode se configurar em barreira para adesão ao tratamento. As seguintes argumentações podem ilustrar este aspecto:

> *"A falta de compreensão e paciência da família porque o paciente recai e não quer levantar".* (Paciente 2 Não Aderente).
>
> *"A família não entender, não apoiar, achar que você tá fingindo".* (Paciente 12 Não Aderente).
>
> *"A família também julga muito, as vezes, acha que a gente ta é fingindo, que não é doença nada".* (Paciente 1 Aderente)

A família também pode apresentar resistência ao tratamento psiquiátrico para seu familiar acometido por depressão. Esta resistência pode advir da incompreensão que tenham a respeito da doença ou da importância e efetividade do tratamento, entretanto, esta postura pode se materializar em empecilhos ou impedimentos declarados ou não, à realização do tratamento do paciente, conforme exemplificam as seguintes argumentações:

> *"Quando a família não quer que o paciente faça tratamento".* (Paciente 9 Aderente).
>
> *"A família não querer que o paciente venha. Fala não você tá bom pode pará com isso!"* (Paciente 3 Aderente).
>
> *"Eu já tive de vir escondida do marido e isso realmente é... dificulta a gente vir, demais".* (Paciente 9 Aderente)

A falta de apoio dos familiares ao paciente ou ao tratamento a ser realizado por ele, sendo ou não, resultado de sua percepção sobre a doença ou resistência apresentada em

relação ao tratamento psiquiátrico, foi alegada como de grande importância para a não adesão ao tratamento, conforme exemplificam as verbalizações:

> *"Não ter o apoio da família, isso é o principal"*. (Paciente 7 Não Aderente).
>
> *"A família não apoiar a gente"*. (Pacientes 8 e 12 Não Aderentes).
>
> *"Falta de apoio da família, que muitas vezes, não tem o apoio da família não"*. (Paciente 8 Aderente).

Assim sendo, a adesão à terapêutica medicamentosa para depressão pode estar relacionada com a adesão do familiar ao tratamento, e esta última, de certa forma, parece obedecer, na visão dos participantes do estudo, a uma lógica semelhante à da adesão do paciente ao seu tratamento antidepressivo. A lógica sugerida pelos dados, seria um possível caminho a ser trilhado pelo familiar, tendo como fundo básico a relação que este estabeleça com o doente e com a doença depressiva. Desta forma, a compreensão / incompreensão da doença depressiva ou do doente, poderia gerar uma atitude familiar mais ou menos colaborativa com o paciente em relação ao seu tratamento, o que se vislumbraria na relação entre paciente e familiar em percepção de apoio ou de falta de apoio para a realização do tratamento.

O ambiente familiar de pacientes portadores de transtornos afetivos foi considerado como fator que afeta o início e o curso destes transtornos (TUCCI; KERR-CORREA; DALBEN, 2001; LAFER, 2000). Entretanto, em relação ao papel da família na adesão do paciente deprimido ao tratamento, ainda podem ser considerados escassos os dados científicos a este respeito. Este estado contrasta com os resultados deste estudo, os quais denominaram importante função à postura familiar no tocante à adesão / não adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com depressão.

A este respeito, Silva (2005) apontou, mediante a contemplação da multiplicidade de fatores interferentes na adesão ao tratamento do paciente deprimido, que a ausência de participação da família prejudicaria a adesão destes pacientes ao tratamento. DiMatteo et al., (2000) e Fawcet (1995) também incluíram a falta de ajuda e de suporte de familiares como fatores que levariam o paciente a não aderir ao tratamento.

Em relação a outras doenças psiquiátricas, Rosa (1998) verificou que, para pacientes esquizofrênicos o suporte social juntamente à disponibilidade de familiares e amigos para

assistir ou supervisionar o paciente e a tomada das medicações estiveram consistentemente associadas à adesão ao tratamento ambulatorial.

Outro tipo de doença que a literatura apontou para a relevância do papel familiar na adesão/não adesão ao tratamento foi a tuberculose. Ribeiro (2000) verificou que a falta de apoio de familiares ao tratamento e mesmo o desconhecimento destes a respeito da enfermidade de seu familiar, assim como o estigma da doença levaram à não adesão ao tratamento dos pacientes.

A não aceitação de familiares sobre a doença, ou a percepção distorcida que tenham sobre a enfermidade, necessidade de tratamento, e estimativa de eficácia do mesmo, podem levar a resistências ou a impedimentos à realização do mesmo, conforme sugerem os dados. Este tipo de postura familiar parece exigir um esforço maior do paciente para dar continuidade ao tratamento, podendo edificar forte barreira a se vencer para a continuidade do cuidado em saúde.

Conforme indicaram os dados, ao paciente depressivo parece ser necessária deliberada postura de apoio familiar e social que o lembre de sua importância pessoal e das possibilidades de boas perspectivas na vida, proporcionando um estímulo externo para realização do tratamento. A falta de disposição, pensamentos pessimistas, diminuição da energia e cansaço "fácil", muitas vezes presentes como sintomas depressivos, podem encontrar respaldo na postura resistente ou não colaborativa de familiares. Assim considerando, ajuíza-se que ao paciente deprimido, que não conte com suporte familiar para realização do tratamento, resta forte barreira a ser vencida para a realização do tratamento necessitando, o paciente de "duplo esforço" – vencer as limitações causadas pela doença e as barreiras impostas por familiares.

Matsukura, Marturano e Oishi (2002) salientaram que vários estudos apontavam a associação entre suporte social e níveis de saúde e também que a presença deste suporte poderia funcionar como agente protetor frente ao risco de doenças induzidas por estresse, especialmente, quando as medidas de suporte estivessem relacionadas com a disponibilidade percebida de recursos interpessoais que respondessem às necessidades presentes nos eventos estressantes. A família apareceu no estudo citado, como importante fonte provedora deste suporte. Segundo estes autores a existência de forte suporte social poderia melhorar significativamente a recuperação de doenças físicas e mentais.

De forma geral, as pessoas dependem de uma rede social para satisfazer as necessidades humanas de ser cuidado, aceito e apoiado emocionalmente. Estas necessidades podem ser potencializadas diante de condições abaladas de saúde, ou em períodos de estresse,

que, geralmente conferem uma fragilidade substantiva ao indivíduo. Em estados depressivos, a baixa auto-estima, a redução da energia, o desânimo e desesperança, podem elevar a fragilidade da pessoa bem como diminuir sua disposição para atividades, inclusive àquelas direcionadas à busca por tratamento. Desta maneira, as pessoas que sofrem de depressão podem provocar sentimentos de frustração, culpabilidade ou mesmo impaciência e irritação nos que lhes estão próximos, de forma que, os familiares podem ressentir-se dos problemas da pessoa deprimida ou ter dificuldade em compreender as suas causas. Porém, conforme sugerem os dados do presente estudo, a compreensão e aceitação da doença e a atitude colaborativa e de apoio dos familiares de pacientes com depressão poderia ajudá-los a lidar de forma mais adaptativa com a doença e, especialmente, fortalecê-los para vencer barreiras que colocassem em cheque sua adesão ao tratamento mental.

A este respeito, supõe-se que, quanto mais a família conheça e se sensibilize a respeito da doença depressiva e seu tratamento, menor a quantidade de percepções distorcidas a respeito da doença, do tratamento e do doente, o que, por conseqüência poderia diminuir a resistência ou oponência imposta ao tratamento de seu familiar. Adicionalmente, o conhecimento sobre fatores etiológicos, sintomas e tratamentos poderia facilitar a compreensão de que mudanças no comportamento do indivíduo podem fazer parte de sintomas de uma doença. Esta compreensão poderia agir, evitando falsas interpretações sobre a personalidade do deprimido e, possivelmente, acentuando a percepção da necessidade de tratamento que pode se converter em estímulos ao paciente para a realização do mesmo.

Diante destas considerações, infere-se a importância de se avaliar a participação da família em estudos a respeito da adesão à tratamentos de transtornos afetivos, bem como da instrumentação de atividades propostas por equipes de saúde que contemplem a entidade familiar de forma a acolhê-la, esclarecê-la e orientá-la a respeito da doença, sua manifestação, prognóstico e tratamento, quando se deseje incrementar as condições de adesão ao tratamento proposto.

4.3.2.3 Preconceito social

Esta categoria específica representa temas recortados de verbalizações dos participantes dos dois grupos, ao se referirem a fatores que acreditavam atrapalhar a adesão ao tratamento para depressão. Desta forma, ela comporta apenas um pólo de inserção

configurado pela presença do preconceito social interferindo negativamente na adesão do paciente deprimido ao tratamento, sendo identificada nos relatos de 6 participantes do G I e 4 do G II.

Os temas englobados por esta categoria indicavam que a incompreensão, a falta de entendimento e as concepções distorcidas de outros a respeito da depressão, do doente, do tratamento psiquiátrico e da instituição a este tratamento destinada, funcionavam como dificultadores da adesão ao tratamento para depressão. De forma geral, expressões como "é coisa de louco" [sic]; "você não tá certo" [sic]; "Não tá batendo bem" [sic], dentre outras semelhantes deram origem aos temas.

A discriminação de temas e a freqüência que apareceram nos relatos dos participantes podem ser verificadas na Tabela 16 a seguir:

Tabela16 - Preconceito enquanto fator a dificultar a adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

Preconceito social Dificulta a Adesão ao Tratamento				
Temas	**G I**		**G II**	
	F	**%**	**f**	**%**
Incompreensão a respeito da doença mental	2	2,1	2	2
Preconceito da sociedade	2	2,1	3	3
Preconceito em relação à instituição de saúde mental	4	4,1	1	1
Total	**8**	**8,3**	**6**	**6**

Conforme se pôde verificar na Tabela 16 os temas recortados dos discursos dos participantes dos dois grupos foram semelhantes. No G I o preconceito em relação à instituição de saúde mental foi mais freqüente comparativamente aos outros temas presentes nos relatos deste grupo e também ao G II. No G II o preconceito da sociedade foi o tema mais freqüente, apesar de não se diferenciar muito em relação aos outros dois, entretanto o preconceito em relação à instituição de saúde mental, ao contrário do G I foi o menos frequentemente recortado nos relatos do G II.

O preconceito percebido em outras pessoas pode se dar na percepção que elas tenham a respeito da instituição de saúde e consequentemente ao tipo de população atendida pela

mesma, o que confere um lugar social ao paciente – o de "louco" [sic] conforme exemplificam as seguintes argumentações:

> *"O preconceito da sociedade. As pessoas acharem que aqui é lugar de tratar louco"*. (Paciente 5 Aderente).
>
> *"As pessoas falam: Nossa você ta lá?! Não entendem. Falam: nossa! Você não tá certo, mesmo"*. (Paciente 3 Aderente).
>
> *"É essas coisa que o povo fala. Nossa!!! Cê tá tratano lá?? Então, cê num tá certo das idéia"*. (Paciente 1 Aderente)
>
> *"O preconceito das pessoas, as pessoas falam mesmo. Nossa! Você vai lá?! Icha você tá doido mesmo!"*. (Paciente 4 Não Aderente).

Vilela e Costa (1991) ressaltaram a importância do estigma existente em relação à doença psiquiátrica como fator a influenciar a adesão ao tratamento de pacientes com esquizofrenia.

No presente estudo pôde-se observar que o preconceito se amplia a demais condições mentais, de forma que, a percepção que a rede social do paciente comporte a respeito da depressão, da doença mental e, especialmente, da instituição de saúde mental, que se pautam, na maior parte das vezes, por um cunho negativo, conforme sugerem os dados deste estudo, se constituem em possíveis entraves para adesão ao tratamento.

A este respeito a OMS (2001), advertiu que menos da metade dos indivíduos que necessitavam de cuidados ao nível de saúde mental, fazia uso dos recursos psiquiátricos disponíveis, devido tanto ao estigma ligado às doenças mentais como à insuficiência dos serviços prestados.

Em relação a possíveis conseqüências do preconceito no comportamento de pacientes psiquiátricos, os dados deste estudo corroboraram o alerta de Sirey et al. (2001) para a existência de desvalorização e discriminação a indivíduos que usavam serviços de saúde mental ou que possuíam uma doença mental. Estes autores verificaram que, o estigma existente em relação a estes pacientes havia proporcionado a interrupção de tratamento para depressão, especialmente em pacientes mais velhos.

Os dados do presente estudo corroboram ainda, as afirmações de Silva (2005) que relacionaram o preconceito entre os fatores considerados interferentes para o abandono da terapêutica antidepressiva. Silva (2005) chamou atenção ainda, para o sofrimento do portador de depressão, que além dos sofrimentos vivenciados nos sintomas desta doença, teria que

enfrentar os preconceitos sociais existentes a respeito desta doença. Para Souza, Fontana e Pinto (2005) um dos aspectos que mais incomodavam a pessoa deprimida seria a falta de compreensão e do entendimento mostrado pelas outras pessoas. Este sofrimento aliado aos sintomas depressivos que já são por si pouco colaborativos para um comportamento ativo, apareceu neste estudo como um fator ou uma barreira a mais, para que o paciente não adira ao seu tratamento para depressão em uma instituição de saúde mental.

O preconceito também esteve relacionado à falta de adesão ao tratamento de pacientes com tuberculose (RIBEIRO, 2000) e ao subdiagnóstico de condições depressivas (BOTEGA, 1996 apud MACHADO, 2003).

Assim, pode-se cogitar que o estigma a respeito do doente mental, representado por idéias e concepções preconceituosas poderia ser incluído entre as piores facetas da doença mental em geral, causador de grandes sofrimentos e também, conforme indicaram os dados, fator estimulador da não procura e do abandono ao tratamento, contribuindo desta forma para o agravamento da doença.

4.3.3 Aspectos Relativos ao Contexto do Tratamento

Aspectos de ordem básica e prática também mereceram destaque dos participantes do estudo ao refletirem sobre as condições propiciadoras bem como às prejudiciais à adesão ao tratamento. Assim, aliado à compreensão do indivíduo a respeito de sua doença e tratamento e ao acolhimento sentido ou não sentido nas relações que ele estabelece na família, com a rede social mais próxima e com a equipe de saúde responsável pelos cuidados, identificou-se nos discursos a necessidade de se atentar para verificação de condições básicas para realização do tratamento.

Três categorias específicas originaram esta categoria global "Suporte Material e Institucional para a Viabilização do Tratamento" e "Acompanhamento Psicológico", e "Falta de Suporte Material e Institucional para a Viabilização do Tratamento". As duas primeiras são referentes às condições consideradas pelos participantes como facilitadoras da adesão que juntas contribuíram para que esta categoria global representasse 20,9% das argumentações categorizadas no G I, e 28,7% das categorizadas a partir dos discursos do G II. A terceira categoria específica inserida neste aspecto corresponde essencialmente aos fatores percebidos como relacionados à não adesão e neste sentido comportou 33% dos temas identificados nos

relatos do G I e 36% daqueles identificados no G II. De forma a melhor esclarecer a relação do "Contexto do Tratamento" na adesão do paciente deprimido ao tratamento psiquiátrico passa-se ao detalhamento das categorias específicas que o compuseram.

4.3.3.1 Suporte material e institucional para viabilização do tratamento

A presença de Suporte Material e Institucional para a Viabilização do Tratamento refere-se às condições materiais essenciais para que o tratamento seja realizado, como o oferecimento de medicação gratuita, de fácil acesso, disponibilizada no momento necessário, transporte para os pacientes, em especial, para aqueles que residem na zona rural, portadores de dificuldades decorrentes da própria doença e problemas financeiros. Compõem ainda essa categoria a disponibilidade de profissionais e a oferta de vagas para consulta, de acordo com a demanda e condições dos pacientes.

A categoria específica ora detalhada, conforme indicaram os dados, também comportou a implicação de polaridade para adesão / não adesão. Assim, a presença e satisfatoriedade das condições materiais e institucionais, favorecida pelas situações acima citadas tendem a promover a adesão ao tratamento, ao mesmo tempo em que se elas não existem ou não são percebidas como satisfatórias pelo paciente, a não adesão ao tratamento se torna mais provável.

A freqüência de temas e também de sujeitos que apresentaram verbalizações das quais se originaram os temas que compõem esta categoria nas duas polaridades identificadas, pode estimar a importância delegada a estes fatores para a adesão ao tratamento.

Em relatos de 7 participantes do G I e de 10 participantes do G II, ao se referirem aos fatores facilitadores da adesão ao tratamento, pôde-se vislumbrar o aspecto: presença de suporte material e institucional para a realização do tratamento auxilia adesão ao tratamento. Além do número expressivo de sujeitos (70,8% da amostra), foram altas as freqüências de argumentações aí abrangidas, como se pode ver especificado na Tabela 17, a seguir:

Tabela 17 - Presença de Suporte Material e Institucional para a Viabilização do Tratamento enquanto fator a facilitar a adesão ao tratamento nos dois grupos.

Presença de Suporte Material e Institucional para a Realização do Tratamento Auxilia a Adesão				
Temas	**G I**		**G II**	
	F	**%**	**f**	**%**
Facilidade no acesso à medicação	9	8,2	11	10,2
Facilidade e agilidade na marcação de consultas	1	0,9	3	2,8
Condições de locomoção	1	0,9	4	3,7
Facilitação de exames complementares	1	0,9	1	0,9
Compatibilidade de horário entre médico e paciente	3	2,7	3	2,8
Presteza no atendimento ao paciente	-	-	4	3,7
Menor intervalo entre as consultas médicas	1	0,9	-	-
Disponibilidade de profissionais no CSM.	1	0,9	2	1,8
Atendimento extensivo a familiares	-	-	1	0,9
Diminuir a rotatividade de médicos	-	-	1	0,9
Total	**17**	**15,4**	**30**	**27,7**

Conforme pode se verificar na Tabela 17, no G I um total de 17 argumentações gerou os 07 temas englobados nesta categoria, dentre estes temas houve destaque para a importância do acesso à medicação que apareceu com maior freqüência (8,2%). No G II foram 30 as argumentações a originar 09 temas, sendo a categoria formada por 27,7% dos temas destacados nos discursos deste grupo em relação aos fatores facilitadores da adesão ao tratamento. O acesso à medicação também foi o tema mais freqüente nesta categoria, havendo ainda destaque, em termos de freqüência para importância das condições de locomoção, presteza no atendimento, facilidade e agilidade na marcação de consultas com freqüências de 3,7%, 3,7% e 2,8% subsequentemente. Considerando-se o número de sujeitos e a freqüência com que os temas pertencentes a esta categoria apareceram nos discursos dos participantes

infere-se que a presença de suporte material e institucional seja fator de fundamental importância para o comportamento da adesão ao tratamento.

Um dos aspectos bastante ressaltados pelos participantes dos dois grupos como de importância para a adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão, foi o acesso à medicação. A gratuidade da medicação retratada no subsídio governamental que disponibilize medicações antidepressivas e/ou na possibilidade financeira do próprio paciente para efetuar a compra de sua medicação foi lembrada como fator auxiliar da adesão por 5 participantes do G I que ofereceram ao todo 9 argumentações neste sentido, e por 7 pacientes do G II que apresentaram um total de 11 argumentações nas quais pôde ser identificado este tema constante nesta categoria específica. De forma a ilustrar esta compreensão cita-se, as argumentações seguintes:

> *"Ter dinheiro pra comprar o remédio, se não, já é uma angústia"*. (Paciente 6 Aderente).
>
> *"A secretaria dar os remédio é uma coisa que pode ajudar muito a gente faze o tratamento"*. (Paciente 10 não aderente)
>
> *"Ter mais facilidade para comprar o medicamento, porque remédio muito caro a pessoa não tem condição de comprar"*. (Paciente 3 aderente).

A Secretaria de Saúde do Município possui em suas dependências uma farmácia, onde os pacientes, mediante cadastro prévio e receita médica, podem receber gratuitamente algumas medicações dentre as quais se encontram alguns antidepressivos. Entretanto, nem todos os medicamentos que são prescritos estão disponíveis gratuitamente e diante disto, os participantes também revelaram como importante a ampliação do número de medicações disponíveis gratuitamente, bem como fizeram alusão à melhora nas condições de entrega destas medicações como meio de facilitar a adesão ao tratamento, conforme sinalizam as seguintes argumentações:

> *"Conseguir a medicação gratuita. Se a 'secretaria' dasse todos os remédios que o doutor receita, já era uma facilidade pra gente"*. (Paciente 5 Aderente).
>
> *"Quando consegue ter o remédio na 'secretaria' é mais fácil porque tem remédio que é tão caro!"* (Paciente 10 não aderente).

> *Ter mais facilidade de pegar o remédio na secretaria. Às vezes, é aquela filona e chega lá nem tem o remédio da gente".* (Paciente 12 Não Aderente).

> *"Ter o remédio com o médico. Agora eu vou pra Secretaria de Saúde e arrisco a nem pegar, porque chega lá tá superlotado e eu tenho horário pro ônibus, que eu moro na roça, né!?* (Paciente 6 Aderente)

Segundo Leite e Vasconcellos (2003), o acesso ao medicamento, se constitui em problema crucial em países como o Brasil, e por isto ele deve ser o primeiro fator a ser analisado ao se pensar em adesão ao tratamento medicamentoso. Em relação a pacientes com depressão, Green-Henessy (1999) havia ressaltado a importância de se considerar a disponibilidade de fornecimento da medicação antidepressiva antes de avaliar seu uso. Estas considerações foram confirmadas pelos dados do presente estudo, que parte de perspectivas de usuários que possuem, em sua maioria, baixa renda e que percebem este fator como importante para adesão/não adesão ao tratamento de pacientes com depressão.

A este respeito Pinotti (2004) em matéria ao jornal Folha de São Paulo, em 06/09/2004, ressaltou que a preocupação em relação ao acesso à medicação gratuita seria legítima e atenderia à premente necessidade da maioria dos usuários do setor público, que não têm condições de adquirir as medicações prescritas.

Assim torna-se precioso considerar que o acesso à medicação, conforme sugeriram os dados, é fundamental para que se viabilize a adesão ao tratamento medicamentoso no nível público de saúde. A amostra estudada, portadora de poucos recursos financeiros, pode muitas vezes, se ver as voltas com uma realidade de parcial ou total impossibilidade de aquisição da medicação prescrita, o que, logicamente interfere decisivamente em sua adesão ao tratamento.

A importância deste fator foi fortemente ressaltada pelos participantes do estudo, que estimaram, concomitantemente, a importância de subsídio governamental que sustente a gratuidade da medicação já oferecida, bem como, se esforce para ampliar o número e gênero de medicações psiquiátricas disponibilizadas, e que ainda se mobilize no sentido de facilitar a forma de fornecê-la ao paciente. Além disso, o amparo governamental também foi requerido no sentido de subvencionar a realização de exames complementares.

> *"A secretaria dar os exames que a gente não tem condições de pagar".* (Paciente 1 Não Aderente).

> *"Facilitar mais a gente fazer exames que o médico pede".* (Paciente 6 Não Aderente)

Em relação à gratuidade e disponibilidade de antidepressivos na rede de saúde não foram encontrados dados na literatura que nos favorecesse uma discussão mais ampla dos dados deste estudo em respeito à adesão ao tratamento antidepressivo, o que pode se dever à inexistência de estudos nacionais dessa natureza, e consequentemente buscando-se o parâmetro internacional, se faz necessário considerar as diferenças sócio-econômicas das amostras, que pode determinar a configuração de diferentes fatores para adesão/não adesão à tratamentos. Entretanto, Kroenke et al. (2001) considerou que a oferta da medicação antidepressiva podia ter aumentado as taxas de adesão ao tratamento em seu estudo.

A facilidade de acesso ao CSM foi um outro tema identificado nos discursos dos componentes do G I e G II, ao se referirem aos fatores que ajudariam a adesão do paciente ao tratamento para depressão, incluso nesta categoria. Os participantes do estudo refletiram sobre a importância de se facilitar o acesso ao CSM através do oferecimento de meios de locomoção para o paciente, como fator a facilitar a adesão ao tratamento psiquiátrico, especialmente para aqueles pacientes que não possuem recurso para tal, seja ele financeiro, físico ou emocional. As seguintes falas podem exemplificar esta nuance da categoria:

> *"Ter uma ambulância pra levar o paciente pra fazer tratamento"* (Paciente 1 Não Aderente).
>
> *"Muita das vezes, assim, a pessoa ter uma condição assim... da locomoção, ajudava muito" [...] Ter como vir ao Centro de saúde, igual mora longe e, às vezes, nem tem dinheiro para vir.* (Paciente 8 Não Aderente).
>
> *"Ter um transporte pra levar as pessoas que moram na roça e não têm condução, não tem jeito de ir".* (Paciente 4 Aderente)

Em relação ao acesso à instituição de saúde como condição facilitadora de adesão, também não foi possível realizar diálogo com a literatura, já que não foram encontrados dados semelhantes ou mesmo destoantes dos identificados no presente estudo. A peculiaridade de amostras no contexto nacional, bem como a delimitação de serviço público pode ajudar na explicação da carência de dados que pudessem subsidiar tal discussão, considerando que a literatura científica sobre adesão ao tratamento para depressão é basicamente internacional.

O suporte material e institucional também envolveu, nos discursos dos participantes, referências às condições pelas quais se dão os atendimentos recebidos no CSM. Assim temas como: 'facilidade e agilidade na marcação de consultas', 'compatibilidade de horário entre médico e paciente', 'presteza no atendimento', 'disponibilidade de profissionais no CSM', e

'diminuição na rotatividade de médicos na instituição', também foram identificados como facilitadores da adesão ao tratamento, nos discursos dos pacientes. As seguintes argumentações exemplificam:

> *"Ter mais facilidade de marcar consulta, porque as vezes, demora muito pra gente conseguir. Por exemplo, eu que abandonei já tinha vindo aqui três vezes e não consegui, só fui conseguir hoje"*. (Paciente 11 Não Aderente)
>
> *"Ter o horário certo do atendimento. [...] Diminuir o tempo que as pessoas ficam lá esperando a consulta"*. (Paciente 10 Não Aderente)
>
> *"O médico está sempre quando marca a consulta, [...] Chegou, o médico ta aí, atende"*. (Paciente 10 Não Aderente).
>
> *"Ter mais facilidade para marcar consulta, poder marcar por telefone, porque a gente que mora na roça, se perde o dia tem que vim aqui só para marcar?!"* (Paciente 6 Aderente).

Em relação aos dados considerados acima, de forma a subsidiar uma possibilidade de entendimento dos mesmos, recorre-se a estudos dedicados a conhecer e avaliar a satisfação de usuários de serviços de saúde com as condições de atendimento oferecidas. Lemme, Noronha e Resende (1991) apontaram a existência de dois aspectos principais para o vislumbre da satisfação, ao considerá-la um fator que pode fazer com que as pessoas procurem atendimento médico. O primeiro aspecto é relativo ao sistema de saúde em geral (que motiva a procura de uma unidade) e o segundo considera a satisfação com o processo do atendimento ou só com o resultado (garantia de retorno) que leva à continuidade do tratamento podendo inclusive interferir na eficácia da terapêutica pela maior adesão da mesma. Neste sentido pode-se considerar que os dados do presente estudo são concordantes com a asserção dos autores relativa à satisfação colaborando para a permanência do paciente em sua proposta terapêutica.

Um outro enfoque científico que pode ser aqui considerado recai sobre a avaliação da qualidade de serviços de saúde. Moura e Leitão (2000) afirmaram que, na perspectiva da saúde pública, qualidade significaria proporcionar uma gama de serviços seguros e eficazes e que satisfaçam às necessidades e desejos do cliente. A qualidade, segundo estas autoras, também denotaria a observância às normas mínimas de atendimento adequado, podendo referir à qualidade técnica do atendimento, bem como, o pequeno tempo de espera para o atendimento, o relacionamento interpessoal com os profissionais e mesmo à infra-estrutura e

acesso do paciente à instituição de saúde. Esta qualidade em última instância parece afetar a satisfação do usuário com a instituição de saúde.

Segundo Ramos e Lima (2003), a acessibilidade aos serviços de saúde, ultrapassaria a dimensão geográfica por abranger o aspecto econômico (relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço), o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população, e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população. De forma que, a obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente seriam condições essenciais para se falar em acessibilidade (ACURCIO; GUIMARÃES, 1996 apud RAMOS; LIMA, 2003).

Conforme apontaram os resultados deste estudo, para a adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão há que se considerar a disponibilidade de medicação para o paciente, seja através de possibilidades financeiras que o paciente tenha para aviar sua receita, ou pelo fornecimento gratuito das mesmas. Para diminuir as barreiras físicas entre o paciente e a instituição, possuir um meio de transporte, ter condições financeiras de se utilizar algum, ou serem beneficiários de um sistema governamental de transporte para pacientes também pode auxiliar a adesão ao tratamento. Aliado à disponibilidade do medicamento e as condições de acesso ao local de tratamento figuram-se as condições menos burocratizadas e mais adequadas e próximas da população ao considerar suas necessidades e prioridades.

Por outro lado, os temas recortados nos discursos dos participantes ao serem questionados sobre os fatores prejudiciais à adesão ao tratamento antidepressivo, que compuseram a segunda polaridade desta categoria foram basicamente antagônicos àqueles recortados nos discursos a respeito das condições facilitadoras da adesão: ‘dificuldades no acesso à medicação’, ‘dificuldades no acesso ao CSM’ (distância da moradia, ou falta de meios de locomoção), ‘dificuldades encontradas para marcar consultas’, ‘indisponibilidade de profissionais’, ‘tempo de espera’, ‘intervalos longos entre consultas’, ‘incompatibilidade de horários’, ‘organização dos atendimentos na instituição’, e ‘falta de conhecimentos sobre os recursos da comunidade’.

A falta ou precariedade do Suporte Material e Institucional para Realização do tratamento como fator prejudicial à adesão também contou com expressivo número de sujeitos e de temas identificados nos relatos dos participantes. No G I, 10 participantes enfatizaram a importância deste fator para a não adesão ao tratamento, sendo que os temas aí inseridos representaram 32,9% do total de temas identificados no material total de análise das respostas referentes aos fatores percebidos como prejudiciais à adesão neste grupo. Já no G II, todos os participantes mencionaram a falta do suporte material e institucional como fator a

atrapalhar a adesão ao tratamento, sendo que os temas aí inseridos representaram 36% de todos aqueles identificados para este grupo em relação aos dificultadores da adesão, o que confere importância a este fator para adesão/não adesão ao tratamento.

A Tabela 18 discrimina os temas constantes neste pólo da categoria e considera sua representatividade diante do material de análise referentes aos aspectos considerados pelos sujeitos de pesquisa como prejudiciais à adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

Tabela 18 – Ausência de Suporte Material e Institucional para Viabilização do Tratamento enquanto fator a dificultar a adesão ao tratamento nos dois grupos.

Ausência de Suporte Material e Institucional para a Realização do Tratamento Dificulta a Adesão				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Dificuldades no acesso à medicação	9	9,3	8	8
Dificuldades para marcação de consultas	5	5,2	2	2
Dificuldades relativas ao horário de atendimento	-	-	5	5
Dificuldades financeiras	-	-	3	3
Número reduzido de profissionais em relação à demanda	1	1	1	1
Distância entre a moradia do paciente e o serviço de saúde	1	1	1	1
Dificuldades de locomoção até o CSM	5	5,2	4	4
Tempo longo de espera pela consulta	3	3,1	3	3
Intervalo grande entre as consultas	4	4,1	1	1
Erros cometidos na marcação de consultas	1	1	-	-
Ser impedido de realizar o tratamento	1	1	-	-
Falta de recurso médico	1	1	-	-
Ausência do médico em datas marcadas para a consulta	-	-	2	2
Perda da vaga devido a falta na consulta	-	-	1	1
Falta de conhecimento sobre os recursos da comunidade	-	-	1	1
Organização dos atendimentos no CSM	-	-	2	2
Rotatividade dos profissionais médicos	-	-	1	1
Incompatibilidade de horário entre médico e paciente	1	1	-	-
A pobreza da saúde pública no setor da saúde mental	-	-	1	1
Total	**32**	**32,9**	**36**	**36**

Conforme detalhado na Tabela 18, no G I esta categoria foi formada por 11 temas somando uma freqüência de 32,9% à identificação desta categoria nos discursos relativos aos fatores que dificultariam a adesão, na percepção dos pacientes considerados aderentes ao tratamento neste estudo. Dos temas componentes desta categoria a dificuldade no acesso à medicação foi mais frequentemente citada (9,28%), seguida por 'dificuldades na marcação de consultas' e 'dificuldades na locomoção' ambos representando 5,2 % de temas destacados; 'intervalo longo entre consultas' que contou com uma freqüência de 4,1% dos temas; 'tempo longo de espera pela consulta' (3,1%) e o restante com 1 % de temas destacados no discurso deste grupo a este respeito.

No grupo de não aderentes esta categoria foi identificada em 36% de todos os temas destacados nos discursos em referência aos dificultadores da adesão. Também houve maior freqüência do tema 'dificuldade no acesso à medicação' (8%), seguido pelas 'dificuldades relativas ao horário de atendimento' (5%), 'dificuldades de locomoção' (4%), 'dificuldades financeiras e tempo longo de espera' (3% cada uma), estando os outros temas subdivididos entre 2% e 1% de freqüência nos discursos deste grupo.

Assim, considera-se que, de acordo com os dados, se facilitar o acesso à medicação prescrita confere uma probabilidade maior à adesão ao tratamento, a falta de remédio gratuito e/ ou as dificuldades econômicas encontradas para o aviamento das receitas psiquiátricas vem a prejudicar a adesão do paciente ao seu tratamento. As seguintes falas podem ilustrar este aspecto da categoria.

> *"Não ter o remédio na secretaria e não ter dinheiro pra comprar o remédio"*. (Paciente 4 Aderente).
>
> *"Não ter dinheiro pra fazer tratamento tem remédio que é muito caro"*. (Paciente 11 Aderente).
>
> *"A falta dos remédios, faz o paciente interromper. [...] A secretaria não fornecer todos os medicamentos, as vezes, é caro e a gente não tem dinheiro pra comprar a medicação, como e que faz?"* (Paciente 7 Aderente).
>
> *"Atrapalha também porque tem medicação que é cara, por exemplo, eu tive que parar porque o meu era manipulado e era caro"*. (Paciente 4 Não Aderente)

A falta da medicação para o paciente se constitui em condição prática e primária a ser considerada para a avaliação de adesão. Na perspectiva destes usuários do sistema público de saúde ela se faz em importante entrave para a adesão, na medida em que, diante da

impossibilidade de obtenção da medicação, mesmo que se assegurem outras condições consideradas facilitadoras pelos participantes, não há como se dar a esperada adesão. Estes dados corroboraram dados da literatura que afirmam que o fracasso na adesão ao tratamento em geral, poderia estar primariamente relacionado à não aquisição da medicação prescrita (MILSTEIN-MOSCATI, et al., 2000; RASCHID, 1982 apud MILSTEIN-MOSCATI, et al., 2000).

Em pesquisa realizada no Hospital de Clínicas do Rio de Janeiro, Lemme, Noronha e Resende (1991) verificaram que a insuficiente oferta de medicamentos à clientela (geral) do citado hospital, constituiu-se em obstáculo, com graves implicações na qualidade e resolutividade do atendimento prestado, já que, devido à condição sócio-econômica os pacientes não tinham condições de arcar com os custos de compra.

Apesar dos poucos dados obtidos para se travar um diálogo, infere-se que para usuários do sistema público nacional, este seja um fator, muitas vezes, responsável pela não adesão à tratamentos diversos.

A doença depressiva com seus possíveis gravames físicos e psicomotores, além da falta de disposição e desânimo característicos, dentre outros sintomas, pode dificultar ao paciente a execução de caminhadas, mesmo que curtas, até a instituição de saúde ou mesmo, exigir que se lhe disponibilize meios de transporte para a realização deste percurso. A distância da moradia do paciente em relação ao CSM, suas condições físicas para idas até o local e a falta de meios de locomoção podem, segundo os participantes, se constituir em fatores que venham a prejudicar a adesão. As seguintes falas podem exemplificar esta compreensão:

> *"O acesso difícil. Morar longe".* (Paciente 5 Aderente)
>
> *"Quando as pessoas vem de longe, isso vai desgastando".* (Paciente 2 Aderente)
>
> *"A distância entre moradia do paciente e o centro de saúde".* (Paciente 7 Aderente)

Em relação às condições de acesso ao Centro de Saúde Mental, vale salientar que ele é o único a prestar este tipo de serviço no município e possui uma localização central na cidade, tendo em suas proximidades pontos de embarque e desembarque de transporte coletivo. Entretanto, a população usuária pode não contar com condições financeiras que lhe possibilite usar deste serviço, ou mesmo este pode não estar disponível em seu local de moradia, como

por exemplo, no caso de pacientes que residem na zona rural, ou funcionar em horários que dificultem ao paciente cumprir com o horário de sua consulta.

> *"Tem gente que vive na roça, não tem condução pra vir na cidade"*. (Paciente 2 Não Aderente)

> *"Não ter uma condução para ir, o paciente tem muita preguiça ou não consegue andar muito longe"*. (Paciente 7 Não Aderente)

Sobre as condições nas quais se dão o acesso à instituição de saúde que se responsabilize pelo cuidado ao paciente, Gonzáles et al. (2005) haviam verificado que de quarenta e sete pacientes que tomaram antidepressivos, aqueles com um tempo de viagem menor que trinta minutos eram mais prováveis de serem aderentes ao tratamento ao menos no primeiro mês.

As dificuldades de acesso à instituição de saúde também foram associadas à não adesão ao tratamento de pacientes psicóticos. O estudo de Oliveira et al. (2003) apesar de ter verificado inexistência de diferenças em relação ao número de pacientes que se mantinham em tratamento, em detrimento do bairro de onde provinham, avaliou que pessoas do mesmo bairro em que se situava o hospital apresentaram uma tendência a ter melhor adesão.

Em pacientes hipertensos, Duarte (2001) também verificou que dificuldades inerentes ao serviço de saúde como o longo tempo de espera e dificuldades para marcar consultas foram motivos para não adesão ao tratamento.

As condições nas quais os pacientes conseguem ou, não conseguem, o atendimento desejado, a forma de organização relativa ao funcionamento do CSM, muitas vezes, percebida como não satisfatória aos anseios e necessidades pessoais do paciente, também foram listados entre os fatores que poderiam agir a favor da não adesão ao tratamento, constituindo os temas: 'dificuldade para marcação de consulta', 'tempo longo de espera por consulta', 'número reduzido de profissionais em relação à demanda', 'ausência do médico em datas pré-agendadas' para a consulta, 'intervalo de tempo longo entre as consultas médicas', 'rotatividade dos profissionais', 'dificuldades relativas ao horário do atendimento', 'organização dos atendimentos', e 'falta de conhecimento sobre recursos da comunidade'.

De acordo com os participantes do estudo as dificuldades encontradas para a realização de consultas, seja devido à empecilhos encontrados para marcá-la devido à regras da instituição ou falta de presteza no atendimento ao público, ou mesmo à grande demanda que contribui para que seja grande o intervalo de tempo entre a busca pelo atendimento e a

efetivação da consulta, pode funcionar afastando o paciente de um tratamento já iniciado, ou mesmo atrapalhando-o a iniciar um tratamento. As seguintes argumentações podem esclarecer este aspecto da categoria:

> *"As dificuldades pra marcar consulta, demora demais, as vezes, tem que vim aqui muitas vezes, pra consegui"*. (11 Não Aderente)
>
> *"Demora pra marcar as consultas, as vezes, tem que ficar quase a manhã inteira por conta"*. (Paciente 1 Não Aderente)
>
> *"A demora de conseguir a consulta"*. (Paciente 6 Aderente)
>
> *"Falta de jeito para marcar a consulta [...] porque não marca por telefone e pra gente que mora na roça ter que vim aqui só pra marcar"...* (Paciente 6 Aderente)

A demora percebida como entrave à adesão também pode se configurar em relação ao dia da consulta médica, na qual o paciente pode ficar durante horas esperando por sua consulta. O seguinte fragmento de relato pode exemplificar:

> *"Demorar demais esperando o médico atender, a gente que ta doente não tem muita paciência de ficar toda vida esperando"*. (Paciente 8 Não Aderente).

A respeito do tempo de espera do paciente, Dunbar-Jacob (1993) havia o associado negativamente à adesão, de forma que, os dados deste estudo acordam com aqueles considerados na literatura. Vilela e Costa (2001) também chamaram atenção para o papel desestimulador da continuidade do tratamento exercido pelos problemas administrativos que originam serviços deficientes, com filas enormes que terminam por afastar o paciente de seu tratamento.

A carência de profissionais em psiquiatria, já considerada por Horimoto, Fontão e Pinto (2005) pode contribuir para a instalação de processos institucionais que de alguma maneira colaborem para o afastamento do paciente de seu tratamento. Dentre estes processos, os resultados deste estudo compreenderam a carência de profissional no serviço em questão, a rotatividade de profissionais no CSM, e a ausência do médico em datas pré-agendadas para consulta.

A falta de médico nesta especialidade, no único serviço público municipal onde ele poderia ser encontrado pode inviabilizar a continuidade do tratamento, seja devido à pouca

disponibilidade de recursos financeiros da clientela para a busca por atendimento particular, ou pela sua descrença em iniciar nova busca.

> *"Quando a saúde mental fica sem médico, a gente quer parar, por que fica muito difícil"*. (Paciente 4 Aderente)

A este respeito Von Korff et al. (2001) afirmaram que psiquiatras e outros profissionais de saúde mental não eram acessíveis a muitos indivíduos deprimidos, em especial, os autores salientaram populações anciãs, rurais e economicamente desvantajadas.

A falta do profissional na instituição mobiliza a busca por um outro que desempenhe este papel e assim a rotatividade de médicos pode acontecer com alguma freqüência. Entretanto, esta rotatividade parece exigir do paciente novo esforço na adaptação ao contexto do tratamento e da doença, de forma que, certa quantidade de energia necessita ser despendida em nova relação e no contexto da relação médico-paciente, o que, para o paciente com depressão pode se converter em uma barreira a mais para a continuidade do tratamento.

> *"É mínimo isso, mas, as vezes, é uma mudança de médico e as vezes o paciente não se adapta a isso"*. (Paciente 3 Não Aderente)

A falta do profissional em datas marcadas e esperadas pelo paciente pode gerar frustração provocando ou acentuando o desânimo para a continuidade do tratamento. Também pode contribuir para afastamento do tratamento, na visão dos participantes, a distância entre os atendimentos médicos que parece provocar certo abalo ao vínculo com o médico e/ou com a instituição, conforme exemplificam as argumentações:

> *"Vir aqui no dia marcado e não ter médico, não ter receita atrapalha demais, a gente não quer voltar mais"*. (Paciente 4 Não Aderente)

> *"Demora entre um atendimento médico e outro, as vezes, fica quatro meses sem consultar só pega a receita"*. (Paciente 4 Aderente)

> *"O tempo, assim, o intervalo das consultas é grande aí a pessoa pensa que já ta um pouquinho melhor e pára por si mesmo"*. (Paciente 11 Não Aderente)

Conforme exemplificam os relatos acima, as dificuldades encontradas diante da organização da forma de atendimento e funcionamento do CSM podem funcionar como barreiras à continuidade do tratamento. Estas barreiras percebidas foram consideradas em

estudos a respeito da qualidade de serviços de saúde, que devem primar pelo acesso e pelo acolhimento ao paciente usuário de determinado centro de saúde.

Desta forma, Ramos e Lima (2003) ao analisarem a satisfação de usuários com o serviço de saúde ressaltaram a importância do acesso e do acolhimento prestados aos pacientes. Estes autores referendaram 'acesso' como a distância entre o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para obtenção de atendimentos incluindo, filas, condições físicas do local e tempo de espera, tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergência, possibilidade de agendamento prévio.

Diante dos dados deste estudo pode-se refletir sobre a importância da pesquisa a respeito da qualidade e satisfação de usuários de serviços de saúde para a compreensão da adesão aos tratamentos, bem como de investimentos nesta área que possam retornar em maior adesão além de melhorar a eficiência e qualidade dos atendimentos prestados.

4.3.3.2. Acompanhamento psicológico

Esta categoria específica compreende temas recortados nos discursos do GI e GII, que conferem importância ao acompanhamento psicológico como agente influenciador de adesão ao tratamento. Está relacionada, em maior freqüência ao grupo de aderentes ao tratamento (no qual 4 sujeitos, forneceram 6 respostas), sendo também citada pelo grupo de não aderentes (1 sujeito ofereceu 1 resposta neste sentido). Foi identificada nos relatos, especificamente como possível fator auxiliar, de forma que, a falta de acompanhamento psicológico não foi referida por nenhum sujeito desta pesquisa como fator que viesse a contribuir para a não adesão ao tratamento, assim, esta categoria específica não contempla a polaridade detectada em outras. Os argumentos utilizados pela amostra, na cogitação de fatores que auxiliariam o paciente com depressão a aderir ao tratamento proposto, podem ser exemplificados nas seguintes argumentações:

> *"Ahh!! O acompanhamento psicológico é o que ajuda bastante"*. (Paciente 5 Aderente)

> *"O tratamento com psicólogo também é uma coisa que eu acho que ajuda"*. (Paciente 9 Aderente).

> *"As orientações psicológicas de lá (CSM) também ajudam o paciente a ficar firme no tratamento".* (Paciente 3 Aderente)

De uma forma mais específica, houve também referência a uma modalidade de atendimento psicológico - o grupo terapêutico - que foi valorizado enquanto experiência de trocas que proporcionaram melhor adaptação, sendo percebido enquanto medida favorecedora da adesão ao tratamento.

> *"Sabe uma coisa que ajuda demais? ... É o grupo, nossa é muito bom pra gente ter força de continuar. O grupo me ajudou demais porque antes todo mundo lá em casa falava que eu era louca e eu tava quase acreditando, foi aqui, com o grupo que eu aprendi que não tô louca e que preciso fazer o tratamento para ficar cada dia melhor".* (Paciente 9 Aderente)

O ponto de vista dos participantes deste estudo em relação à importância da psicoterapia em concomitância ao tratamento psiquiátrico para a adesão ao último, está em acordo com propostas e estudos de autores como, Paykel (1995) que afirmou que a colaboração entre psicoterapeutas e psiquiatras seria necessária para se atingir uma boa adesão à medicação; e Pampallona et al. (2004) quando se referiram que muitos autores asseguravam que combinar psicoterapia ao tratamento medicamentoso facilitava a adesão à terapêutica medicamentosa. No estudo de Pampallona et al. (2004), também foi verificado que o tratamento psicológico combinado com antidepressivo esteve associado à melhoria na taxa de adesão, comparativamente ao tratamento apenas farmacológico.

O acompanhamento conjunto nas áreas da psiquiatria e psicologia, aliado à preparação da família para o cuidado com o paciente, também foi percebido como uma condição facilitadora da adesão ao tratamento para depressão pelos participantes deste estudo, conforme exemplificam as seguintes argumentações:

> *"[...] Aquela ponte entre o psiquiatra e psicólogo é o que ajuda a fortalecer o paciente a ficar fazendo tratamento, senão, ele pára".* (Paciente 5 Aderente)

> *"É o conjunto. Se a família se unir com o psicólogo, com o médico, não para sufocar o paciente, ele deve ser induzido a fazer o tratamento e não forçado, fazer entender que é importante para ele".* (Paciente 6 Não Aderente)

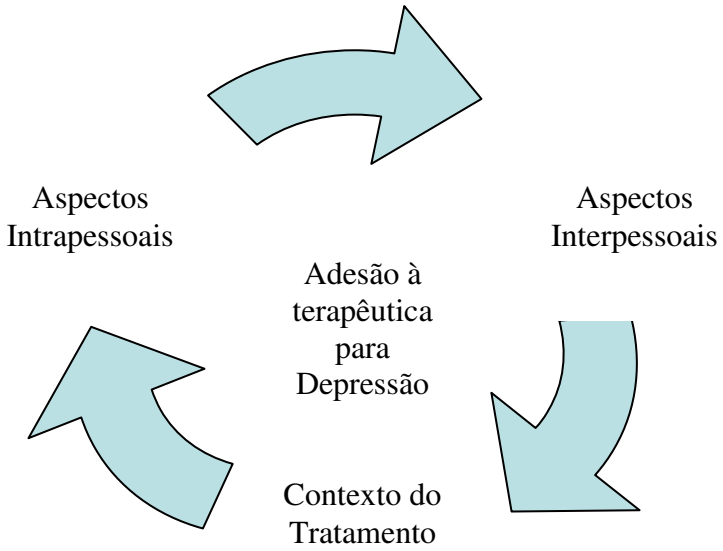
Em consideração à idéia da importância da atuação conjunta entre profissionais, Lotufo Neto (2004) considerando que a regra seria a não cooperação do paciente, advertiu que a adesão ao tratamento farmacológico devia ser trabalhada em terapia. De forma que, os dados deste estudo corroboraram dados da literatura ao compreenderem a importância da atuação da psicoterapia como uma intervenção capaz de colaborar com a adesão do paciente deprimido ao tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em se tratando de transtornos depressivos, o tratamento medicamentoso já foi consagrado como possuindo notória função no manejo e cura desta doença, que tem sido considerada como uma condição médica comum, crônica e recorrente, com elevados níveis de incapacitação, altos custos sociais e riscos de suicídio. Entretanto, em detrimento de sua função salutar, a falta de adesão à terapêutica antidepressiva pode ser considerada como importante entrave ao controle da doença, e por isso tem merecido atenção de pesquisadores, especialmente a nível internacional, no sentido de mapear e compreender este processo.

Aliando duas grandes questões de saúde pública – a doença depressiva e a adesão à terapêutica - este estudo visou compreender aspectos envolvidos na adesão e não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão, na perspectiva de usuários e ex-usuários de um serviço público de saúde mental, temática esta, ainda pouco explorada no contexto nacional.

Os resultados indicaram a existência três grandes perspectivas co-relacionadas à adesão e à não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão **"Aspectos Intrapessoais", "Aspectos Interpessoais" e "Aspectos relativos ao Contexto do Tratamento".** Tais aspectos puderam ser identificados nos discursos de todos os participantes do estudo, variando apenas a freqüência com que cada categoria específica contribuía para a formação da perspectiva em questão e, conforme sugeriram os dados, estes três pilares básicos poderiam sustentar o entendimento da adesão e da não adesão ao tratamento medicamentoso em paciente com depressão. O seguinte modelo pode auxiliar esta compreensão:



Dentre os **"Aspectos Intrapessoais"** figuraram fatores como a motivação do paciente para a realização do tratamento/cura, o reconhecimento da depressão como doença, a interpretação pessoal em relação aos resultados do tratamento, e a sintomatologia da doença. A motivação do paciente para a realização do tratamento e/ou pela melhora se patenteou como fator mais frequentemente destacado pelos participantes "aderentes" e "não aderentes" em relação à condições que percebiam como potenciais facilitadoras da adesão ao tratamento, o que, denominou importância a esta variável nos estudos de adesão a tratamentos para depressão, doença na qual, a energia do paciente, está, na maioria das vezes, afetada negativamente.

Complementarmente, ter uma expectativa positiva de que se irá auferir benefícios em se realizando o tratamento psiquiátrico para depressão e perceber no decorrer deste tratamento resultados que confirmem essa expectativa inicial também foi compreendido, tanto por "aderentes" como por "não aderentes" como fator que contribuiria para que a adesão ao tratamento se efetivasse. No primeiro momento as expectativas positivas parecem funcionar como um estímulo à busca do tratamento, já no decorrer do mesmo, estas expectativas podem ser alimentadas mediante a percepção de melhoras no quadro clínico, que estimulam na continuação do tratamento. Assim, considera-se que tanto as crenças anteriores ao tratamento quanto a efetividade percebida no mesmo podem interferir na adesão ao tratamento para depressão. Ainda considerando o envolvimento de aspectos relativos ao próprio paciente, observou-se que o reconhecimento desta condição como uma doença e não como um fato de qualquer outra natureza ("frescura", "loucura", "falta de serviço") poderia, agindo conjuntamente a outros fatores, facilitar a adesão do paciente com depressão ao tratamento para esta patologia.

Assim, avalia-se que os **"Aspectos Intrapessoais"** representados pelo reconhecimento da depressão como uma doença, pela motivação que o paciente tenha para a realização do tratamento e esforço em busca de condições que lhe possam facilitar a qualidade de vida, juntamente à crença pessoal de que este tratamento possa reverter seu quadro sintomatológico e a "comprovação" de benefícios, interfere positivamente na sua adesão ao tratamento.

Por outro lado, os **"Aspectos Intrapessoais"** também podem ser responsáveis por afastar ou impedir que o paciente depressivo observe o tratamento prescrito. O não reconhecimento da depressão como uma doença, a ausência de motivação por parte do paciente em relação ao seu tratamento ou em relação à melhora, a interpretação negativa em relação aos resultados do tratamento e a própria sintomatologia da doença compuseram este aspecto ligando-o a condição prejudicial à adesão ao tratamento, nos dois grupos.

No grupo de “aderente ao tratamento” as condições relacionadas aos resultados do tratamento foram mais frequentemente enfatizadas como fatores prejudiciais à adesão, dentre estas condições o tempo despendido entre o início do tratamento e a avaliação de efeitos positivos da medicação sobre o quadro clínico do paciente e a presença de efeitos colaterais associados à medicação estiveram associadas à não adesão, quando um tratamento houvesse iniciado. Expectativas negativas frente aos possíveis resultados e efetividade do tratamento também compuseram este fator, de forma que a desconfiança em relação à medicação e a descrença quanto à possibilidade de cura foram relatadas como possuindo influência no comportamento de não adesão. Para o grupo de “não aderentes”, sobressaiu-se dentro deste aspecto a importância da falta de motivação do paciente e o não reconhecimento de depressão como uma doença como interferente na adesão do paciente ao tratamento.

Infere-se que a diferente ênfase dada nos dois grupos possa se relacionar a experiência diferenciada em relação ao tratamento dos mesmos. Possivelmente, os pacientes aderentes ao tratamento tenham uma possibilidade maior de avaliar questões relativas à medicação, ao tempo necessário para que ela faça efeito, e aos efeitos negativos, por terem de alguma forma, enfrentado isso em seu tratamento. Já os “não aderentes” poderiam estar se referindo a seu comportamento anterior (abandono) relacionando-o a falta de desejo por realizar o tratamento e à percepção “distorcida” que poderiam ter a respeito desta condição de doença.

Em concomitância aos Aspectos Intrapessoais envolvidos na adesão e não adesão ao tratamento para depressão figuram os **“Aspectos Interpessoais”** como interferente nestes comportamentos. Em referência à participação dos aspectos intrapessoais na adesão e na não-adesão à terapêutica antidepressiva, destacou-se a importância da afetividade nas relações vivenciadas pelo paciente, seja na instituição dispensadora de cuidados em saúde mental, em seu ambiente familiar, e com sua rede social próxima.

Para auxiliar o paciente a aderir ao tratamento medicamentoso para depressão, segundo a percepção dos participantes, à equipe de saúde caberia receber o paciente com simpatia, cordialidade e presteza. Além de promover atendimento pautado por uma atitude de escuta atenta, que valorize e motive o paciente a se colocar enquanto ser pensante e responsável por informações fundamentais ao progresso de seu tratamento. A partir desta escuta, os profissionais prestariam esclarecimentos e informações apropriadas à necessidade do paciente em linguagem clara e cordial, favorecendo a adesão através da compreensão possibilitada ao indivíduo a respeito de sua condição de saúde, da prescrição realizada e dos benefícios que ela possa trazer. Neste sentido, a relação médico-paciente se patenteou como de grande seriedade na avaliação da adesão ao tratamento, conjuntamente a uma também

amistosa relação entre o paciente e a equipe como um todo, o que agiria facilitando a adesão do paciente depressivo ao tratamento.

Relativo aos Aspectos Intrapessoais também se consagrou, neste estudo, importância às relações familiares. Uma atitude facilitadora da adesão ao tratamento por parte da família, consistiria em dispensar apoio ao paciente, respeitando e valorizando a sua pessoa no ambiente familiar, reconhecendo-o como necessitado de cuidados médicos, estimulando a busca por este cuidado, alimentando seu desejo por melhora e sua expectativa em relação aos benefícios angariados através do tratamento.

Em contraponto, as relações interpessoais vivenciadas pelos pacientes podem também se constituir em entraves para o inicio ou continuidade de um tratamento para depressão. Assim, a vivência ou interpretação negativa do paciente a respeito das relações estabelecidas com a equipe de saúde mental, que não satisfazem suas expectativas em relação qualidade do serviço que desejaria encontrar e não cumprem com as características indispensáveis ao estabelecimento de uma relação de respeito e simpatia, propiciam a não adesão ao tratamento. Assim, a avaliação negativa do atendimento prestado, consubstanciada pelo tratamento pouco cortês que recebam de algum profissional do CSM, pela falta de atenção com o paciente, pela carência de afetividade nestas relações e pelo não fornecimento de orientações requeridas funcionam como condições propiciadoras da não adesão.

Quanto às relações familiares e a participação desta no tratamento do paciente, avalia-se que, se são percebidas como insatisfatórias ou negativas, pautadas no descrédito em relação à doença depressiva, ao doente ou ao tratamento necessário, ou mesmo no distanciamento e desinteresse sobre a necessidades do paciente e de seu tratamento, tem-se favorecido a não adesão ao tratamento medicamentoso.

O preconceito social também se configurou entre os aspectos relativos às relações interpessoais como interferente na adesão ao tratamento. Este preconceito pode se dar em relação à doença depressiva, aos usuários de um serviço de saúde mental e à função do tratamento psiquiátrico, e pode ser vivenciado pelo paciente como uma forte barreira ao desenvolvimento de um tratamento desta natureza.

No terceiro pilar co-relacionado à adesão e não adesão de pacientes deprimidos ao tratamento, os resultados apontaram para a importância de fatores ligados à instituição de saúde, neste estudo designado como **"Aspectos relacionados ao contexto do tratamento",** que respondem pelas condições básicas a serem respeitadas para que se possa avaliar a adesão ao tratamento. Para facilitar a adesão da população que atende caberia à instituição prover e/ou garantir que seu usuário possa usufruir dos serviços que dispensa, bem como, assisti-lo

na obtenção da medicação e demais necessidades do tratamento, além de lhe assegurar acesso de forma desburocratizada e eficiente e estimular ações que contribuam para que os indivíduos envolvidos no tratamento possam caminhar em direção à melhor qualidade de vida. O não atendimento destas condições pode colocar o paciente à margem de sua possibilidade de se tratar.

Considerando os três grandes aspectos interrelacionados à adesão do paciente com depressão ao seu tratamento reflete-se que a promoção da adesão ao tratamento mental para usuários de um serviço público com este diagnóstico deve se principiar pelo reconhecimento da importância do provimento de condições básicas essenciais para efetivação de um tratamento, que poderíamos denominar "acessibilidade" ao tratamento. A "acessibilidade" se configura na prestação de um atendimento que comporte e considere a necessidade do paciente, primando pela facilitação na marcação de consultas, aquisição de medicamentos e exames complementares e no acesso ao local de atendimento, além da disponibilidade de profissional em quantidade que atenda a demanda do serviço.

Tendo observado as condições práticas de acesso ao tratamento, e assegurando-se de que estas se dêem e que ainda assim ocorra a não adesão ao tratamento, pode-se passar à consideração de que outros fatores interfiram neste comportamento. Sob a perspectiva dos participantes deste estudo, estes outros fatores estariam associados às percepções e compreensões que o paciente faz de si mesmo, de sua doença e de seu tratamento, e também das relações que ele estabelece com seu meio e de como este meio se comporta em relação ao paciente.

Tendo em conta a perspectiva dos aspectos intra e interpessoais envolvidos no comportamento de adesão/não adesão, reflete-se que seja imperiosa a necessidade de proporcionar meios que possam modificar esta estrutura, ampliando e melhorando o reconhecimento que os pacientes façam da doença depressiva, do tratamento para esta doença e dos resultados que possam ser alcançados mediante a efetivação do tratamento, e também considerando a influência recebida de seu meio. Assim, infere-se que o uso de estratégias educativas, direcionadas a usuários de serviços de saúde mental, bem como à comunidade em geral, poderia se constituir em agente valioso para consecução de auto-avaliações mais coerentes do estado de saúde mental e necessidade de tratamento, na desmistificação da loucura.

Com o paciente, estas estratégias poderiam se pautar no provimento de informações a respeito da doença depressiva seu prognóstico e tratamento, mas, especialmente, investir no

manejo do vínculo do paciente com ele mesmo, com a sua saúde, com o tratamento e com a instituição de saúde, através da valorização e respeito com o paciente.

Com a família dos pacientes estas estratégias poderiam se configurar pela busca de sua participação no tratamento de seu familiar, bem como, esclarecimento e orientações, prestadas ao grupo familiar, a respeito da doença depressiva, prognóstico e tratamento. Transcendendo à questão puramente "educativa" faz-se mister atentar à necessidade de acolhimento às dúvidas e angústias suscitadas na convivência com o paciente depressivo, e fornecimento de respaldo para que possam assumir uma atitude colaborativa à adesão do paciente ao tratamento medicamentoso. Segundo os resultados desta pesquisa uma atitude de aceitação, compreensão e estímulo à continuidade do tratamento por parte de familiares, podem ensejar ou fortalecer boas expectativas no paciente em relação ao seu tratamento, aumentar seu sentimento de valor pessoal e assim fortalecê-lo para que não desista do tratamento.

Em relação à comunidade em geral, fica patente a necessidade do vislumbre de estratégias que objetivem diminuir o preconceito em relação à doença mental, ao tratamento e ao papel do médico psiquiatra, que ainda se configuram em problema que os pacientes e, possivelmente, os familiares esbarrem para a busca e continuidade de um tratamento em unidade de saúde mental. É preciso educar para a saúde, e neste âmbito, pode-se considerar que o tratamento comece com a quebra do preconceito, uma condição retrógrada e ainda presente na sociedade, que tem prejudicado o estabelecimento de uma condição de vida com mais saúde e qualidade. Entende-se como valorosa a reflexão e proposição de formas que aproximem a comunidade de uma visão mais adequada e real a respeito das doenças mentais e dos tratamentos disponíveis. Entende-se ainda, que a proposição de estratégias dessa natureza, em observância aos interesses e necessidades da saúde pública, poderiam auxiliar na busca por ajuda especializada mais precocemente e ainda sensibilizar e fortalecer aqueles que já iniciaram algum tratamento a permanecer no mesmo até que se consume a alta profissional.

Observa-se que, a despeito de sua complexidade a adesão ao tratamento se constitui sempre em importante área de investigação que pode trazer benefícios no âmbito clínico, científico e social, ao considerar-se que, em detrimento da condição patológica a ser tratada, a adesão ao tratamento pode ser considerada como condição importante para o restabelecimento, manejo ou cura definitiva de doenças.

Faz-se importante observar que, detectar fatores que influenciam positivamente e negativamente o processo de adesão é de fundamental importância para a prática clínica dos profissionais em saúde mental, bem como, para incremento científico em relação a esta temática no contexto nacional, ainda carente neste sentido. Pensamos que o olhar do

psicólogo sobre a adesão do paciente depressivo ao tratamento medicamentoso pôde proporcionar reflexões iniciais e valiosas que podem trazer implicações diretas para o trabalho deste profissional em equipe multidisciplinar.

A princípio, registra-se que os dados deste estudo sugerem e delineiam aspectos para se trabalhar em grupos de sala de espera, os quais suscitaram as questões iniciais que originaram o problema desta pesquisa. A partir do trabalho destes aspectos nos GSEs, pode-se partir para a avaliação de sua inserção enquanto mediador de adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão e/ou outros transtornos mentais.

Adicionalmente, estes dados podem dar ensejo à qualificação dos profissionais que prestam serviço no CSM com vistas a trabalharem de forma a facilitar a adesão do paciente ao tratamento. Num ângulo mais ampliado, os resultados deste estudo podem subsidiar programas de formação, treinamento e capacitação de equipes de saúde mental para o manejo de pacientes com transtorno depressivo, com vistas a oferecer uma melhor qualidade de atendimento e a incrementar a possibilidade de adesão ao tratamento. Além de fomentar a discussão de que os cursos de formação médica necessitam aprofundar a reflexão sobre a importância de formar profissionais atentos para a importância que a relação médico-paciente assume no tratamento do paciente (especialmente do portador de transtorno mental) e preparados para esse manejo.

Desta forma, privilegiando a perspectiva de usuários e ex-usuários de um serviço público de saúde mental, este estudo demonstrou que o fenômeno da adesão à terapêutica antidepressiva comporta uma variedade de fatores que interrelacionados entre si podem conduzir a uma melhor ou pior observância das orientações recebidas em relação ao uso do medicamento antidepressivo.

Entretanto, a amostra composta por participantes advindos de um único centro de saúde mental limita a interpretação de resultados à própria amostra. Assim, sugere-se o desenvolvimento de pesquisas englobando um maior número de sujeitos representantes de outros contextos de atendimento psiquiátrico na cidade, para que se possa avaliar como se comportam os antecedentes clínicos, bem como, variáveis sociodemográficas no comportamento de adesão e de não adesão. Estas pesquisas podem ainda, correlacionar variáveis envolvidas neste comportamento, gerar novas hipóteses de estudo, e se direcionar para a construção e validação de instrumentos que indiquem a probabilidade do paciente aderir ou não ao tratamento e assim, orientar o desenvolvimento de estratégias de intervenção que promovam a esperada adesão do paciente deprimido ao tratamento psiquiátrico. Estudos

que avaliem o uso de estratégias específicas na adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes depressivos também são necessários.

6 REFERÊNCIAS

ADAMS, J.; SCOTT, J. Predicting medication adherence in severe mental disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica,** Copenhagen, v.101, n.2, p. 119-124, Feb. 2000.

ALMEIDA-FILHO, J.; MARI, J. J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J. F.; FERNANDES, F.; ANDREOLI, S. B.; BUSNELLO, E. A. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. **British Journal of Psychiatry,** London, v. 171, p. 524-529, 1997

ANDRADE, L.H.S.G.; LÓLIO, C.A.; GENTIL, V.; LAURENTI, R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica,** São Paulo, n.26, p. 257 – 261. 1999.

BAHLS, S. C. Uma visão geral sobre a doença depressiva. **Interação,** Curitiba. v. 4, p. 61-73, jan./dez., 2000.

BALON, R. Managing compliance. **Psychiatric Times,** Minneapolis, v. 19, n. 5, May, 2002. Disponível em: http://www.psychiatrictimes.com/p020543.html . Acesso em: 25 jan 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Martins Fontes, 1977. 226p.

BACKWELL, B. Treatment adherence. **Britsh Journal of Psychiatry,** London, v. 129, p. 413-531, 1976

BOECHAT-BARROS, R; BRASIL-NETO, J. P. Estimulação magnética transcraniana na depressão: resultados obtidos com duas aplicações semanais. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v.26, n.2, p. 100-102, jun. 2004.

BULTMAN, D.C.; SVARSTAD, B. L. Effects of phisician communication style on client medcatin beliefs and adherence with antidepressant treatment. **Patient Education and Counseling,** Limerick, n. 40, p. 173-185, 2000.

BUSNELLO, R. G.; MELCHIOR, R.; FACCIN, C.; VETTORI, D.; PETTER, J.; MOREIRA, L. B.; FUCHS, F. D. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia,** São Paulo, v. 76, n. 5, p. 349-351, 2001.

CAMPOS, W. B. Manejo da depressão no idoso. In: HORIMOTO. F. C.; AYACHE, D. C. G.; SOUZA, J. A. **Depressão:** diagnóstico e tratamento pelo clínico. São Paulo: Roca, 2005. cap.8, p. 109-116.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul./set. 1999.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A. Relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.139-146, 2004.

CASSANO, P.; FAVA M. Depression and public health: an overview. **Journal of Psychosomatic Research,** Oxford, v.53, p. 849-857, 2002.

CEZAR,C.; FERRAZ, M. L. G. Depressão no estado de portador de vírus da hepatite C/ Identification and measuring of depression in the diagnosis of hepatitis C on the carrier. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica médica**, São Paulo, v. 2, n.5, p. 121-128, set./dez.2004.

COLOM, F.; VIETA, E. Non-adherence in psychiatric disorders: misbehavior or clinical feature? **Acta Psychiatrica Scandinavica,** Copenhagen, n.105, p. 161-163, 2002.

COSTA, J. S. D.; GONCALVES, H.; MENEZES, A M. B.; DEVENS, E.; PIVA, M.; VAZ, M. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento**. Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 409-415, abr./jun. 1998.

CRAMER, J. A. Enhancing patient compliance in the elderly: packaging aids and monitoring. **Drugs Aging,** Auckland, v. 12, p. 7-15, 1998. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=%209467683&dopt=Abstract>. Acesso em: 25 jul. 2005.

CRAMER, J. A.B.S.; ROSENHECK, R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. **Psychiatric Service,** Washington, v. 49, p. 196-201, Feb, 1998. Disponível em: <http://www.psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/49/2/196>. Acesso em: 25 jul. 2005.

CRAMER, J. A.; SCHEYER, R. D.; MATTSON, R. H. Compliance declines between clinic visits**. Archives of Internal Medicine**, Chicago, v.150, n. 7, p. 1509-1510, July, 1990.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 271p.

D'AMORIM, M. A. M. Teoria da ação racional. In: DELA COLETA, M. F. (Org). **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde:** teorias estudos e instrumentos.Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004. cap.2, p. 63-84.

DELA COLETA, M. F. Modelo de crenças em saúde. In: _____ **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde:** teorias estudos e instrumentos.Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004. cap.1, p. 27-61.

DELA COLETA, M. F. Lócus de controle e saúde. In: _____ . **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde:** teorias estudos e instrumentos.Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004. cap.6, p.199-238.

DELGADO, P. L. Approaches to the enhancement of patient adherence to antidepressant medication treatment. **The Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 61, p. 6-9, 2000. Supplement 2. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10714617&dopt=Citation>. Acesso em: 25 jul. 2005.

DEL PORTO, J. A. Conceitos de depressão e seus limites. In: LAFER, B.; ALMEIDA, O P.; FRÁGUAS JÚNIOR, E. C. M. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, cap. 1, p. 20-28.

DEMYTTENAERE, K. Compliance during treatment with antidepressants. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, n.43, p. 27-39, 1997.

_____ . Compliance and acceptance in antidepressant treatment. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice,** London, v. 5, p. 29-35, jun, 2001. Supplement 1.

_____. Risck factors and predictors of compliance in depression. **Europian Neuropsychopharmacology,** Utrech, v.13, p. 69- 75, 2003. Supplement 3.

DEMYTTENAERE, K; HADDAD, P. Compliance with antidepressant therapy and antidepressant discontinuation symptoms. **Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum,** Copenhagen, v. 403, p. 50-56, 2000.

DiMATTEO, M. R.; LEPPER, H. S.; CROGHAN, T. W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. **Achives of Internal Medicine,** Chicago, v.160, p. 2101-2107, 2000.

DiMATTEO, M. R; SHERBOUNE, C. D.; HAYS, R. D.; ORDWAY, L.; KRAVITZ, R. L.; McGLYNN, E. A.; KAPLAN, S; ROGERS, W. H. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the medical outcomes study. **Health Psychology**, v. 12, n. 2, p. 93-102, Mar. 1993. Disponível em: http://gateway.uk.ovid.com/gw2/ovidweb.cgi. Acesso em: 13 fev. 2005.

DOWEL, J.; HUDSON, R. A qualitative study of medication-taking behavior in primary care. **Family Practice,** Oxford, v. 14, p. 369-375, 1997.

DUARTE, M. T. C. **Estudo dos motivos do abandono do tratamento da hipertensão arterial**: relatos de usuários do CSE – Botucatu, 1995/ 1999. 2001. 174 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2001.

DSM – IV – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes médicas, 1995, 830p.

DUAILIBI, K.; SANTOS, M. E. S. B. Custos psicossociais da depressão. In: _____ . **Depressão:** diagnóstico e tratamento pelo clínico. São Paulo: Roca, 2005. cap. 10, p. 151-157.

DUNBAR-JACOB, J. Contributions to patient adherence: is it time to share the blame? **Health Psychology,** Hillsdale, v. 12, n.2, p. 91-92, Marc, 1993.

FAWCET, J. Compliance: definitions and key issues. **Journal Clinical Psychiatry,** Memphis, v. 56, p. 4-8, 1995. supplement1. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=7836349&dopt=Citation>. Acesso em: 25 jul. 2005.

FIGUEIREDO, R. M.; SINKOC, V. M.; TOMAZIM, C. C.; GALLANI, M. C. B.; CAVINATTO, S. M.; ASSUMPÇÃO, I. S. A; COLOMBRINI, M. R. C. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola**. Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.4, p. 50-55, 2001**.**

FLECK, M.P.A.; BENY, L.; SOUGEY, E. B.; DEL PORTO, J. A.; BRASIL, M.A.; JURUENA, M.F. Diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v.25, n. 2, p. 114-122, jun., 2003.

FRANK, E.; KUPFER, D. J.; SIEGEL, L. R. Alliance not compliance: a philosophy of outpatient care. **Journal Clinical Psychiatry,** Memphis, v. 56, p. 11-16, 1995. supplement 1. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=7836346&dopt=Citation>. Acesso em 25 jul. 2005.

FREGNIL, F.; PASCUAL-LEONI, A. Estimulação magnética transcraniana: uma nova ferramenta para o tratamento da depressão? **Revista de Psiquiatria Clínica,** São Paulo, v**.** 28, n.5, p. 253-265, 2001.

GEORGE, C. F.; PEVELER, R. C.; HEILIGER, S.; THOMPSON, C. Compliance with tricyclic antidepressants: the value of four different methods of assessment. **Britsh Journal Clinical Pharmacological,** London, n.50, p. 166-171, 2000. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/cgibin/abstract/97515326/ABSTRACT?CRETRY=1&SRETRY=0>. Acesso em 25 jul. 2005.

GERSON, S.; BELIN, T. R.; KAUFMAN, A.; MINTZ, J.; JARYIC, L. Pharmacological and psychological treatments for depressed older patients: a meta-analysis and overview of recent findings. **Harvard Review of Psychiatry.** [S. L.], v.7, n.1, May, 1999.

GILL, S. K.; CPFFEY, B. J.; PARK, K. S. Depressão na infância e na adolescência: manifestações clínicas, patogênese e tratamento. In: _____. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, cap. 23, p. 232-245.

GLOAGUEN, V.; COTTRAUX, J.; CUCHERAT, M.; BLACKBURN, I. M. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. **Journal of Affective Disorders,** Amsterdam, v. 49, n. 1, p. 59-72, Apr., 1998.

GONÇALVES, H.; DA COSTA, J. S. D.; MENEZES, A M. B.; KANUTH, D.; LEAL, O. F. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 777-787, out./dez.1999.

GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P.; DESLANDES, S. F.; SOUZA, E, R. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão de seus usuários. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 789-797, out./dez. 1999.

GONZALES, J.; WILLIAMS JUNIOR, J.W.; NOËL, P.H.; LEE, S. Adherence to mental health treatment in primary care clinic. **The Journal of the American Board of Family**

Practice. [S.L.]. v.18, n.2, Mar/Apr 2005. Disponível em http://www.jabfp.org . Acesso em: 12 jan. 2005.

GREEN-HENNESSY, S.; HENNESSY, K.D. Demographic differences in medication use among individuals with self-reported major depression. **Psychiatry Service,** Washington, n.50, p. 257-259, Feb. 1999. Disponível em: <http://www.psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/50/2/257>. Acesso em: 9 maio 2004.

GUINELLI, A.; AISAWA, R. K.; KONNO, S. N.; MORINAGA, C. V.; COSTARDI, W. L.; ANTONIO, R. O.; DUMARCO, R. B.; MOINO, R. M.; KATS, M.; GIAVAROTTI, S.; SKARDNIK, A P. Z.; FORCIONE, C. S.; CHIBA, T.; MARTINS, M. A. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.50, n. 1, p. 41- 47 , 2004.

HEXSEL, A. M. **Resposta antidepressiva aguda ao metilfenidato na depressão maior:** ensaio clínico randomizado duplo-cego. 2004. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

HORIMOTO, C. H., AYACHE, D. C. G.; SOUZA, J. A. Depressão: diagnòstico e tratamento pelo clìnico. São Paulo: Roca, 2005, 216 p.

HORIMOTO, C. H.; FONTÃO, M. F.; PINTO, M. A. Uso de antidepressivo pelo clínico. In: _____ . **Depressão:** diagnóstico e tratamento pelo clínico. São Paulo: Roca, 2005. cap. 9, p.117-150.

INSTITUTO NACIONAL DA FARMÁCIA E DO MEDICAMENTO. **Evolução do consumo de antidepressivos em Portugal Continental de 1995 a 2001**: impacto das medidas reguladoras. Observatório do Medicamento e dos Produtos da Saúde. Lisboa, 2002.

JOCA, S. R. L.; PADOVAN, C. M.; GUIMARÃES, F. S.; Estresse, depressão e hipocampo. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v.25, p. 46-51, 2003, suplemento 2.

JORDAN, M., S.; LOPES, J. F.; OKAZAKI, E.; KOMATSU, C. L.; NEMES, M. I. B. Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: revisão da literatura médica.In: TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMA, E.(Org). **Tá difícil de engolir?** Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Núcleo de Estudos para Prevenção de AIDS, 2000.

KAPLAN H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria.** Porto Alegre: Artmed, 1997.

KATON, W. J. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. **Biological Psychiatry,** New York, v. 54, n. 3, p. 216-226, Aug., 2003.

KATON, W.; ROBINSON, P.; VON KORFF, M.; LIN, E.; BUSH, T.; LUDMAN, E.; SIMON, G.; WALKER, E.A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. **The Annals of Pharmacotherapy,** Cincinnati, v. 39, n. 3. p. 508-515, 2005. Disponível em: < www.theannals.com> . Acesso em: 18 jan. 2005.

KECK, P.; McELROY, S.; STRAKOWSKI, S.; WEST, S.; STANTON, S. P.; KIZER, D. L.; BALISTRERI, T.M.; BENNET, J. A. TUGRUL, K. C. Factors associated with pharmacological non-compliance in patients with mania. **Journal of Clinical Psychiatry.** Menphis, v. 57, n. 7, p. 292-297, July, 1996.

KELLER, M. B.; HIRSCHFELD, R. M. A.; DEMYTTENAERE, K.; BALDWIM, D. S. Optimizing outcomes in depression: focus on antidepressant compliance. **International Clinical Psychopharmacology.** [S.L.] v. 17, n. 6, p. 265-271, Nov. 2002.

KOSEKI, N. M. **Fatores associados à não adesão ao tratamento de mulheres com câncer ginecológico ou mamário**. 1997. 84 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas,1997.

KROENKE, K.; WEST, S. L.; SWINDLE, R.; GILSENAN. A.; ECKERTY, G. J.; DOLOR, R.; STARG P.; ZHOU, X. H.; HAYS, R.; WEINBERGER, M. Similar effectiveness of paroxetine, fluoxetine and sertraline on primary care: a randomized trial. **Journal American Medicine Association**, Chicago, v. 286, p. 2947-2955, 2001.

KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. M. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria,** São Paulo, v. 61, n.2, p. 416-425, jun. 2003.

LAFER, B.; VALLADA FILHO, H. P. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v. 21, p. 12-17, maio,1999. Supl.1.

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

LEMME, A. C.; NORONHA, G.; RESENDE, J. B. User satisfaction at a university hospital. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v.25, n. 1, p. 41-46, fev. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em 12 jan. 2005.

LESSA I; FONSECA M. J. Adesão de hipertensos ao tratamento e/ou consulta. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia,** São Paulo, v. 68, p. 443-449, 1997.

LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v.21, p. 1-5, maio, 1999.

LIMA, I. V. M.; SAMAIA, H. B.; VALLADA FILHO, H. P. Genética. In: _____ . **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, cap. 5, p. 56-65.

LIMA, I. V. M.; SOUGEY, E. V.; VALLADA FILHO, H. P. Farmacogenética do tratamento da depressão: busca de marcadores moleculares de boa resposta aos antidepressivos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 40-43, 2004.

LIN, E. H.; VON KORFF, M.; KATON, W.; BUSCH; T.; SIMON, G. E.; WALKER, E.; ROBINSON P. The role of the primary care physician in patients´ adherence to antidepressant therapy. **Medical Care**, Philadelphia, v. 33, n. 1, p. 67-74, 1995. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=7823648&dopt=Abstract>. Acesso em: 20 dez. 2004.

LINDEN, M.; GOTHE, H.; DITTMANN, R. W.; SCHAAF, B. Early termination of antidepressant drug treatment. **Journal of Clinical Psychopharmacology,** Baltimore, v.20, n. 5, p. 523-530. Oct. 2000.

LINGAM, R.; SCOTT, J. Treatment non-adherence in affective disorders. **Acta psychiatrica Scandinavica.** Copenhagen, v. 105, n.3, p. 164-172, Mar. 2002.

LOTUFO NETO, F. L. Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtornos bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, p. 44-46, out, 2004. Suplemento 3.

MACHADO, S.C.E.P. **Depressão em hospitais gerais:** avaliação do desempenho de escalas de rastreamento e desenvolvimento de instrumento para uso na rotina assistencial. 2003, 131 f.. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

MAIDMENT, R.; LIVINGSTON, G.; KATONA, C. Just Keep taking the tablets: adherence to antidepressant treatment in older people in primary care. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 17, p. 752-757, 2002. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/97515326/ABSTRACT>. Acesso 04 ago. 2004.

MALERBI, F. K.; SAVOIA, M. G.; BERNICK, M. A. Aderência ao tratamento em fóbicos sociais: um estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva,** São Paulo, v. 2, n.2, p.147-155, 2000.

MANBER, R.; CHAMBERS, AS.; HITT,S.K.; McGSHUENY, C.; DELGADO, P.; ALLEN,J.J.B. Patients' perception of their depressive illness. **Journal of Psychiatric Research,** Oxford, n.37, p. 335-343, 2003.

MARQUES, M. A. S. **Depressão na interação familiar:** um estudo qualitativo da depressão na interação familiar.2000. 120 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de mestrado em psicologia: Saúde Mental e Sociedade, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2000.

MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J. O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 675-681, set./out. 2002

MELEIRO, A M. A S. Etiopatogenia da depressão. In: _____ . Depressão: diagnóstico e tratamento pelo clínico. São Paulo: Roca, cap.2, p. 13-29.

MILSTEIN-MOSCATI, I.; PERSANO, S.; CASTRO, L. L. C. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. In: CASTRO, L. L. C. (Org). **Fundamentos de Farmacoepidemiologia.** São Paulo: AG, 2000. cap.7, p.170-180.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1993, 269 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96.

MORENO, R. A. Os transtornos do humor. **Jornal da USP**, São Paulo, p. 1-1, 21 nov. 1999.

MORENO, A. R.; MORENO, D. H. Prática psiquiátrica em consultório. In **Psiquiatria e Saúde Mental**. **Revista USP**, São Paulo, n. 43, p. 43-53, 1999.

MORENO, D. H. Adesão ao tratamento antidepressivo. In: MORENO, D. H. et al. **Recuperação em Depressão**. São Paulo: livre, 2003.

MOURA, E. R. F.; LEITÃO, G. C. M. Importância do marco referencial e dos conceitos para um projeto de qualidade em saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v.2, n.2, jul./dez. 2000. Disponível: http://www.fen.ufg.br/revista/revista.html Acesso em: 28 dez 2005.

MUNDT, J. C.; CLARKE, G. N.; BURROUGHS D.; BRENNEMAN, C. O.; GRIEST, J. H. Effectiveness of antidepressant pharmacotherapy: the impact of medication compliance and patient education. **Depression and Anxiety,** New York, v. 13, n. 1, p. 1-10, 2001. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&list_uids=11233454&dopt=Citation>. Acesso em 12 mar 2004.

MYNORS-WALLIS, L.M.; GATH, D. H.; DAY, A.; BACKER, F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. **Britsh Medical Journal,** Edinburgh, n.320, p. 26-30, Jan. 2000. Disponível em: <http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/320/7226/26>. Acesso 22 set. 2004.

NEMEROFF, C. B. Improving antidepressant adherence. **Journal of Clinical Psychiatry,** Memphis, v.64, p. 25-30, 2003. Supplement 18.

NEMES, M. I. B. **Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos de saúde no estado de São Paulo**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS / Ministério da Saúde, 2000.

NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento:** o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. 117 p.

NUNES, S. O. V. As depressões maiores: características clínicas e terapêuticas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** São Paulo, v.39, n.6, p. 293 –296, 1990.

OLIVEIRA, J. M.; BEZERRA, D. B. ; FERNANDES, F. N.; MOTTA, G.L.C.L. Adesão ao tratamento e hospitalizações entre pacientes que realizam aplicações de Flufenazina depót. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,** Porto Alegre, v. 25, n. 2, p.312-317, ago. 2003.

OLIVEIRA, M. S. Entrevista motivacional. In: CUNHA, J. A. et al. **Psicodiagnóstico V.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.88-104.

OLIVEIRA, Z. V.; GOMES, H. B. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 3, p. 459-469, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Trad: Dorival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____ . **Relatório Mundial da saúde:** saúde mental nova concepção, nova esperança. Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http.//www.who.int/whr/. Acesso em: 10 jan. 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Saúde mental**: 128ª sessão do comitê executivo. Washington, p. 3-13, Jun, 2001. Disponível em: http:// www.paho.org/portuguese/gov/ce/ce . Acesso em: 12 ago 2004.

PAYKEL, E., S. Psychoterapy, medication combinations, and compliance.**The Journal of Clinical Psychiatry,** Memphis, v. 56, p. 24-30, 1995. Supplement 1. Disponívem em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list >. Acesso em: 10 mar 2005.

PAMPALLONA, S.; BOLLINI, P.; TIBALDI, G.; KUPELNICK, B.; MUNIZZA, C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 61, n. 7, p. 714-719, July, 2004.

_____ . Patient adherence in the treatment of depresión. **The Britsh Journal of Psychiatry.** Stanford, v.180, p.104 –109, Feb. 2002. Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/180/2/104>. Acesso 08 jan. 2005.

PEREIRA, C. Abaixo o preconceito. **Isto é**, p. 50-51, 1998

PERES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v.37, n. 5, p. 635-642, out. 2003.

PEREIRA, M. G. A.; AZEVEDO, E. S. A relação médico-paciente em Rio Branco/ AC sob a ótica dos pacientes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 3, p.153-157, mai./jun. 2005.

PINOTTI, J. A. Farmácia (im)popular. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 06/09/2004. Disponívelem:http://www.unicamp.br/unicamp/canal_aberto/clipping/setembro2004/clipping040906_folha.html. Acesso em: 13 mar. 2005

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

RIBEIRO, S. A., AMADO, V. M.; CAMELIER, A. A. FERNANDES, M. M. A.; SCHENKMEN, S. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose**. Jornal Pneumologia**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 291-296, nov./dez. 2000.

RICCO, R. C,; MIYAZACKI, M. C. O. S.; SILVA, R. C. M. A.; GÓNGORA, D. V. N.; PEROZIM, L. M. CORDEIRO, J. A. Depressão em pacientes adultos portadores de doenças crônicas: diabetes *mellitus* e hepatites virais. H.B científica, São José do Rio Preto, v.7, n.3, p. 156-160, set./dez. 2000.

ROBERT, M. A.; HIRSCHFELD, M. D. Clinical importance of long-term antidepressant treatment. **The British Journal of Psychiatry,** Stanford, v. 179, p. 4-8, 2001.

ROBINSON, R. G. Poststroke depresión: prevalence, diagnosis, treatment and disease progresión. **Biology Psychiatry,** Madison, v.54, p. 376-387, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12893112&dopt=Abstract>. Acesso em: 28 ago. 2004.

RODRIGUES, M. J. S. F. O diagnóstico de depressão. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 155-187, set. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br >. Acesso em: 13 ago. 2005.

ROSA, M. A. **Avaliação dos fatores de aderência ao tratamento medicamentoso em pacientes esquizofrênicos**. 1998. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

ROSA, M. A.; MARCOLIN, M. A. Tradução e adaptação da escala de influências medicamentosas (ROMI): um instrumento para avaliar aderência ao tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** São Paulo, v.49, n.10-12, p. 405-412, out. /dez. 2000.

ROSA, M. A. **Estimulação magnética transcraniana de repetição:** comparação da eficácia com a eletroconvulsoterapia. 2003. 230 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ROZENTHAL M.; LAKS, J.; ENGELHARDT, E. Aspectos neuropsicológicos da depressão. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 204-212, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br >. Acesso em: 13 ago. 2005.

SANO, P. Y.; MASOTTI, R. R.; SANTOS, A. A. C. Avaliação do nível de compreensão da prescrição pediátrica**. Jornal Pediatria**, Rio de Janeiro, v.78, n. 2, p.140-145, mar./abr. 2002.

SANTIN, A.; CERESER, K.; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Revista Psiquiatria Clínica,** São Paulo, v. 32, p.105-109, 2005. Suplemento 1

SARMENTO, S. **Adesão ao tratamento de saúde:** tendências e perspectivas na literatura nacional e internacional. 2001. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

SCALCO; M. Z. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v.24, p. 55-63, abr. 2002. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.>. Acesso em: 13 ago. 2005.

SCHOU, M. The combat of non-compliance during prophylactic lithium treatment. **Acta Psychiatica Scandinava,** Copenhage, v. 95, n. 5, p. 361-363, May, 1997.

SILVA, A. G. Adesão ao tratamento da depressão. In: _____ . **Depressão:** diagnóstico e tratamento pelo clínico. São Paulo: Roca, 2005. cap. 14, p. 203-211.

SILVA, A M. M. Teoria da auto-eficácia. In: _____ . **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde:** teorias estudos e instrumentos.Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004. cap. 4, p. 131-168.

SILVA, M. C. F. **Depressão:** pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde. 2001. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface,** Botucatu, v. 9, n. 16, p.91-104. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 20 nov. 2005

SIMON, G. E.; VON KORFF, M. W.; BARLOW. E. H. Patterns of regimen in depressed patients treated with amitriptyline or fluoxetine antidepressamt use in community practice. **General Hospital Psychiatry,** New York, v. 15, p. 399-408, 1993. Disponível em: <http://www.psychiatry.wustl.edu/Resources/LiteratureList/2002/September/simon.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2004.

SIREY, J.; BRUCE, M. L.; ALEXOPOULOS, G. S.; PERLICK, D. A.; RAUE, P.; FRIEDMAN, S. J; MEYERS, B. S. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. **The American Journal of Psychiatry,** Arlington, v.158, n. 3, p. 479-481, Mar. 2001.

SOOD, N.; TREGLIN, M.; OBENCHAIN, R. L.; DULISSE, B.; MELF, C. A.; CROGHAN, T. W. Determinants of antidepressant treatment outcome. **The American Journal of Maneged Care,** Jamesburg, v. 6, n.12, p. 1327-1336, 2000. Disponível em: <www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC2000decSood1327_36.pdf>. Acesso em 15 out. 2005.

SOUZA, F. G. M. Tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 21, p. 18-23, maio, 1999. Suplemento1. Disponível em: <http://www.scielo.br/.>. Acesso em: 18 jan. 2004.

SOUZA, J. A; FONTANA, J. L.; PINTO, M. A. Depressão: uma doença várias apresentações. In: _____ . **Depressão:** diagnóstico e tratamento pelo clínico. São Paulo: Roca, 2005. p. 1-12.

SULLIVAN, M. D.; KATON, W, J.; RUSSO, J. E.; FRANK, E.; BARRET, J. E.; OXMAN, T. E.; WILLIAMS, J. W. Patient beliefs predict response to paroxetine among primary care patients with dysthymia and minor depression, **The Journal of the American Board of Family Practice,** [S.L.], v. 16, n. 1, p. 22-31, Jan./Feb. 2003.

TANAJURA, D.; SANTOS-JESUS, R.; TAVARES-NETO, J.; OLIVEIRA, I. R. Prevalence of depression in different groups of inpatients at the University Hospital of Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v.24, n. 4, p. 182-185, out. 2002.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica,** São Paulo, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

TREVISAN, J. Psicoterapia psicanalítica e depressão de difícil tratamento: à procura de um modelo integrador. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,** Porto alegre, v.26, n.3, p. 319-328, set./dez. 2004.

THOMPSON, C.; PEVELER, D. P.; STEPHENSON, D.; MCKENDRICK, J. Compliance with antidepressant medication in the treatment of major depressive disorder in primary care: a randomized comparison of fluoxetine and a tricyclic antidepressant.**The American Journal of Psychiatry,** Arlington, v. 157, p. 338-343, March, 2000.

TUCCI, A M.; KERR-CORRÊA, F.; DALBEN, I. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distimia e depressão dupla. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** v. 23, n. 2, p.79-87, jun. 2001.

VALENTINI, W.; LEVAV, I.; KOHN, R.; MIRANDA, C. T.; MELLO, A. A. F.; MELLO, M. F.; RAMOS, C. P. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 38, n. 4, p. 522-528, ago. 2004.

VILELA, J. E. M.; COSTA, D. A. Aderência terapêutica. **Informação Psiquiátrica,** Belo Horizonte, v. 10, n.3, p. 78 – 82, jul./set.1991.

VAN SCHAICK, D. J. F.; KLIJN, A F. P.; VAN HOUT, H. P. J.; VAN MARWIJK, H. W. J.; BEEKMAN, A T. F.; HAAN, M.; VAN DICK, R. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. **General Hospital Psychiatry,** New York, v. 26, p. 184-189, 2004.

VON KORFF, M.; KATON, W.; UNÜTZER, J.; WELLS, K.; WAGNER, E. H. Improving depression barriers, solutions, and research needs. **The Journal of Family Practice,** New York, v. 50, n. 6, June, 2001. Disponivel em: http://www.pfponline.com/Pages.asp?AID=2271. Acesso em: 12 ago 2004.

ZAJECKA, J. M. Clinical issues in long-term treatment with antidepressants. **Journal Clinical Psychiatry,** Memphis, v. 61, p. 20-25. 2000. Supllement. 2. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=retrieve&db=pubmed&list_uids=10714620&dopt=citation>. Acesso em: 04 out. 2005.

ZAVASCHI, M. L. S.; SATLER, F.; POESTER, D.; VARGAS, R. P.; RODHE, L. A. P.; EIZIRIK, C. L. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 189-195, out. 2002.

WAMPOLD, B. E.; MINAMI, Takuia; BASKIN, T. W.; TIERNEY, S. C. A meta- (re) analisis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. **Journal of affective disorders,** Amsterdam, v.68, n. 2, p.159-165, Apr. 2002.

7 ANEXOS

ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados sóciodemográficos.

1)idade: 2)sexo: masc fem

3) estado civil:
solteiro casado ou morando junto divorciado viúvo ----------

4) grau de instrução:
1º g incomp 1º g comp 2ºg incomp 2º g comp 3º g incomp 3ºg comp

5) renda familiar (em quantidade de salários mínimos): 1 2 de 3 a 5 acima de 5

6) Mora em casa: própria alugada emprestada .....

7)religião:.....

Dados clínicos

8) diagnóstico feito pelo profissional:

9) Do que você tratou ou trata no Ambulatório de Saúde Mental? Há quanto tempo?

10) Você já fez algum tratamento psiquiátrico anterior a este? Porque você fez?

11) O tratamento deu certo?

12) Você já interrompeu algum tratamento psiquiátrico antes? Se sim por quê?

13) Você entende como deve tomar a medicação quando o médico te explica?

14) Você toma a medicação conforme o médico te orienta?

Adesão ao tratamento

15) O que você acha que ajuda na adesão do paciente psiquiátrico ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde mental?

16) Quais são os principais fatores que facilitam para o paciente seguir ao tratamento proposto?

17) O que você acha que atrapalha a adesão do paciente psiquiátrico ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde mental?

18) Quais são os principais fatores que dificultam ou impedem o paciente de seguir o tratamento mental recomendado?

19) O que poderia facilitar ao paciente de saúde mental seguir as recomendações que lhes são feitas pelos profissionais de saúde mental?

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PESQUISA NA INSTITUIÇÃO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: *Aspectos relacionados à adesão e não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão,* referente à dissertação de mestrado de Marines de Fátima Cunha, do Programa de Pós Graduação em Psicologia Aplicada da Faculdade de Psicologia – UFU.

Neste estudo objetivamos identificar aspectos relacionados à adesão e à não adesão ao tratamento medicamentoso para depressão na perspectiva de usuários e ex-usuário de um serviço de saúde mental público.

Para procedermos a tal estudo necessitamos de sua anuência, esclarecemos que não haverá nenhum tipo de ônus para a instituição e que serão assegurados todos os procedimentos éticos na condução do estudo.

Informamos, ainda, que os pacientes que concordarem em participar da pesquisa assinarão um termo de consentimento, no qual constará o título da pesquisa, seus objetivos e procedimentos, bem como garantia de que os procedimentos desta pesquisa não resultarão em nenhum dano físico ou psicológico ao participante, o sigilo quanto a identidade de todos os participantes, a não implicação de nenhum custo financeiro para o participante, e a liberdade de concordar ou não em participar da pesquisa ou se retirar dela a qualquer momento sem que isso afete seu tratamento, que continuará seguindo o curso normal proposto pelo Ambulatório.

_____

Assinatura da coordenadora da instituição

_____

Assinatura da pesquisadora

ANEXO C

Número de pacientes com diagnóstico de depressão (CID- 10), identificados através da consulta de prontuários realizada para composição da amostra.

Diagnóstico (CID-10)	**Número de homens**	**Número de mulheres**	**Numero total de sujeitos**	**Estão em tratamento**	**Abandonaram o tratamento**	**Alta**
F.32.0	23	79	102	67	33	2
F. 32.1	35	124	159	100	59	0
F. 32.2	25	88	113	75	37	1
F. 32.3	8	20	28	19	9	0
F. 33.0	8	75	83	59	24	0
F. 33.1	31	129	160	116	44	0
F. 33.2	21	123	144	101	43	0
F. 33.3	7	15	22	13	9	0
Comorbidades	31	73	104	81	23	0
Total	189	726	915	631	281	3

ANEXO D

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: "*Aspectos relacionados à adesão e à não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão"* referente à dissertação de mestrado de Marines de Fátima Cunha, do Programa de Pós Graduação em Psicologia Aplicada da Faculdade de Psicologia – UFU.

Neste estudo objetivamos identificar aspectos relacionados à adesão e à não adesão ao tratamento medicamentoso para depressão. Para isso gostaríamos que nos respondesse algumas perguntas a fim de que possamos entender que tipos de pensamentos que os pacientes têm que facilitam e também aqueles que dificultam a adesão ao tratamento psiquiátrico.

Apresentamos abaixo algumas considerações sobre o seu envolvimento nesta pesquisa:

- os procedimentos desta pesquisa não resultarão em nenhum dano físico ou psicológico ao participante, ficando resguardada a identidade de todos os participantes.
- sua participação não implicará em nenhum custo financeiro;
- você pode não concordar em participar da pesquisa ou se retirar dela a qualquer momento sem que isso afete seu tratamento, que continuará seguindo o curso normal do(s) tratamento(s) proposto(s) pela equipe deste Ambulatório.

Eu _____ R.G: _____

Tendo recebido as devidas informações e ciente dos objetivos da pesquisa e de meus direitos, concordo em participar na pesquisa declarando conhecer os termos da mesma e autorizando a publicação de dados, afirmo ainda que minha participação é totalmente espontânea e livre.

Data: _____

Ass. Participante _____

Ass. Pesquisador_____

Telefones para contato:

Pesquisadora: Marines de Fátima Cunha (34) 3241-9648

Orientadora: Profª Drª Rita de Cássia Gandini (34) 3212-3045

Comitê de Ética para pesquisa com seres humanos: (34) 3239-4131

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UFU / Setor de Catalogação e Classificação

C972a Cunha, Marines de Fátima, 1975-
Adesão e não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão / Ma-
rines de Fátima Cunha. - Uberlândia, 2006.
179 f. : il.
Orientador: Rita de Cássia Gandini.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Progra-ma de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.
1. Depressão mental - Teses. I. Gandini, Rita de Cássia. II. Univer-sidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III.Título.

CDU:616.89008.454

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - CURSO DE MESTRADO

MARINES DE FÁTIMA CUNHA

ADESÃO E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO PARA DEPRESSÃO

Uberlândia
2006

MARINES DE FÁTIMA CUNHA

ADESÃO E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO PARA DEPRESSÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Aplicada.

Orientadora: Profª. Dra. Rita de Cássia Gandini.

Uberlândia – MG
2006

MARINES DE FÁTIMA CUNHA

ADESÃO E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO PARA DEPRESSÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Aplicada.

Orientadora: Profª. Dra. Rita de Cássia Gandini.

Banca Examinadora:

Uberlândia, 09 de junho de 2006.

_____

Profª. Dra. Rita de Cássia Gandini – IP-UFU

_____

Profª Dra. Antônia Regina Furegato – Universidade de São Paulo- USP

_____

Profª. Dra. Marília Ferreira Dela Coleta - IP-UFU

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me concedido a vida, me presenteado com a possibilidade de aprender e com a perseverança para que eu enfrentasse desafios.

Aos meus pais pelo amor, carinho, aceitação e confiança que sempre depositaram em mim.

Aos meus irmãos, sobrinhos e sobrinhas que fazem a minha vida ser melhor.

Ao meu marido Brasil, companheiro e amigo por sua presença em minha vida.

À Universidade Federal de Uberlândia e ao Instituto de Psicologia pela acolhida e oportunidade de realização de mais este curso.

À Professora Drª. Rita de Cássia Gandini, minha orientadora, pela amizade, apoio e confiança que sempre depositou em mim.

À Marineide pelo profissionalismo regado com o carinho e afeto a todos os mestrandos do PGPSI.

À D. Célia Guerra Gandini e Maria Antonieta Gandini por me receberem sempre tão carinhosamente em sua casa.

Aos pacientes do Centro de Saúde Mental que me possibilitaram penetrar um pouco mais profundamente no entendimento do sofrimento humano e estimularam em mim o desejo pela busca de novas formas que pudessem amenizar este sofrimento.

Aos professores: Áurea de Fátima Oliveira, Cíntia Bragheto, Emerson Razera, Marília Ferreira Dela Coleta, Tânia Marques Mendonça, Renata Ferrarez, Sinésio Gomide Júnior, que muito mais que mestres, se revelaram em grandes amigos e possibilitadores de novas reflexões.

As minhas amigas Claudia Garcia, Flávia, Priscila, Soraia e Vânia, que foram juizas na primeira parte da análise das entrevistas pela contribuição ímpar.

Aos professores Valter Faria Neto e Larissy Cotonhoto pela inestimável contribuição como juizes na formação das categorias finais do estudo, e especialmente pelo carinho e cuidado que tiveram comigo.

Ao meu amigo Fran Sérgio pela incansável ajuda com a diagramação do trabalho.

Aos meus muitos amigos que me acompanharam auxiliando seja, em tarefas técnicas, ajudando a pensar e a melhorar meu trabalho, ou apoiando e participando de minhas buscas... Flávia, Soraia, Renato Brito, Vinícius, Cristina, Karen, Weruska, Valéria Sicare, Eliane Carrijo, Maria Vitória, Anamaria, Lílian, Suzi e Sérgio.

“Há doenças piores que as doenças
Há dores que não doem, nem a alma
Mas que são dolorosas mais que outras
Há angústias sonhadas mais reais
Que as que a vida traz, há sensações
Sentidas só com imaginá-las
Que são mais nossas do que a própria vida
Há tanta coisa que, sem existir,
Existe, e existe demoradamente
E demoradamente é nossa e nós...
Por sobre o verde turvo do amplo rio
Os circunflexos brancos das gaivotas...
Por sobre a alma o adejar inútil
Do que não foi, nem pôde ser, e é tudo.
Dá-me mais vinho, porque a vida é nada”.

(Fernando Pessoa)

RESUMO

Entende-se que a adesão ao tratamento medicamentoso seja de fundamental importância para o manejo da doença depressiva e concebendo-se que a não adesão a este tratamento possa ocorrer com uma freqüência importante, este estudo teve por objetivo compreender os aspectos relacionados à adesão e não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão, na ótica de usuários e ex-usuários de um serviço público de saúde mental da cidade de Araguari MG. A amostra deste estudo compôs-se de 24 participantes, sendo 12 considerados aderentes ao tratamento para depressão e12 considerados como não aderentes ao tratamento, de acordo com o critério de assiduidade às consultas médicas psiquiátricas. Realizaram-se entrevistas semidirigidas que foram conduzidas individualmente com cada participante pela Pesquisadora, e a partir dos relatos transcritos procedeu-se à análise de conteúdo na perspectiva de análise temática. Verificou-se que a adesão e a não adesão ao tratamento medicamentoso para depressão consistem em fenômenos multifatoriais, identificando-se três grandes aspectos ou perspectivas a serem considerados no comportamento de adesão e de não adesão a este tipo de tratamento. Na perspectiva dos "Aspectos Intrapessoais" concebeu-se a participação de fatores relacionados ao próprio paciente que podiam facilitar e também dificultar a adesão ao tratamento, conforme sua polaridade. Desta forma, a presença de fatores como a motivação do paciente para o tratamento/melhora, a interpretação positiva em relação aos resultados do tratamento e o reconhecimento da depressão como uma doença, são considerados como facilitadores da adesão. Complementarmente, a forma negativa ou ausência, dos fatores que compuseram este mesmo aspecto prejudicam o comportamento de adesão, de forma que, a falta de motivação do paciente para o tratamento/melhora, a interpretação negativa em relação aos resultados do tratamento, não reconhecimento da depressão como uma doença, acrescido à própria sintomatologia da depressão, estiveram associados aos aspectos intrapessoais propiciadores da não adesão. O segundo aspecto identificado para o comportamento de adesão/não adesão denominou importância aos relacionamentos interpessoais vivenciados ou interpretados pelo paciente. Assim, o relacionamento interpessoal positivo com a equipe e a presença de suporte familiar, constituíram o pólo facilitador da adesão ao tratamento na perspectiva dos "Aspectos Interpessoais". Em contraponto quando essas relações são compreendidas ou vivenciadas negativamente elas podem funcionar como barreiras à adesão ao tratamento, associado a estas duas situações, esteve presente o preconceito social. O "Contexto do Tratamento" também foi considerado como importante interferente na adesão/ não adesão à terapêutica, na medida em que revelou a importância da acessibilidade e da não acessibilidade ao tratamento na avaliação da adesão ao tratamento e também estimou importância ao tratamento psicológico para facilitação da adesão à terapêutica de pacientes deprimidos. A partir dos resultados obtidos com a realização da pesquisa, sugere-se uma reflexão acerca do papel de equipes de saúde mental na formulação de práticas direcionadas ao incremento da adesão ao tratamento que considerem: o indivíduo e a relação que ele faz com sua doença e tratamento; a família e a comunidade geral e suas representações sobre depressão, doença mental, tratamento e sobre a unidade de saúde mental; a capacitação e qualificação de profissionais que atuam na saúde mental; e também a sensibilização para a construção de políticas em saúde mental que amparem o paciente carente subsidiando completamente seu tratamento.

Palavras-Chaves: Adesão ao Tratamento, Não Adesão ao Tratamento, Depressão, Saúde Mental, Psicologia.

Abstract

Considering the adhesion to the medical treatment as fundamental to the handling of depression, and stating that non-adhesion to this treatment can occur with an important frequency, this study aimed at understanding the phenomena related to the adhesion and non-adhesion to the psychiatric treatment for depression, under the perspective of users and former users of a Mental Health Public Service of Araguari MG, a city in Triângulo Mineiro. The sample consisted of 24 patients, 12 of them considered adherent to the treatment for depression and 12 considered non-adherent to it, according to the criterion of frequency to the medical appointment. Semi-directive interviews were conducted individually with each participant, and content analysis on theme analysis perspective was done from the transcribed reports. It was verified that adhesion and non-adhesion to the medical treatment for depression consists of multifactoral phenomena. It was identified threes big aspects or perspectives to be considered on the behavior of adhesion and non-adhesion to this type of treatment. On the perspective of "Intrapersonal Aspects", it was conceived the participation of factors related to the patient that could facilitate and also make difficult the adhesion to the treatment, according to its polarity. On this way, the presence of factors as patient's motivation for the treatment, the positive interpretation in relation to the treatment results and the acknowledgment of depression as a disease, are considered as adhesion facilitators. Complementary, the negative form or absence of factors that composed the same aspect prejudice the adhesion behavior, in a way that the patient's lack of motivation to the treatment/improvement, the negative interpretation in relation to the treatment results, non-acknowledgment of depression as a disease, plus the depression's symptomatology, were associated to the intrapersonal aspects that favor non-adhesion. The second aspect identified to the behavior of adhesion/ non-adhesion denominated importance to the interpersonal relationship with the Mental Health team and the presence of familiar support constituted the facilitator pole of adhesion to the treatment on the perspective of "Interpersonal Aspects". In opposition, when these relations are understood or lived negatively they can work as barriers to the treatments' adhesion, associated to these two situations, it was present the social prejudice as interfering to this behavior. The "Context of the Treatment" was also considered as an important interfering on the adhesion/ non-adhesion to the therapeutic, as it revealed the importance to the accessibility and non-accessibility to the treatment on the evaluation of the adhesion to the treatment and also estimated the importance to the psychological treatment as a facilitator to the depressive patients adhesion to the therapeutical. The results suggest a reflection about the role of the mental health teams on the formulation of practices directed to the improvements of adhesion to the treatment considering: the individual and the relation that he/she makes with his/her disease and treatment; the family and the community, and their representations of depression, mental disease, treatment, and about the mental health unity; the capacity and qualification of mental health professionals; and also the influence to the construction of mental health policies that support the needy patient by subsidizing his/her treatment completely.

Index terms: Treatment adhesion, non-treatment adhesion, depression, mental health, psychology.

LISTA DE TABELAS

1 - Causas relatadas para o abandono ao tratamento psiquiátrico de referência (Grupo Não Aderentes) 79

2 - Presença do reconhecimento da depressão como doença enquanto facilitador da adesão ao tratamento medicamentoso para depressão nos dois grupos..... 84

3 - Ausência de reconhecimento da depressão como doença como fator prejudicial à adesão ao tratamento medicamentoso para depressão..... 87

4 - Pólos da categoria específica: motivação para o tratamento / melhora e freqüência desta categoria nos grupos I e II..... 92

5 - Motivação para o tratamento/ melhora enquanto fator auxiliar de adesão nos dois grupos..... 94

6 - Ausência de Motivação para o Tratamento/ Melhora enquanto fator prejudicial à adesão ao tratamento medicamentoso nos dois grupos..... 97

7 - Sintomatologia da Depressão como fator prejudicial à adesão ao tratamento para depressão nos dois grupos..... 101

8- Interpretação positiva em relação aos resultados do tratamento enquanto fator propiciador de adesão ao tratamento medicamentoso para depressão nos dois grupos..... 105

9- Interpretação negativa em relação aos resultados do tratamento enquanto fator prejudicial à adesão nos dois grupos..... 105

10- Relação médico-paciente positiva enquanto fator facilitador de adesão ao tratamento para depressão nos dois grupos..... 114

11- Relação médico-paciente negativa enquanto fator que dificulta a adesão ao tratamento nos dois grupos..... 120

12- Relação positiva paciente-equipe como fator facilitador de adesão ao tratamento nos dois grupos..... 122

13- Relação insatisfatória paciente-equipe enquanto fator propiciador de não adesão ao tratamento nos dois grupos..... 126

14- Suporte Familiar como fator facilitador de adesão ao tratamento nos dois grupos..... 127

15- Falta de suporte Familiar enquanto fator prejudicial à adesão ao tratamento nos dois grupos..... 130

16- Preconceito enquanto fator a dificultar a adesão ao tratamento medicamentoso para depressão..... 135

17- Presença de Suporte Material e Institucional para a Viabilização do Tratamento enquanto fator a facilitar a adesão ao tratamento nos dois grupos..... 139

18- Ausência de Suporte Material e Institucional para Viabilização do Tratamento enquanto fator a dificultar a adesão ao tratamento nos dois grupos..... 146

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Depressão	17
1.1.1	Depressão: definição	18
1.1.2	Depressão: prevalência e custos	21
1.1.3	Depressão: diagnóstico	23
1.1.4	Depressão: fatores causais	24
1.1.5	Depressão: tratamentos	25
1.2	Adesão à Terapêutica	32
1.2.1	Conceituação de adesão e não adesão à terapêutica	33
1.2.2	Fatores que influenciam a adesão à terapêutica	36
1.2.3	Métodos de avaliação da adesão a tratamentos.	38
1.2.3.1	Métodos diretos	39
1.2.3.2	Métodos indiretos	40
1.2.4	Estudos nacionais contemplando o tema adesão ao tratamento	46
1.2.5	A adesão a tratamentos psiquiátricos: cenário nacional e internacional	50
1.2.6	Fatores associados à não-adesão ao tratamento da depressão	55
1.2. 6.1	Fatores relativos ao paciente	57
1.2.6.2	Fatores relativos à doença	59
1.2.6.3	Fatores relativos ao tratamento	60
1.2.6.4	Fatores relativos ao profissional de saúde	61
1.2.6.5	Fatores relativos ao ambiente	62
1.2.7	Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento antidepressivo	64
2	OBJETIVOS	66
3	MÉTODO	67
3.1	Tipo de estudo	67
3.2	Participantes da pesquisa	67
3.3	Material	68
3.4	Procedimentos	68
3.4.1	De composição da amostra	69
3.4.2	Éticos	70
3.4.3	De construção dos dados	70
3.4.4	De análise dos dados	71
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
4.1	Caracterização da amostra	74
4.2	Alguns dados clínicos da amostra	76
4.2.1	Grupo I: Aderentes ao tratamento	76
4.2.2	Grupo II: Não Aderentes ao tratamento	77
4.3	Aspectos relacionados à adesão e à não adesão ao tratamento medicamentoso para depressão	81
4.3.1	Aspectos Intrapessoais	83
4.3.1.1	Reconhecimento da depressão como doença	84
4.3.1.2	Motivação do paciente para tratamento / melhora	92
4.3.1.3	Sintomatologia	100
4.3.1.4	Interpretação pessoal dos resultados de tratamento	104
4.3.2	Aspectos Interpessoais	111
4.3.2.1	Relacionamento interpessoal com os profissionais de saúde	112

4.3.2.2	Suporte familiar para a realização do tratamento	127
4.3.2.3	Preconceito social	134
4.3.3	Aspectos relativos ao Contexto do Tratamento	137
4.3.3.1	Suporte material e institucional para a viabilização do tratamento	138
4.3.3.2	Acompanhamento psicológico	152
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
6	REFERÊNCIAS	163
ANEXO A-	Roteiro de entrevista	175
ANEXO B-	Termo de consentimento para pesquisa na instituição	177
ANEXO C-	Número de pacientes com diagnóstico de depressão (CID-10), identificados através da consulta de prontuários realizada para composição da amostra.	178
ANEXO D-	Termo de esclarecimento e consentimento para participação em pesquisa	179

1 INTRODUÇÃO

A disponibilidade e interesse para ouvir pessoas sempre estiveram em mim presentes. Ouvir explicações, motivos, justificativas, muitas vezes, em formas de desabafo e pedido de assentimento ou cumplicidade, foram situações que pude experimentar com certa freqüência em minha vida e que parece, incitaram em mim a necessidade de compreender dada situação a partir do ponto de vista de quem nela estivesse envolvido ou fosse o principal implicado. Com a escolha do curso de Psicologia e atuação nesta área profissional, pude desenvolver e me capacitar para um novo tipo de escuta, mais compreensiva, instrumentada e tecnicamente direcionada para promoção de saúde.

Já no papel profissional, minha experiência como psicóloga atuante em um Ambulatório de Saúde Mental (Centro de Saúde Mental - CSM) em Araguari MG, no desenvolvimento da prática clínica junto a pacientes portadores de sofrimentos mentais diversos e mais especificamente como coordenadora de Grupos de Sala de Espera (grupos abertos realizados na sala de espera da instituição, com o objetivo de transformá-la em espaço de reflexão sobre saúde mental, acolher os pacientes e seus acompanhantes, amenizar a ansiedade da espera, prestar esclarecimentos sobre o funcionamento da instituição) pude observar, de forma assistemática, que os usuários do serviço relatavam dificuldades para aderirem ao tratamento psiquiátrico. Na realização destes grupos de sala de espera (GSE) foi possível observar relativa quantidade de relatos de interrupções à tratamentos anteriormente realizados no CSM, bem como desejos de pacientes de parar com o tratamento atual. As interrupções de tratamento anteriores e também o desejo relatado por paciente de abandonarem o tratamento em algum momento do mesmo, eram, muitas vezes, atribuídos a uma percepção preconceituosa por parte do paciente e/ou de sua rede social, quanto à doença psiquiátrica e seu tratamento e/ou à falta de apoio percebida. As dificuldades financeiras encontradas para a realização do tratamento, a interpretação da melhora nos sintomas como cura definitiva, também foram algumas vezes relatadas como motivos para o abandono de algum tratamento anterior no CSM e também como aspectos que levavam ao desejo por interromper o tratamento naqueles pacientes que não o haviam abandonado. Em caso de interrupção, relatava-se que, na maioria das vezes, seguia-se uma piora no quadro mental e nova procura pelo serviço. De tal modo, pode-se considerar que, em detrimento do abandono ao tratamento medicamentoso, que parecia ser comum entre os pacientes ao longo de seu tratamento, o sofrimento do paciente, conforme sugeriam os relatos, tinha continuidade.

Assim, eu me questionava por que em detrimento da experiência subjetiva de dor presente em quadros psicopatológicos e da disponibilidade de um serviço de saúde destinado a cuidar de pacientes com sofrimento mental, tantos deles interrompiam seu tratamento medicamentoso, em alguns casos por mais de duas vezes, mesmo, que se lhes assegurassem a gratuidade de algumas medicações. O abandono ao tratamento me parecia acontecer em taxas importantes entre a população atendida pelo Centro de Saúde Mental de Araguari (CSM), e a nova busca se fazia mediante um quadro mental, considerado pior que o episódio anterior por pacientes e familiares. Diante destas observações eu refletia se o GSE poderia facilitar ao paciente, através de informações fornecidas e trocas de experiências entre pacientes, a adesão ao tratamento proposto?

Estas reflexões incitaram a busca por aparato teórico-científico que pudesse oferecer vislumbres de outras realidades de serviços prestados a pacientes psiquiátricos ao mesmo tempo em que havia o desejo de encontrar suporte técnico para entender e manejar dada situação em benefício dos pacientes que necessitam deste tipo de serviço. A procura deste suporte se deu através de buscas em livros e especialmente, recursos facilitados pela rede de internete e artigos que tratavam do tema: Grupo de Sala de Espera e Adesão ao tratamento psiquiátrico.

Concomitante a estas buscas se deu o ingresso ao Programa de Pós-graduação – Mestrado, no qual pretendia, inicialmente, verificar a inserção do Grupo de Sala de Espera como mediador da adesão ao tratamento psiquiátrico. As discussões realizadas nas disciplinas do curso, as atividades orientadas, juntamente com as inúmeras leituras realizadas e amadurecimento da Pesquisadora respaldada por orientações sistemáticas ensejaram um novo percurso para o estudo. Este novo caminho tomaria como ponto de partida o conhecimento de fatores responsáveis pelo abandono ao tratamento medicamentoso, bem como, aqueles que se fizessem presentes na adesão a este tratamento, entendendo que este seria passo inicial para a instrumentação de Grupo de Sala de Espera e a partir daí, poderia se dar, a sua avaliação como mediador da adesão ao tratamento, que se constituiria desta forma em uma pesquisa subseqüente.

Para atender à necessidade de delimitação do objeto de pesquisa, foram necessárias duas opções de recorte, a primeira se deu em relação à terapêutica a ser estudada e a segunda contemplou o tipo de usuário do CSM, ou seja, a delimitação do diagnóstico. Desta forma, a opção por focar atenção na adesão ao tratamento medicamentoso não significou conceber a ele maior valor em relação a outras terapêuticas oferecidas nesta instituição, mas tão só obedeceu à necessidade de recorte requerida para o estudo científico e coerência com os

temas observados nos Grupos de Sala de Espera - disparadores do interesse pelo estudo. Em relação à população alvo deste estudo – pacientes com depressão – este recorte obedeceu ao interesse da Pesquisadora pela patologia, assim, como sua percepção assistemática de que seria alto o número de pacientes com depressão em tratamento no CSM e que, entre estes, seria também grande o número de pacientes que interrompiam tal tratamento.

Delimitado o objeto de estudo, partiu-se para buscas em bases de dados nacionais e internacionais como: LILACS (cobre a produção científica da América Latina e Caribe), bancos de teses e dissertações digitais. Além de bases de dados, outros recursos foram utilizados para reunir referências. Estas estratégias incluíram consultas a bibliotecas virtuais (como BIREME, PUBMED, MEDLINE, SCIELO, PORTAL de PERIÓDICOS CAPES), sites de organizações de saúde nacionais e internacionais e suas publicações, entre outros recursos facilitados pelo uso da internete, bem como a consulta de referências utilizadas nos estudos encontrados, que possibilitou, entre outros achados a localização de alguns capítulos de livros que abordassem o tema. Como indicadores para esta consulta, usou-se os termos: "adesão, aderência, cooperação, colaboração, abandono, interrupção, *adherence, compliance, adhesion, non-adherence, non-compliance,* e depressão, doença depressiva, transtornos depressivos, *depression*", tendo atentado para o cruzamento entre estas variáveis.

A consulta pôde nos situar a respeito do frágil panorama em que se encontra a pesquisa nacional a respeito desta importante temática de saúde pública, já que, não foram encontrados estudos nacionais investigativos da adesão ao tratamento em pacientes com depressão em qualquer contexto do atendimento em saúde. Entretanto, a depressão foi considerada em inúmeros artigos encontrados como séria questão de saúde pública, também a não adesão à terapêutica (em estudos nacionais referentes a outras patologias e em estudos internacionais tratando mais especificamente da depressão) vem sendo considerada como grave problema de saúde pública considerando o abrangente ônus que pode acarretar. Deste ponto de vista, as implicações científicas desta pesquisa também vão ao encontro desta carência de dados científicos, no sentido de iniciar a exploração do tema no contexto nacional e especialmente, gerar hipóteses para novas investigações que venham somar conhecimento na área.

Conforme sinalizado anteriormente, este estudo se deu no contexto de atenção secundária em saúde pública (serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de média complexidade), e considerando o ponto de vista institucional, a presente temática pode contribuir para a definição de pontos importantes a serem respeitados no trabalho junto ao paciente com depressão para que se lhe seja facilitada a adesão ao tratamento proposto. Desta

forma, este estudo também responde à possível necessidade de reorganização do serviço de saúde citado, oferecendo o olhar do psicólogo sobre as dificuldades encontradas por nossos pacientes para efetivarem seus tratamentos e visando a partir deste conhecimento implementar estratégias que visem melhorar adesão ao tratamento que concebemos ser importante para o sucesso do mesmo, bem como, propiciar uma qualidade maior no atendimento prestado.

Considerando-se a questão social, infere-se que os resultados deste estudo, na medida em que podem ampliar a compreensão do fenômeno referido e que intentam subsidiar práticas mais coerentes e próximas à realidade do usuário do serviço secundário de saúde mental do município (CSM), possa viabilizar maior compromisso na melhora da qualidade do serviço prestado. Adicionalmente, pode-se cogitar que a satisfação do usuário possa se elevar, ao mesmo tempo em que, atingindo a proposta de melhorar a adesão ao tratamento este se torne mais eficiente e eficaz trazendo benefícios para qualidade de vida de pacientes e familiares, e incrementando assim, as condições de saúde mental daqueles que estão direta ou indiretamente envolvidos no tratamento da depressão.

Desta forma, entendemos que conhecer os fatores que auxiliam o usuário do serviço a aderir ao tratamento, bem como fatores que prejudicam este processo, pode vir a contribuir com a literatura nacional específica sobre o tema, uma vez que, no Brasil ainda é escassa a literatura científica sobre fatores interferentes no comportamento de adesão ao tratamento da depressão. Além do que, infere-se ainda, poderia também subsidiar a prática de profissionais que trabalham neste setor, no sentido de orientar ações que tendam a promover a adesão à terapêutica, proporcionando, assim, a pacientes a possibilidade de ampliar seu bem-estar e ter maiores chances de cura. Extensivamente, também poderia contribuir como alerta e referencial para re-planejamento de outras instituições de saúde mental, geração de novas hipóteses de pesquisa, e, de forma geral, contribuir para diminuição de custos sociais que se ampliam com a não eficácia do tratamento para depressão.

Com a finalidade de compreender os fatores que influenciam a adesão ao tratamento do usuário do serviço de saúde mental faz-se necessário uma compreensão inicial do fenômeno da saúde mental no mundo contemporâneo. De forma a se destacar que, de modo geral, a instabilidade e agitação da vida moderna, seja ela econômica, social ou afetiva, aliada a um cenário social cada vez mais exigente no nível profissional social e afetivo, por vezes, provocam sentimentos de desalento, tristeza e impotência. Além do que, a falta de tempo para executar as tarefas comuns da vida diária, a dificuldade em conciliar horário para lazer, trabalho e cuidados com a saúde pode contribuir para que as pessoas se distanciem da

observação de comportamentos que venham lhes auxiliar na condição de saúde, especialmente no que diz respeito à saúde mental.

O relatório da Organização Pan-Americana de Saúde OMS (2001) considerou que a saúde mental seria o núcleo de um desenvolvimento equilibrado durante a vida, desempenhando relevante papel nas relações interpessoais, familiares e na integração social e desta forma, referindo-se a capacidade de adaptar-se a mudanças, enfrentar crises, estabelecer relações satisfatórias com os outros membros da comunidade e descobrir um sentido para a vida.

Perante a amplitude e abrangência da conceituação de saúde mental torna-se importante considerar que esta, sofrendo influência de diversos fatores, poderia ter sua integridade constantemente colocada à prova, tornando-se factível ponderar que qualquer pessoa possa, ao longo da vida, apresentar problemas de saúde mental de maior ou menor gravidade, de forma que o cuidado com a saúde mental deveria ser feito de forma preventiva e contínua, seja pelo Estado ao proporcionar as condições de acesso a saúde, seja pelo próprio indivíduo ao ir ao encontro delas.

Diante da significância e relevância do tema "saúde mental" a Organização Mundial de Saúde (OMS) dedicou o ano de 2001 à saúde mental com o tema "Cuidar sim, excluir não" e ressaltou que, uma em cada quatro famílias tinha pelo menos um membro que sofria de um transtorno mental ou comportamental. A abrangência deste achado pode ser vislumbrada ao se considerar o impacto pessoal, familiar, social e financeiro que estes transtornos podem ocasionar.

A própria OMS (2001) ressaltou que para o individuo portador de sofrimento mental, além do sofrimento gerado pelos sintomas, pode haver também o de sentirem-se incapacitados para exercerem atividades laborativas e de lazer e de, muitas vezes, sentirem-se discriminados. Quanto à família esta pode se ver na incumbência de proporcionar apoio físico, emocional e financeiro, lidar com o impacto negativo da estigmatização, podendo também passar por privações sociais e econômicas devido a incapacidade para o trabalho de alguns portadores de sofrimento mental.

Os custos sociais também foram avaliados, neste mesmo ano pela OMS, através da metodologia de anos de vida ajustados em função de invalidez demonstrou que das dez condições de saúde (físicas e mentais) que causam incapacidade, cinco são mentais: a depressão, alcoolismo, distúrbio bipolar, esquizofrenia e distúrbios obsessivo-compulsivo.

Andrade (1999) já havia verificado dados semelhantes ao deste relatório apontando que os transtornos e problemas relacionados com a saúde mental têm se tornado a principal

causa de incapacitação, morbidade e morte prematura. E Moreno e Moreno (1999) haviam ressaltado que as doenças mentais, via de regra, seriam transtornos crônicos que poderiam durar a vida inteira, mas ser controlados em larga escala.

Os transtornos mentais podem se apresentar de formas diversas, sendo também diversas as patologias inseridas neste grupo. Estes transtornos podem envolver alterações do pensamento, das emoções e do comportamento sendo causados por interações complexas entre influências físicas, psicológicas, culturais e hereditárias e, após sua instalação o cuidado a ser adotado será, logicamente, a nível de tratamentos especializados, que visem a cura ou, em casos de cronificação da doença, o manejo de sintomas.

Dentre os transtornos mentais, a depressão tem merecido destaque na mídia, com várias matérias veiculadas em jornais, revistas, internete e programas de televisão que conferem a ela a condição de "A Doença do Século", devido a freqüência com que ela parece ser encontrada na população em geral. Havendo também, a possibilidade de uma banalização deste quadro devido à indiscriminação com que a palavra depressão pode ser usada, para muitas vezes, expressar momentos nos quais o indivíduo se sinta triste ou desanimado, mas que não se configure como uma patologia. Sendo necessário a diferenciação entre um episódio de tristeza e depressão, já que esta última é uma doença e por isso exige um tratamento adequado.

No âmbito científico que se utiliza rigor apropriado para a definição de um quadro psicopatológico, a depressão tem sido considerada como uma condição médica freqüente, crônica e recorrente, que comumente, se associa a incapacitação funcional e limitação da atividade e bem-estar do indivíduo (FLECK et al., 2003; TANAJURA et al., 2002; LIMA, 1999).

O já citado relatório da OMS conferiu à depressão o quarto lugar entre as 20 doenças de maior AVAI (anos de vida perdidos por morte prematura e por incapacidade). O AVAI avalia o desnível de saúde combinando a informação relativa ao impacto da morte prematura e a relativa a outros problemas de saúde incapacitantes, mas, não mortais. A projeção para os próximos 20 anos seria que a depressão viesse a alcançar o segundo lugar entre as doenças de maior AVAI. A depressão rouba mais anos de vida útil nos EUA do que a guerra, o câncer e a AIDS juntos. O custo *per capita* anual de cada cidadão deprimido nos EUA é de seis mil dólares. No Brasil não foram encontradas estimativas acerca do custo social desta doença, o que pode demonstrar a fragilidade na construção de indicadores nacionais a este respeito.

Segundo Rodrigues (2000), a depressão deveria ser diagnosticada pelo psiquiatra a partir da presença de determinados sintomas que se manifestam numa certa duração,

freqüência e intensidade. De acordo com esta autora, manuais psiquiátricos mundialmente reconhecidos e atualmente em vigor como Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV e o CID-10 - Código Internacional das doenças, reservam um item dentro da nosografia - "Transtornos do Humor" (DSM-IV) ou "Transtornos Afetivos" (CID-10) – para designar aquilo que se costuma chamar de depressão ou doenças depressivas.

Diante do diagnóstico se faz necessário a programação de um plano terapêutico. A literatura converge em afirmar que o tratamento deve ser entendido de uma forma globalizada levando em consideração o ser humano como um todo incluindo dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Desta forma a terapêutica deveria abranger todos esses pontos e utilizar a psicoterapia, mudanças no estilo de vida e a terapia farmacológica, sendo esta última fonte geradora de muitos estudos (SOUZA, 1999; RODRIGUES, 2000; LIMA; SOUGEY; VALLADA FILHO, 2004; TENGI; HUMES; DEMETRIO, 2005).

O tratamento apropriado implicaria o uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais de forma clinicamente significativa, equilibrada e bem integrada (OMS, 2001). A efetivação de tratamento adequado tenderia a diminuir os sintomas e possibilitar a cura (FLECK et al., 2003; TENGI; HUMES; DEMETRIO, 2005; SOUZA, 1999).

Em contraste a assinalamentos encontrados na literatura relativos a danosa inserção dos sintomas depressivos na vida do indivíduo, bem como a importância de tratamento especializado para o combate dos mesmos, a adesão à terapêutica para depressão foi considerada como um dos maiores problemas no tratamento da depressão (PAMPALLONA, 2002; GEORGE et al., 2000, BULTMAN; SVARSTAD, 2000).

Autores como Leite e Vasconcelos (2003), Milstein-Moscati et al., (2000) consideraram a adesão a tratamentos como estratégia fundamental para manejo de enfermidades em geral, facilitando a possibilidade da cura da doença ou levando a uma melhor qualidade de vida nos casos de doenças crônicas mediante a minimização de sintomas.

Assim sendo, a falta de adesão ao tratamento tem movido esforços de pesquisadores e clínicos que se vêm às voltas com esta condição, de forma que, a não adesão a tratamentos diversos pode ser considerada como um grave problema de saúde pública, levando, muitas vezes, à exacerbação de sintomas, a cronificação de doenças e a altos custos despendidos com tratamentos que se tornam, muitas vezes, ineficazes.

Entender sob quais bases se dão as escolhas por realizar ou não um tratamento induz a reflexão sobre a complexidade do comportamento humano. Assim considerando, este estudo se propõe a tomar como aspecto principal, a compreensão do indivíduo sobre fatores que

poderiam contribuir positivamente ou negativamente na adesão ao tratamento medicamentoso para depressão, aliando, assim, dois grandes problemas de saúde pública – a depressão e a não-adesão ao tratamento.

1. 1 Depressão

A vida moderna pautada pela necessidade cada vez mais insistente da busca pela sobrevivência num ambiente, muitas vezes, ameaçador, competitivo e hostil, juntamente com o distanciamento entre as pessoas diante do imperativo do individualismo, das dificuldades de relacionamento interpessoal e da busca inquietante por segurança pode estar influenciando o aparecimento de condições clínicas e, especialmente, transtornos mentais com destaque para os depressivos.

Pereira (1998) assinalou que a vida atribulada com as rápidas mudanças sócio-econômicas das últimas décadas poderia gerar no homem uma série de problemas e relacionou o aumento de doenças mentais a essas mudanças.

Bahls (2000) considerou que o ser humano apresenta flutuações do afeto em resposta a situações em seu cotidiano. Como resposta às vicissitudes da vida, os sentimentos de tristeza, frustração e desânimo são freqüentes. Segundo o autor, as pessoas costumam, normalmente, experimentar uma larga variedade de sentimentos e um vasto repertório de expressões afetivas, e algumas dessas respostas afetivas podem assumir um caráter inadequado, patológico, seja em relação a intensidade, duração ou circunstâncias desencadeadoras, caracterizando, desta forma, a ocorrência de um transtorno de humor ou afetivo.

Este capítulo objetiva destacar dos estudos gerais referentes à depressão, aspectos relevantes para o melhor entendimento da adesão a terapêutica medicamentosa nesta enfermidade. Sendo assim, considerar-se-á a definição da doença, sua prevalência e conseqüências desta inserção, diagnóstico, fatores associados com o aparecimento da doença e tratamento. À adesão à terapêutica antidepressiva será destinado um capítulo que visa tratar de forma mais aprofundada esta questão por se tratar do objeto deste estudo.

1.1.1 Depressão: definição

A palavra depressão vem do latim *depremere* que significa pressionar para baixo. Na denotação mental indicaria o rebaixamento do estado de espírito de pessoas padecendo de alguma doença (MELEIRO, 2005).

Kaplan e Sadock (1997) caracterizaram a depressão como um episódio patológico no qual podia haver perda de interesse ou prazer, distúrbios do sono e apetite, retardo motor, sentimento de inutilidade ou culpa, distúrbios cognitivos, diminuição da energia e pensamentos de morte e suicídio.

Conforme já salientado são dois os principais manuais utilizados para a realização do diagnóstico. No DSM- IV (1995), os Transtornos do Humor estão classificados em: Transtorno Depressivo Maior (Único ou Recorrente), Transtorno Distímico (Precoce ou Tardio, de acordo com o tipo de início), Transtorno Depressivo sem outra especificação, além dos Transtornos Bipolares.

No CID- 10 – manual diagnóstico da OMS (1993) – utilizado pelos psiquiatras lotados no Centro de Saúde Mental (CSM) para efetuação do diagnóstico dos pacientes que procuram por este serviço de saúde, no item Transtorno de humor (afetivo), estão inseridos, dentre outros transtornos, os transtornos depressivos. Os transtornos depressivos estão subdivididos, de acordo com este manual, entre Episódio Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente. Episódios Depressivos podem ser classificados em leve, moderado ou grave, de acordo com o número, intensidade e importância clínica dos sintomas. O Transtorno Depressivo Recorrente se caracteriza pela repetição de episódios de depressão como especificada no episódio depressivo (leve, moderada, grave) sem histórias de episódios independentes de elevação do humor e hiperatividade que preencham os critérios para mania.

Para Del Porto (2000), os Episódios Depressivos leves e moderados podem ser classificados de acordo com a presença ou ausência de sintomas somáticos, e os Episódios graves subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos. O Transtorno Depressivo Recorrente obedeceria às mesmas subdivisões descritas para o primeiro.

Para esclarecimento das gradações utilizadas no manual recorre-se à Souza, Fontana e Pinto (2005) que assim explicam:

• Leve: a sintomatologia não atrapalha tanto o dia-a-dia do paciente, que percebe que suas atividades já não trazem tanto prazer e satisfação, mas, que com um pouco mais de determinação e sacrifício pode manter de forma razoável suas atividades habituais.

• Moderada: o quadro já traz dificuldades na manutenção da vida diária, há percepção da necessidade de maior empenho para manter as atividades. A pessoa já não consegue manter-se bem e passa a ter pouca satisfação com eventos outrora agradáveis.

• Grave: há grande limitação da pessoa que pode chegar à uma condição de estupor. Nesta intensidade os impedimentos são maiores, levando a uma incapacitação, que muitas vezes, torna-se permanente, além do que de 15 a 20% dos doentes, aproximadamente, apresentam alguma conduta suicida.

Considera-se que em episódios depressivos típicos o indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse, prazer e energia reduzida levando a uma fragilidade aumentada e atividade diminuída. Cansaço marcante após esforços apenas leve é comum. Além de sintomas como: concentração e atenção reduzidas, auto-estima e autoconfiança reduzidas, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado, apetite diminuído. Essas categorias, segundo o manual devem ser usadas somente para o primeiro episódio depressivo, os episódios posteriores devem ser classificados sob uma das subdivisões de transtorno depressivo recorrente (CID-10, OMS, 1993).

Dalgalarrondo (2000) apontou que, do ponto de vista psicopatológico, os quadros depressivos possuíam como elemento central o humor triste, entretanto, advertiu que, uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos a autovaloração, à volição e à psicomotricidade podiam caracterizar este quadro mental.

Entre os sintomas afetivos o autor considerou: tristeza, melancolia; choro fácil e/ou freqüente; apatia (indiferença afetiva); sentimento de falta de sentimento; sentimento de tédio, de aborrecimento crônico; irritabilidade aumentada (ruídos, pessoas, vozes); angústia ou ansiedade; desespero e desesperança.

As alterações na esfera instintiva e neurovegetativa giram em torno de: fadiga, cansaço fácil e constante; desânimo, diminuição da vontade; insônia ou hipersonia; perda ou aumento do apetite; constipação, palidez, pele fria com diminuição do turgor; diminuição da libido; diminuição da resposta sexual (disfunção erétil, orgasmo retardado ou anorgasmia); anedonia (incapacidade de sentir prazer em várias esferas da vida).

Alterações ideativas como: ideação negativa, pessimismo em relação a tudo; idéias de arrependimento e de culpa; ruminação com mágoas antigas; visão de mundo marcada pelo tédio; idéias de morte, desejo de desaparecer, dormir para sempre; ideação, planos ou atos suicidas podem se fazer presentes, segundo o citado autor.

As alterações cognitivas mencionadas por Dalgalarrondo (2000) seriam: déficit de atenção e concentração; déficit secundário de memória, dificuldade de tomar decisões; e pseudodemência depressiva. Já os sentimentos de baixa auto-estima, de insuficiência e incapacidade, de vergonha e autodepreciação constituem, segundo o autor, as alterações da autovaloração.

Como alterações da volição e da psicomotricidade, o mesmo autor apontou: tendência a permanecer na cama por todo o dia, aumento na latência entre perguntas e respostas, lentificação psicomotora, estupor hipertônico ou hipotônico, diminuição da fala, redução da voz, fala muito lentificada, mutismo e recusa à alimentação e à interação pessoal.

Kaplan e Sadock (1997) alertaram que esta condição clínica caracterizava-se pela perda do senso de controle e uma experiência subjetiva de grande sofrimento. E, se faz necessário observar que, além da diversidade de sintomas que podem se fazer presentes, conforme apontou Silva (2001), o indivíduo que vivencia um transtorno depressivo, muitas vezes, luta não só contra a angústia que ele provoca, mas também contra o preconceito, pois, em geral, não é visto como doente, e sim como fraco, chegando a limites como “ou é loucura ou é frescura” (SILVA, 2001, p. 14).

Souza, Fontana e Pinto (2005) consideraram que um dos aspectos que mais incomodam a pessoa deprimida seria a falta de compreensão e do entendimento mostrado por outras pessoas, que muitas vezes, sugerem a compra de um vestido novo, a busca por um namorado como estratégias, para afastar a depressão. Outras posturas podem ser sentidas como agressão ou dúvida da existência de sofrimento como falas onde preponderam a não aceitação da depressão como doença relacionando-a à falta de vontade da pessoa, falta de ocupação ou falta de esforço pessoal.

No que diz respeito à relação do paciente com ele mesmo e com a doença pode se tornar difícil lidar e interpretar os sintomas, aos quais, pode se passar a considerar como fraqueza de caráter, castigo de Deus, e até mesmo, ao não encontrar um nexo causal claro que lhe justifique motivos para o tipo de sintomas, se chegar a um sentimento de ingratidão em relação à vida, aumentando os níveis de culpa, já muito presentes neste quadro (SOUZA; FONTANA; PINTO, 2005).

1.1.2 Depressão: prevalência e custos

A depressão tem sido avaliada como o transtorno afetivo mais comum, com alta prevalência, possibilidade de recorrência e cronicidade (HORIMOTO; AYACHE; SOUZA, 2005; HEXSEL, 2004; FLECK, et al., 2003; DALGALARRONDO, 2000), que pode afligir parcela considerável da população, independente de sexo, idade ou etnia (SOUZA; FONTANA; PINTO, 2005).

A doença depressiva vem sendo apontada como um grave problema de saúde pública e relacionada à elevados custos sociais e risco de suicídio (HORIMOTO; AYACHE; SOUZA, 2005; HEXSEL, 2004; MACHADO, 2003). Souza; Fontana e Pinto (2005) situaram a depressão como o fator de maior prejuízo pessoal, funcional e social da atualidade. No dizer de Silva (2001, p. 18) a depressão "é apontada como uma das epidemias do século".

Segundo dados da OMS a depressão foi em 2001 a segunda doença mais comum na população do planeta acometendo cerca de 340 milhões de pessoas no mundo todo, havendo estimativa de que, entre 1990 e 2010, o número de pessoas sofrendo deste transtorno aumentaria de 20 para 35 milhões na América Latina e Caribe. Quanto aos anos de vida perdidos por morte prematura e por incapacidade, foi estimado que a depressão passasse do quarto lugar em 1990 para o segundo lugar em 2020, perdendo somente para as doenças do coração.

Em relação à incidência deste transtorno – número de novos casos de doença que surgem em uma população em risco de adoecer, em um determinado tempo – Lima (1999), afirmou que, em geral, eram escassos os dados de incidência de transtornos mentais. O autor, no mesmo ano, citou um estudo que verificou incidência anual de depressão maior nos Estados Unidos de 1,59%, e um estudo sueco que mostrou uma incidência anual de depressão de 0,43% em homens e 0,76% em mulheres.

Quanto à prevalência deste transtorno, Katon (2003) assinalou que a depressão era uma síndrome psiquiátrica de alta prevalência na população em geral, estimando que ela atingisse entre 3% e 5% desta. Em populações clínicas a incidência seria maior, sendo encontrada em 5% a 10% dos pacientes ambulatoriais e 9% a 16% dos pacientes internados.

Para o contexto nacional, Almeida - Filho et al. (1992) em um estudo multicêntrico verificaram taxa de prevalência de 2,8% na cidade de Brasília, 10,2% em Porto Alegre e 1,9% na cidade de São Paulo. Andrade et al. (1999) verificaram, na área de captação do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP (área geográfica 10,5 Km² e população de 91276 habitantes de

acordo com censo do IBGE de 1991), que 16,6% da amostra de 1464 pessoas, já haviam apresentado transtorno depressivo ao longo da vida e que 6,7% o haviam apresentado no ano anterior, tendo as mulheres, duas vezes mais chances que os homens de apresentar algum transtorno deste tipo. De acordo com Valentini et al. (2004), estimava-se que entre 2% e 12% dos indivíduos no Brasil apresentariam depressão no seu ciclo de vida.

Em relação ao gênero, as mulheres parecem estar mais propensas ao desenvolvimento da doença. Bahls (2000) salientou que o risco de depressão maior durante a vida, em amostras comunitárias, tem variado de 10 a 25% para as mulheres e de 5 a 12% para os homens. Fleck et al. (2003) consideraram que a depressão seria duas a três vezes mais freqüente em mulheres que em homens, mesmo considerando estudos realizados em diferentes países. Em possível explicação para esta variação referente ao gênero, Teng, Humes e Demétrio (2005) ressaltaram que além da contribuição de fatores socioculturais era inegável a importância de hormônios femininos como o estrógeno e a progesterona na gênese desta vulnerabilidade.

Já em relação às taxas de prevalência de depressão, encontradas no contexto primário de atenção à saúde, Valentini et al. (2004) afirmaram que os índices nacionais seriam mais altos neste contexto, verificando, em estudo conduzido no Rio de Janeiro em quinze centros de atenção primária uma prevalência de 29,5% para transtornos depressivos.

Entre pacientes hospitalizados em hospital geral, Tanajura et al. (2002) verificaram que a prevalência do transtorno depressivo foi de 51,5% entre pacientes clínicos, cirúrgicos e com neoplasias.

A respeito dos custos, Hexsel (2004) apresentou a depressão como uma doença situada na classe daquelas mais onerosas para a sociedade devido a sua alta prevalência e cronicidade, idade precoce de início e por muitas vezes, resultar em severa incapacitação, levando a um substancial impedimento na capacidade de cuidar de si e de atividades cotidianas, bem como a fatalidade do suicídio. Neste sentido o Relatório da OMS (2001) considerou, àquela época, a depressão como a maior causa de incapacitação para o trabalho, em relação ao número de dias perdidos, levando a um impacto socioeconômico muito alto. E Nunes (1990) estimou em 15% a proporção de pessoas deprimidas que realizam alguma conduta suicida.

O conhecimento da prevalência, dos custos pessoais, sociais e financeiros da depressão bem como da alusão de autores diversos que consideram a relevância do subdiagnóstico para esta patologia conduzem a observação do próximo item.

1.1.3 Depressão: diagnóstico

Todas as pessoas passam por momentos nos quais se sentem tristes, sozinhas, desamparadas ou infelizes, sem que isso se configure em um quadro de psicopatologia, podendo a pessoa estar experimentando um sentimento absolutamente compreensível. A depressão é uma doença e pode acometer qualquer pessoa, porém, é diferente de tristeza – "um sentimento que existe na vida psíquica de todos. Estar deprimido é mais do que se sentir triste ou de luto após uma perda" (MORENO, 1999).

Em detrimento da possível confusão referente à denominação "depressão", esta doença tem sido considerada como um grave problema de saúde pública, que ainda traz algumas dificuldades referentes ao seu diagnóstico e manejo, seja relativo à procura do paciente por tratamento, à precisão diagnóstica, a adequação da prescrição e a observação da mesma pelos pacientes.

Autores como Fleck et al., 2003; Souza, Fontana e Pinto, 2005; Tanajura et al., 2002; Valentini et al., 2004, sublinharam que, apesar da alta prevalência, dos altos custos sociais diante da incapacitação que pode produzir e do aumento das taxas de internações, esta doença pode estar sendo subdiagnosticada e também subtratada em cuidados primários e outros serviços médicos gerais. Entretanto, é delicada a questão da importância do diagnóstico e tratamento desta doença, haja vista a consideração de Robinson (2003) a respeito das evidências de que o tratamento antidepressivo pode prevenir episódios futuros, melhorar a recuperação e diminuir a mortalidade.

A este respeito, Fleck et al. (2003) verificaram, em revisão bibliográfica, que de 30% a 50% dos casos de depressão não foram diagnosticados em serviços de cuidados primários e outros serviços médicos gerais.

Teng, Humes e Demétrio (2005) ressaltaram a relevância do subdiagnóstico, salientando ainda, que, quando corretamente diagnosticada, a depressão seria, muitas vezes tratada de forma inadequada, com subdoses de medicamentos e manutenção de sintomas residuais que comprometem a evolução clínica do paciente.

Aos possíveis motivos para subdiagnóstico e subtratamento da depressão associou-se: a) preconceitos do paciente em relação ao diagnóstico de depressão - a idéia de que a depressão não é uma condição médica, sendo percebida como uma reação normal que não necessita de tratamento (TANAJURA et al., 2002; VALENTINI et al., 2004; SOUZA; FONTANA; PINTO, 2005), como um castigo, ou como fraqueza de caráter (SOUZA;

FONTANA; PINTO, 2005); b) descrença do paciente em relação ao tratamento (FLECK et al., 2003); c) fatores relacionados aos médicos, incluindo a "falta de treinamento, a falta de tempo, descrença em relação à efetividade do tratamento, reconhecimento apenas dos sintomas físicos da depressão, identificação dos sintomas de depressão como uma reação 'compreensível'" (FLECK et al., 2003, p.115), minimização do sofrimento alheio e tecnologização dos diagnósticos (SOUZA; FONTANA; PINTO, 2005).

A respeito destes fatores, pode-se acrescentar autores como Botega (1996 apud MACHADO, 2003) que destacou a presença de preconceitos sociais em relação à depressão e a tratamentos mentais como um fator a contribuir para o subdiagnóstico. E Manber et al. (2003) que salientaram que a maneira pela qual os indivíduos percebem suas doenças possui impacto em muitos aspectos de suas experiências, incluindo a probabilidade de procurar ajuda, a natureza particular da ajuda que pode ser procurada, o grau de aderência ao tratamento prescrito, e a probabilidade da resposta para tal tratamento.

Considerar que o subdiagnóstico pode se dar em importante escala, leva à inferência de que a prevalência deste transtorno na população brasileira seria aumentada caso diagnósticos mais precisos fossem realizados e, também à consideração de que o sofrimento causado pelos sintomas, a possível contaminação nas relações sociais e os altos custos devido à incapacitação continuam sendo questões que necessitam de solução.

1. 1. 4 Depressão: fatores causais.

De acordo com Meleiro (2005), a depressão apresenta uma etiologia multifatorial, na qual fatores genéticos, neuroquimícos e ambientais devem ser considerados em sua gênese. "A vulnerabilidade para a doença está associada com fatores genéticos, fatores ambientais, suporte social, trauma, adaptações no desenvolvimento e variações hormonais" (MELEIRO, 2005 p. 27).

Assim, a doença depressiva tem sido estudada sob vários enfoques. Lafer e Vallada Filho (1999); Lima, Samaia e Vallada Filho (2000) destacaram o componente genético da doença. Estudiosos como Lafer e Vallada-Filho, (1999); Meleiro (2005), e Rozenthal, Laks e Engelhardt (2004) destacaram a relevância do fator neuroquímico na fisiopatologia da depressão. Em relação aos fatores sociais relaciona-se o estresse psicossocial (KAPLAN; SADOCK, 1997; JOCA; PADOVAM; GUIMARÃES, 2003) e o relacionamento familiar e

grau de psicopatologia da família (GILL; COFFEY; PARK, 2000). O estado de saúde geral do indivíduo também poderia atuar como agente causal da doença depressiva conforme consideraram Teng, Humes e Demétrio (2005). Aspectos psicológicos também foram enfatizados na etiologia das doenças depressivas (ZAVASCHI et al., 2002; DALGALARRONDO, 2000). Entretanto, considerando que os fatores etiológicos da depressão não se constituem em objeto de estudo da presente pesquisa, optou-se apenas por esta breve referência, de forma a não ater-se na pormenorização dos mesmos.

1.1.5 Depressão: tratamentos

Este subtópico fará alusão aos tipos de tratamentos antidepressivos disponíveis já estudados e avaliados em relação a sua eficiência e efetividade no tratamento de portadores desta doença destacando o tratamento medicamentoso, ao qual será dado maior ênfase, por ser este o recorte utilizado para observação no presente estudo.

A terapêutica antidepressiva tende a comportar e propiciar cuidados que consideram a multiplicidade de fatores inter-relacionados ao processo depressivo. Conforme já salientado o tratamento deve considerar a complexidade do humano e, assim, prover medidas que compreendam a dimensão biológica, psicológica e social da pessoa que apresenta este quadro psicopatológico. Neste sentido, Souza (1999) afirmou que incluir as dimensões biológicas, psicológicas e sociais significaria que a terapêutica abrangeria tanto a psicoterapia, como mudanças no estilo de vida e a terapia farmacológica.

De forma inicial, destaca-se Souza (1999) que advertiu que o tratamento deve ser realizado com o paciente e não para o paciente. Esta compreensão vai ao encontro da hoje discutida participação do paciente no tratamento que inclui a escolha, mediante orientação profissional, da terapia a ser iniciada. A este respeito Fawcet (1995) ressaltou a importância de se discutir com o paciente, alternativas de tratamento para que este adira ao tratamento. Van Schark (2004) enfatizou a importância de se considerar a preferência dos pacientes por determinada terapêutica, mediante o provimento de informações e esclarecimentos, entendendo que esta preferência influenciaria na decisão por dar continuidade a determinado tratamento.

Encontram-se disponíveis, atualmente, diversos tipos de tratamento para depressão, que podem ser realizados em assistência ambulatorial e hospitalar. Entre as opções de

tratamento, de acordo com Silva (2001), podiam-se incluir os medicamentos (como os antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoaminoxidase, inibidores seletivos da recaptação de serotonina), as psicoterapias, e os exercícios dirigidos a eletroconvulsoterapia.

A estimulação magnética transcraniana é um recurso que também vem sendo utilizado com resultados positivos no tratamento da depressão (ROSA, 2003; BOECHAT-BARROS; BRASIL-NETO, 2004; FREGUENIL; PASCUAL-LEONI, 2001).

- **Psicoterapia**

Em consideração à concepção de que a depressão afeta a pessoa como um todo não se restringindo apenas ao aspecto físico e apreciando dados da literatura pertinente que concebem os aspectos da personalidade e problemas atuais ou passados como relacionados à depressão, a psicoterapia tem sido avaliada como importante estratégia no tratamento da depressão.

Fleck et al. (2003) afirmaram que estudos controlados mostraram que a psicoterapia cognitiva, a psicoterapia interpessoal e a psicoterapia de soluções de problemas foram efetivas no tratamento de episódios depressivos com intensidade leve ou moderada.

Gerson et al. (1999) analisando estudos que comparavam a eficácia da medicação antidepressiva em relação à psicoterapias, verificaram que existiam dados indicativos de que a psicoterapias comportamental – cognitivista, comportamental e psicodinâmica eram significativamente melhores que terapias placebo.

Gloaquen et al. (1998) verificaram, mediante meta-análise, que a terapia comportamental foi eficaz no tratamento de depressão moderada e que preveniu recaídas a longo prazo.

Mynors-Wallis et al. (2000) ao comparar a eficácia da terapia de solução de problemas aliada à medicação antidepressiva no manejo da depressão em cuidados primários, concluíram que a terapia de solução de problemas foi efetiva no tratamento de transtornos depressivos, especialmente naqueles de moderada severidade, no contexto de cuidados primários de saúde. Rozenthal, Laks e Engelhardt (2004) também verificaram que esta modalidade psicoterapêutica foi eficaz na redução dos sintomas depressivos e na melhora do desempenho em atividades da vida diária.

Wampold et al. (2002) realizaram revisão de estudos que comparavam a eficácia da terapia cognitiva com outras terapias e verificaram uma similaridade entre os resultados benéficos da terapia cognitiva e das outras terapias, não constatando a superioridade da

primeira em relação às outras, conforme achados referentes a outras meta-análises consideradas pelos autores.

Parece haver convergência de opiniões a respeito da complementaridade entre o tratamento farmacológico e psicoterapêutico para depressão. O que pode ser reforçado e reforçar a postura do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) português, ao afirmar que o tratamento de primeira linha para a maioria dos doentes com depressão consistia em medicação antidepressiva e psicoterapia (INFARMED, 2002).

Trevisan (2004) afirmou que havia demonstração científica de que a psicoterapia fosse um componente essencial na resposta terapêutica na depressão e que a abordagem combinada entre fármacos e psicoterapia se constituíam em prática comum e positiva, principalmente em pacientes com formas mais crônicas e complexas da doença.

Teng, Humes e Demétrio (2005) também, reafirmaram a utilidade da avaliação psicológica e psicoterapia para depressão em associação ao tratamento medicamentoso. De acordo com estes autores, a psicoterapia melhoraria a compreensão da doença podendo facilitar a adesão ao tratamento biológico proposto, tendo efeitos sobre o humor, promovendo melhora direta do ânimo e da vontade de viver.

- **Eletroconvulsoterapia (ECT)**

A eletroconvulsoterapia (ECT) foi considerada como excelente opção de tratamento, desde que, administrada de forma ética com anestesia, pessoal treinado e ambiente apropriado, especialmente no tratamento de depressões graves com risco de suicídio, com características psicóticas e em grávidas (SOUZA, 1999).

Segundo Rosa (2003), a eletroconvulsoterapia se constitui em método consagrado para o tratamento da depressão, sendo na atualidade, extremamente seguro e com mínimo de desconforto para o paciente.

Esta técnica foi aprimorada, com o desenvolvimento de aparelhos sofisticados, uso de anestesia, oxigenação, relaxamento muscular e monitorização eletrônica da convulsão, e, apesar, do estigma ainda existente, há o reconhecimento de que seja uma técnica eficaz e segura, capaz de salvar vidas em certos transtornos em que outras intervenções tiveram pouco ou nenhum efeito.

A ECT tem sido indicada como tratamento de primeira linha para quadros nos quais haja risco iminente de suicídio, desnutrição séria, presença de sintomas catatônicos, presença de sintomas psicóticos graves ou de extrema agitação e em situações em que outros

tratamentos são arriscados devido aos seus efeitos colaterais. Desta forma, a ECT tem sido considerada como o tratamento mais eficaz existente para os quadros de depressão grave, e, de acordo com Rosa (2003), ensaios clínicos e estudos comparativos demonstraram que ela é eficaz em todos os tipos de depressão maior.

Como possíveis fatores limitantes da abordagem estão a necessidade da indução anestésica e os efeitos colaterais comumente encontrados como cefaléia e alterações cognitivas, especialmente relativas à memória (ROSA, 2003).

- **Estimulação Magnética Transcraniana (EMT)**

A estimulação magnética transcraniana tem sido pesquisada no tratamento de transtornos depressivos, como tratamento único ou como tratamento coadjuvante para a potencialização da medicação antidepressiva (ROSA, 2003). E tem se mostrado útil como forma terapêutica para esta doença (BOECHAT-BARROS; BRASIL-NETO, 2004).

Segundo Boechat-Barros e Brasil-Neto (2004), a técnica utiliza um aparelho que produz um campo eletromagnético, rapidamente variável no tempo, o qual é conduzido por meio de uma bobina que entra em contato com o couro cabeludo da pessoa. Este campo magnético atravessa o crânio, estimulando uma área cortical próxima através da indução de cargas elétricas no parênquima cerebral. Estes estímulos são capazes de alterar a atividade neuronal e modificar o humor (ROSA, 2003).

De acordo com Rosa (2003), existem dois tipos principais de EMT, a Estimulação Simples (EMT) e a Estimulação repetitiva ou de repetição (EMTr), podendo esta última ser rápida (quando o estímulo tem uma freqüência maior que 1 HZ) ou lenta (freqüência até 1 HZ).

Em relação ao uso destes tipos de estimulação magnética, Boechat-Barros e Brasil-Neto (2004) afirmaram que, o uso da estimulação magnética de alta freqüência aumentava o fluxo sanguíneo cerebral na área, com conseqüente aumento da atividade cerebral, e que a de baixa freqüência, por seu turno, diminuía a freqüência cerebral.

A EMT pode atuar na depressão balanceando a assimetria inter-hemisférica entre o lobo pré-frontal esquerdo e direito, observada na depressão maior, podendo ser considerada um tratamento não-convulsivo para a depressão farmacologicamente resistente (FREGNIL; PASCUAL-LEONE, 2001).

Boechat-Barros e Brasil-Neto (2004) verificaram que a EMT aplicada duas vezes por semana, concomitante ao uso de medicação foi eficaz no tratamento para depressão.

Rosa (2003) comparando a eficácia da ECT com a EMTr, verificou que ambas tiveram eficácia semelhante e se mostraram benignas não havendo nenhum efeito cognitivo (na esfera intelectual ou na memória) importante e nenhuma complicação durantes as aplicações.

Como contra-indicações a esta intervenção, Rosa (2003) acentuou que pacientes que sofreram algum tipo de neurocirurgia e especialmente aqueles que tinham algum clipe metálico que pudesse desalojar ou aquecer e pacientes que portem algum aparelho biomédico como marca passo, devido ao risco de interferir no funcionamento do aparelho não devem se submeter ao procedimento.

- **Tratamento medicamentoso**

Desde 1950 consistentes evidências têm sido obtidas acerca da efetividade do tratamento farmacológico nas depressões. Os medicamentos antidepressivos têm reduzido a morbidade e melhorado o desfecho clínico de milhares de casos de depressão em todo o mundo (LIMA; SOUGEY; VALLADA-FILHO, 2004).

As medicações antidepressivas tem sido consideradas eficazes no tratamento de todos os graus da depressão, melhorando os sintomas ou eliminando-os (FLECK et al. 2003; MARQUES, 2000), auxiliando na manutenção e prevenção de recorrência; em qualquer ambiente de tratamento e em pacientes com ou sem doença física concomitante (MARQUES, 2000).

Os medicamentos antidepressivos podem ser classificados em: Tricíclicos (ADTs), inibidores da mono-amino-oxidase (IMAOs), inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) e inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina. Esta classificação, de acordo com Souza (1999), tem sido baseada no neurotransmissor / receptor envolvido em seu mecanismo de ação.

Os antidepressivos tricíclicos surgiram na década de 1940, sendo sintetizados a partir da cloropromazina, um antipsicótico, apresentando uma estrutura química com três anéis de onde deriva a designação de tricíclicos. Estas moléculas, eficazes no tratamento de várias perturbações depressivas do humor, inibem de forma não seletiva a recaptação da noradrenalina e da serotonina, além de interferirem com receptores para vários outros neurotransmissores (INFARMED, 2002). Têm sido o padrão-ouro de eficácia antidepressiva, porém são responsáveis por vários efeitos colaterais como: hipotensão ortostática, boca seca, tremores, constipação, taquicardia, diminuição da pressão arterial sistólica ao levantar, bem como, efeitos cognitivos, especialmente prejuízos na memória (SCALCO, 2002).

Os IMAOs, apesar de serem considerados eficazes como antidepressivos, têm uma difícil utilização clínica devido ao risco de crises hipertensivas quando a dieta adequada não é rigorosamente seguida, além de incômodos efeitos colaterais como hipotensão ortostática, diarréia, edema periférico, taquicardia e ansiedade.

Os ISRS estão incluídos entre os antidepressivos de 2ª geração representados pela fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina e sertralina, que apresentam como característica farmacológica principal, a inibição seletiva e potente da recaptação de serotonina (HORIMOTO; FONTÃO; PINTO, 2005). São geralmente bem tolerados e isentos de risco em cardiopatas. Seus efeitos adversos mais comuns resultam do próprio bloqueio da recaptação de serotonina: náuseas, vômitos, diarréia, insônia, ansiedade, agitação, acatisia, tremor, ganho de peso, a disfunção sexual e o distúrbio do sono cefaléia (SCALCO, 2002).

Outra classe mais recente de antidepressivos é a dos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e da Noradrenalina (venlafaxina) que também são desprovidos de afinidade para receptores, resultando de um esforço no sentido de aperfeiçoar cada vez mais a ação em sítios receptores determinantes da eficácia clínica, evitando aqueles responsáveis pelos efeitos colaterais, eles minimizam as reações adversas a nível do SNC e do aparelho cardiovascular.

Independente da classe onde se insiram, os antidepressivos produzem uma melhora dos sintomas, em torno de 60% a 70% no intervalo de um mês (SOUZA, 1999). Todas as classes de antidepressivos têm eficácia similar para a maioria dos pacientes deprimidos (FLECK et al., 2003; MARQUES, 2000; SOUZA, 1999), porém, há variação nos efeitos colaterais e potencial de interações com outras medicações, e estas variações devem ser observadas, assim como o risco de suicídio, a tolerabilidade, a presença de outros distúrbios clínicos, custos e danos cognitivos, na escolha do antidepressivo (FLECK et al., 2003; MARQUES, 2000; SOUZA, 1999).

Em relação ao tempo de resposta, Marques (2000) considerou que todas as classes de antidepressivos apresentam uma latência de duas a quatro semanas para resposta, sendo considerado como de longa duração o tratamento de pacientes deprimidos.

Zajecka (2000) apontou que muitos pacientes com depressão maior requeriam tratamentos de longo prazo e alguns necessitavam de tratamento por toda a vida. Sendo comum a denominação da depressão como doença crônica e recorrente (SOOD, 2000; CASSANO; FAVA, 2002; KELLER, et al., 2002; FLECK et al., 2003; SOUZA; FONTANA; PINTO, 2005).

Neste sentido, Linden et al. (2000) salientaram que a continuidade do tratamento seria recomendada por vários meses após a recuperação – a terapêutica de manutenção. As observações deste autor enfatizaram a importância de se esperar no mínimo de duas a quatro semanas antes de avaliar as respostas do tratamento, observando que muitos dos efeitos adversos iniciais podiam ser considerados, do ponto de vista médico, como problemas menores ou sintomas da doença depressiva que iriam desaparecer com o tempo. Para os autores, os manuais de terapia medicamentosa são unânimes em considerar que o tratamento deve ser continuado com a dose diária apropriada até a total recuperação, e após a mesma, deve ser continuado por pelo menos três a seis meses para prevenir recaídas.

De acordo com Souza (1999), a Associação Psiquiátrica Americana sugeria pelo menos 16 a 20 semanas com doses completas após a melhora ou remissão completa, e a OMS seis meses ou mais após a melhora. Estas medidas objetivaram dificultar a recorrência da doença. Segundo o autor, pacientes com episódio prévio de depressão apresentariam um risco 10 vezes maior de recorrência em relação a indivíduos que nunca apresentaram a doença. Este risco seria 14 a 18 vezes maior em relação àqueles pacientes que tiveram mais de um episódio prévio de depressão.

Desta forma, o risco da depressão aumentaria a cada episódio sendo que episódios subseqüentes teriam, freqüentemente, duração mais longa, seriam mais severos e menos responsivos a tratamento (ZAJECKA, 2000; KELLER et al., 2002).

Porém, como salientou Delgado (2000), a despeito dos benefícios oferecidos pelas novas medicações antidepressivas e dos extensos esforços que tem sido feitos para informar a população sobre o diagnóstico e tratamento da depressão, muitos pacientes não cumprem com as recomendações médicas.

Esta falha na observação das recomendações médicas esteve associada a uma maior probabilidade de retornar ao serviço de saúde por recaídas ou recorrência de depressão (SOOD, 2000).

De acordo com Souza (1999), a dosagem inadequada e a não adesão ao tratamento foram as principais causas de falha na resposta ao antidepressivo, sendo observada uma taxa de recaída de 50%, se o tratamento se deu de forma inadequada ou se nenhum tratamento foi realizado após a resposta inicial.

Assim, podemos refletir que apesar dos esforços direcionados a melhorar a qualidade dos antidepressivos tornando-os mais efetivos e bem tolerados pelos pacientes, a adesão ao tratamento medicamentoso para depressão ainda se constitui em entrave importante para o

sucesso do tratamento. Esta situação contribui para o prolongamento das limitações impostas pela doença, do sofrimento que acarreta e também do elevado custo social que representa.

Entendendo a adesão ao tratamento medicamentoso para depressão como importante fator para o sucesso do tratamento do paciente, e considerando que ela pode, muitas vezes, não acontecer, o próximo capítulo deste estudo tratará deste tema. Inicialmente serão feitas considerações gerais de forma a contextualizar a temática, conceituá-la e apresentar métodos utilizados para o estudo da adesão. Posteriormente serão considerados os fatores que a podem influenciar considerando-se contextos gerais de saúde, após o que se aludirá, ao panorama nacional e internacional a respeito da adesão a tratamentos psiquiátricos com ênfase nos depressivos encerrando-se por discutir fatores de risco à adesão ao tratamento para depressão e também as estratégias utilizadas para a minimização da não adesão nestes quadros.

1.2 Adesão à terapêutica

Concomitantemente às preocupações de profissionais e autoridades de saúde sobre o alto consumo de medicamentos, a não adesão ao tratamento medicamentoso tem tomado importância e tem sido incluída no rol de preocupações dos profissionais de saúde, juntamente a outros fatores que influem sobre o uso racional de recursos terapêuticos (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Este cuidado pode ser compreensível ao se avaliar as repercussões pessoais, sociais e financeiras que podem advir desta postura do paciente frente ao seu tratamento (SCHOU, 1997; COLOM; VIETA, 2002; DEMYTTENAERE, 2003).

Becker (1985 apud KOSEKI, 1997, p. 3) afirmou que a ausência de adesão dos doentes aos tratamentos interferia nos resultados do tratamento a nível pessoal e de saúde pública, podendo interromper ou diminuir os benefícios dos cuidados preventivos ou curativos e comprometer o relacionamento profissionais da saúde / pacientes, influenciando negativamente na opinião destes últimos sobre o atendimento recebido.

Rosa (1998) considerou que muitos dos insucessos terapêuticos tinham como base, não o erro diagnóstico ou erro no tratamento prescrito, mas sim a não adesão do paciente às recomendações médicas.

Marlebi, Savoia e Bernick (2000) consideraram que a adesão poderia ser pior em doenças crônicas, que exigem cuidado a longo prazo. Cramer e Rosenheck (1998) ao compararem, em estudos referentes ao tema, taxas de adesão ao tratamento psiquiátrico com

outras doenças não psiquiátricas, apontaram que a adesão ao tratamento de doenças psiquiátricas seria pior que em doenças físicas, porém observaram que a amplitude de métodos utilizados nos estudos, bem como os vieses inerentes a alguns deles podiam interferir nestes resultados.

A falta de adesão ao tratamento foi considerada como um fenômeno universal (LINGAM; SCOTT, 2002). A não adesão ao tratamento foi a causa mais freqüente de recaídas durante o tratamento de transtornos mentais, esteve associada a alto nível de suicídio (SCHOU, 1997), se constituindo num grave problema de saúde pública (LINGAM; SCOTT 2002).

Para avaliação e compreensão da adesão ao tratamento para depressão ou mesmo para doenças diversas se faz necessário o entendimento do que pode ser considerado como adesão e não adesão ao tratamento, bem como dos métodos utilizados para proceder a avaliações deste gênero, tomando ainda em consideração a presença de alguns fatores já consagrados na literatura como possíveis interferentes neste comportamento. Assim, este capítulo foi dividido em subitens que objetivam apreciar cada um dos aspectos acima relacionados, além de contemplar a literatura nacional sobre o tema e seus achados, para então, passar a discutir mais especificamente a adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão – recorte deste estudo.

1.2.1 Conceituação de adesão e não adesão à terapêutica.

Diversos autores consideraram que as definições e conceituações para os termos adesão e não adesão à terapêutica constituíam tarefas complexas, não havendo consenso para elas (GONÇALVES et al., 1999; MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000; LINGAM; SCOTT 2002; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; SILVA, 2005).

Lingam e Scott (2002) responsabilizaram à forma de visualização do paciente como ativo ou passivo no tratamento, como responsável pelas dificuldades com a terminologia. Os autores apontaram que os termos utilizados, geralmente, refletiam a compreensão que os autores possuíam sobre o papel dos atores no processo do tratamento.

De acordo com Leite e Vasconcelos (2003), na língua inglesa os termos mais utilizados eram *adherence* e *compliance*. Este último poderia ser traduzido como obediência,

o que suporia um papel passivo do paciente; enquanto o primeiro termo (*adherence*), mais indicado, identificaria uma escolha livre das pessoas de adotarem ou não certa recomendação.

Na língua francesa, conforme Rosa (1998), os termos "*adhesión*", "*observance*" e "*fidélité*" eram usados, sendo o último ("*fidélité*") considerado como muito adequado devido a conotação mais pessoal, como ênfase na idéia de que o tratamento seja algo no qual paciente coopera ativamente para seu próprio bem e se esforça por ser "fiel", apesar das dificuldades encontradas.

Em castelhano, ainda segundo Rosa (1998), "*cumplimiento*" seria o termo mais utilizado, tendo uma conotação ativa, porém com caráter de obrigatoriedade.

Na língua portuguesa, Milstein-Moscati et al. (2000) apontaram que a denominação "adesão" era também referida, no Brasil, como "aderência", "cumprimento", "observância", "cooperação". Segundo os autores, o termo "cumprimento" foi desestimulado pela conotação de obediência / desobediência, que sugeria uma relação de submissão do paciente ao médico. Segundo estes autores, o termo "adesão" seria o mais aceito por expressar compreensão e cooperação, subentendendo um comportamento ativo por parte do doente.

Jordan et al. (2000) avaliaram que o termo "adesão", em português, seria o mais adequado para o significado de concordância autônoma, no entanto, os autores afirmaram que o termo aderência era o mais difundido entre os profissionais de saúde e a mídia.

Em relação a similaridade entre os termos adesão e aderência recorre-se à elucidação de Silva (2005), que considerou haver uma característica clara no conceito sobre adesão / aderência. Em suas palavras estes conceitos seriam similares expressando:

> Posição ativa e atuação positiva do paciente, na qual ele faz a opção de tratar-se de forma adequada e obedecendo as prescrições médicas, tanto relativas a exames laboratoriais e pareceres, como a medicamentos prescritos, tomada da medicação nos horários determinados, leitura de informativos fornecidos, etc. (SILVA, 2005, p. 205).

Este estudo fez opção pelo termo 'adesão' por partilhar da concepção de que o doente ocupe, ou deva ocupar uma posição ativa em relação ao tratamento que a ele for proposto pelo profissional de referência.

Quanto aos conceitos utilizados e propostos na literatura científica, Milstein-Moscati et al. (2000) definiram adesão à terapêutica como a medida em que o comportamento do paciente coincidia com a prescrição médica, tanto no aspecto farmacológico quanto no comportamental, constituindo, assim, uma medida da adaptação do paciente ao programa terapêutico.

Nobre, Pierin e Mion Junior (2001) consideraram que “a definição tradicional de adesão referia-se à situação na qual o comportamento do paciente, avaliado pelo comparecimento às consultas marcadas, pelas tomadas das prescrições ou pelas mudanças de estilo de vida, correspondia ao conselho do médico ou de saúde” (p.38).

Leite e Vasconcellos (2003) apontaram a presença de variação destes conceitos entre diversos autores que pesquisaram em sua revisão bibliográfica e concluíram que “de forma geral a adesão era compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento” (LEITE; VASCONCELLOS, 2003, p.777).

Ainda neste sentido, Jordan et al. (2000) assinalaram que a grande maioria dos estudos tem considerado como aderência taxas iguais ou maiores de 80% do total de medicamentos prescritos, mas, salientaram que, muitas outras definições têm sido adotadas, conforme o tipo de estudo e de doença.

No intuito de ampliar a discussão sobre o fenômeno da adesão recorre-se a Silveira e Ribeiro (2005) que refletiram sobre o significado etimológico da palavra adesão descrevendo-a como “junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo” (p.95). Assim considerando, as autoras afirmaram que a adesão ao tratamento consistiria num processo multifatorial estruturado mediante uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado, que considera a freqüência, a constância e a perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Esta definição poderia mediar a reflexão que o vínculo entre profissional e paciente seria um fator estruturante e de consolidação do processo de adesão.

Pode-se observar convergência de opiniões entre os autores acima citados, havendo que se considerar que eles chamam a atenção para o fato da adesão não se restringir apenas ao tratamento medicamentoso, compreendendo também, outros fatores envolvidos no tratamento que foram orientados pelo profissional de saúde, o que resguarda a amplitude deste conceito.

A compreensão a respeito da multifatoriedade de fatores intrincados no processo de adesão, o entendimento de parceria entre as partes envolvidas no tratamento, a constância e a freqüência requeridas para consultas, tomada de medicação e outros comportamentos de saúde orientados e combinados com o doente, são considerados pela Pesquisadora como bases para conceituação da adesão, de forma que se concorda com as definições mais utilizadas na atualidade.

Em relação a oposição a estes aspectos relacionados ao conceito de adesão, tem-se a não adesão à terapêutica - *non compliance,* em inglês, que poderia ser definida como a

diferença entre as instruções recebidas do profissional de saúde e o padrão de comportamento do paciente. Tais recomendações poderiam consistir em tomar remédios, seguir dietas, mudar de estilo de vida, comparecer às consultas previamente marcadas e cumprir a freqüência e o horário das medicações (FERRÁN, 1989 apud MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000).

A *não-adesão* poderia decorrer da omissão de uma dose ou de administração de dose-extra ocasional, adesão parcial imprevisível ou de um padrão diferente do prescrito pelo médico (CRAMER; SCHEYER; MATTSON, 1990; JORDAN et al., 2000).

Ferrán (1989 apud MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000) diferencia a não adesão inteligente à terapêutica da não-adesão ignorante à terapêutica. No primeiro caso o paciente, conhecendo as circunstâncias relativas a sua enfermidade e tratamento, decidia sobre a conveniência de não seguir as instruções recomendadas, já na segunda situação o paciente não seguia as recomendações por não entender as instruções.

Blackwell (1976) caracterizou os erros na adesão à terapêutica medicamentosa em: erros de omissão – não tomar o que foi prescrito, erros de finalidade – tomar para razões erradas; erros de dosagem – em geral, tomar menos que o necessário; e erros na periodicidade ou seqüência das tomadas.

1.2. 2 Fatores que influenciam a adesão à terapêutica

Por que o paciente não realizou o tratamento orientado? Esta poderia ser a pergunta base dos profissionais em saúde ao perceberem sistemática ou assistematicamente que seus pacientes não realizam o tratamento da forma indicada por eles, ou mesmo que os indivíduos não usufruem de estratégias preventivas disponíveis em saúde.

A não adesão ao tratamento ou a comportamentos em saúde tem se tornado um fato cada vez mais preocupante para profissionais de saúde e autoridades afins, sendo concebido como universal e se inserindo como realidade em diversos tratamentos ou recursos preventivos de doenças. Aliado a isto, o reconhecimento da relevância da adesão à terapêutica como aspecto importante para o sucesso do tratamento, assim como, da complexidade do comportamento humano e especialmente do impacto da não adesão sobre o estado de saúde dos indivíduos e grupos, bem como sobre a economia, faz com que este tema seja de interesse para a saúde pública. Desta forma, alguns fatores gerais foram apontados na literatura, como importantes para a consideração e avaliação da adesão / não adesão à tratamentos.

Milstein-Moscati et al. (2000) ressaltaram que o comportamento de adesão à terapêutica estava condicionado a vários fatores psicossociais interligados, a considerar: fatores relacionados à enfermidade, ao paciente, a terapêutica ambiental e social, e a dinâmica da relação médico–paciente.

O fracasso da adesão poderia estar relacionado à não aquisição dos medicamentos prescritos, a erros nas dosagens, a erros na freqüência e horários da administração, a confusão na seqüência de vários medicamentos, a não administração de medicamentos por razões erradas e ao uso de medicamentos não prescritos pelo médico. Os autores consideraram ainda, que havia pacientes que deixavam de aderir a terapêutica voluntariamente, outros nem chegavam a comprar os medicamentos devido a condições financeiras e outros ainda que, por falta de compreensão, seguiam apenas parcialmente o tratamento.

Raschid (1982 apud MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000) considerou que a não adesão podia ocorrer por não haver, o paciente, compreendido o tratamento ou por ausência de adesão primária (refere-se à aquisição ou não dos medicamentos), ou secundária (refere-se ao comportamento do doente após a compra dos medicamentos) à prescrição.

Algumas razões para a não adesão à terapêutica ou baixa adesão, foram associadas à própria terapia, sendo que a baixa adesão tornava-se mais pronunciada quando o tratamento prescrito era complexo ou prolongado, ou quando havia efeitos colaterais desagradáveis (MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000; NOBRE; PIERIN; MION JÚNIOR, 2001).

Fawcet (1995) verificou que os fatores que podiam afetar a adesão de pacientes à medicação poderiam ser resumidos em cinco dimensões, quais sejam: a) características do paciente (ex: atitudes a respeito da doença e medicação, considerações sócio-econômicas, supervisão social); b) o *setting* do tratamento (cuidados primários / serviços especializados; pacientes internados / desospitalizados); c) características da medicação (efeitos colaterais, sensibilidade individual a efeitos adversos, regime medicamentoso simples / complexo); d) características clínicas da doença (cronicidade, exagerados sentimentos de culpa na depressão, abuso de drogas e comorbidade com ansiedade, desconfiabilidade na esquizofrenia); e) perícia do clínico (conhecimento de farmacologia, empatia, estilo do cuidado, sucesso na integração da farmacologia e psicoterapia).

Para Kurita e Pimenta (2003), características da terapia, peculiaridades do paciente, aspectos do relacionamento com a equipe profissional e variáveis sócio-econômicas tendiam a influenciar a adesão.

Leite e Vasconcellos (2003) analisaram trabalhos realizados sobre o tema adesão e consideraram a importância de algumas questões a serem apreciadas neste tipo de pesquisa. O

acesso à medicação, o número de medicação e efeitos colaterais, a percepção do paciente sobre a própria doença, o profissional de saúde (confiança depositada pelo paciente na equipe de saúde ou no médico particularmente), as atitudes do médico (linguagem, tempo dispensado para consulta, atendimento acolhedor, respeito com as verbalizações e questionamentos dos pacientes), e a motivação do paciente para o cumprimento da terapia, foram consideradas importantes.

Além destes fatores, Nobre, Pierin e Mion Júnior (2001) ressaltaram como de grande influência no processo de adesão a cronicidade da doença, a ausência de sintomas específicos, bem como complicações a longo prazo.

Considerando a adesão a tratamentos como um importante possibilitador de melhora ou cura e contrastando com achados que conferem à falta de adesão um *status* fenômeno universal, pesquisadores se empenharam em verificar, através de estudos sistematizados, fatores relacionados a adesão à terapêuticas ou a comportamentos em saúde diversos. O próximo subitem deste capítulo tem por intenção realizar uma breve apresentação a respeito dos métodos de pesquisa utilizados para a mensuração e compreensão da adesão à terapêutica.

1.2. 3 Métodos de avaliação da adesão a tratamentos.

Milstein-Moscati et al. (2000) remontam o interesse pela adesão à terapêutica a Hipócrates na Grécia antiga, que já recomendava desconfiar dos doentes, por estes freqüentemente mentirem sobre a tomada dos medicamentos prescritos.

Para contextualizar a idéia de adesão a épocas recentes, os autores apontaram que na década de sessenta, com o desenvolvimento de diversos métodos e instrumentos para medir a adesão, houve um grande avanço nas pesquisas cientificas nessa área que, além de avaliarem o grau de adesão à terapêutica, tornaram possível estudar os fatores que contribuíam para seu fracasso, destacando-se entre eles os fatores relacionados à doença, às características sociodemográficas do paciente, ao local e ao tipo de consulta médica, ao tipo de regime terapêutico e à relação médico-paciente.

Considerando a importância e a necessidade desta avaliação, métodos apropriados foram concebidos e aplicados para estudo deste importante comportamento de pacientes nas mais variadas patologias.

Os métodos de estudo e avaliação de adesão a tratamentos poderiam se subdivididos em diretos e indiretos, conforme assinalaram Milstein-Moscati et al. (2000); Nobre, Pierin e Mion Junior (2001); Jordan et al. (2000).

1.2.3.1 Métodos diretos

Os métodos diretos "são métodos que procuram confirmar se realmente houve a ingestão do medicamento" (Nobre; Pierin; Mion Junior, 2001, p. 44).

A principal forma de avaliação direta seria **detecção da droga** que visa verificar se houve uso da medicação, e até pode dar uma boa idéia da dosagem que foi utilizada, através da urina, sangue ou saliva do indivíduo. Como técnicas utilizadas para esta detecção apontaram:

As **técnicas analíticas** são empregadas para determinar a concentração de medicamento ou metabólitos nos fluidos biológicos (sangue e urina). Os níveis plasmáticos dos medicamentos ou de seus metabólicos podem auxiliar a verificar se o paciente estaria realmente tomando as doses prescritas, e também detectar se os toma regularmente.

Dentre as técnicas analíticas disponíveis, há as que permitem dosar certos medicamentos que são excretados na urina, especialmente fenotiazina, antidepressivos tricíclicos, hidroclorotiazida, metildopa e propanolol (TAYLOR, 1978 apud MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000).

O **uso de marcadores químicos**, técnica passível de ser utilizada quando não seja possível detectar a concentração dos medicamentos nos fluidos biológicos por técnicas analíticas. Os marcadores deveriam ser administrados, em baixa dosagem, junto com os medicamentos. Apesar das críticas, devido à baixa permanência dos marcadores no organismo, tiveram o mérito de demonstrar como a contagem convencional de comprimidos superestimava a adesão dos pacientes à terapêutica.

Em relação à propriedade das técnicas, Rosa (1998) considerou o teste da urina como uma técnica prática, especialmente porque esta é a principal via de excreção da maioria das drogas e por sua coleta ser relativamente simples. Segundo o autor, a análise da urina pode determinar se houve a ingestão da medicação testando diretamente a droga, um derivado dela ou agentes acrescentados à ela para detecção.

A detecção no sangue foi apontada como um procedimento um pouco mais trabalhoso e invasivo, porém, que fornecia uma melhor quantificação da concentração plasmática da medicação (ROSA, 1998; GEORGE et al., 2000). Apesar de confiável, esta técnica apresenta a limitação principal de que uma detecção negativa sugere fortemente falha na adesão, mas uma detecção positiva não representa necessariamente boa adesão, haja vista que, o sujeito pode manipular os resultados usando a medicação apenas antes da realização dos exames.

Uma outra limitação do uso de marcadores seria que pacientes psiquiátricos poderiam ficar desconfiados com exames repetidos de urina ou sangue sem explicação e, caso houvesse explicação, esta poderia levar a uma adesão enganosa, com o paciente tomando a medicação por medo de ser descoberto, o que falseia as taxas em pesquisas que pretendem avaliar o grau de adesão de determinada população. O paciente pode também entender que haja desconfiança sobre o que ele diz, e isso pode ser desastroso para a relação médico-paciente (ROSA, 1998).

1.2.3.2 Métodos indiretos

São chamados indiretos devido às formas de avaliação utilizadas, as quais não podem confirmar que o paciente tenha realmente tomado a medicação. Incluem contagem de medicamentos, avaliação do efeito farmacológico, relatório do paciente, entrevistas, monitorização eletrônica da medicação.

A **contagem de pílulas** é uma técnica relativamente simples e prática de avaliação do grau de adesão ao tratamento. Consiste inicialmente em verificar a diferença entre o número de medicamentos fornecidos ao paciente e o número em seu poder na consulta posterior ou por ocasião da visita domiciliar. Porém, desconfia-se de sua fidedignidade pois o paciente pode eliminar as doses que não foram utilizadas, de forma que a taxa de erro referente a este método pode ser grande, pois não há garantia de que o que saiu do frasco tenha sido tomado. Neste sentido, Porter (1969 apud ROSA, 1998, p.14) relatou que três dos dezenove pacientes que tomavam Imipramina tinham contagem de pílula correta, mas testes urinários negativos.

Alguns estudos utilizam um dispositivo para acondicionar o medicamento que registra os intervalos de retirada das doses, porém mesmo assim, ainda há a possibilidade de retirada da dose e não ingestão da mesma (MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000).

As principais desvantagens deste tipo de método de avaliação são deixar claro para os sujeitos que se está controlando quanto está sendo tomado, e isso pode ser uma fonte de erro, criando dificuldades para pessoas com sintomas paranóides que poderão se sentir controladas e quando não se está testando um único tipo de medicação (ROSA, 1998).

A **avaliação do efeito farmacológico** esperado é segundo Milstein-Moscati et al. (2000), um método que consiste em medir efeitos farmacológicos característicos e efeitos secundários de certos medicamentos que também podem dar indicação de estar aderindo ao tratamento.

A **monitorização eletrônica da medicação** no número de tomadas foi considerada por Milstein-Moscati et al. (2000) como o método mais moderno de avaliação de adesão ao tratamento, sendo muito oneroso e requerendo o uso de frascos especiais que tenham um microprocessador na tampa. O processo baseia-se na memorização de cada abertura e fechamento da tampa como uma tomada de medicamento e uma das grandes falhas é a impossibilidade de detectar se houve a ingestão da pílula, a tomada de uma dose excessiva ou quando ocorre a ingestão de varias pílulas de uma só vez.

Relato do paciente o relatório do paciente é um método simples, que objetiva avaliar o grau de adesão pelo que o paciente diz. Está sujeito a erros, sendo alta a probabilidade de o paciente superestimar o número de comprimidos tomados (NOBRE; PIERIN; MION JÚNIOR, 2001).

As **entrevistas** constituem o método mais comum e simples para avaliar a adesão à terapêutica, sendo o procedimento mais viável e talvez de maior utilidade em saúde pública. Considerando que para evitar o fenômeno "respostas esperadas", importante viés neste tipo de método, é importante levar em conta a forma como as questões são apresentadas, bem como o entrevistador e o local onde ela é realizada (MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000).

Em relação a eficácia dos métodos acima apresentados, utilizados na quantificação da adesão a tratamentos, Jordan et al. (2001) assinalaram que os relatos de pacientes tendem a superestimar a adesão, porque parte dos pacientes não é fiel à realidade quando questionados sobre os medicamentos tomados. Os métodos de contagem de pílula também não garantem a fidedignidade: comprimidos podem ser descartados e até os *chips* podem ser manipulados. Os marcadores biológicos e as dosagens de metabólitos das drogas nem sempre estão disponíveis ou podem ser considerados como de valor preditivo de adesão. Os autores concluíram que, devido a essas dificuldades, os questionamentos diretos aos pacientes, muito utilizados, podem, quando bem conduzidos, consistirem em bons indicadores da aderência real. A este respeito, DiMatteo et al. (2000) afirmaram haverem aumentado a acurácia do auto-relato

através da promoção de uma relação colaborativa entre paciente e pesquisador e da confidencialidade dos dados.

Autores como DiMatteo et al. (2000) e Milstein-Moscatie et al. (2000) ponderaram que nenhum método fosse perfeito e que, considerando as limitações presentes em cada um deles, seria importante uma combinação entre os mesmos a ser determinada pelo objeto de estudo e a disponibilidade de recursos para a investigação.

De forma a contextualizar estes métodos em investigações com pacientes com depressão, George et al. (2000) avaliaram vantagens e desvantagens da utilização de quatro métodos para estudo da adesão ao tratamento antidepressivo, a saber: o monitoramento eletrônico da medicação, auto-relato, contagem de medicação e concentração de drogas no plasma sanguíneo. Os autores verificaram: a) o monitoramento eletrônico foi a técnica mais informativa permitindo a identificação precisa de abertura do frasco, a demonstração de folgas no uso da medicação e a interrupção antecipada da terapia; b) o método de contagem de medicamento teve uma correlação significativa com a avaliação através do monitoramento eletrônico, porém, para alguns participantes o número de comprimidos retirados foi muito maior que o indicado pela abertura do frasco; c) o auto-relato provou ser uma técnica útil para avaliação da adesão a terapia antidepressiva; d) houve menor colaboração dos pacientes para realização de exames sanguíneos sendo este método - da mensuração de concentração de droga no plasma - considerado como o menos satisfatório para avaliação da adesão no setting de clínica geral.

Sarmento (2000) ao realizar revisão da literatura nacional e internacional sobre adesão a tratamentos de saúde, asseverou que existiriam duas vertentes para a investigação sobre adesão. A primeira, relacionada com o uso destes métodos acima considerados, reconheceria a adesão como um fator modulador dos resultados terapêuticos, tendo como principal objeto o estudo da adesão à terapêutica medicamentosa, o que favoreceria a determinação da prevalência da adesão a diversas terapias. A identificação de fatores que influenciam a adesão também foi considerada como um tema importante desta vertente.

A segunda vertente considerada por tal pesquisadora foi distinguida por estudar a adesão através de teorias e modelos que procuram especificar e esclarecer efeitos diretos e mediados entre fatores influentes na adesão e não adesão de forma a objetivarem explicar e predizer comportamentos de saúde. Nesta vertente, a autora considerou que a adesão seria entendida como um comportamento de saúde e, portanto, sua implicação científica seria mais ampla em relação à primeira, considerada como mais descritiva. Os modelos mais freqüentemente utilizados seriam, segundo a autora, o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), a

Teoria da Ação Racional, a Teoria da Aprendizagem Social e o Modelo Transteórico. Ressalta-se que estes modelos serão apenas brevemente explanados no presente trabalho, pelo fato de não compreenderem o recorte estabelecido para este estudo.

O **Modelo de Crenças em Saúde** (MCS), segundo Sarmento (2000), tem sido o mais utilizado em pesquisas sobre o comportamento de saúde. Através dele se procura explicar a mudança, manutenção de comportamentos, bem como resultados de intervenções.

Este Modelo foi composto por quatro dimensões e, segundo Dela Coleta (2004), estas dimensões poderiam ser assim descritas:

- Susceptibilidade percebida: consiste na percepção subjetiva do risco pessoal de contrair uma doença;
- Severidade ou Seriedade percebida: gravidade ou seriedade da doença, avaliada pelo grau de perturbação emocional criada ao pensar na doença e ou pelos tipos de conseqüência que ela pode acarretar;
- Benefícios percebidos: crença na efetividade da ação e percepção de conseqüência positiva;
- Barreiras percebidas: os aspectos negativos da ação são avaliados em uma análise do tipo custo - beneficio. Acreditar que determinada ação é inconveniente, desagradável, dolorosa, cara, despende de tempo são aspectos negativos da ação de saúde e servem como barreiras à adoção dela e geram conflitos no individuo.

Como modelo explicativo do processo de adesão à tratamento, o MCS propõe que para se envolver em um comportamento de saúde, o indivíduo necessita acreditar que ele é pessoalmente suscetível àquela doença; que a doença tenha, pelo menos, moderada seriedade; e que tomando uma ação particular, esta deveria lhe ser benéfica, reduzindo sua suscetibilidade, ou em caso de doença instalada, reduzindo sua seriedade (SARMENTO, 2000; DELA COLETA, 2004).

O **Modelo Transteórico** (MTT), foi proposto por Prochaska e Di Clemente na década de 80 como resultado de uma análise comparativa das principais teorias de psicoterapia e mudança de comportamento. Estes autores objetivavam integrar processos e princípios de mudança que fossem transversais a estas teorias - motivo da denominação (SARMENTO, 2000).

Segundo Oliveira (2003), este modelo baseia-se na premissa de que a mudança comportamental é um processo e que as pessoas têm diversos níveis de motivação, de

prontidão para mudar. Os estágios compreendidos no processo de mudança corresponderiam a:

• Pré-contemplação – estágio no qual não há intenção de mudança. Indivíduos neste estágio não demonstram consciência de seus problemas, ainda que, pessoas próximas identifiquem claramente os problemas e, muitas vezes, sugiram alguma forma de cuidado.

• Contemplação – os sujeitos estão conscientes de que existe um problema, pensam no problema, e há intenção de agir.

• Determinação ou Preparação – é um estágio que combina a intenção e a conduta, a pessoa pretende agir já tendo dado alguns passos nesta direção.

• Ação – a pessoa escolhe uma estratégia de mudança e a persegue, um novo comportamento se produz.

• Manutenção – estágio no qual se trabalha a prevenção à recaída e a consolidação dos ganhos obtidos durante a ação. É um estado dinâmico entendido como a continuação do novo comportamento para a mudança, que demora algum tempo para estabelecer.

De acordo com Sarmento (2000), entre os resultados mais importantes proveniente da aplicação do MTT na América do Norte, está um padrão de distribuição de estágios de mudança que se repete em detrimento do comportamento de saúde em questão. Tal padrão indica que parar de fumar, usar preservativos ou aderir a tratamentos medicamentosos, é de se esperar que 40% da população encontre-se no estágio de pré-contemplação, outros 40% no estágio de contemplação e 20% em preparação para a ação.

Para a saúde pública, considerar o estágio em que se encontra o indivíduo pode subsidiar estratégias preventivas mais adequadas para acesso e sensibilização à mudança (SARMENTO, 2000).

A **Teoria da Ação Racional** (TAR), também considerada por Sarmento (2000) como um modelo utilizado para estudos de adesão à tratamentos, foi desenvolvida por Ajsen e Fishbein em 1967. O nome origina-se, segundo D'Amorim (2004), no pressuposto de que na maior parte dos casos, as pessoas agem de modo racional e voluntário, processando implícita ou explicitamente as informações disponíveis, utilizando-as como insumo para suas decisões comportamentais.

Segundo Rheiner (1995 apud SARMENTO, 2000 p. 40), "os pressupostos básicos desta teoria são: a) assunção de que os seres humanos são racionais e fazem uso sistemático das informações disponíveis quando tomam decisões; b) comportamentos socialmente relevantes estão sob controle voluntário; c) a previsão do comportamento é uma função da

intenção, que é determinada pelas atitudes pessoais diante do desempenho do comportamento e percepção pessoal das expectativas sociais sobre o desempenho do comportamento".

Sarmento (2000) avaliou como limite principal referente a esta teoria a não explicação de comportamentos que não estejam sobre controle volitivo – a maior parte do comportamento humano, inclusive os comportamentos orientados à saúde, o que confere ao modelo uma excessiva racionalidade.

De acordo com Sarmento (2000), a **Teoria da Aprendizagem Social** - e seu ensejo ao desdobramento de diferentes correntes de teoria e pesquisa como o *Locus* de Controle em Saúde e a Teoria Cognitiva Social e seu conceito de auto-eficácia – seria um outro modelo a contribuir no estudo da adesão.

Dela Coleta (2004) afirmou que em decorrência de aprendizagem social, as pessoas adquiriam uma percepção relativamente estável sobre a fonte de origem e controle das ocorrências que vivenciam ("*locus* de controle").

De acordo com Sarmento (2000), o *locus* de controle havia gerado muitas pesquisas no âmbito de comportamentos em saúde e que uma importante constatação destes estudos foi que "conceder às pessoas controle sobre a própria vida melhoraria os resultados de saúde".

Segundo Sarmento (2000), Albert Bandura teria realizado desenvolvimentos teóricos como desdobramento da Teoria da Aprendizagem Social ao considerar uma modalidade de aprendizagem baseada em imitação e observação de reforços a comportamentos de terceiros – reforçamento vicariante – ultrapassando, assim, a idéia de que a ocorrência de reforços diretos seria condição necessária à aprendizagem. Esta versão da Teoria da Aprendizagem Social foi chamada por Bandura de Teoria Cognitiva Social (TCS).

O conceito de auto-eficácia, proposto por Bandura em 1977, inserido na TCS, seria o mais usado para explicar a adesão, por discriminar mecanismos psicológicos atuantes na aquisição e manutenção de comportamentos de saúde (DEMARBRE, 1994 apud SARMENTO, 2000, p.45).

A auto-eficácia percebida (AE) pode ser definida como a crença do indivíduo de que ele possa executar um comportamento específico ou uma tarefa. Desta forma, a AE se refere a julgamentos pessoais a respeito das próprias capacidades de performance em uma dada atividade (SILVA, 2004).

Sarmento (2000) afirmou que além das expectativas relativas à própria capacidade (juízos de eficácia), este conceito abrangeria as expectativas em relação às conseqüências do referido comportamento (juízos de resultado), incluindo ainda, uma referência ao ambiente

social imediato contemplado nos juízos de eficácia integrativa (juízos que os indivíduos emitem sobre a eficácia dos demais).

A autora chama atenção ainda, para o papel atribuído à influência do ambiente sobre o comportamento na TCS. Ressalta que esta influência estaria colocada na perspectiva do determinismo recíproco que reconhece o comportamento como um fenômeno dinâmico, a depender de aspectos do ambiente e da pessoa, e a influência mútua entre estes três elementos: comportamento – ambiente – pessoa.

Segundo a autora intervenções sobre comportamentos de saúde baseadas nesta teoria têm consolidado suas assunções críticas em ações de prevenção e promoção à saúde que se endereçam ao indivíduo ao mesmo tempo em que compreendem o ambiente onde ele está inserido, com vistas à implementação de mudanças que atuem como suporte à mudança do comportamento individual.

As críticas a respeito de intervenções embasadas na TCS se referem, segundo a autora citada, ao fato da mudança pretendida nem sempre ocorrer. Sarmento comentou ainda, que esta crítica se aplica extensivamente a todos os modelos considerados para o estudo da adesão, bem como a outras intervenções em saúde produzidas a partir de outras referências.

Os métodos considerados para avaliação da adesão, conforme descrição apresentada, são utilizados com vistas a conferir e quantificar a adesão à tratamentos e a predizer e ampliar a compreensão da adesão a um comportamento de saúde, de forma que, se revela intrínseca ao pressupostos considerados em cada um a importância e necessidade de se compreender motivos que podem levar à indesejável não adesão à terapêutica, reconhecendo seu impacto sobre o estado de saúde de indivíduos e grupos e sua relevância como tema de interesse para saúde pública. Assim considerando, observa-se que o presente estudo não se utilizou de modelo explicativo ou preditor da adesão de forma a atender a objetivos exploratórios da questão de estudo, verificando junto a pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento antidepressivo quais seriam os fatores percebidos por eles como auxiliares ou prejudiciais à adesão.

1.2.4 Estudos nacionais contemplando o tema adesão ao tratamento

Diante da já mencionada escassez de dados nacionais a respeito da temática do presente estudo e considerando que a literatura encontrada sobre adesão/não adesão a outros

tratamentos já se encontra mais explorada cientificamente e tenha contribuído efetivamente no embasamento de reflexões que auxiliaram na construção deste estudo, julgou-se importante considerar alguns achados literários a este respeito no âmbito nacional.

Como apontado por Leite e Vasconcellos (2003) o tema – adesão – conta com vasta literatura, que foca especialmente a adesão ao tratamento de uma determinada enfermidade, como nos casos de Aids, tuberculose e hipertensão, ou em determinados grupos populacionais como de crianças e idosos.

Em relação a terapêuticas, pôde-se observar através da consulta a literatura realizada para o estudo, que a maior parte das pesquisas focalizaram a terapêutica medicamentosa, e as principais doenças estudadas foram a tuberculose, a AIDS e a hipertensão.

A tuberculose, doença infecciosa que tende à cronicidade conta com altas taxas de incidência e pode levar à morte, possui medidas de tratamento consideradas eficazes, entretanto, a não adesão ao tratamento foi considerada um dos principais problemas em relação à terapêutica desta enfermidade. Diante desta realidade, alguns estudiosos se propuseram a ampliar o conhecimento sobre a adesão ao tratamento para tuberculose.

Costa et al. (1998) objetivaram quantificar a não-aderência ao tratamento da tuberculose e identificar fatores de risco para a não-adesão em pacientes residentes na zona urbana da cidade de Pelotas. O não-comparecimento à unidade de saúde para retirada dos medicamentos por mais de trinta dias foi categorizado como não-adesão. Os autores verificaram que quanto pior a inserção de classe, maior o risco relativo para a não-adesão ao tratamento, observando-se também um risco maior entre os casos não alfabetizados. As pessoas acima de cinqüenta anos, os homens, e as pessoas classificadas como não brancas apresentavam um risco relativo dobrado para não-adesão ao tratamento, segundo dados verificados por estes autores.

Gonçalves et al. (1999) avaliando as razões pelas quais os pacientes tuberculosos não terminavam seus tratamentos, mediante a consideração da existência de conexões entre sua fase de vida e do gênero, verificaram que homens mais jovens, solteiros e os separados, teriam aparentemente, uma preocupação mais diluída sobre a doença e aderiam menos às recomendações médicas. Por outro lado, verificaram que, de modo geral, mulheres casadas aderiam melhor à terapêutica, ingeriam mais regularmente os medicamentos e faziam os exames mensalmente, mais do que as solteiras e os homens solteiros e separados, este comportamento foi semelhante ao observado com os homens casados. Referente a estes dados os autores ressaltaram que características sociais atribuídas aos gêneros estavam por trás de uma série de comportamentos que afetavam diretamente a forma como os pacientes lidavam

com seu tratamento, seu corpo, com o fato de estarem doentes e conviverem socialmente. O momento de vida em que cada paciente se encontra pode desencadear relações e atitudes que, por vezes, favorecem mais a não adesão ao tratamento do que a cura.

Ribeiro et al. (2000) verificaram que pacientes tuberculosos do sexo masculino abandonaram mais o tratamento que os do sexo feminino; alcoólatras, tabagistas e usuários de drogas ilícitas abandonaram o tratamento com maior freqüência; e que fatores de ordem sócio–culturais como o estigma da tuberculose, analfabetismo, a não aceitação da doença e o fato de considerar-se curado antes da cura efetiva, o não apoio de familiares no tratamento e até o desconhecimento destes em relação à enfermidade do familiar podiam atrapalhar o tratamento.

Em relação a adesão a tratamentos destinados a pacientes com HIV/AIDS, doença na qual a adesão ao tratamento pode estar diminuída, implicando em severas conseqüências para o paciente destaca-se os estudos a seguir:

Nemes (2000) assinalou a existência de alguns fatores socioeconômicos de risco para a não adesão a terapia antiretroviral, quais sejam: escolaridade menor que quatro anos e ausência de renda pessoal, independentemente da combinação de antiretrovirais utilizada, do tipo de unidade de saúde e de faltas ao seguimento médico. Segundo a autora, houve uma associação significativa entre não aderência e histórico de faltas às consultas médicas, unidade de saúde, renda pessoal (trabalho) e escolaridade, além de constatar que era grande o número de não aderência entre pacientes no início do tratamento.

Jordan et al. (2000) destacaram que fatores relacionados: à doença (como a sintomatologia); ao tipo de tratamento (o tempo de tratamento, a complexidade do regime terapêutico e os efeitos colaterais); à pessoa (perfil sócio econômico e uso de drogas); e também fatores ligados ao serviço de saúde (como a relação médico-paciente e a acessibilidade ao tratamento) estariam relacionados com a adesão à terapêutica antiretroviral.

Figueiredo et al. (2001) verificaram que fatores como a quantidade de medicamentos, as reações adversas, a necessidade de períodos de jejum, e a incompatibilidade entre as drogas, dificultaram a adesão terapêutica antiretroviral, de pacientes soropositivos para HIV / AIDS em tratamento ambulatorial no HC da Universidade Estadual de Campinas. Consideraram, ainda, a atenção individualizada como a grande aliada da melhora da adesão, e a relação enfermeira - paciente a sua ferramenta mais importante para sua efetivação, ressaltando a confiança como elemento chave desta relação.

A hipertensão arterial também parece sofrer com a pobre adesão à terapêutica de forma a merecer a atenção de pesquisadores brasileiros. Os seguintes estudos se referem a fatores associados à não adesão ao tratamento anti-hipertensivo:

Nobre, Pierin e Mion Júnior (2001) afirmaram que idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças em saúde deveriam ser considerados na avaliação da adesão ao tratamento por parte da pessoa hipertensa. Estes autores consideraram ainda a importância da relação do paciente com o médico e equipe de saúde e de sua participação ativa nas decisões referentes ao tratamento, que deveria evitar, preferencialmente, esquemas terapêuticos com várias drogas.

Além das dificuldades financeiras, efeitos adversos da medicação, dificuldades de acesso ao sistema de saúde e dificuldades na relação médico-paciente, Busnello et al. (2001) verificaram que a inexistência de sintomas, o tabagismo, a baixa escolaridade e pacientes com diagnóstico recente, tendiam a ser menos aderentes ao tratamento da hipertensão arterial.

Duarte (2001) ao estudar motivos para o abandono ao tratamento para hipertensão, verificou que a ausência de sintomas, normalização da pressão arterial, consumo de álcool, a presença de efeitos colaterais, a falta de informação sobre o uso correto da medicação, assim como as dificuldades referentes ao próprio serviço de saúde (tempo de espera, dificuldade para marcar consultas, dificuldades na relação médico-paciente), estiveram presentes como motivos para a não adesão a este tipo de tratamento.

Lessa e Fonseca (1997) verificaram que a freqüência de adesão às consultas e no tratamento foi significativamente menor nos pacientes negros em relação aos pardos e brancos.

Peres, Magna e Viana (2003) ressaltaram que um sistema de crenças distorcidas em relação à doença hipertensiva associado a um conhecimento parcial sobre diversos aspectos desta doença, ocasionaria grandes possibilidades de práticas distorcidas de controle da doença.

A adesão à terapêutica na população infantil foi estudada por Sano, Masotti e Santos (2002) que objetivaram estabelecer a relação entre o nível de compreensão da prescrição pediátrica pela mãe ou outro acompanhante e os possíveis fatores causais da não-adesão ao tratamento. Verificaram que pacientes insatisfeitos com as orientações recebidas e com dúvidas no tratamento, após consulta médica em serviço de emergência, foram os mais propensos a não obter os medicamentos prescritos e a não aderir ao tratamento proposto. Os autores apontaram ainda, que a adesão do paciente ao tratamento proposto aumentaria de 5% para 51% com as seguintes atitudes: reforço verbal das orientações médicas, discussão sobre

como administrar e armazenar a medicação e especificação do horário/esquema de administração.

Kurita e Pimenta (2003) realizaram estudo com pacientes portadores de dor crônica com objetivos de identificar a prevalência da adesão plena, parcial e não adesão ao tratamento medicamentoso nestes pacientes; analisar as relações entre adesão plena, parcial e não adesão a características do tratamento, características da dor, variáveis demográficas e fatores psicossociais (crenças frente à dor, locus de controle da saúde e depressão). Constataram que a adesão plena ocorreu entre 43,3% e 56,7% dos pacientes; adesão parcial e não adesão foram altas (40,0%-56,7%) tendo relacionado menor adesão à ocorrência de efeitos colaterais e às crenças de que o controle da saúde dependeria de si próprio. Observaram ainda, que quanto maior a crença de incapacidade e dano físico, menor a adesão e quanto maior a crença na solicitude menor a adesão.

1.2.5 A adesão a tratamentos psiquiátricos: cenário nacional e internacional.

No cenário nacional também não é vasta a literatura a respeito da adesão e não adesão à tratamentos de doenças psiquiátricas em geral. Vilela e Costa (1991) objetivando demonstrar a importância da adesão à terapêutica medicamentosa em pacientes psiquiátricos, realizaram uma revisão bibliográfica focalizando principalmente pacientes esquizofrênicos e eventos de interferência na adesão deste tipo de paciente.

Estes autores destacaram que alguns fatores influenciavam a adesão ao tratamento de pacientes com esquizofrenia. Dentre estes fatores se encontravam: a) percepção da doença psiquiátrica vista algumas vezes como fracasso da vontade; b) o desconhecimento a respeito das bases biológicas e genéticas da esquizofrenia, c) desconhecimento de tratamentos existentes; d) fatores sociais como o estigma; e) sistemas previdenciários com problemas administrativos que geram serviços deficientes aliados a filas enormes que desestimulam a consulta; f) as dificuldades econômicas para locomoção e aquisição da medicação; g) a presença de efeitos colaterais com a medicação; i) insucessos em tratamentos anteriores; j) o não entendimento da prescrição; e l) a relação estabelecida com o médico.

Rosa (1998) confirmou em seu estudo que a taxa de não adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes esquizofrênicos era alta, revelando que de cada dois pacientes

um teria grande probabilidade de não aderir. O autor verificou que variáveis demográficas tiveram pouca influência para adesão, ao tempo que, sentir algum benefício, ter uma supervisão familiar e uma relação positiva com o médico que prescreve, seriam fatores auxiliares para adesão. Já a não adesão, foi mais provável no início do quadro e do atendimento no serviço e mediante a presença de efeitos colaterais, além do que, a gravidade do quadro clínico também foi preditora de comportamento não aderente, segundo o autor.

Rosa e Marcolin (2000) considerando que uma das maiores dificuldades encontradas para pesquisa em adesão era a falta de instrumentos adequados e padronizados para avaliar os fatores subjetivos que a influenciavam, apresentaram a tradução de uma escala que avaliava os principais motivos que levariam ou não a adesão ao tratamento. A escala ROMI (Rating of Medication Influences / Escala de Influências Medicamentosas) foi constituída por duas partes. Na primeira parte uma entrevista semi-estruturada considerava questões gerais que podiam influenciar na adesão (situação de vida como a presença de alguém que supervisione o tratamento, residência fixa, características do regime medicamentoso, atitude global do paciente e da família). A segunda parte, consistia em entrevista estruturada que considerava as principais razões que levavam muitos pacientes à adesão ou à não-adesão ao tratamento.

Malerbi, Savoia e Bernick (2000) relataram que a fobia social seria um transtorno psiquiátrico que apresentava diversos fatores relacionados a baixos níveis de adesão. Os autores colocaram que além dos fatores gerais relacionados à não adesão, havia também os relacionados a doenças psiquiátricas e, mais importante, peculiaridades da fobia social como comportamentos de esquiva do contato social, o que podia tornar mais difícil a interação paciente-terapeuta. Com objetivo de apontar e analisar os motivos que levaram pacientes fóbicos sociais a desistirem de psicoterapia grupal os autores verificaram que: a) pacientes com antecedência de baixa aderência; b) percepção distorcida dos resultados do tratamento e de seu *status* clínico; c) falta de motivação para o tratamento; e d) a atribuição dos sintomas à personalidade ao invés de encará-los como doença foram preditores de baixa aderência ao tratamento.

Oliveira et al. (2003) realizaram um estudo cujo objetivo foi revisar a bibliografia sobre medicação depósito (depto) e apresentar dados referentes à adesão ao tratamento e hospitalização entre os pacientes que realizam aplicações de Enantato de Flufenazina (medicação antipsicótica) em regime ambulatorial no Hospital Espírita de Pelotas. Através de análise de prontuários de pacientes verificaram uma maioria de pacientes portadores de esquizofrenia paranóide e transtornos mentais orgânicos participando deste regime de medicação, observando que a maioria dos pacientes em regime de aplicação de depto

permanecia em tratamento e, dentre eles, a maioria apresentava boa adesão. Os autores apontaram ainda, que pacientes com boa adesão apresentaram menos hospitalizações em comparação com aqueles com má adesão e com aqueles que não estavam em tratamento. E concluíram que medicações antipsicóticas em apresentação "depósito" eram úteis em psiquiatria, preferentemente em situações em que a manutenção de uma terapia farmacológica diária é impossibilitada ou indesejada.

Santin, Cerezer e Rosa (2005) realizaram uma revisão de literatura, predominantemente estrangeira, a respeito da adesão ao tratamento do transtorno bipolar considerando que a má adesão seria uma das principais dificuldades encontradas em relação ao tratamento destes pacientes. As autoras identificaram que as taxas de não adesão eram altas em transtorno bipolar, representando 47% em alguma fase do tratamento ou 52% durante um período de dois anos, e que fatores ligados ao paciente, aos medicamentos e aos médicos poderiam ser responsáveis pela baixa adesão. Propuseram, como uma das medidas para melhorar a adesão dos pacientes bipolares, identificar as atitudes que os fazem interromper o tratamento e discuti-las com o paciente nas consultas, promovendo informação e conhecimento sobre a doença e o tratamento.

A respeito da adesão à terapêutica nos transtornos depressivos na consulta bibliográfica realizada às bases nacionais nenhum estudo investigativo foi encontrado sobre esta relevante questão de saúde pública. Entretanto esta constatação vai de encontro à importância desta temática no âmbito da saúde pública, haja vista, os custos pessoais e sociais desta doença.

Horimoto, Ayache e Souza (2005) dedicaram a esta questão um capitulo de seu livro - escrito por Silva (2005) que salientou a importância da adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão. Recorrendo ao respaldo da literatura estrangeira, o autor considerou a alta taxa de abandono ao tratamento e as malévolas conseqüências deste comportamento aumentando a possibilidade de recaídas, recorrências e suicídios, os custos financeiros e as dificuldades de recuperação. A falta de adesão também foi associada ao aumento da probabilidade de internações e de utilização do sistema de saúde, impacto negativo nas relações do indivíduo com ele mesmo e com familiares, e dificuldades no desempenho profissional.

Em relação às causas da não adesão ao tratamento para depressão, o citado autor considerou a complexidade e multiplicidade das mesmas apontando: efeitos colaterais dos medicamentos, ineficácia do tratamento, crenças e atitudes pessoais, custo financeiro, decisão do paciente ou responsável, abuso de substâncias psicoativas, falta de confiança no médico, melhora no quadro clínico, dificuldades no acesso ao tratamento, tratamentos anteriores mal

sucedidos, preconceito, ausência de participação da família, complexidade do regime terapêutico, relação médico-paciente deficiente e informações insuficientes acerca da doença e do tratamento.

Alguns estudos nacionais correlacionaram a presença de depressão ao abandono de tratamentos médicos para outras condições clinicas, porém, não avaliaram a adesão ou não adesão ao tratamento e sim a presença da comorbidade. A exemplo de Ricco et al. (2000) que, ponderando a existência de uma associação entre doenças crônicas e transtornos depressivos que poderiam ter impacto negativo sobre a adesão ao tratamento e enfrentamento da doença, avaliaram sintomas de depressão em pacientes portadores de diabetes *mellitus* e portadores de hepatites virais e verificaram que havia associação entre essas doenças e a depressão, e assim, salientaram a necessidade do atendimento biopsicossocial ao portador de doenças crônicas de forma a considerar que sintomas depressivos podem piorar o funcionamento global do indivíduo.

Cezar e Ferraz (2004) também salientaram que a presença e intensidade da depressão poderiam causar interferência na adesão e tolerabilidade ao tratamento para Hepatite C, uma vez que a medicação utilizada poderia produzir quadros deste tipo. Verificaram que os estados depressivos mostraram um aumento de 28% de intensidade ao longo do tempo e propuseram que uma investigação de enfoque psiquiátrico poderia fornecer maior segurança ao se lidar com possíveis exacerbações destes sintomas, podendo resultar em intervenção preventiva da não adesão ao tratamento e benefícios para a qualidade de vida destes pacientes.

No cenário internacional, por outro lado, a adesão à terapêutica antidepressiva, tem merecido a atenção e afinco de pesquisadores, que se sensibilizaram à compreensão desta temática de saúde pública. Assim, em paralelo ao desenvolvimento da noção de depressão como doença que requer tratamento medicamentoso contínuo e regular, a comunidade científica começou a focar atenção na adesão ao regime medicamentoso para depressão (DEMYTTENAERE, 2003).

Sabe-se que a adesão à medicação antidepressiva é essencial para consolidação da resposta ao tratamento, prevenção de recaídas e reincidência (ADAMS; SCOTT, 2000; SOOD, 2000; KELLER et al., 2002). A este respeito, Sood (2000) salientou que falhas na adesão ao tratamento medicamentoso para depressão estiveram relacionadas a altas taxas de recaídas e recorrências durante a vida do paciente e que os índices de recaída e recorrência estariam em torno de 50% a 85% de probabilidade de um novo episódio depressivo.

Em contraste as possibilidades de recaídas e reincidência da doença, há o reconhecimento de que a adesão à terapêutica antidepressiva seja pobre (DEMYTTENAERE,

2001; KELLER et al., 2002; PAMPALLONA, 2002; NEMEROFF, 2003) e que os custos pessoais, econômicos e sociais advindos da não adesão a esta terapêutica sejam altos (DEMYTTENAERE, 2003; MAIDMENT; LIVINGSTON; KATONA, 2002).

Maidment, Livingston e Katona (2002) afirmaram que a pobre adesão à medicação antidepressiva podia contar com uma significativa proporção de fracassos no tratamento. Postura corroborada por Gonzáles et al. (2005) ao asseverar que a não adesão ao tratamento de saúde mental esteve relacionada a pobres resultados em qualquer *setting* de tratamento, e também, por DiMatteo et al. (2000) que considerou que a não adesão podia resultar em exacerbação do problema, diagnóstico incorreto e frustrações para médicos e pacientes, proporcionando efeitos negativos nos resultados do tratamento. Desta forma, a não adesão à medicação antidepressiva pode ser considerada como um significante problema clínico no manejo de muitos pacientes (DEMYTTENAERE; HADDAD, 2000).

Em detrimento das conseqüências negativas da não adesão ao tratamento antidepressivo, tem sido altas as taxas de abandono da terapia medicamentosa verificadas em diferentes estudos. Vale relembrar que estudos a respeito da doença depressiva e seu tratamento recomendam a continuidade do tratamento com antidepressivos por alguns meses após recuperação dos sintomas (LINDEN et al., 2000; BALON, 2002) e que interrupções prematuras da medicação tem sido vistas como importante razão para a cronicidade do transtorno depressivo (LINDEN, et al., 2000).

Taxas de não adesão ao tratamento para depressão variaram entre 28 % e 60% nos estudos compreendidos em nossa revisão.

Lin et al. (1995) verificaram que aproximadamente 28% dos pacientes de seu estudo, pararam de tomar a medicação antidepressiva durante o primeiro mês da terapia e 44% tinham interrompido o uso no terceiro mês.

Demyttenaere e Hadad (2000) afirmaram que dados já publicados na literatura americana indicavam que entre 30% e 60% de pacientes deprimidos não tomam os medicamentos antidepressivos prescritos.

Linden et al. (2000) analisaram 3366 pacientes para os quais foi prescrito fluoxetina (medicação antidepressiva) por médicos generalistas e verificaram que um total de 37,6% dos pacientes interromperam o tratamento muito cedo – durante as primeiras dez semanas após seu início.

Bultman e Svarstad (2000) reconheceram que um problema comum ao uso de antidepressivos era a não adesão. Segundo estes autores, 28% dos consumidores paravam com

a medicação no primeiro mês do tratamento e 44% não permaneciam tomando medicação depois de três meses.

Demyttenaere (2001) aplicou mensalmente por um período de seis, um questionário via telefone, à pacientes recebendo terapia antidepressiva para episódio de depressão. Verificou que a probabilidade de continuar a medicação foi 0,88 depois de quatro semanas; 0,58 depois de dezesseis semanas; e 0,52 depois de vinte semanas, apesar de não deixar claro a que índice se referenciava. No final do estudo 53% dos pacientes haviam interrompido o uso da medicação.

Pampallona et al. (2002) fizeram uma revisão de artigos objetivando identificar publicações relevantes sobre a adesão ao tratamento por parte de pacientes com depressão. Neste estudo, os autores verificaram que a adesão foi o maior problema no tratamento da depressão com aproximadamente 1/3 dos pacientes não completando o tratamento.

Lingam e Scott (2002) afirmaram que a taxa de não adesão para depressão unipolar ou bipolar oscilaria de 10 a 60% com média de 40%.

Maidment, Livingstone e Katona (2002) verificaram que aproximadamente 1/3 dos pacientes idosos não aderiram a medicação antidepressiva.

Importante observar que a variação ampla nas taxas de não adesão para transtorno depressivo pode se dever a diferentes definições e conceituações de adesão utilizadas nos estudos, bem como ao desenho do estudo e seu método de avaliação, como lembram Cramer e Rosenhec (1998) e Lingam e Scott (2002).

Alguns fatores foram associados à considerada pobre adesão ao tratamento medicamentoso para depressão serão considerados no próximo subitem.

1.2.6 Fatores associados à não-adesão ao tratamento da depressão.

Em relação a tratamentos psiquiátricos, Colom e Vieta (2002) avaliaram que a não adesão à medicação prescrita seria um dos problemas mais difíceis a resolver em medicina e particularmente em psiquiatria. Considerando a natureza e seriedade das doenças psiquiátricas, afirmou que as psicoses e doenças do humor poderiam ser especialmente afetadas pela não adesão, principalmente como resultado da pobreza de *insight* que poderia estar presente nestas patologias. A cronificação da doença, a pobreza psicossocial e o aumento

das taxas de suicídio foram apontados como principais conseqüências da não adesão ao tratamento nesse tipo de doença.

Santin, Cerezer e Rosa (2005) consideraram que a falta de adesão ao tratamento seria responsável por grandes frustrações na psiquiatria e muitos fatores tentariam explicar este fenômeno. Dentre eles: fatores ligados aos pacientes como atitudes e crenças relativas ao tratamento, falta de conhecimento sobre a doença, uso de álcool / drogas, características demográficas, estrutura familiar, gravidade da doença; fatores relacionados ao medicamento, como complexidade dos regimes posológicos, efeitos adversos e interações medicamentosas; e fatores ligados ao médico, como sua atitude em relação à doença e interação com o paciente.

Ao estreitar o foco em tratamentos antidepressivos percebe-se consenso na literatura consultada que a não adesão ao tratamento antidepressivo, bem como a outros tratamentos, seja um fenômeno multifatorial contemplando associações entre questões **relativas ao paciente**, **à doença**, **ao tratamento, ao profissional de saúde e ao ambiente**.

Relativo a adesão ao tratamento medicamentoso nos transtornos depressivos, Delgado (2000) considerou que as razões para não adesão ao tratamento antidepressivo podiam incluir decisões racionais e intenções baseadas em crenças a respeito da depressão, dos efeitos colaterais, da ineficácia do tratamento, custos da medicação, decisões influenciadas pelos sintomas da doença e outros fatores culturais e atitudinais.

Moreno et al. (2003) concluíram que a falta de adesão ao tratamento antidepressivo se deveria a uma "interação complexa de fatores como eficácia, tolerância, e aspectos psicológicos determinados por crenças e características da pessoa" (MORENO et al., 2003, p. 111). Estas crenças e características não foram mencionadas pelos autores.

Mais recentemente, Gonzáles et al. (2005) salientaram que uma razão comum para não-aderência à medicação antidepressiva em *settings* de atenção primária se relacionava com os efeitos colaterais da medicação. Atitudes negativas em relação a medicação, melhora confirmada nos sintomas, resposta insuficiente à medicação, e pobre qualidade da comunicação entre médico e paciente também contribuíram para a não-aderência, segundo os autores.

De forma complementar, Nemeroff (2003) afirmou que a boa tolerância ao antidepressivo, especialmente nos estágios iniciais do tratamento, a educação do paciente e a qualidade da relação médico-paciente se constituíam em fatores determinantes da adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes deprimidos.

1.2. 6.1 Fatores relativos ao paciente

Entre os fatores relativos ao paciente avaliados como possíveis interferentes na adesão ao tratamento antidepressivo e verificados nas pesquisas pertinentes pode se ilustrar aqueles relacionados à variáveis sociodemográficas e atitude pessoais frente a doença e tratamento.

As variáveis demográficas como sexo, idade, nível sócio econômico, grau de instrução têm sido consideradas como fracas preditoras da adesão, parecendo ter um papel secundário na predição da adesão aos tratamentos médicos em geral (HAYNES et al., 1976 apud ROSA, 1998) e também em tratamentos para depressão (LINGAM; SCOTT, 2000; SIMON et al., 1993).

A este respeito Cramer (1998) verificou que pacientes mais velhos tinham maior probabilidade de não aderir à antidepressivos do que pacientes mais jovens, avaliando que o alto número de remédios prescritos para idosos e a complexidade do regime poderiam ser fatores explicativos para isto. Porém o autor considerou que esta relação não vinha sendo amplamente estabelecida.

Green-Henessy (1999) investigou a associação entre fatores sociodemográficos e auto-relato de uso da medicação antidepressiva entre pacientes com depressão maior. Verificou que a idade esteve significativamente associada ao uso relatado de medicação, com baixa porcentagem de uso nos grupos de pessoas mais jovens e de idosos. Segundo dados deste pesquisador, grupos minoritários como negros tinham menor probabilidade de usar a medicação. Gênero masculino, pessoas de baixa renda, viúvos ou pessoas que nunca haviam se casado também foram identificadas com uma maior probabilidade de não uso da medicação.

Demyttenaere (2001) ao acompanhar mensalmente pacientes deprimidos em uso de medicação antidepressiva verificou que havia questões peculiares ao gênero em relação à continuidade ou não do tratamento, de forma que, em homens uma significativa melhora no funcionamento ocupacional, social ou familiar aumentava o risco de desistência e em mulheres uma significante melhoria no funcionamento familiar aumentou o risco da desistência.

No estudo de Gonzáles et al. (2005) identificou-se que variáveis demográficas tais como idade, educação, e etnicidade / raça não estiveram relacionadas à adesão à medicação com antidepressivos. Porém, estes autores consideraram que fatores de risco diferem para a não-aderência a recursos da saúde mental. Pacientes são menos aderentes se forem solteiros,

adultos jovens, do sexo masculino, sem um número para contato telefônico, ocuparem uma baixa classe sócio-econômica e, tiverem uma história de não-aderência. De acordo com estes autores, a aderência é menos provável quando pacientes percebem que não necessitam de cuidados psiquiátricos ou que seus problemas são menores e, se eles visualizam o problema como sendo mais físico do que psicológico. Outros fatores que diminuem a aderência são: um diagnóstico incerto, sintomas ambíguos, ou desacordo com o profissional assim como relutância em ver o profissional da saúde mental. Demoras prolongadas entre as consultas médica também diminuíam a probabilidade de aderência.

Os estudos compreendidos na revisão feita no presente estudo não apontaram o grau de instrução do paciente como fator interferente na adesão ao tratamento antidepressivo.

Em relação às atitudes perante a doença e tratamento Demyttenaere (2001) observou que as crenças centrais do paciente e sua atitude perante o tratamento podiam influenciar as chances de sucesso na adesão do mesmo. Para o autor, os pacientes acalentariam muitas crenças infundadas relativas aos antidepressivos e seu uso.

Manber et al. (2003) ressaltaram que na depressão, como em outras doenças crônicas, o modo como indivíduos percebem a doença depressiva pode causar um impacto no curso da doença, no tipo de tratamento procurado, na aderência e na resposta ao tratamento. Segundo estes autores, pacientes que perceberam sua doença depressiva como um traço e os que acreditaram que sua depressão era causada por um "desequilíbrio químico" [sic] ou um "defeito pessoal" [sic] tendiam a preferência por uma medicação de aproximação ao tratamento e podiam não se engajar ou responder a psicoterapia. Em contraste, aqueles que visualizavam sua doença depressiva como transitória e aqueles que acreditavam ter algum controle sobre seus estados depressivos eram mais prováveis de aderirem ao tratamento. Os autores consideraram ainda, que a manutenção do regime medicamentoso diário provavelmente requeresse uma crença no potencial dos benefícios a serem ganhos apesar da inconveniência, efeitos colaterais, e melhora gradual que possa ocorrer.

Gonzáles et al. (2005) salientaram também, haver menor probabilidade de aderência quando pacientes percebem que não necessitam de cuidados psiquiátricos ou que seus problemas são menores, e se eles visualizam o problema como sendo mais físico do que psicológico.

Bultmam e Svarstad (2000) afirmaram que clientes com crenças mais positivas gostam de retornarem ao médico e são mais satisfeitos com o tratamento depois de tentativas com a medicação.

Por outro lado, Sirey et al. (2001) reportaram que a percepção pelo paciente, do estigma sobre depressão no início do tratamento predisse adesão subseqüente. Os pesquisadores examinando como a percepção de estigma poderia afetar a interrupção do tratamento por parte de adultos mais jovens e de adultos mais velhos com depressão, verificaram que os pacientes mais jovens perceberam mais estigma que os mais velhos, e que as percepções de estigma ao começar o tratamento influenciavam o comportamento subseqüente, constituindo-se, o estigma, num obstáculo poderoso à busca e continuidade do tratamento.

1.2.6.2 Fatores relativos à doença

De acordo com a literatura consultada, fatores relativos à doença como sua duração, cronicidade, severidade e sintomatologia também devem ser consideradas como interferentes na adesão ao tratamento psiquiátrico de uma forma geral. No entanto, para a doença depressiva, não foram encontrados muitos dados de pesquisas que dessem realce a estes fatores.

Demyttenaere (1997) considerou que doenças assintomáticas, crônicas e que necessitam de tratamento de longo período, como seria o caso da manutenção do tratamento depressivo, resultariam em pobre adesão.

Em relação mais específica à pacientes depressivos, este mesmo autor apreciou que a presença de culpa exagerada podia levar ao sentimento de não merecimento do tratamento ou de impossibilidade de pagar por ele. Além disso, prejuízos cognitivos, déficits de concentração, motivação pobre poderiam levar a não adesão ao tratamento por parte de pacientes com depressão.

Lin et al. (1995) relataram não terem encontrado associação entre severidade da depressão e adesão ao tratamento antidepressivo.

Importante considerar ainda, que o próprio estado depressivo foi considerado como um fator propiciador da não adesão a tratamentos de forma que, DiMatteo et al. (2000) apontaram que a depressão ao prejudicar o foco cognitivo, a energia e a motivação do indivíduo, poderia afetar a disposição do paciente bem como sua capacidade de seguir o tratamento para outras patologias, relacionando desta forma, a não adesão a tratamentos a uma comorbidade com estados depressivos.

1.2.6.3 Fatores relativos ao tratamento

Quanto aos fatores relativos ao tratamento, a literatura geral sobre adesão a tratamentos psiquiátricos considera como compreendidos entre eles os efeitos colaterais, a dosagem da medicação, a complexidade do regime, a duração do tratamento e as condições de acesso ao tratamento.

Pesquisas realizadas com a população de pacientes deprimidos associaram, mais comumente, aos efeitos colaterais à possibilidade da não adesão ao tratamento. Dentre a literatura consultada não foi encontrada associação entre adesão a antidepressivos e número de drogas constantes no regime terapêutico, ou, relativas à apresentação da droga e suas propriedades perceptivas como gosto, tamanho, cor.

Para Balon (2002) os efeitos colaterais seriam claramente a maior razão para não adesão e dentre os principais efeitos relatados como motivadores de abandono ao tratamento antidepressivo estariam a disfunção sexual e o ganho de peso. Informações estas que corroboraram as de Zajecka (2000) quando afirmou que os efeitos colaterais, incluindo insônia ou sonolência, ganho de peso, astenia e disfunção sexual podiam diminuir significativamente a adesão em tratamentos longos para depressão. Autores como Nemeroff (2003), Moreno (2003), Demyttenaere (2001) e Lindem (2000) associaram os efeitos colaterais como barreira à adesão, principalmente nas fases iniciais do tratamento.

Os dados destes estudos diferiram daqueles de Lin et al. (1995) que verificaram que os efeitos colaterais, apenas em níveis severos, se associaram com a não adesão à medicação, tendo ainda relacionado o tipo de efeito colateral à fase do tratamento, de forma que, sonolência durante o dia associava-se com não adesão no início do tratamento, enquanto fadiga, visão borrada, dificuldade de conciliar o sono, ansiedade ou nervosismo, assim como, alterações no apetite e ganho de peso estavam associados com não adesão posterior.

Segundo Keller et al. (2002) além da pobre tolerância à medicação, a rapidez e o sucesso inicial de ação da medicação também influenciariam a adesão ao tratamento.

Em consideração à relevância dos efeitos colaterais para o seguimento do tratamento bem como para o bem-estar do paciente, Delgado (2000) assegurou que investimentos farmacêuticos foram realizados no sentido de produzir medicações antidepressivas seguras e eficazes, com reduzidos efeitos colaterais e acentuada redução de riscos. Por outro lado, Demyttenaere (2001) chamou atenção de que prescrições apropriadas de antidepressivos eficazes e bem tolerados não garantiam, necessariamente, a adesão. Colocou, assim, em

reflexão a concepção de que os efeitos adversos e uma menor eficácia associada com inapropriada prescrição de antidepressivos mais antigos, seriam as razões mais comuns da interrupção prematura de tratamentos no cuidado primário, tendo ressaltado o papel das crenças do paciente em relação à doença e tratamento como de grande interferência no comportamento de adesão.

A dosagem da medicação, a complexidade do regime terapêutico e a apresentação da medicação não estiveram associadas à adesão à terapêutica antidepressiva em nenhum dos estudos considerados nesta revisão.

Em relação à organização dos serviços de saúde o tempo de espera pela consulta também pode comprometer a adesão ao tratamento. Neste sentido, Dunbar-Jacob (1993) salientou que o tempo de espera vinha sendo associado negativamente com a adesão. E Homedes e Ugalde (1981 apud DUARTE, 2001) salientaram que a falta de organização dos serviços, refletida na espera prolongada para o atendimento, no conflito entre o horário de atendimento e de trabalho, e na dificuldade para conseguir consulta médica, relacionava-se com a não adesão a tratamentos diversos nos países de terceiro mundo. Em estudos especificamente voltados para o tratamento antidepressivo não foram encontrados dados semelhantes, possivelmente porque a maioria deles foi realizada em países de Primeiro mundo.

1.2.6.4 Fatores relativos ao profissional de saúde

Dentre os fatores relativos ao profissional, a relação médico-paciente tem sido alvo de investimentos e pesquisas que intentam compreender o fenômeno da adesão ao tratamento e principalmente incrementar a qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário.

Demyttenaere (1997) afirmou que a satisfação do médico e o número de pacientes atendidos por semana eram preditores de uma melhor adesão do paciente, porém, salientou que esta relação ainda não estava clara. Segundo o autor, informações claras sobre os sintomas, curso e prognóstico da doença seriam especialmente importantes para aumentar a adesão, e a respeito da depressão profunda, manuais informativos viriam a incrementar, favoravelmente, estas ações indo ao encontro do comprometimento da concentração de muitos pacientes com este diagnóstico.

Bultman e Svarstad (2000) verificaram que o estilo de comunicação do médico, que compreendia uma postura colaborativa, de reasseguramento incluindo mensagens positivas, influenciava positivamente o conhecimento do paciente e suas crenças iniciais sobre a medicação - dois fatores interferentes na adesão ao tratamento e na satisfação do paciente com o serviço.

Os fatores relativos ao profissional de saúde em geral, ainda não foram muito focalizados em estudos relativos ao tratamento para depressão e também não apareceram, na literatura pesquisada, como fatores citados por pacientes, como interferentes na adesão do paciente ao tratamento antidepressivo. Entretanto, Nemeroff (2003) afirmou que os médicos podiam aumentar a adesão de pacientes ao tratamento antidepressivo oferecendo informações detalhadas a eles sobre seu tratamento.

1.2.6.5 Fatores relativos ao ambiente

Dentre os fatores relativos ao ambiente, a literatura pertinente considera o papel do suporte social e familiar e a presença de dificuldades financeiras como fatores neste contexto inseridos, que podem interferir na adesão ao tratamento.

Desta forma, Green-Henessy (1999) alertou para a necessidade de consideração da disponibilidade de fornecimento medicação prescrita para avaliação do uso da medicação antidepressiva. Kroenke et al. (2001) considerou o fato de que as medicações antidepressivas foram distribuídas gratuitamente como uma limitação de sua pesquisa em relação à estimativa da adesão, ajuizando que a oferta da medicação pode ter aumentado as taxas da adesão.

Em relação ao suporte oferecido ao paciente com depressão, Balon (2002) considerou a interferência do encorajamento de outras pessoas para que o paciente não tome a medicação antidepressiva como fator a diminuir a probabilidade de adesão.

Tomando em conta a população de pacientes com esquizofrenia, Rosa (1998) afirmou que nesta doença, o suporte social e a disponibilidade da família e amigos em auxiliar ou supervisionar o paciente e a tomada das medicações estavam consistentemente associadas à adesão ao tratamento ambulatorial. Morar sozinho, ter relações sociais negativas ou estressantes, aliados à crenças familiares a respeito da doença e tratamento e dificuldades financeiras também estiveram associadas à baixa adesão do paciente esquizofrênico ao tratamento, de acordo com o pesquisador.

Alguns estudos também se propuseram a investigar junto a pacientes que haviam abandonado o tratamento antidepressivo em algum momento do transcorrer do mesmo, as razões para esta interrupção e puderam verificar que as razões variavam de acordo com o momento da interrupção.

Na amostra da pesquisa realizada por George et al. (2000) os 14 pacientes que interromperam a medicação antidepressiva citaram como razão, em ordem decrescente de número de respostas: os efeitos colaterais, sentir-se melhor, carência de benefícios, preocupação com os potenciais efeitos adversos e hospitalização.

Demyttenaere (2003) afirmou que em estudos naturalísticos as taxas de desistência eram mais altas que em estudos controlados, chegando a 50 ou 60% em dez semanas, e que se sentir melhor foi a razão mais freqüentemente citada para o abandono da terapia.

Demyttenaere (2001) verificou que 53% dos pacientes de sua amostra havia interrompido a medicação antidepressiva e que as razões mais citadas foram 'sentir-se bem' e ter 'efeitos colaterais'. Estas razões mencionadas variavam de acordo com o momento da interrupção do tratamento, de modo que, 'sentir-se bem' foi responsável por 55% dos motivos das pessoas que interromperam o tratamento por volta da 11ª semana, enquanto os 'efeitos adversos' contaram com 23% dos motivos de interrupção por volta da 6ª semana.

Linden et al. (2000) verificaram que a interrupção prematura do tratamento com fluoxetina não teve uma característica homogênea, sendo distinguindas três razões principais: 'resposta suficiente' (19,8%), 'eventos adversos' (3,8%), e 'deterioração ou resposta insuficiente' (3,1%). Estas razões foram contextualizadas em relação ao momento em que ocorreram, de forma que, as desistências relacionadas aos efeitos colaterais aconteceram durante a primeira e terceira semana do tratamento. A interrupção antecipada como resultado de uma resposta suficiente ocorreu tipicamente durante as semanas de quatro a sete e interrupções devidas a respostas insuficientes tiveram uma função linear no tempo.

O conhecimento da multiplicidade de fatores que podem interferir na adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão, da possibilidade de co-ocorrência de dois ou mais fatores em conjunto, da probabilidade de riscos relativa a diferentes fases do tratamento, originado da estimativa e ponderação sobre sérios e complexos prejuízos que podem advir da não observância de comportamentos de saúde orientados tem seu sentido completado ao subsidiar intervenções preventivas desta situação. Assim, este conhecimento, por sua vez, desencadeou a aplicação e estudo de estratégias que pretendiam melhorar o nível da adesão a terapêuticas diversas, entre elas, logicamente, situam-se aquelas direcionadas a pacientes depressivos, que serão abordadas no próximo item.

1.2.7 Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento antidepressivo

Algumas modalidades de intervenção visando melhorar a adesão ao tratamento com antidepressivos podem ser encontradas na literatura. Estas propostas de intervenção parecem se principiar no entendimento do que seja adesão ao tratamento e quais são os fatores interferentes neste processo.

Neste sentido, Delgado (2000) assinalou que estratégias que objetivem informar pacientes sobre a depressão e tratamento e promover um ambiente colaborativo podem melhorar os resultados do tratamento e a adesão a ele.

Balon (2002) considerou que as estratégias para aumentar a adesão incluíam: a) o reconhecimento de fatores que levam à não adesão; b) o estabelecimento de forte aliança com o paciente; c) a educação do paciente sobre a doença e importância da manutenção do tratamento; d) educação do paciente sobre a medicação, interações medicamentosas, farmacocinética e efeitos colaterais; e) simplificação dos regimes medicamentosos; f) provimento de assistência a adesão à medicação; g) consideração da contagem da medicação como possível pesquisa de não adesão à medicação prescrita; h) enfatizar a relação médico – paciente.

Bultman e Svarstad (2000) conceberam a adesão como um processo ativo dependendo da natureza e da qualidade da relação entre médico e paciente e entenderam a adesão como um complexo de comportamentos que requeria o conhecimento do paciente sobre o regime do tratamento, motivação para começar e satisfação com o tratamento depois de tê-lo iniciado. Os autores enfatizaram que o estilo da comunicação do médico podia influenciar o comportamento e realçar o conhecimento do paciente influenciando suas crenças iniciais sobre o tratamento e posteriormente sua satisfação com os efeitos do mesmo.

Frank, Kupfer e Siegel (1995) tomando em consideração a importância da formação de uma aliança terapêutica entre médico e paciente com transtornos do humor, se utilizaram de um método educativo que fornecia informações e orientações aos pacientes sobre a doença e tratamento, estas orientações eram graduais, observando a melhora do paciente e sua condição de absorver informações. O tratamento foi visto como uma experiência conjunta na qual médico e pacientes eram entendidos como co-investigadores com papeis específicos e como resultado, os autores asseguraram que este método vinha sendo associado com baixas taxas de desistência e altas taxas de adesão ao longo dos anos.

Mundt et al. (2001) investigaram o impacto da educação na adesão à medicação antidepressiva oferecendo material educativo a um grupo de pacientes iniciando o tratamento e tendo um grupo controle que não recebia o material. Não encontraram diferenças significativas a respeito da duração da adesão à medicação entre os grupos, mas, afiançaram que programas educativos para encorajar pacientes depressivos a obter medicações adequadas podiam prover benefícios na adesão ao tratamento antidepressivo.

Demyttenaere e Haddad (2000) ressaltaram a importância do papel do médico no gerenciamento da adesão ao tratamento antidepressivo, o que incluiria, segundo o autor, o aconselhamento aos pacientes a respeito dos riscos relativos ao esquecimento das doses, bem como a escolha de farmacoterapia que evite a não adesão.

Ainda neste sentido, Zajcka (2000) observou a importância de identificar e gerenciar os efeitos adversos e aliar mensagens educacionais que instruam o paciente sobre problemas do tratamento e a importância de sustentar a remissão para ajudar a melhorar a adesão e reduzir o potencial de riscos da descontinuação prematura dos antidepressivos.

O valor da psicoterapia aliada à psicofarmacologia também foi reconhecido como medida para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

Pampallona et al. (2004) consideraram que o tratamento psicológico combinado com antidepressivo esteve associado com taxas mais altas de melhora que apenas o tratamento com drogas, salientando ainda, que, em terapias longas a psicoterapia ajudaria a manter pacientes em tratamento.

Katon et al. (2005) realizaram intervenção com pacientes com depressão tratados no contexto de primário, na qual os pacientes recebiam um programa estruturado de tratamento que incluía tratamento comportamental para aumentar o uso de estratégias de enfrentamento adaptativas e também aconselhamento para melhorar a adesão ao medicamento. Um grupo controle recebeu cuidados médicos usuais. Como resultados os autores apontaram no quarto mês de acompanhamento, significantemente mais pacientes do grupo de intervenção; os mesmos com depressão maior e menor, aderiram ao tratamento medicamentoso e consideraram a qualidade dos cuidados que receberam como de boa a excelente.

Tendo em vista a relevância de se melhorar os níveis de adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão de forma a promover dentre outros benefícios uma melhoria na qualidade de vida de pacientes que sofrem deste transtorno, este estudo optou por conhecer fatores que auxiliam o comportamento de adesão e também o de abandono ao tratamento antidepressivo, sob o ponto de vista do paciente – uma das partes envolvida no processo de tratamento.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Compreender os fenômenos relacionados à adesão e não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão, na perspectiva de usuários e ex-usuários de um serviço público de saúde mental (Centro de Saúde Mental de Araguari MG).

Objetivos específicos

- Identificar e descrever aspectos relacionados à adesão e não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão segundo usuários e ex-usuários do CSM

- Comparar os fatores de adesão e de não adesão ao tratamento medicamentoso para depressão nos dois grupos.
- Caracterizar os motivos de abandono ao tratamento medicamentoso para depressão.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

De forma a atender os objetivos deste estudo, que parte para uma busca exploratória a respeito das condições ou fatores que proporcionam adesão e a não adesão ao tratamento de pacientes com depressão, optou-se pela utilização do método qualitativo de pesquisa mediado pela análise de conteúdo, entendendo-o como o mais indicado para esta proposta.

De acordo com Bardin (1977) a análise de conteúdo utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e tem como intenção a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou de recepção recorrendo para a inferência, a indicadores quantitativos ou não.

Este tipo de pesquisa objetiva vislumbrar o universo das significações, motivos aspirações, atitudes, crenças e valores importantes para descrição e compreensão de fenômenos de uma determinada situação (MINAYO, 1993).

Desta forma, considera-se que se trata de um estudo exploratório descritivo dentro de um enfoque da investigação qualitativa.

3.2 Participantes da pesquisa

Participaram deste estudo 24 pacientes portadores de transtorno depressivo (de acordo com diagnóstico realizado por médico psiquiatra, fundamentado no CID-10), de ambos os sexos, com idades variando entre 28 e 55 anos, de diferentes níveis de escolaridade, que faziam acompanhamento psiquiátrico, ou já o haviam feito, no Centro de Saúde Mental Municipal (CSM) da cidade de Araguari MG.

A amostra foi composta por dois grupos com 12 pacientes cada. O primeiro grupo (G I) foi definido como “aderentes ao tratamento”, por estarem freqüentando regularmente o Ambulatório de Saúde Mental para realização de consultas psiquiátricas nos 10 meses anteriores a realização da entrevista. E o segundo grupo (G II) formado por pacientes que não estavam fazendo consultas psiquiátricas no citado Ambulatório por um período mínimo de

seis meses entre a última consulta e a data da realização da pesquisa, sendo por isso, considerados neste estudo como "não aderentes ao tratamento" ao tratamento.

Após a realização de sete entrevistas para Grupo Aderente (G I) e seis para grupo de Não Aderente (G II), os dados apresentaram saturação, ou seja, se tornaram repetitivos, entretanto, como eles eram muito semelhantes nos dois grupos optou-se por aumentar o número da amostra para confirmação dos dados colhidos, sendo mantida a semelhança, encerrou-se a coleta de dados com doze entrevistas para cada grupo.

3.3 Material

Para o desenvolvimento do presente estudo, elaborou-se um roteiro semi-estruturado de entrevista (ANEXO A) que contemplava tanto questões mais objetivas que tratavam de dados sociodemográficos e clínicos dos participantes, como questões abertas referentes à conteúdos a serem explorados com todos os participantes do estudo e que versavam sobre suas crenças a respeito das condições facilitadoras e dificultadoras da adesão ao tratamento psiquiátrico para o paciente com depressão.

Os temas constituintes do roteiro de entrevista foram elaborados a partir do objetivo da pesquisa e mediante consulta a literatura específica sobre o tema – adesão à terapêutica. Desta forma o roteiro foi divido em quatro partes contemplando:

a) Dados sócio-demográficos do participante: as questões de 01 a 07 objetivaram a busca de informações de dados pessoais dos sujeitos abordando aspectos como: idade, sexo, estado civil, grau de instrução, renda familiar e religião.

b) Dados clínicos do paciente em saúde mental: as questões de 08 a 14 visaram conhecer o participante da pesquisa em relação ao seu conhecimento do diagnóstico, presença de tratamentos anteriores e sua possível eficácia, a interrupção de tratamentos anteriores e motivos para tal, o entendimento sobre a prescrição e o seguimento da mesma, de forma a possibilitarem um pequeno histórico do indivíduo em relação ao tratamento em saúde mental.

c) Adesão ao tratamento – questões que objetivaram conhecer os fatores percebidos como facilitadores e prejudiciais à adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

3.4 Procedimentos

3.4.1 De composição da amostra

Para a composição dos grupos I e II (subseqüentemente Aderentes e Não Aderentes) realizou-se, após consentimento e autorização da coordenadora de saúde mental do município (ANEXO B), consulta aos prontuários arquivados no Centro de Saúde Mental (CSM), com o objetivo de averiguar pacientes que tinham diagnóstico médico de depressão. Considerado o diagnóstico, avaliava-se o vínculo atual com a instituição de saúde, ou seja, se estavam fazendo ou não consultas psiquiátricas regulares nos últimos seis meses (critério utilizado no estudo para considerar o abandono do tratamento), a idade do paciente, além, da verificação e anotação de endereço e telefone que possibilitasse contato com o mesmo. Dados relativos ao número de pacientes portadores de transtornos depressivos, identificados através desta busca, podem ser visualizados no Anexo C.

Em seguida, realizou-se contato telefônico com alguns pacientes explicando os objetivos da pesquisa e verificando junto aos mesmos se poderiam e desejavam participar respondendo a uma entrevista que seria agendada para ser realizada no CSM com a psicóloga – Pesquisadora. Quando o paciente relatava estar impossibilitado de comparecer ao CSM era verificada a possibilidade de que a Pesquisadora fizesse a entrevista na residência do entrevistado se este assim o desejasse. A fins desta pesquisa foram excluídos pacientes que apresentavam comorbidade relatada no prontuário médico (31 homens e 73 mulheres, conforme Anexo C), para que se resguardasse maior homogeneidade aos dados.

As principais dificuldades encontradas nesta etapa foram desatualização do endereço e telefone de pacientes, que já haviam se mudado e/ou que não possuíam o mesmo número do telefone (aproximadamente 60% dos pacientes não aderentes e 10% de pacientes aderentes aos quais se tentou contatar). Outra dificuldade importante foi o não comparecimento nas datas marcadas para a entrevista especialmente, com aqueles que já não estavam mais em acompanhamento no Centro de Saúde Mental. Nenhuma pessoa se negou verbalmente a participar do estudo.

Alguns participantes foram contatados, esclarecidos e convidados à participação no estudo quando de sua consulta no CSM ou de sua procura por nova consulta nos casos de abandono ao tratamento. Todos os entrevistados somente responderam à entrevista após esclarecimentos da pesquisadora, a concordância e assinatura do Termo de Consentimento para Participação em Pesquisa (ANEXO D).

3.4.2 éticos

Em conformidade com a Resolução 196 do Ministério da Saúde, de 10 de outubro de 1996 que regulamenta as normas a serem seguidas e observadas na pesquisa envolvendo seres humanos, este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia para apreciação, sendo aprovado em 12 de novembro de 2004.

Assim, em consonância com a Resolução acima citada, que preconiza que nas investigações realizadas junto a seres humanos, cada participante deve ser informado sobre objetivos, métodos, benefícios e prejuízos potenciais advindos da participação no estudo, e também ser esclarecido do resguardo de sua liberdade de participar ou não da pesquisa ou dela se retirar a qualquer momento e a garantia do sigilo e anonimato, desenrolou-se o presente estudo. Desta forma, com a aquiescência dos pacientes, foi assinado, em duas vias, um documento de consentimento esclarecido no qual se especificavam os aspectos anteriormente ressaltados, ficando uma via com o participante e a outra com a pesquisadora, após o que, procedeu-se a entrevista com o sujeito.

No final da entrevista, a pesquisadora respondeu a questões que lhe eram formuladas, realizou orientações conforme a manifestação de interesse e necessidade do participante tendo encaminhado três participantes do grupo II, ao serviço social do CSM para reagendamento e continuidade do tratamento mediante a manifestação do desejo destes por voltar a se tratarem.

3.4.3 De construção dos dados

Neste estudo, utilizou-se a forma semi-estruturada de entrevista, de forma que todos os participantes responderam às questões fundamentais do estudo. Ao início de cada entrevista a Pesquisadora acentuava a importância das opiniões dos participantes procurando estabelecer um clima de cordialidade e tranqüilidade no intuito de que os participantes ficassem à vontade para expressar suas idéias. Ressaltou-se sempre que as idéias do participante eram o ponto mais valoroso para o estudo enfatizando-se a importância de conhecer aquilo que eles pensavam a respeito dos temas propostos e reassegurando que não existiria certo ou errado para as respostas.

As entrevistas foram realizadas individualmente pela Pesquisadora, em sala reservada nas dependências do CSM, ou na residência do participante e tiveram, em média, 50 minutos de duração. As verbalizações dos participantes do estudo foram transcritas, mediante seu consentimento, no momento em que eram feitas havendo o esforço para anotação em sua integralidade e também a colaboração do participante em esperar que a Pesquisadora anotasse sua fala. Durante todo o processo da entrevista estimulou-se um clima de liberdade para que as respostas não fossem lacônicas e que um ritmo de uma conversação "amistosa" fosse estabelecido de forma a possibilitar que o participante expusesse sua visão sobre o tema proposto.

Ao final da entrevista, era questionado ao participante se o mesmo gostaria de acrescentar mais alguma informação que considerasse relevante sobre adesão ou não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão. Encerravam-se as entrevistas agradecendo ao participante e se colocando a disposição para nova procura caso quisessem acrescentar algo mais às suas falas ou tivessem alguma dúvida em relação à pesquisa.

3.4.4 De análise dos dados

Conforme salientado anteriormente, para análise do material utilizou-se a Análise de Conteúdo na modalidade de Análise Temática a partir do referencial teórico de Bardin.

A respeito da Análise Temática como uma técnica da análise de conteúdo, Bardin (1977) ressaltou que o trabalho do analista consistiria em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou freqüência de aparição podia ter um significado para o objetivo analítico em pauta. De acordo com os princípios desta técnica, o texto poderia ser recortado em idéias constituintes, enunciados ou em proposições portadoras de significados isoláveis, que se constituíram no tema "uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura" (BARDIN, 1977, p. 209).

Assim considerando, o presente estudo tomou dois eixos principais para a realização da análise do material, de forma que, por um lado, atentou-se à freqüência de temas destacados nos relatos dos participantes e, por outro lado, também se observou o número de participantes que expuseram, através de suas falas argumentos categorizados pela Pesquisadora em dado contexto de entendimento a respeito da adesão/ não adesão ao

tratamento psiquiátrico para depressão. Esses dois eixos de análise obedecem ao entendimento da Pesquisadora de que à freqüência de temas identificados no material de análise possa contribuir para um entendimento diferente e mais compreensivo a respeito dos fatores de adesão e não adesão ao tratamento quando se acrescentar, a estes dados, o número de pessoas que admitem idéias semelhantes.

A análise de dados realizada neste estudo obedeceu às seguintes etapas:

Etapa I:

A análise inicial dos dados se deu tanto pela pesquisadora como por quatro psicólogos, que atuaram como juizes, tendo todos observado, conforme proposto por Bardin(1977) as seguintes etapas para a realização da análise de conteúdo: a) leitura flutuante das entrevistas (contato exaustivo do material); b) nova leitura com marcação das palavras-chave que poderiam representar os temas; c) nomeação dos temas e registro de freqüência com que apareciam na entrevista; d) agrupamento dos temas de forma a compor as categorias para cada entrevista. A regra de enumeração utilizada pelos analistas foi a freqüência.

Os dados obtidos através das entrevistas foram analisados tanto pela pesquisadora quanto pelos juizes separadamente para os dois grupos da amostra. A concordância entre a análise da pesquisadora e dos juizes pôde ser considerada satisfatória considerando que as categorias identificadas por ambos, foram semelhantes com variações de nomenclatura em algumas situações, as quais foram discutidas entre pesquisadora e juiz prevalecendo o consenso.

Etapa II:

O trabalho intensivo com o material de estudo sugeriu nova necessidade de reagrupamento dos dados. A partir das categorias levantadas na primeira etapa, considerando a similaridade e o antagonismo concebido para adesão/não adesão, muitas vezes observados no material de análise, atentou-se à possibilidade de formação de categorias globais para o dito material.

Nesta etapa formaram-se três categorias globais e polares para a compreensão da adesão/não adesão ao tratamento para depressão, que englobavam categorias específicas, na maioria das vezes, também polares para este comportamento. A polaridade identificada nas categorias pode ser entendida como a inserção que ela possua ao se avaliar que a presença ou ausência, ou, a sua positividade/negatividade poderia funcionar facilitando ou dificultando a adesão ao tratamento.

Após a formação destas três categorias globais, que foram constituídas por um total de oito categorias específicas identificadas nos discursos dos participantes, nova avaliação de

juizes foi realizada, desta vez, por dois psicólogos / pesquisadores que trabalham diretamente com este tipo de análise de conteúdo e que avaliaram como pertinentes os agrupamentos propostos pela Pesquisadora.

A análise do material requerido para desenvolvimento desta etapa, pôde proporcionar a identificação da existência de um foco ou perspectiva no qual os participantes do estudo centravam suas avaliações a respeito das condições interferentes no processo de adesão à terapêutica. Estas perspectivas foram apresentadas neste estudo através das categorias globais identificadas, que intentavam compreender de forma sintética e abrangedora as categorias anteriormente identificadas e que a partir deste momento foram denominadas categorias específicas, já que, originaram a formação das categorias gerais.

Etapa III:

Nesta etapa acrescentou-se à freqüência de temas identificados no material de estudo a freqüência de participantes que consideravam em suas verbalizações dado fator como importante para o fenômeno em estudo, tendo sido realizada para cada categoria específica identificada no presente estudo e considerada quando do detalhamento da mesma a ser observado no próximo capítulo. Ressalta-se que o mesmo exercício não foi feito em relação às categorias globais tendo em vista que as mesmas puderam ser identificadas nos relatos de todos os participantes do estudo.

O uso e apresentação (no capítulo de resultados) das freqüências relativas a cada tema componente de dada categoria específica em relação ao material completo de análise considerou os dois grupos distintamente e também os dois eixos de recorte do presente estudo, a saber: ‘auxilia a adesão’ / ‘dificulta a adesão’. Salienta-se que, com este procedimento pretendeu-se melhor elucidar e detalhar as categorias identificadas, não se guardando a pretensão de nenhum tipo de generalização que contrariasse o uso da técnica e o recorte do presente estudo.

Os resultados deste estudo foram discutidos com base na literatura do tema.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo será apresentado em três seções principais. Inicialmente será apresentada a caracterização dos sujeitos da pesquisa. Em seguida, serão descritos alguns dados clínicos dos participantes de forma a contextualizar a amostra em referência a tratamento(s) psiquiátrico(s) anterior (es) e, por fim, serão apresentadas e discutidas teoricamente as categorias formadas através da análise de conteúdo das respostas às entrevistas.

4.1 Caracterização da amostra

A amostra deste estudo foi constituída pelos grupos I e II (G I e G II), ambos comportando pacientes maiores de dezoito anos, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de depressão, que estavam ou haviam estado, em tratamento em um Centro de Saúde Mental da cidade de Araguari Minas Gerais. O **Grupo I** foi denominado de "**Aderente ao tratamento médico**" e o **Grupo II** de **"Não Aderente ao tratamento médico",** de acordo com critério de assiduidade às consultas médicas, já citado. As características dos participantes do estudo serão apresentadas a seguir, separadamente, para os dois grupos em questão.

Faz-se necessário ressaltar que, inicialmente, quando da construção da entrevista, havia a intenção de avaliar como os dados sociodemográficos dos participantes comportar-se-iam em relação à adesão/não adesão ao tratamento. Entretanto, diante da leitura exaustiva do material, pôde-se observar que o tamanho da amostra era insuficiente para este tipo de avaliação que, seria mais bem estudada em pesquisas com maior número de participantes, sendo assim, mais pertinente em estudos quantitativos que possibilitassem análises estatísticas apropriadas a tal avaliação. Assim, diante das dificuldades de realizar correlações entre estas variáveis e o comportamento de adesão / não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão, os dados a seguir terão como finalidade apenas caracterizar a amostra do estudo.

Grupo I: este grupo foi constituído 11 participantes do sexo feminino e apenas 1 do sexo masculino, com idades que variaram ente 29 e 52 anos, com uma média de 40,9 anos. Era composto por maioria de casados (75%), ao que se seguiu o estado civil solteiro 16, 7 % do total da amostra deste grupo e 8,3%, ou seja, apenas 1 (um) sujeito divorciado.

Quanto à escolaridade dos pacientes deste grupo, 33,3% possuíam o Ensino Fundamental incompleto e 8,3% tinham completado esta etapa de ensino. Outros 33,3% tinham terminado o Ensino Médio e o restante se dividiu entre 8,3% de participantes com Ensino Superior Incompleto e 16,7 % que já haviam terminado um curso superior.

A renda familiar da maioria destes pacientes se situou entre um e dois salários mínimos (58,3% da amostra). Quatro pacientes (33,3%) relataram renda entre três e cinco salários mínimos e apenas 1 sujeito (8,3%) relatou renda superior a cinco salários.

A maioria de sujeitos deste grupo residia em casa própria (83,3%), 16,7% viviam em casas alugadas e apenas um sujeito morava em casa emprestada.

Quanto à religião o catolicismo foi relato pela maioria dos sujeitos deste grupo (58, 3%), as outras religiões citadas pela amostra foram: Testemunha de Jeová, Espírita, e Evangélica todas com apenas 1 participante (8,3% de cada), e por fim, 16,7% dos sujeitos relataram não possuir uma religião definida.

Grupo II: foi formado por 10 mulheres (83,3%) e 2 homens (16,7%), com idades entre 28 e 55 anos, estando subdivididos entre 50% casados, 25% de divorciados, 16,7% de solteiros e 8,3% de viúvos.

Dos participantes situados neste grupo a metade relatou ser Católica, 33,33% ser evangélica, 8,3% espírita e 8,3%, ou seja, apenas um, relatou não ter religião definida.

Em relação à escolaridade deste grupo, notou-se que 50% possuíam até o ensino fundamental, estando ele completo ou incompleto. Dos 50% restantes 8,3% tinham o Ensino Médio incompleto, 8,3% o tinham completado e 33,3% possuíam o superior completo, podendo ser considerado respeitável o número de pacientes com terceiro grau completo em comparação com os outros níveis de escolaridade neste grupo.

Semelhantemente ao G I, este grupo foi composto por maioria de pessoas que ganhavam até dois salários mínimos (66,7%) dos participantes nele alocados. Os 33,3% restantes relataram ganhos mensais que variavam entre três e cinco salários mínimos. Também houve maioria de sujeitos que referiram morar em casa própria (66,7%). A porcentagem restante variou entre 25% de participantes que residiam em casas alugadas e 8,3% em casa emprestada.

No intuito de ampliar a descrição da amostra do estudo em questão proceder-se-á a um histórico breve a respeito dos participantes em relação ao tratamento psiquiátrico.

4.2 Alguns dados clínicos da amostra

Este tópico objetiva aprofundar a caracterização dos sujeitos, apresentando os participantes do estudo relativamente ao conhecimento do diagnóstico psiquiátrico, à presença e eficácia percebida de possíveis tratamentos psiquiátricos anteriores, bem como ao abandono de algum tratamento psiquiátrico ao longo da história do paciente. Considera ainda o entendimento do paciente em relação à prescrição médica e o uso relatado da medicação prescrita.

Este histórico será feito distintamente para os dois grupos em questão: **Aderentes** e **Não aderentes** ao tratamento psiquiátrico para depressão.

4.2.1 Grupo I: Aderentes ao tratamento

Todos os sujeitos relataram realizar tratamento para depressão, o que nos sugere que eles tinham conhecimento sobre a denominação da doença para a qual faziam tratamento no Centro de Saúde Mental. Um destes sujeitos relatou que além da depressão tratava-se também de síndrome do pânico, cefaléia e labirintite e um outro cita, em complementação, também alguns sintomas que vivenciou durante o período de crise, quais sejam a desorganização mental, a angústia, a falta de boas perspectivas de vida e o choro freqüente.

Para este grupo, o tempo do tratamento atual estava variando entre 11 e 36 meses. Cinco sujeitos estavam em acompanhamento há menos de 12 meses e os outros 7 já o realizavam há aproximadamente 36 meses (3 anos). Neste grupo apenas 1 sujeito relatou haver feito tratamentos psiquiátricos anteriores também para depressão, um outro sujeito relatou ter feito tratamento anterior para depressão com um médico neurologista.

Em relação à eficácia de tratamentos anteriores, o sujeito que havia realizado tratamentos psiquiátricos anteriores, acreditava que nenhum deles havia sido eficaz devido às constantes recaídas pelas quais passava. O sujeito que havia feito tratamento anterior com neurologista acreditava que o mesmo havia dado certo já que percebeu alívio nos sintomas.

Todos relataram entender a forma indicada para o uso da medicação, relatando corretamente a prescrição conforme verificado em prontuário. Porém, dois deles referiram não estar fazendo uso correto, um devido a esquecimentos esporádicos e outro por não acreditar que necessitava de uma das medicações e por achar que a mesma não lhe seria eficaz .

> *"Eu tomo Rivotril à noite e um outro de manipular eu não tomei não. Acho que a gente mesmo que tem que ajudar a melhorar num é só tomar remédio. Eu achei que o Rivotril me ajuda mais, o outro não"* (Paciente 11 Aderente).

É importante salientar que neste grupo dois dos sujeitos, mediante a entrevista se revelaram como parcialmente aderentes ao tratamento medicamentoso, pois afirmaram não fazer uso das medicações em conformidade com a prescrição. Considerando o conceito de adesão mais aceito na literatura vigente, especialmente quando se objetiva quantificar a adesão ou a não adesão a tratamentos, estes sujeitos possivelmente seriam, denominados como não aderentes ou parcialmente aderentes ao tratamento. Porém, ponderando sobre o recorte deste estudo, seus objetivos, bem como a definição de adesão e não adesão utilizada, que é anterior ao contato com o sujeito, ajuizou-se que suas respostas continuariam sendo apreciadas como de sujeitos aderentes ao tratamento, grupo para o qual foram chamados a participar.

4.2.2 Grupo II: Não Aderentes ao tratamento

Dos sujeitos considerados não aderentes neste estudo 9 relataram que haviam feito tratamento para depressão no Centro de Saúde Mental. Três participantes não citaram a denominação depressão, mas falaram da sintomatologia que os tinha levado ao tratamento, citando o desânimo intenso, a angústia, a irritabilidade, a insônia e a vontade de morrer como os agentes propulsores da busca por atendimento psiquiátrico. Um dos sujeitos relatou não saber o que tinha, porém relatou alguns sintomas. E um outro sujeito relatou ter se tratado também de fibromialgia.

Em relação a tratamentos psiquiátricos anteriores ao que haviam abandonado no CSM (referência para este estudo), este grupo se dividiu entre 9 sujeitos sem histórico de tratamentos psiquiátricos anteriores, e 3 que já haviam se tratado de depressão no Centro de Saúde Mental anteriormente.

O tratamento interrompido foi considerado como tendo resultados positivos para a maioria dos pacientes, de forma que, 66,7% dos participantes, relataram terem percebido melhora ou atenuação dos sintomas mediante a realização do tratamento em questão. Dois pacientes (16,7%) consideraram como bom o tratamento, porém, relataram não terem alcançado melhoras significativas com o mesmo. Dois sujeitos acreditavam que seus

tratamentos não deram certo e creditavam esta falha ao uso incorreto que haviam feito da prescrição, quando de seu tratamento.

Segundo as respostas dadas por estes sujeitos, houve entendimento das orientações médicas a respeito das prescrições. Poucos não lembravam o nome da medicação, mas lembravam do horário ou da apresentação da mesma (“aquele manipulado”, “um branquinho”) [sic].

Quando estavam em tratamento no CSM mais da metade dos sujeitos (66,7%) relatou que fazia uso correto da prescrição, dois revelaram nunca haverem tomado corretamente a prescrição, sendo que um deles acreditava que a dosagem prescrita era muito elevada e o outro percebia melhoras e interrompia a medicação, até nova piora que o levasse a usá-la novamente. Um dos sujeitos relatou ainda, que, apesar de entender as explicações médicas quanto ao uso da medicação não a usava preferindo usar alguma indicada por um farmacêutico de sua confiança.

É interessante ressaltar que dos doze sujeitos compreendidos neste grupo, três relataram estar fazendo uso de medicação psiquiátrica, receitada por clínico geral ou fornecida pelo atendente da farmácia, um destes sujeitos relatou, ainda fazer uso esporádico de medicação quando se sentia muito mal.

Os motivos que levaram à interrupção do tratamento ao qual nos referenciamos para compor esta amostra podem ser visualizados na Tabela 1. É importante salientar que um sujeito pode ter oferecido mais de um motivo para o abandono de seu tratamento para depressão e isto pode se explicar pela multicausalidade do fenômeno da não adesão ao tratamento considerado na literatura (GEORGE et al., 2000; LINDEN et al., 2000, DEMITTENAERY, 1997).

Tabela 1 - Causas relatadas para o abandono ao tratamento psiquiátrico de referência (Grupo II - Não aderentes)

Causas relatadas para abandono de tratamento psiquiátrico anterior	f	%
Melhora dos sintomas	11	44
Dificuldades para obtenção do atendimento médico	6	24
Relação negativa com o médico	2	8
Efeitos colaterais	2	8
Dificuldades econômicas para efetivação do tratamento	2	8
Não perceber resultados positivos com o tratamento	2	8
Total	25	100

Como se pode verificar através da Tabela 1, considerando a freqüência (f) de respostas dos participantes, os resultados positivos alcançados com o tratamento figurados na melhora nos sintomas foram a causa mais freqüentemente relatada para o abandono do tratamento antidepressivo contando com a freqüência de 44% de todas as respostas fornecidas. Em seguida, visualiza-se que, encontrar dificuldades para obtenção do atendimento médico, foi responsável por 24% das respostas dos pacientes quando relataram motivos do abandono do tratamento. O restante dos motivos se subdividiu em 'efeitos colaterais', 'relação negativa com o médico', 'dificuldades econômicas para efetivação do tratamento', e 'não percepção de resultados positivos com o tratamento' contando cada uma destas causas relatadas com 8% do total de respostas dadas pelos participantes do grupo II ao serem questionados sobre os motivos para o abandono do tratamento.

Os dados deste estudo confirmam alguns dados da literatura descritos a seguir. A não adesão ao tratamento antidepressivo parece ter causa múltipla, ou seja, um conjunto de duas ou mais razões podem ser disparadoras deste comportamento. Demyttenaere (2001) verificou que "sentir-se melhor" e "ter efeitos adversos", nesta ordem, foram as razões mais freqüentemente alegadas para o abandono da terapia antidepressiva. No estudo citado, o autor verificou que 53% dos 272 pacientes avaliados haviam abandonado o tratamento no final do

estudo. “sentir-se melhor” foi responsável por 55% dos motivos relatados para o abandono, e os “efeitos adversos” por 23% destes motivos”.

Linden et al. (2000) também encontraram como uma das principais razões para interrupção do tratamento para depressão a melhora de sintomas, denominando-a “resposta suficiente”. Na amostra do referido estudo, esta razão foi responsável por 19,8% das causas citadas, sendo seguida por “efeitos adversos” que perfizeram 3,8% das causas, e “deterioração no quadro ou resposta insuficiente” que contaram com 3,1% dos motivos relatados.

Os resultados de George et al. (2000) também revelaram multicausalidade para o abandono à terapêutica antidepressiva. Os efeitos colaterais figuraram como o motivo mais alegado para a interrupção do tratamento, sendo seguidos pela melhora percebida, falta de resultados positivos, preocupação com possíveis efeitos colaterais e hospitalização. No presente estudo a resposta insuficiente à terapia antidepressiva foi denominada como ‘não percepção de resultados positivos com o tratamento’, sendo também indicada como uma das causas de abandono do tratamento.

Resultados do presente estudo também indicaram que o estabelecimento de um relacionamento negativo com o médico, as dificuldades para obtenção de atendimento retratadas, entre outras coisas, pelo longo período de espera pelo mesmo, e as dificuldades financeiras encontradas pelo paciente para efetivação do tratamento poderiam ser prejudiciais à adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

A relação estabelecida com o médico, apesar de ser considerada na literatura como um fator de adesão e/ou não adesão ao tratamento antidepressivo (DEMYTTENAERE, 1997; BULTMAN; SVARSTAD, 2000), não foi relatada em outros estudos, como causa citada por pacientes para o abandono da terapia antidepressiva.

Já em relação às dificuldades encontradas pelos pacientes para obtenção de atendimento médico e as dificuldades financeiras, as quais podem funcionar como barreiras impeditivas do seguimento do tratamento mencionadas por esta amostra como possíveis motivos para o abandono de tratamento para depressão, não foram relatadas como causas de abandono ao tratamento em outros estudos.

Como possível explicação, supõe-se a importância da consideração de que os estudos referentes à adesão ao tratamento antidepressivo sejam preponderantemente americanos, e, portanto, fazerem jus a uma distinta realidade sócio-econômica e de política de organização dos cuidados em saúde e acesso aos usuários. Importante também considerar que a amostra deste estudo foi composta por pacientes usuários de um serviço público de saúde e tinham, em sua maioria, um nível econômico tendente a baixo, podendo assim, aparecer razões

diferenciadas ao se tratar de usuários do sistema privado de saúde ou portadores de condições sócio-econômicas mais elevadas. Desta forma, infere-se que peculiaridades da amostra devam ser consideradas ao se avaliar os motivos do abandono do tratamento.

4.3 Aspectos relacionados à adesão e à não adesão ao tratamento medicamentoso para depressão

Conforme elucidado no capítulo anterior, após transcrição do material procedeu-se à análise de conteúdo das repostas a partir do referencial de Bardin (1977), o que, em última instância, permitiu a identificação de três categorias globais e polares para o comportamento de adesão / não adesão presentes nos relatos de pacientes de ambos os grupos. As categorias globais identificadas comportam categorias específicas, na maioria das vezes, também semelhantes nos dois grupos. Assim, considerando a equivalência das categorias globais, bem como a similitude preponderante nas categorias específicas, elas serão apresentadas, detalhadas e exemplificadas com falas de pacientes aderentes e não aderentes, e também analisadas em relação à polaridade que apresentarem para adesão ou não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão.

As categorias globais identificadas foram: "Relacionamento Intrapessoal", "Relacionamento Interpessoal" e "Contexto do Tratamento", o que pôde sugerir algumas perspectivas de entendimento da adesão ao tratamento para esta população:

- Da perspectiva do paciente estão os **aspectos intrapessoais,** cujas categorias específicas tratam basicamente da postura do indivíduo em relação à doença e tratamento;
- Da perspectiva de 'outros' importantes para o tratamento, se encontram os **aspectos interpessoais,** composto por categorias específicas que se referem ao suporte afetivo percebido na relação do paciente depressivo com o outro;
- Da perspectiva da importância do ambiente, situam-se os **aspectos relativos ao contexto do tratamento,** cujas categorias versam sobre as condições materiais para o desenvolvimento do tratamento e também daquelas oferecidas pela instituição de saúde com relação ao atendimento.

O Quadro1 oferece um panorama geral referente às categorias gerais e específicas que foram identificadas neste estudo.

Quadro 1: Categorias Globais e Específicas identificadas nos relatos do G I e G II

Aspectos Intrapessoais		Aspectos Interpessoais		Aspectos Contextuais	
Auxilia a Adesão	*Dificulta a Adesão*	*Auxilia a Adesão*	*Dificulta a Adesão*	*Auxilia a Adesão*	*Dificulta a Adesão*
➢ Reconhecimento da Depressão como Doença	➢ Ausência do Reconhecimento da Depressão como Doença	➢ Relacionamento Interpessoal Positivo com a Equipe	➢ Relacionamento Interpessoal Negativo com a Equipe	➢ Presença de Suporte e Material para a realização do tratamento	➢ Ausência de Suporte Material e Institucional para a Realização do Trabalho
➢ Interpretação Positiva dos Resultados	➢ Interpretação Negativa dos Resultados	➢ Suporte Familiar	➢ Falta de Suporte Familiar	➢ Acompanhamento psicológico	
➢ Motivação do Paciente para o Tratamento/ Melhora	➢ Falta de Motivação do Paciente para o Tratamento/ Melhora		➢ Preconceito Social		
	➢ Sintomatologia				

Conforme ilustrado pelo Quadro 1, a maior parte das categorias específicas alusivas aos fatores percebidos como facilitadores e como prejudiciais à adesão ao tratamento medicamentoso foram semelhantes nos dois grupos.

Para apresentação desta parte dos Resultados e Discussão, proceder-se-á da seguinte forma: inicialmente serão apresentadas as categorias globais e as específicas nelas contidas considerando a freqüência de temas nelas constantes, bem como seu percentual em relação ao material completo de análise contemplando a descrição e detalhamento de cada categoria com os temas que nela estiveram presentes, e exemplificando com argumentações dos participantes. E, posteriormente, proceder-se-á a uma discussão teórica a respeito dos dados deste estudo em relação à literatura referente à temática do estudo.

4.3.1. Aspectos Intrapessoais

Esta categoria global compreende os fatores relacionados ao paciente e creditados pelos participantes do estudo como interferentes na adesão ou não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão.

Nela estão incluídas categorias específicas identificadas no material de estudo que versam sobre um provável "caminho" percorrido pelo paciente na sua relação com a doença e com o tratamento, que teriam como possível implicação a adesão ou a não adesão ao tratamento. Dessa forma, as categorias aqui englobadas sugerem dar os seguintes aspectos a este "caminho": reconhecer a depressão como uma doença, reconhecer os sintomas desta doença, ter vontade de se tratar e de melhorar os sintomas e acreditar que a realização do tratamento psiquiátrico pode trazer esta melhora desejada. Estes aspectos poderiam contribuir para adesão ao tratamento, enquanto o antagonismo desta situação a prejudicaria. As categorias específicas aqui englobadas foram: Reconhecimento da Depressão como Doença / Não Reconhecimento da Depressão como Doença; Interpretação Pessoal dos Resultados do Tratamento (positiva/ negativa); Motivação para Realização do Tratamento/Cura / Falta de Motivação para Realização do Tratamento/Cura; e Sintomatologia da doença.

Esta categoria global na condição de aspecto facilitador da adesão ao tratamento foi identificada numa freqüência de 37,3 % e 25% do total de argumentações categorizadas para o grupo de aderentes e não aderentes ao tratamento respectivamente. Na sua segunda polaridade, como condição prejudicial ao comportamento de adesão ao tratamento 41,2% das

argumentações do G I e 38% daquelas categorizadas no G II conferiam importância a fatores intrapessoais como possíveis dificultadores da adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão.

Segue-se detalhamento e descrição das categorias específicas aqui circunscritas:

4.3.1.1 Reconhecimento da depressão como doença

A Tabela 2 apresenta os temas levantados nas falas dos participantes do estudo em relação aos fatores percebidos como facilitadores da adesão, retratando ainda, a freqüência (f) com a qual eles apareceram em relação ao total de verbalizações referente a cada grupo da amostra.

Tabela 2 - Presença do reconhecimento da depressão como doença enquanto facilitador da adesão ao tratamento medicamentoso para depressão nos dois grupos.

Reconhecimento da Depressão como Doença Auxilia a Adesão ao Tratamento para Depressão				
Temas	G I		G II	
	f	%	f	%
Aceitação da depressão como doença	1	0,9	-	-
Consciência da necessidade do tratamento	2	1,8	1	0,9
Entendimento da gravidade da depressão	1	0,9	-	-
Consciência da própria doença	2	1,8	2	1,9
Total	**6**	**5,4**	**3**	**2,8**

Conforme apresentado na Tabela 2, a categoria “Reconhecimento da Depressão como Doença” representou 5,4 % dos temas identificados nos discursos proferidos por participantes do G I em relação aos fatores percebidos como facilitadores da adesão ao tratamento. Nos discursos dos participantes do G II, percebe-se uma freqüência comparativamente menor, em relação ao G I, no sentido da observação deste fator como interferente no comportamento de adesão, de forma que 2,8% dos temas categorizados foram compreendidos nesta categoria específica. Os dados sugerem que, para os pacientes considerados neste estudo como

aderentes ao tratamento, reconhecer a depressão como doença pode ter uma importância maior como fator facilitador do tratamento do que aquela considerada pelos não aderentes ao tratamento para depressão.

De forma sintética, pode-se considerar que esta categoria específica se refere a temas que remetem à idéia de que a forma pela qual o paciente compreende a depressão, reage a esta compreensão, avalia sua gravidade e toma consciência ou não da doença pode vir a interferir em sua adesão ao tratamento para depressão.

A presença do reconhecimento da depressão como uma doença e de que a pessoa esteja acometida pela mesma, juntamente à consciência da necessidade de se realizar um tratamento foram identificadas como o pólo positivo desta categoria específica, avaliadas, pelos participantes, como fator auxiliar da adesão ao tratamento. Nos relatos de três participantes do GI e um participante do GII, pôde-se identificar este pólo positivo da presente categoria específica, ou seja, argumentos que conferiam ao reconhecimento da depressão como doença e da necessidade do tratamento como auxiliares ao comportamento de adesão.

Os dados indicaram que na presença do reconhecimento de sintomas, aceitação de depressão como doença, e assim, da conseqüente necessidade de tratamento poderia haver uma facilidade para que o paciente aderisse ao tratamento proposto. Estes dados levam à inferência que a aceitação da depressão como uma doença seria um dos passos iniciais para a busca e também para efetuação do tratamento.

Aceitar a depressão como doença, reconhecer certas condições como sintomas, e se conscientizar que está doente e que por isso, necessita de um tratamento especializado parece ser um processo pelo qual deveria passar um paciente, para que, viesse a aderir ao tratamento, conforme exemplificam as seguintes argumentações, de onde foram identificados os temas constantes nesta categoria.

> *"Primeiro de tudo, a gente aceitar que depressão é uma doença, por mais difícil de entender é doença"* (Paciente 9 Aderente).
>
> *"Ter o entendimento de que tá doente e saber que se não trata num vai melhora"* (Paciente 1 Aderente).
>
> *"Até que você tem consciência que é depressão, é uma doença e pode se tornar uma coisa séria..."*. (Paciente 6 Não Aderente).

Estes dados corroboram a afirmação de Dowel e Hudson (1997) de que o processo de aceitação de um tratamento estaria intimamente ligado à aceitação do problema.

O reconhecimento da depressão como uma doença, mediado pela presença de sintomas interpretados como patológicos, poderia impulsionar a busca e a consecução de um tratamento, conforme ilustram os relatos abaixo:

> *"A pessoa tem que conscientizar que tem é uma doença e precisa de tratamento"* (Paciente 4 Aderente).

Estes dados sugerem que a percepção do paciente a respeito de haver uma explicação orgânica para aos sintomas que vivencia parece contribuir para conferir à depressão o *status* de doença.

Sullivan et al. (2003) hipotetizaram que crenças biologicistas a respeito da depressão poderiam ser preditoras do resultado do tratamento e da adesão ao mesmo, em pacientes com depressão menos severa. Em seus resultados verificaram que, crenças de pacientes a respeito de sua saúde e depressão, associadas ao tempo de tratamento e idade do indivíduo, podiam predizer resposta à medicação antidepressiva entre pacientes com depressão menos severa, entretanto, não verificaram que estas crenças fossem preditoras da adesão ao tratamento antidepressivo.

A ausência do reconhecimento da depressão como doença, a outra polaridade identificada nesta categoria específica obteve uma freqüência maior de verbalizações e, conseqüentemente de temas, em sua configuração como fator prejudicial à adesão, comparativamente à presença do reconhecimento da depressão como uma doença como fator auxiliar à adesão. A freqüência que cada tema apresentou na constituição deste pólo da categoria pode ser visualizada na Tabela 3.

Tabela 3 - Ausência de reconhecimento da depressão como doença como fator prejudicial à adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

Ausência de Reconhecimento da Depressão como Doença Dificulta a Adesão ao Tratamento para Depressão				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Não acreditar que necessita de tratamento	2	2,1	2	2
Não se acreditar doente	1	1	2	2
Não entender a depressão como uma doença	2	2,1	-	-
Preconceito do paciente em relação a doença/ tratamento	1	1	5	5
Não saber da seriedade da doença depressiva	-	-	1	1
Excesso de confiança na sabedoria do paciente	-	-	2	2
Postura da religião frente à doença depressiva	1	1	-	-
Total	**7**	**7,2**	**12**	**12 %**

A Tabela 3 retrata a segunda polaridade identificada para esta categoria. Cinco temas deram origem à esta polaridade da categoria que abarcou 7,2% da freqüência total de temas identificados nos discursos do G I em relação ao que observavam como prejudicial à adesão. Dentre os temas aí inseridos ‘não acreditar que necessita de tratamento’ e ‘não entender a depressão como doença (tema identificado exclusivamente no GI), contribuíram igualmente com uma freqüência de 2,1% de identificação nos discursos. Os outros temas nesta categoria englobados foram identificados em uma freqüência de 1% cada um, chamando atenção que a ‘postura da religião frente à doença depressiva’ foi um tema também identificado apenas em relatos do G I.

No G II também, foram identificados cinco temas que constituíram tal categoria, sendo importante realçar que o ‘preconceito do próprio paciente’ foi considerado neste grupo com certo destaque, sugerido pela sua alta freqüência em comparação aos outros temas (5%). ‘excesso de confiança na sabedoria do paciente’ foi um tema observado exclusivamente no grupo II e contribuiu com a porcentagem de 2% para o fechamento da categoria em 12%. Os

temas restantes estiveram subdivididos entre ‘não acreditar que necessita de tratamento’ (2%), ‘não se acreditar doente’ (2%), e ‘não saber da seriedade da doença depressiva’ (1%).

A ausência de reconhecimento da depressão como doença e/ou da necessidade de tratamento, juntamente com o preconceito do paciente foram percebidos, pelos participantes deste estudo, como prejudiciais ao processo de adesão ao tratamento medicamentoso para depressão. Os temas abrangidos por esta categoria foram identificados nos relatos de 5 participantes do GI e de 8 do GII ao se referirem aos fatores que dificultavam a adesão, o que, pode levar à reflexão da importância do não reconhecimento da depressão como uma doença para a interrupção do tratamento psiquiátrico para depressão.

A freqüência comparativamente maior de temas e sua inserção nos discursos de maior número de participantes tanto no GI como no GII, para esta polaridade, também poderia sugerir que a falta deste reconhecimento possa ser mais importante para o comportamento de não adesão, que o reconhecimento para a adesão.

No aspecto da categoria ora descrito, pode-se detalhar que a ausência de aceitação da depressão como doença, concomitante ou não, com a negação da doença podem induzir a não busca por tratamento ou, caso esta se dê, na dificuldade e/ou não continuidade do mesmo.

> *“Primeiro, a gente não achar que tá doente”*. (Paciente 6 Não Aderente).

> *“O primeiro (fator que atrapalha a adesão) é você não acreditar que precisa”*. (Paciente 2 Não Aderente).

Neste sentido, os dados deste estudo confirmaram os dados de Duailibi e Santos (2005) ao considerarem que, devido às falsas crenças de que os sintomas da depressão não são reais, muitos indivíduos podiam não reconhecer que tinham um problema que podia ser tratado ou podiam ser desencorajados a iniciar ou se manter em tratamento por causa de vergonha e/ou preconceito.

Assim, considera-se, de acordo com o discurso dos participantes deste estudo, que, compreender a depressão como “frescura” [sic], falta de atividade, ou de uma vida religiosa, pode sugerir ao paciente outras estratégias de controle dos sintomas, que não um tratamento medicamentoso ou psicológico.

> *“Achar, ahh, isso é frescura, depressão não existe..., outra coisa é... quando na igreja igreja fala que é coisa do demônio, isso atrapalha demais a pessoa fazer o tratamento.* (Paciente 11 Aderente).

Este tipo de entendimento a respeito da doença depressiva parece ser comum. Souza, Fontana e Pinto (2005) neste sentido, realçaram que, a pessoa ao considerar a sintomatologia da depressão como decorrente de fraqueza de caráter passando por algum conflito ao qual não conseguisse resolver reforçaria sua crença de falta de força moral para enfrentar atribulações, e não considerando seu estado como patológico não procuraria tratamento. Adicionalmente, estes autores, consideraram ser comum em pessoas deprimidas relacionarem seu sofrimento a um castigo divino por faltas e pecados cometidos, podendo ter estas concepções, que se constituem em formas de se perceber a depressão, influências importantes na busca e efetivação do tratamento.

O conhecimento parcial sobre a hipertensão e as crenças distorcidas de pacientes em relação a esta doença, segundo Peres, Magna e Viana (2003), poderiam ensejar métodos também distorcidos de controle da doença.

A forma pela qual se compreende a 'doença', a denominação que se dê aos sintomas e a negação da própria doença, também, podem se converter em fatores a distanciar o paciente com depressão do tratamento, conforme ilustram as seguintes argumentações:

> *"Achar que depressão não é doença, que é frescura"*. (Paciente 11 Aderente)

> *"Falar que não quer, que não tá doente"*. (Paciente 11 Aderente).

Neste sentido, Keck et al. (1996) haviam verificado, entre outros motivos, que a negação da doença e a crença na resolução espontânea da mesma, foram relatadas como justificativas para a não adesão ao tratamento por pacientes psiquiátricos. Gonzáles et al. (2005) afirmaram haver menor possibilidade de adesão quando os pacientes pensavam não necessitar de cuidados psiquiátricos. Para Santin, Cerezer e Rosa (2005), a falta de conhecimento sobre a doença psiquiátrica ajudaria a explicar a não adesão à terapêutica.

Agregada à negação do paciente a respeito da doença depressiva pode se encontrar crença de que o próprio doente teria condições de se curar através de recursos próprios, fazendo com que o mesmo confiasse excessivamente em si mesmo, e assim desconsiderasse a necessidade de ajuda profissional.

> *"Pensar que dá conta de sarar sozinha e engana porque não adianta não"*. (Paciente 5 Não Aderente)

> *"A gente tem mania de ser médico. Ah!! eu é que sei o que eu preciso"*. (Paciente 6 Não Aderente)

Em consideração à percepção que o paciente faz de sua doença depressiva e a relação desta com o desenvolvimento do tratamento, Manber et al., (2003) haviam ressaltado o impacto desta percepção na busca de cuidados, na continuidade dos mesmos e até mesmo nas respostas ao tratamento. Estes autores consideraram que pacientes que visualizavam a própria depressão como transitória e acreditavam ter algum controle sobre o estado depressivo tinham uma maior probabilidade de aderirem ao tratamento.

Desta forma, considera-se que os dados do presente estudo corroboram a afirmação de Manber et al. (2003) quando indicaram que para haver busca do tratamento e permanência no mesmo, deveria existir uma percepção inicial de que se trate de uma doença, ou seja, se a depressão não for considerada como doença não há logicidade para que se busque um tratamento. Assim considerando, realça-se o papel da percepção do paciente em relação à sua doença como fator a influenciar a adesão ao tratamento para depressão, como ilustrado anteriormente nas falas do paciente 11 Aderente e do paciente 6 Não Aderente.

Entretanto, em relação ao controle do paciente sobre sua doença, os dados deste estudo sugerem oposição em relação ao estudo de Manber et al. (2003) ao afirmarem que a percepção de controle do paciente poderia levá-lo à aderir ao tratamento. No presente estudo este controle parece agir como incentivo ao poder onipotente do paciente para a cura, diante de se acreditar em condição de melhor julgar o que lhe seria benéfico, conferindo um excesso de confiança em sua própria sabedoria, conforme ilustram as seguintes falas:

> *"A gente tem mania de ser médico. Ahh!!! **Eu** é que sei o que **eu** preciso"*. (Paciente 6 Não Aderente)

> *"Uma coisa que atrapaia é: a gente sempre pensa que dá conta de sará sozinha e engana porque não adianta não"*. (Paciente 5 Não Aderente).

Crenças de que o controle da saúde dependeria do próprio paciente também estiveram relacionadas à não adesão ao tratamento de pacientes portadores de dor crônica. (KURITA; PIMENTA, 2003).

Acrescido à compreensão distorcida sobre o que seja a depressão, relacionando-a a um processo subordinado ao controle pessoal ou, à uma fraqueza ininteligível da pessoa, parece se encontrar a presença de preconceitos relativos à doença psiquiátrica e ao seu tratamento,

que, conforme indicaram os dados, poderia contribuir negativamente com a efetivação do tratamento. Importante observar que, a falta de entendimento por parte dos pacientes a respeito da depressão pode colaborar para o desenvolvimento do preconceito do próprio paciente em relação à doença ou ao tratamento necessário à mesma.

Desta forma, os participantes do presente estudo mencionaram que o preconceito do próprio paciente, configurado, especialmente, ao associar a depressão à loucura ou o tratamento com o psiquiatra como destinado a este tipo de paciente seria um fator inibidor da adesão ao tratamento medicamentoso por parte de um paciente com depressão, conforme ilustram as seguintes argumentações:

> *"Olha... uma coisa... A primeira coisa é ele tê preconceito, atrapalha demais!!"*. (Paciente 7 Não Aderente).
>
> *"A pessoa pensa: ir em psiquiatra, ahh! eu não tô louco pra que ir lá?!!* (Paciente 6 Não Aderente).
>
> *"As vezes também o preconceito de tratar na saúde mental. Achar que é doido"***.** (Paciente 3 Não Aderente).
>
> "Só da gente pensar que vai na Saúde Mental, já dá um negócio ruim no coração". (Paciente 6 Aderente).

Em detrimento da freqüência pela qual o tema 'preconceito do próprio paciente' foi identificado no presente estudo (Tabela 3), esta postura, seja em relação à depressão, ao tratamento psiquiátrico ou à instituição de saúde mental, não foi verificada em outros estudos como fator interferente na adesão/ não adesão ao tratamento para depressão, ou mesmo citada como importante para a avaliação nesta temática. Considerando a possível originalidade destes dados ao apontarem para a importância do preconceito por parte do paciente com depressão a respeito desta doença e do tratamento para ela, hipotetiza-se que características culturais brasileiras ou mesmo regionais poderiam influenciar na falta de conhecimento da população a respeito de doenças psiquiátricas, inclusive da depressão, promovendo uma barreira à adesão ao tratamento. Esta condição também aponta para a necessidade da realização de pesquisas no contexto brasileiro que explorem a presença do preconceito como fator a desempenhar uma barreira para a efetivação do tratamento para tratamentos psiquiátricos.

Considerando os dados acima expostos, observa-se que reconhecimento da depressão como uma doença que pode apresentar certo grau de seriedade e que mereça cuidados

especializados pode funcionar como incentivo à busca por tratamento especializado. Ao mesmo tempo, o não reconhecimento desta doença, da seriedade que ela possui, a representação que o paciente faça da doença "loucura" [sic], e/ou da instituição na qual se oferece o atendimento especializado funcionaria, como sugerem os dados, afastando o paciente da busca por tratamento e/ou de dar continuidade ao mesmo.

4.3.1.2 Motivação do paciente para tratamento / melhora

Esta categoria específica também comportou o aspecto de polaridade. Nela se englobaram temas que se referiam à importância do envolvimento e participação ativa do paciente em seu tratamento, bem como, de seu desejo por melhoras dos sintomas e a percepção de um significado existencial para a realização do tratamento como interferentes na adesão do paciente com depressão ao tratamento. Observando a característica de polaridade compreende-se que, quando presentes, estas situações funcionariam como auxiliares da adesão e quando ausentes dificultariam este processo.

A Tabela 4 retrata os dois pólos de inserção desta categoria, a freqüência com a qual elas aparecem no material de estudo, bem como a porcentagem de sujeitos que tiveram este tipo de argumentação, contextualizando-os nos dois grupos da amostra.

Tabela 4 - Pólos da Categoria Específica: Motivação para o tratamento / Melhora e freqüência desta categoria nos grupos I e II.

Categoria específica: Motivação para o tratamento / Melhora						
Pólos da categoria	**G I**			**G II**		
	f	**%**	**% sujeitos**	**f**	**%**	**% sujeitos**
Presença (motivação)	26	23,6	75	18	16,7	50
Ausência (falta de motivação)	8	8,3	50	14	14	58,3

Como se pode verificar na Tabela 4, anteriormente apresentada, 75% dos sujeitos do G I e 50% dos sujeitos do G II, tiveram argumentações que conferiam à presença da motivação um fator a auxiliar a adesão ao tratamento para depressão. Considerando que um sujeito pode ter fornecido mais de uma resposta nos mesmo sentido, observa-se que 23,6 % de todos os

temas recortados das falas do G I e 16,7 % dos recortados das argumentações do G II acordam que a motivação para o tratamento seja importante fator a auxiliar a adesão ao tratamento para depressão. É importante ressaltar que esta categoria foi responsável pela maior freqüência entre as categorias específicas englobadas nos "aspectos intrapessoais" nos dois grupos.

A ausência de motivação do paciente para o tratamento/melhora contou com uma freqüência de temas comparativamente menor (8,3 % e 14% de todas as respostas oferecidas pelo G I e G II respectivamente, ao serem questionados sobre os fatores que dificultariam a adesão ao tratamento). Entretanto, o percentual de sujeitos que ofereceram respostas englobadas neste pólo da categoria foi comparativamente semelhante (50% dos participantes do G I e 58,3% dos participantes do G II).

A alta freqüência de temas e especialmente de sujeitos, em cujos relatos tal categoria pôde ser identificada leva a inferir que a motivação do paciente se constitua em importante fator a ser considerado em estudos sobre adesão em pacientes com doença depressiva.

No pólo referente à presença da motivação para o tratamento/melhora, segundo indicaram os dados, o desejo do paciente por melhorar ou se livrar de seus sintomas e o esforço realizado para atingir esse objetivo, quando presentes, podem ser capitalizados na busca e continuidade de um tratamento psiquiátrico.

Desta forma, temas como: 'desejo pela melhora/cura', 'esforço em busca da melhora', 'desejo de fazer o tratamento', 'motivação intrínseca', 'significado existencial do paciente' e o 'compromisso com o tratamento' foram alocados ao pólo caracterizado pela presença de motivação para o tratamento/melhora. As freqüências que estes temas foram identificados em relação ao material completo relativo aos fatores de adesão nos dois grupos podem ser verificadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Motivação para o Tratamento/ Melhora enquanto fator auxiliar de adesão nos dois grupos.

Motivação do Paciente para o Tratamento/ Melhora Auxilia a adesão ao Tratamento para Depressão				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Esforço do paciente em busca da melhora/cura	5	4,5	7	6,5
Significado existencial	1	0,9	5	4,6
Motivação intrínseca	2	1,8	2	1,8
Desejo do paciente pela melhora/cura	12	11	4	3,7
Desejo de fazer o tratamento	5	4,5	-	-
Ter compromisso com o tratamento	1	0,9	-	-
Total	**26**	**23,6**	**18**	**16,6**

Conforme se pode visualizar na Tabela 5, desejar a melhora foi o tema mais frequentemente citado nesta categoria pelos participantes do G I (11%), se esforçar em busca dela e desejar fazer o tratamento foram os temas subseqüentes em termos de freqüência (4,5% cada). A motivação intrínseca, o compromisso com o tratamento e significado existencial do paciente forma temas presentes em uma freqüência de 1,8%, 0,9% e 0,9% consecutivamente.

No G II o 'esforço do paciente em busca da melhora' foi o tema que mais apareceu (6,5 %), tendo sido seguido pelo 'significado existencial' (4,6%), 'desejo do paciente pela melhora/cura' (3,7%) e 'motivação intrínseca' (1,8%). Ao se comparar os temas categorizados nos discursos dos dois grupos e sua freqüência em cada um deles, chama atenção a importância conferida ao significado existencial pelo G II como auxiliar à adesão, estando este tema mais freqüente neste grupo em relação ao G I. No G I considera-se que o desejo de fazer o tratamento seria importante para a adesão, fato que não ocorreu na análise do material do G II. A valorização, em termos de freqüência de aparecimento de tema no discurso, do 'desejo do paciente pela melhora' também foi mais freqüente no G I.

O desejo pela melhora parece configurar o ponto inicial para a busca da observação do tratamento orientado. Este tema apareceu com destaque no G I, tendo uma freqüência,

conforme já salientado, comparativamente maior em relação a outros temas agrupados nesta categoria mediante relatos dos participantes deste grupo. As seguintes verbalizações podem exemplificar:

> *"É primeiramente ele querer se curar do problema. Os profissionais tá ali para ajudar, mas, se você não querer não tem como facilitar nada"*. (Paciente 1 Aderente).

> *"O que ajuda aderir...vontade de vencer o problema. É a vontade de melhorar, vontade de voltar a vida ao normal, vontade de ter saúde de uma vida saudável como era antes"*. (Paciente 2 Aderente).

> *"É o querer dele, é o paciente querer sarar"*. (Paciente 7 Não aderente).

> *"No caso aí assim... a vontade de sarar é que faz o paciente seguir as coisas"*. (Paciente 8 Não aderente).

A importância da motivação do paciente para realização do tratamento ressaltada pelos participantes deste estudo corrobora a afirmação de Leite e Vasconcellos (2003) a respeito da importância de se contemplar o fator motivação em pesquisas relativas à adesão de pacientes à terapêutica.

A firme vontade de reagir positivamente na busca da melhora e cura, parecem promover certa intensidade, de importante valor, no esforço em direção à adesão ao tratamento. A intensidade de esforço despendida é favorável, quando conduzida em direção à procura e persistência do paciente no intuito de ficar bem.

> *"A pessoa querer mesmo ficar boa depressa. Ter força de vontade para melhorar [...] O que ajuda mesmo é a própria pessoa querer reagir"*. (Paciente 12 Aderente).

> *"O esforço do paciente. O paciente querer e correr atrás do tratamento"*. (Paciente 8 Aderente)

> *"Ter força de vontade e correr atrás da melhora"*. (Paciente 1 Não Aderente).

De acordo com os dados levantados, a motivação para a realização do tratamento poderia ser incrementada diante da percepção de um significado existencial para que o paciente realizasse o tratamento. Por significado existencial entende-se a percepção do paciente relativa a sua importância enquanto pessoa capaz de auxiliar outras pessoas, por

exemplo, cuidar dos filhos, ou ainda, sentir-se necessário a ponto de ser alvo de preocupação de outros. Desta forma, a percepção do paciente quanto ao seu valor pessoal pode se constituir em estímulo para aderir ao tratamento. As seguintes afirmações podem esclarecer este aspecto:

> *"Pensar que os filhos precisam da gente, ajuda a gente a querer seguir o tratamento para conseguir sarar"*. (Paciente 12 Aderente).
>
> *"No caso pensar que a gente tem que ficar bem pra cuidar dos filhos. Ter uma razão para viver. Ter uma coisa para se apegar, por exemplo, eu apeguei no meu filho"*. (Paciente 2 Não Aderente).
>
> *"Ver que alguém importa com a gente. Por que as vezes, o paciente não tem força de procurar os profissionais e vocês ligando ajuda a gente. Igual você ligou para saber como eu tava isso eu achei importante"*.(Paciente 12 Não Aderente, se referindo ao contato da pesquisadora para a participação no estudo).

Se, estar motivado é ter razões para agir, em relação ao tratamento psiquiátrico para depressão, as relações afetivas pautadas no reconhecimento de importância, valor e utilidade do paciente podem se configurar em força motriz a injetar ânimo para continuidade do tratamento.

Ao serem questionados sobre os fatores que dificultariam a adesão ao tratamento, pôde se observar, nos dois grupos, que a falta de motivação do paciente para a realização do tratamento ou pela própria melhora se constituiria em fator deste tipo. Assim, a falta de motivação para o tratamento/melhora, compôs o outro pólo, ou a vertente oposta desta categoria específica, que foi formada pelos temas que constam da tabela a seguir.

Tabela 6 - Falta de Motivação para o Tratamento/ Melhora enquanto fator prejudicial à adesão ao tratamento medicamentoso nos dois grupos.

Ausência de Motivação para o Tratamento/ Melhora Dificulta a Adesão ao Tratamento para Depressão				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Resistência do paciente para a realização do tratamento	1	1	5	5
Falta de desejo do paciente pelo tratamento	7	7,2	2	2
Falta de esforço do paciente em busca da melhora	-	-	2	2
Falta de motivação do paciente para a melhora	-	-	2	2
Total de Argumentações	**8**	**8,2**	**14**	**14**

Conforme retratado pela Tabela 6, 8,2% das argumentações proferidas pelo GI relativamente ao que consideravam como prejudicial à adesão ao tratamento girava em torno da falta de motivação do paciente para o tratamento / melhora, sendo enfatizado a falta de desejo do paciente pelo tratamento. No GII pôde-se identificar um número maior de temas a constituir esta polaridade da categoria (14% das verbalizações), tendo este grupo conferido maior ênfase à resistência do paciente para a realização do tratamento como fator dificultador da adesão.

Com intuito de melhor detalhar este aspecto da categoria em voga, observa-se que, "Não querer sarar" [sic] foi uma causa bastante citada pelos participantes dos dois grupos como um fator-base a prejudicar a adesão ao tratamento. Assim a falta de desejo pelo tratamento foi o tema principal no G I, para a constituição desta categoria, tendo aparecido também no G II. Os seguintes exemplos podem favorecer esta compreensão:

> *"O paciente não querer"*. (Paciente 3 Aderente).
>
> *"Se ele (paciente) não querer, não tem como. Fica muito difícil"*. (Paciente 4 Aderente).
>
> *"O que mais dificulta é o desinteresse do paciente"*. (Paciente 9 Aderente).

> *"É ele não querer, esse e o maior impedimento. Se ele quiser, ele vai debaixo de chuva, ele vai arrastando, mas ele vai"*. (Paciente 7 Não Aderente).

Alguns participantes do estudo consideraram ainda, que não aderir ao tratamento é um comportamento manifesto por pessoas que não desejam a melhora de seus sintomas, ou que desvalorizam a saúde, conforme exemplificam as verbalizações seguintes:

> *"Não querer melhora. Se não vem ao médico, não faz o tratamento é porque não tá querendo melhorar. Não tá querendo sair da depressão"*. (Paciente 12 Aderente).

> *"Acho também que é por não importar, não dar valor na saúde, não querer melhorar"*. (Paciente 10 Não Aderente).

A postura do paciente diante das diversas situações de sua vida, que pode ser pautada pelo desânimo, pequena intensidade de esforços direcionados a algum tipo de realização ou auto-exame, parecem se configurar também, segundo sugeriram os dados, em entraves para a continuidade do tratamento, como podem exemplificar as seguintes verbalizações dos participantes deste estudo:

> *"Se ele não tem perspectiva de ir a luta pela vida dele, isso vai atrapalhar"*. (Paciente 1 Aderente).

> *"Não ter força de vontade, se não tiver não adianta nem o médico ter boa vontade"*. (Paciente 9 Não Aderente).

> *"A falta de motivação do paciente. O paciente não querer se auto-examinar e saber que aquilo ali vai ser bom para ele, para a família e para sociedade"*. (Paciente 3 Não Aderente).

A presença ou a falta de motivação não esteve presente na literatura como razão citada por paciente, seja para a adesão ou não adesão ao tratamento para depressão, apesar da consideração de Demyttenaere (1997) de que motivação pobre poderia levar a não adesão ao tratamento de pacientes deprimidos. Bultman e Svarstad (2000) também consideraram a motivação como fator importante para se iniciar um tratamento para depressão.

Em pacientes com fobia social, entretanto, verificou-se que a falta de motivação podia ser atribuída à maior parte dos abandonos do tratamento (MALERBI; SAVOIA; BERNICK, 2000).

Pode se cogitar que a motivação e a ausência da mesma como fator interferente na adesão ao tratamento psiquiátrico para a depressão tenha aparecido, de forma importante neste estudo devido ao seu desenho que se utilizou de estimativas dos pacientes a respeito de fatores que poderiam auxiliar e dificultar a adesão, e não somente avaliou as razões para não adesão ao tratamento. Desta forma, há que se considerar que os participantes poderiam estar se orientando ao oferecer estas respostas, no desânimo já vivenciado ou percebido em outros pacientes com depressão, entendido como falta de desejo por melhora e associando a não adesão ao tratamento a esta falta de desejo.

DiMatteo et al. (2000) afirmaram que doenças do humor como a ansiedade e a depressão, por prejudicarem a energia e motivação dos pacientes, poderiam afetar a disposição do paciente e também sua capacidade de seguir com o tratamento. Conforme as verbalizações dos pacientes, a falta de motivação que tendenciaria o paciente para interrupção do tratamento e a minimização do esforço pessoal na busca de melhores condições de vida podem estar intimamente relacionados à sintomatologia deste quadro.

Desta forma, em consideração à patologia em estudo, se faz necessário, para compreensão destes dados, ressaltar que a depressão pode ser caracterizada, entre outras coisas, pela perda de interesse, prazer e energia reduzida, além de pessimismo, dificuldade de tomar decisões, e sentimentos de baixa auto-estima, de insuficiência e incapacidade (KAPLAN; SADOCK, 1997; DALGALARRONDO, 2000). Diante desta consideração hipotetiza-se que a falta de motivação para o tratamento pode se dever a características do quadro depressivo, o que, pode elevar a importância da adesão ao tratamento neste quadro psicopatológico ao considerar que sintomas da própria patologia se configurem em entrave para adesão ao tratamento – condição considerada importante para a remissão dos sintomas e prevenção de recaídas e reincidências (SILVA, 2005; KELLER et al., 2002; ROBERT; HIRCHFELD, 2001; SOOD, 2000).

O tratamento dos estados depressivos pode contribuir para manter este tipo de paciente mais motivado para realização do tratamento, ao mesmo tempo em que a falta de motivação característica do quadro se faz num impeditivo da continuidade do tratamento. Esta reflexão evidencia a importância de atento olhar do profissional de saúde sobre a motivação do paciente com depressão para a realização do tratamento, entendendo que o próprio tratamento pode funcionar como "retro-alimentador" da adesão.

A este respeito, DiMatteo et al. (2000) afirmaram que, como a depressão envolveria, na maioria das vezes, acentuado grau de desesperança, a adesão ao tratamento poderia ser dificultada. Isso se daria em parte, porque estes pacientes podem não acreditar em ganhos

advindos do tratamento de forma que adesão pode ser complicada para um paciente que mantêm pequeno otimismo de que alguma ação valerá a pena.

Nos relatos dos participantes do estudo também se pôde observar que havia a consideração direta de que alguns sintomas da doença e sua gravidade poderiam prejudicar a adesão ao tratamento para depressão, a este respeito, uma categoria foi assim nomeada e dela passar-se-á a tratar.

4.3.1.3 Sintomatologia

Os temas que fazem parte desta categoria retratam aspectos relativos à forma pela qual a doença se manifesta e que por eles mesmos possam funcionar como impeditivos à realização do tratamento. Assim, temas como: 'alterações no funcionamento orgânico', 'prejuízos no funcionamento mental' e 'necessidade de supervisão para efetivação do tratamento' foram destacados dos relatos dos participantes e inseridos nesta categoria. Também foi incluído nesta categoria o tema: 'contato com pacientes considerados como possuindo sintomas mais graves'.

Em relação a esta categoria não se identificou a polaridade verificada em outras, de forma que, apenas a presença de certos sintomas e /ou a interpretação dada e a avaliação pessoal da gravidade dos mesmos poderia causar interferência e, esta seria negativa, na adesão ao tratamento psiquiátrico para depressa, de forma que esta categoria foi identificada nos relatos referentes às condições percebidas como prejudiciais à adesão ao tratamento.

No GI encontrou-se uma freqüência de 2 sujeitos que mencionaram este tipo de barreira para adesão ao tratamento e no GII 5 participantes fizeram menção a que sintomas da depressão viessem a dificultar a adesão do paciente ao tratamento. As freqüências referentes a cada tema podem ser verificadas na Tabela 7.

Tabela 7 - Sintomatologia da Depressão como fator prejudicial à adesão ao tratamento para depressão nos dois grupos.

Sintomatologia da Depressão Dificulta a Adesão ao Tratamento				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Prejuízo no funcionamento mental	3	3,1	2	2
Necessidade de supervisão para efetivação do tratamento	-	-	2	2
Alterações no funcionamento orgânico	-	-	2	2
Contato com pacientes considerados como possuindo sintomas mais graves	3	3,1	-	-
Total de Argumentações	6	6,2	6	6

Conforme pode ser verificado na Tabela 7, esta categoria obteve uma freqüência comparativamente pequena em relação ao total de argumentações categorizadas pela Pesquisadora relativamente aos fatores de não adesão ao tratamento, tendo aparecido em freqüência comparativamente muito semelhante nos dois grupos, 6,2 % e 6% das argumentações dos G I e G II respectivamente.

Os dados indicaram que a dinâmica psíquica dos estados depressivos poderia propiciar a não adesão ao tratamento medicamentoso para depressão. As seguintes verbalizações podem delinear a categoria que ora tratamos:

> *"Ah, eu acho que o que atrapaia mesmo é a cabeça da pessoa, que, as vezes, não funciona muito bem e aí não liga pra nada"*. (Paciente 5 Não Aderente).
>
> *"Acho que é mais é da cabeça da gente, da doença mesmo, né?! A gente querer fugí do tratamento"*. (Paciente 6 Não Aderente).

Conforme ilustram estas argumentações, o funcionamento típico do indivíduo com depressão, denominado pelos participantes como "da cabeça da pessoa" [sic], pode colocar em risco a continuidade do tratamento. Ser da "cabeça da pessoa" parece simbolizar uma característica pessoal, ao mesmo tempo em que esta parece ser percebida como mediada pela presença da doença, ou seja, os pacientes parecem perceber que há uma alteração causada

pela doença, que pode os fazer "fugir" do tratamento. Neste sentido, vale lembrar que a perda de interesse e do prazer e a energia reduzida, bem como a presença de alterações cognitivas vislumbradas por prejuízos na atenção, concentração, memória e dificuldades para tomar decisões, podem ser percebidas com freqüência em pacientes deprimidos, compondo-se em critérios para avaliação e conceituação de quadros depressivos (KAPLAN; SADOCK, 1997; LAFER, 2002; DALGALARRONDO, 2000).

Relativo a características peculiares à própria doença Demyttenaere (1997) havia ressaltado que em doenças onde era clara a relação entre não adesão e recorrência havia maior possibilidade de adesão do que em respeito àquelas onde não haveria essa relação clara como no caso da depressão. O autor salientou ainda, que, pacientes depressivos com exagerados sentimentos de culpa e com prejuízos da concentração teriam uma maior facilidade para não aderir ao tratamento.

A sintomatologia dos estados depressivos não foi verificada como causa para não adesão ao tratamento por outros estudos realizados com este tipo de população, como ocorreu no estudo de Jordan, (2000) com a população de pacientes com HIV/AIDS. Entretanto, Fawcet (1995) havia afirmado que exagerados sentimentos de culpa nos estados depressivos se constituía em fator a afetar a adesão de pacientes à medicação e Delgado (2000) considerou que decisões influenciadas pelos sintomas da doença depressiva deviam ser incluídas entre as razões para a não adesão ao tratamento da depressão.

Em relação à seriedade que pode ter a doença depressiva e a incapacitação por ela gerada, estas condições também foram levantadas como condições interferentes na adesão do paciente ao tratamento medicamentoso e às consultas necessárias, conforme esclarecem as seguintes verbalizações:

> *"A pessoa não ter condição de ir sozinha para fazer o atendimento"*. (Paciente 2 Aderente).
>
> *"Se a doença tiver muito forte, e, precisar de alguém pra controlar o remédio"*. (Paciente 2 Não Aderente)

A este respeito, autores como Andrade (1999), George et al. (2000), Tanajura et al., (2002), bem como a própria OMS (2001) consideraram a depressão como uma doença crônica e incapacitante. Esta incapacitação, que traz sérios ônus financeiros, conforme comentado anteriormente, também pode impossibilitar a busca e efetivação do tratamento, conforme relataram os participantes deste estudo. Na prática clínica, em observação assistemática, percebe-se que pacientes em estados mais graves da doença podem não conseguir dar

continuidade ao tratamento, devido muitas vezes, entres outros motivos, à fragilidade física em que se encontram que não permite sequer chegar até uma instituição de saúde que possa viabilizar o tratamento. Desta forma, pode-se inferir que a incapacitação gerada em quadros depressivos pode se constituir em agente a nutrir a si mesmo diante da dificuldade a que pode dar margens para a efetivação de um tratamento adequado.

Importante também salientar que a sintomatologia dos estados depressivos também esteve associada ao sub diagnóstico e sub tratamento desta doença. Para Hexel (2004) sintomas como sentimentos de desvalia, culpa excessiva e falta de motivação dificultariam ao indivíduo buscar ajuda.

Os dados do presente estudo também indicaram que a percepção e o contato que se tenha com pacientes que freqüentam o Centro de Saúde Mental, entendidos como estando em estado mais grave de doença poderia também influenciar a percepção do sujeito sobre o que seja doença mental e assim enviesar sua percepção sobre sua própria doença, sintomatologia e necessidade de tratamento. De forma que, dois sujeitos compreendidos no grupo de aderentes ao tratamento manifestaram que: "Encontrar um paciente ruim na sala de espera atrapalha a aderir" [sic].

> *"A reação de um paciente mais sério junto com os outros"*. (Paciente 7 Aderente)
>
> *"O acesso de pessoas mais graves e quem vê aquilo fica tão chocado que pensa em desistir"*. (Paciente 5 Aderente).

Este contato "temido" parece complementar a compreensão que o paciente faça do que seja doença mental, tratamento psiquiátrico e loucura. Se existe no paciente uma idéia que o psiquiatra é "médico de louco" e se ele conceitua a loucura pela severidade de sintomas apresentados por pacientes mais seriamente comprometidos, este paciente poderia se avaliar em melhor condição de saúde mental justificando a inadequação do tratamento psiquiátrico para si mesmo. Por outro lado, o contato com a "loucura" do outro pode deixá-lo bastante temeroso em relação ao seu próprio prognóstico, potencializando mecanismos de defesa como a negação e provocando a fuga desta realidade temerosa.

O desânimo, o cansaço, a fadiga, a diminuição da vontade, a ideação marcadamente negativa e o pessimismo, presentes nos quadros depressivos, podem se associar, por si mesmos, a dificuldades para a manutenção do tratamento. Conforme já salientado, nestes quadros pode haver uma visão acentuadamente negativa a respeito de si mesmo, das situações

externas e das expectativas em relação à vida num todo, e essas expectativas também podem dizer respeito àquilo que o paciente pensa ganhar com o tratamento, ou à sua visão pessimista sobre os resultados que possam advir do mesmo. Para os participantes deste estudo, as expectativas do paciente em relação aos resultados do tratamento psiquiátrico podem interferir no desempenho da adesão/ não adesão ao tratamento e é a este respeito que versa a próxima categoria específica a ser apresentada.

4.3.1.4 Interpretação pessoal dos resultados de tratamento

Esta categoria reuniu temas que indicavam que a forma como a pessoa interpreta ou infere sobre os resultados a que vai chegar em se realizando um tratamento psiquiátrico pode se constituir em fator de influência na condição de busca do tratamento e/ou de permanência no mesmo. Identificou-se, para a categoria específica em questão, a presença de polaridade, de forma que a positividade percebida em relação aos resultados do tratamento foi relatada como fator a auxiliar a adesão ao mesmo tempo em que a negatividade ou a ausência de percepção de benefícios advindos do tratamento funcionaria antagonicamente, ou seja, dificultando a adesão. Os efeitos percebidos mediante a utilização da medicação também estão inclusos nesta categoria. Temas como: ‘acreditar na eficácia do tratamento’ e ‘perceber melhoras nos sintomas’ foram identificados nas falas de 5 participantes considerados neste estudo como aderentes ao tratamento e de 4 “não aderentes” ao relacionarem os fatores que, acreditavam, auxiliariam a adesão ao tratamento. ‘descrença em relação à possibilidade de cura’ com o tratamento, ‘demora em perceber resultados positivos’, ‘piora no quadro clínico’, ‘efeitos colaterais’, ‘’avaliar como desnecessária a continuidade do tratamento diante da ‘melhora inicial dos sintomas’, constituíram-se em temas recortados das verbalizações de 5 participantes do G I e de do G II, referentes ao que acreditavam dificultar a adesão ao tratamento para depressão. A discriminação dos temas inseridos nas duas vertentes desta categoria e a freqüência que apareceram nos relatos dos dois grupos pode ser conferida nas Tabelas 8 e 9 a seguir:

Tabela 8 - Interpretação positiva em relação aos resultados do tratamento enquanto fator propiciador de adesão ao tratamento medicamentoso para depressão nos dois grupos.

Interpretação Positiva em Relação aos Resultados do tratamento Auxilia a Adesão				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Percepção de melhora com o tratamento	4	3,6	4	3,7
Confiar na eficácia do tratamento	5	4,6	1	0,9
Persistência no tratamento	-	-	1	0,9
Total	**9**	**8,2**	**6**	**5,5**

Tabela 9 - Interpretação negativa em relação aos resultados do tratamento enquanto fator prejudicial à adesão nos dois grupos.

Interpretação Negativa em Relação aos Resultados do Tratamento Dificulta a Adesão				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Estimar que já esteja curado antes da alta médica	2	2	2	2
Descrença em relação à possibilidade de cura	4	4,1	1	1
Demora na percepção de resultados positivos com o tratamento	6	6,2	2	2
Não confiar na eficácia da medicação	3	3,2	1	1
Presença de efeitos colaterais	4	4,1	-	-
Pioras nos sintomas	1	1	-	-
Total	**20**	**20,6**	**6**	**6**

Nas Tabelas 8 e 9 pode-se visualizar a discriminação dos temas abrangidos pelas duas polaridades da categoria específica apresentada.

Na primeira polaridade identificada para esta categoria específica (de positividade), representada na Tabela 8, pode-se avaliar que a interpretação positiva de resultados do tratamento pode se vincular a uma etapa preliminar do tratamento, na qual o paciente deposite confiança na sua eficiência e eficácia, e que possa ser constatada, posteriormente, através da melhora de seus sintomas. Assim, em relação aos fatores percebidos como facilitadores de adesão ao tratamento medicamentoso para depressão 8,2 % dos temas categorizados nos discursos do G I e 5,5% dos categorizados a partir dos relatos do G II formaram este pólo desta categoria específica.

A segunda polaridade desta categoria específica denominada como "interpretação pessoal negativa em relação aos resultados do tratamento" teve seus temas discriminados na Tabela 9, que representaram os fatores entendidos pelos participantes como prejudiciais à adesão. Os temas neste pólo compreendidos representaram 6% daqueles identificados nos discurso do G II e 20,6% no G I, o que chama a atenção para a importância da interpretação negativa ou estimativa negativa em relação aos resultados do tratamento para o grupo de pacientes considerados aderentes ao tratamento.

Conforme já salientado, esta categoria específica em seus dois pólos de inserção avaliados neste estudo parece funcionar em dois momentos distintos. Num primeiro momento, as argumentações dos participantes refletiam uma estimativa em relação ao tratamento, uma crença anterior à realização do mesmo, seja ela positiva ou negativa, como interferindo na adesão ao tratamento. As seguintes falas podem representar este momento:

> *"Uma coisa que ajuda é ele pensar que com esse tratamento ele vai melhorar"*. (Paciente 7 Aderente).
>
> *"Pensar que o tratamento não vai adiantar nada"*. (Paciente 5 Não Aderente).
>
> *"Muitos acham também que o tratamento não vai resolver nada, arruma desculpa, dificuldade pra ir ao médico"*. (Paciente 12 Aderente).
>
> *"O desânimo em achar que isso (a doença) não tem cura, que não adianta tratar que não vai sarar"*. (Paciente 1 Aderente).

Assim pode-se ajuizar que, uma crença positiva em relação aos benefícios que se possa auferir com o tratamento tende a propiciar a adesão, ao mesmo tempo em que, se esta crença for negativa, ou seja, se houver uma crença de que o tratamento não retorne em benefícios para o paciente este tenderá a não aderir ao mesmo.

O papel da expectativa do paciente em relação aos resultados que podem advir do tratamento, bem como da reação do paciente em relação aos efeitos do tratamento (percepção de melhora ou efeitos colaterais), tem sido considerado na literatura, como fator de interferência na adesão ao tratamento de pacientes com depressão.

Em relação às expectativas relativas aos resultados a serem auferidos com o tratamento, Delgado (2000) havia salientado a importância do que ele chamou de crenças sobre a depressão e também sobre os medicamentos antidepressivos que podem interferir nas decisões e intenções direcionadas para a realização do tratamento. Gonzáles et al. (2005) também chamou atenção para o papel contribuidor das atitudes negativas em relação à medicação, para a não adesão ao tratamento antidepressivo.

No que diz respeito à evolução do tratamento, esta pode trazer conseqüências avaliadas, pelo paciente, como positivas ou negativas, o que também interfere no andamento do tratamento. As melhoras percebidas podem funcionar como incentivo à continuidade do tratamento, e a inexistência das mesmas como desestimulante.

> *"Perceber que tá melhorando também ajuda a querer continuar"*. (Paciente 9 Aderente).
>
> *"A medida que a pessoa vai se sentindo melhor, mais animada, vai sentido vontade de voltar no médico pra falar que melhorou"*. (Paciente 1 Aderente).
>
> *"A gente começar a sentir que tá tendo resultado"*. (Paciente 4 Não Aderente).
>
> *"Sentir que a medicação tá dando resultado, ajuda demais"*. (Paciente 4 Não Aderente).

As melhoras percebidas pelo paciente em seu quadro clínico parecem sinalizar-lhe que o mesmo acarreta benefícios e isso pode funcionar disponibilizando o paciente para a continuidade de seu tratamento. Neste sentido Gonzáles et al. (2005) verificaram que as pessoas que obtiveram maiores benefícios com o tratamento ficaram mais propensas a aderirem à medicação antidepressiva.

Em contraponto, esta percepção de melhoras rápidas no quadro clínico parece ter uma relação ambígua com a continuidade do tratamento. Os dados sugerem que, na percepção dos participantes, os pacientes podem considerar-se curados antes da cura efetiva e isto os poderia levar a interromper o tratamento. As seguintes argumentações podem ser ilustrativas desta reflexão:

> *"O paciente pensar que já está bem e aí pára por si só"*. (Paciente 11 Aderente).
>
> *"Achar que já tá bom. Que pode sozinho"*. (Paciente 11 Não Aderente)

Interpretar como suficientes os resultados do tratamento para depressão se relacionou à interrupções do tratamento, especialmente após quatro semanas de tratamento (LINDEN et al., 2000). Keller et al. (2002) também chamaram atenção a respeito de que a rapidez inicial de ação da medicação antidepresiva influenciaria a adesão a esta terapêutica. Desta forma, entende-se que os dados do presente estudo confirmam dados da literatura.

Em relação à possibilidade de que melhoras no quadro clínico funcionariam como propiciadoras ou auxiliariam no comportamento de adesão, não foram encontrados dados na literatura do tema com pacientes deprimidos. Já com pacientes tuberculosos, Ribeiro (2000) verificou que o fato de se considerarem curados antes da cura efetiva os levaria a abandonar o tratamento. A percepção distorcida a respeito dos resultados do tratamento e do *status* clínico em pacientes fóbicos sociais também esteve relacionada ao abandono do tratamento para estes pacientes (MALERBI; SAVOIA; BERNICK, 2000).

A não percepção de melhoras, ou a resposta insuficiente à medicação, segundo sugerem os dados, também pode motivar o abandono da terapêutica, conforme exemplificam as seguintes argumentações:

> *"A pessoa quer ver o resultado, aí não melhora, pára!"* (Paciente 5 Não Aderente).
>
> *"Não nota melhora no tratamento! Aí desiste!"* (Paciente 2 Aderente)
>
> *"Não ver resultado. Se a pessoa não vê resultado não tem por que ela fazê as coisa*". (Paciente 1 Aderente).

Neste sentido, os dados encontrados corroboram dados de DiMatteo et al. (2000), de que pacientes podem não aderir ao tratamento por muitas razões que incluem a descrença na eficácia do tratamento, a presença de barreiras como efeitos colaterais e restrição financeira e a falta de ajuda e suporte familiar. Dificuldades financeiras e falta de suporte familiar também se constituíram em fatores citado neste estudo como interferente na adesão ao tratamento e serão posteriormente assinaladas.

Os dados deste estudo confirmaram ainda, a proposição de Gonzáles et al. (2005) de que uma melhora confirmada nos sintomas avaliada pelo próprio paciente, bem como a

resposta considerada como insuficiente à medicação interfeririam na adesão do paciente deprimido ao tratamento.

O tempo estimado pelo paciente como necessário para o tratamento da depressão também foi compreendido pelos participantes da pesquisa como fator a influenciar negativamente a adesão do paciente a este tratamento. As verbalizações inseridas abaixo podem exemplificar este aspecto:

> *"Atrapalhava para mim, quando eu pensava: será que vale a pena? Porque o tratamento é prolongado"*. (Paciente 1 Aderente).

> *"É... entender que é lento (o tratamento), mas que ele vai encontrar a solução daquele problema.* (Paciente 7 Não Aderente).

Em relação ao tempo requerido para o tratamento de desordens depressivas, salienta-se que este pode ser considerado, na maioria das vezes, longo, sendo recomendado a continuidade do tratamento por alguns meses depois da recuperação do paciente. De acordo com Souza (1999), conforme já indicado, o tempo recomendado seria de três a seis meses após remissão completa de sintomas, e teria por finalidade prevenir recaídas e recorrência da doença (LINDEN et al., 2000; BALON, 2002).

O tempo de duração do tratamento para depressão, conforme sugerem os dados do presente estudo, pode funcionar como um fator negativo para adesão, desestimulando o paciente à continuidade do mesmo. Neste ínterim, faz-se necessário considerar mais uma vez, as peculiaridades do quadro depressivo, onde o paciente pode ter reduzido sua energia física além da visão negativista de situações diversas, o que poderia o estar influenciando na estimativa de sua capacidade para enfrentar algo que possa ser considerado longo e além de suas capacidades físicas e emocionais de suporte.

O tempo despendido entre o início da terapêutica e a percepção de benefícios também pode afetar negativamente a efetivação do tratamento, conforme exemplificam as seguintes argumentações:

> *"Uma coisa que pode atrapalhar muito é a demora em ver os resultados do tratamento, porque o tratamento mental é lento"*. (Paciente 7 Aderente)

> *"Não ter paciência para ver resultado"*. (Paciente 1 Aderente)

A este respeito, faz-se necessário ressaltar que, tratamentos complexos ou prolongados estiveram, na literatura pertinente, associados à baixa adesão à terapêutica (MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000; NOBRE; PIERIN; MION-JÚNIOR, 2001; LEITE; VASCONCELLOS, 2003), tendo sido confirmados por este estudo.

A presença de reações físicas ou emocionais consideradas pelos pacientes como efeitos colaterais das medicações prescritas também foi considerada como fator a prejudicar a adesão ao tratamento para depressão. As seguintes argumentações podem exemplificar:

> *"Uma coisa que atrapalha é... esses remédios acabam com a gente, aí fica difícil da pessoa continuar".* (Paciente 4 Aderente)

> *"Se o remédio fazer mal, por ex, Rivotril o efeito colateral é o esquecimento".* (Paciente 7 Aderente)

Em relação aos efeitos colaterais, na literatura eles parecem se constituir em grandes vilões da adesão ao tratamento da depressão. Autores como Lin et al. (1995), Souza (1999), George et al. (2000), Zajecka (2000), e Balon (2002) afirmaram que a presença destes efeitos foi tida como causa importante, quando não principal, do abandono ao tratamento da depressão. Como motivo relatado por pacientes com depressão para a não adesão à terapêutica medicamentosa, os efeitos colaterais se fizeram presentes no estudo de Demyttenaere (2001), Linden et al. (2000) e Thompson et al. (2000).

Entretanto, na visão dos participantes do presente estudo, os efeitos colaterais podem se constituir em possível fator prejudicial à adesão ao tratamento, mas parecem não ser considerados como principal impeditivo da adesão, ao considerarmos a freqüência de deste tema (Tabela 9) e de sujeitos que realizaram esta avaliação (4 dos 24 participantes avaliaram que sofrer efeitos colaterais podia interferir negativamente na adesão ao tratamento). Salienta-se que, para esta amostra houve pouca especificação sobre a natureza destes efeitos, sendo a falha na memória a única apontada. Infere-se que a ênfase dada à importância dos efeitos colaterais para o abandono da terapêutica antidepressiva possa ter se configurado de tal forma para esta amostra, devido ao tempo que tanto os pacientes aderentes já estavam realizando o tratamento (no mínimo 8 meses), como os não aderentes que haviam feito tratamento por no mínimo 1 ano. De acordo com a literatura, os efeitos colaterais seriam a principal causa da interrupção do tratamento antidepressivo, especialmente nas primeiras semanas de tratamento (NEMEROFF, 2003; DEMYTTERAERE , 2001; LINDEM et al. 2000).

É importante salientar que os efeitos colaterais foram considerados como importante fator de não adesão na literatura geral a respeito desta temática (MILSTEIN-MOSCATTI, et al., 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Em relação a dados de pesquisa com populações específicas, verificou-se que efeitos colaterais desagradáveis estiveram associados à não adesão de pacientes hipertensos (NOBRE, PIERIN; MION-JÚNIOR, 2001; DUARTE, 2001), de portadores de HIV/AIDS (JORDAN et al., 2000) e de pacientes com esquizofrenia (VILELA; COSTA, 1991; ROSA, 1998).

Considerando a multifatoriedade apresentada para a adesão à tratamentos, os dados sugerem que estes efeitos funcionariam como fatores coadjuvantes neste processo e considerando a freqüência com a qual se apresentam no discurso dos participantes do estudo não parecem ocupar um papel principal. Assim, se pode considerar que os dados relatados são coerentes com aqueles apresentados por Gonzáles et al. (2005) ao avaliar que a presença de efeitos colaterais com uso da medicação, a melhora nos sintomas, e a percepção de resposta insuficiente à medicação, estiveram relacionadas à não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão. A coerência aprazada refere-se à similitude de motivos que foram estimados pelos participantes deste estudo como possuindo influência na adesão ao tratamento para depressão.

4.3.2 Aspectos Interpessoais

Os dados do estudo revelaram ainda, que aquilo que é externo ao paciente também poderia influenciá-lo em seu comportamento de adesão ou não adesão ao tratamento. Desta forma, concomitantemente ao possível "caminho interno" trilhado pelo paciente (neste estudo representado pelos "Aspectos Intrapessoais"), pôde-se identificar nos discursos dos participantes, a importância de se atentar, ao se pensar em adesão ao tratamento, para a qualidade das relações que se estabelecem entre o paciente e outros considerados por ele como importantes. Dentre estes "outros" realça-se o tipo de relação estabelecido com a equipe de saúde, com a família e com a sociedade, que, a depender da configuração, poderia facilitar ou dificultar a adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

Assim, esta categoria global foi formada, em seu aspecto de condição facilitadora da adesão, por duas categorias específicas: "relacionamento interpessoal positivo com a equipe" e "presença de suporte familiar", que contiveram 41,8% e 46,3% das argumentações categorizadas nos discursos de participantes do G I e G II respectivamente.

Sob o foco dos aspectos interpessoais enquanto facilitadores da adesão, neste estudo, tomou vulto a importância do afeto, da receptividade, cordialidade e valorização da pessoa do paciente, que se presentes no ambiente da instituição de saúde e nas interações familiares, podiam funcionar como um estímulo para sua adesão ao tratamento.

Na instituição de saúde, este afeto pode se patentear no acolhimento dispensado ao usuário, na receptividade e promoção de um espaço para expressão daquilo que ele sente e pensa. Esta situação pode ser propiciada, inicialmente, por uma atitude de escuta e posteriormente, pelo provimento de orientações e esclarecimentos apropriados às necessidades do paciente e à sua compreensão.

Nas interações familiares, este afeto pode se potencializar na disponibilidade do familiar em acompanhar física e emocionalmente o paciente no decurso de seu tratamento, estimulando-o a observar as recomendações médicas e aceitando-o na sua "nova" condição de saúde.

A segunda polaridade desta categoria global foi composta pelas categorias específicas "relacionamento interpessoal negativo com a equipe", "falta de suporte familiar" e "preconceito social", totalizando a esta polaridade da categoria global em questão uma freqüência de 25,8 % no G I e 26% no G II. As duas primeiras categorias específicas desta polaridade foram fundamentalmente antagônicas àquelas categorizadas nos discursos em relação aos aspectos auxiliares à adesão. E como fator prejudicial à adesão ao tratamento medicamentoso para depressão acresceu-se neste aspecto, como categoria específica, a presença do preconceito social em relação à instituição que promove assistência à pacientes portadores de transtornos mentais, como possível barreira à adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

De forma a melhor detalhar este aspecto, passa-se à apresentação das categorias específicas que ele compreende.

4.3.2.1 Relacionamento interpessoal com os profissionais de Saúde

Esta categoria abrange dois aspectos, quais sejam a relação médico-paciente e a relação paciente-demais membros da equipe de saúde, possuindo ambos, a inserção de polaridade para adesão/não adesão. Estes aspectos observam o realce destacado pelos participantes em relação à percepção da importância da relação estabelecida com algum

profissional da instituição de saúde, de forma que, pôde-se identificar nos discursos, ênfase ao relacionamento com o médico, com as secretárias, e também a não especificação do profissional, dando a entender que abrangiam em suas falas, a equipe como um todo.

Em sua totalidade esta categoria específica, na situação de positividade ou satisfatoriedade contou com 30,9% de todas as argumentações do G I e 37 % do G II referentes aos fatores que auxiliam a adesão. Considerando que um mesmo participante, em seu discurso, pode ser responsável por várias respostas das quais se identificaram os temas englobados em dada categoria, faz-se importante realçar que 11 participantes do G I e 9 participantes do G II consideraram que uma relação satisfatória com a equipe da saúde mental funcionaria como auxiliar da adesão ao tratamento. Esta freqüência, tanto relativa a identificação de temas no material de análise como ao número de sujeitos que realçaram em seus discursos a importância desta relação, pôde sugerir a seriedade da relação médico-paciente e paciente-equipe de saúde para a edificação da adesão do paciente ao tratamento.

No intuito de melhor detalhar a presente categoria, passaremos a considerá-la nos dois aspectos já referidos (Relação médico-paciente e Relação paciente-equipe) e também em respeito à polaridade verificada em relação à adesão / não adesão.

A - Relação médico-paciente

A relação médico-paciente pode ser sentida como positiva ou negativa e nestas duas formas pode interferir na adesão ao tratamento, de acordo com os participantes. Primeiramente será abordada a relação médico-paciente positiva.

A relação médico-paciente quando positiva, baseia-se na confiança no que diz respeito à competência do profissional que manifesta seu respeito ao paciente ao ouvir seu relato atenciosamente, promover sentimento de acolhimento, estabelecer contato visual, apresentar gestos como aperto de mão e sorrisos. Complementarmente, a postura do médico deveria se pautar pela demonstração de consideração e interesse em relação às queixas do paciente, preocupação com o seu bem-estar fazendo com que ele se sinta uma pessoa digna e aceita em sua doença. Desta forma, segundo a percepção dos participantes do estudo, a relação com o médico, quando estabelecida nestes moldes poderia incrementar positivamente esta relação, levando o paciente a aderir ao tratamento proposto.

A Tabela 10 relaciona os temas constantes neste aspecto desta categoria específica e apresenta sua freqüência em relação aos demais temas identificados nos discursos dos participantes do estudo em relação aos fatores avaliados como facilitadores da adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

Tabela 10 - Relação médico-paciente positiva enquanto fator facilitador de adesão ao tratamento para depressão nos dois grupos.

Relação Médico-Paciente Positiva Auxilia a Adesão ao Tratamento.				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Atenção e disponibilidade do médico	10	9,1	10	9,3
Confiança no médico	8	7,3	1	0,9
Submissão à ordem médica	1	0,9	-	-
Orientações e esclarecimentos oferecidos pelo médico	-	-	5	4,6
Gostar do médico	-	-	2	1,9
Exames médicos mais detalhados	-	-	2	1,9
Total	**19**	**17,3**	**20**	**18,6**

Conforme retratado pela Tabela 10, 17,3 % das argumentações proferidas pelo Grupo I relativamente ao que consideravam como condição facilitadora de adesão ao tratamento envolvia a relação satisfatória que deveria ser estabelecida com o médico. Os temas mais realçados pelos participantes do G I foram a 'atenção e a disponibilidade do médico' e a 'confiança' que o mesmo inspira no paciente, que foram encontrados em uma freqüência de 9,1% e 7,3% respectivamente. No Grupo de não aderentes pôde-se identificar um número maior de temas nos relatos, que denominaram a este aspecto da categoria 18,6% das verbalizações deste grupo. Este grupo também reservou ênfase à 'atenção e disponibilidade do médico' em sua relação com o paciente como condição a propiciar a adesão (9,3 %), além de observar a importância de que este preste 'orientações e esclarecimentos' (tema com 4,6% de freqüência), 'inspire confiança' (0,9%), 'realize exames detalhados' (1,9%), e seja bem-quisto pelo paciente (1,9 %).

O estabelecimento de uma relação positiva com o médico parece se pautar, de acordo com os dados deste estudo, especialmente na atenção que este dispensa ao paciente quando de sua consulta, na proximidade afetiva estabelecida que pode minimizar a distância social

'existente' entre as duas partes e criar um ambiente de aceitação do paciente que ali se encontra com suas dores e mazelas e que clama por atenção e cuidado. As seguintes verbalizações podem ser ilustrativas:

> *"No caso, é o médico buscar dar mais atenção. O médico precisa ser mais amigo do paciente"*. (Paciente 6 Não Aderente)

> *"O médico tem que ouvir mais, conversar, perguntar mais. O Dr. R era excelente, todo mundo se sentia à vontade. O Dr. R. conversava muito com a gente, ria, perguntava e não sou só eu que falo isso, todo mundo gostava dele. eu, por exemplo, gosto de expor o que sinto"*.(Paciente 2 Aderente)

A atenção procurada nesta relação transcende o contato técnico mediado pela avaliação clínica, proposta terapêutica e receita médica ao privilegiar o contato humano e cordial.

> *"O médico ter aquele carinho, mostrar o interesse do médico com o paciente"*. (Paciente 1 Aderente)

> *"Acho que psiquiatra tinha que ser um pouco psicólogo. Qualquer medico se ele te olha, pega na sua mão, você já sente uma confiança maior. [...] O médico olhar nas pessoas"*. (Paciente 11 Aderente)

A este respeito os dados deste estudo confirmaram dados de Bultman e Svarstad (2000) que haviam verificado que uma postura colaborativa e de reasseguramento do médico influenciava e melhorava o conhecimento do paciente e suas crenças iniciais sobre a medicação, o que, interferia na adesão ao tratamento e na satisfação do paciente com o serviço.

Relativo às expectativas de pacientes em relação ao comportamento do médico, os dados deste estudo confirmam dados da pesquisa realizada por Pereira e Azevedo (2005). Estes autores verificaram que pacientes hospitalizados esperavam que o médico fosse amistoso, cordial, gentil, carinhoso e solidário, oferecendo, assim, o apoio emocional que os pacientes careciam. Oliveira e Gomes (2004) também verificaram em adolescentes com doenças crônicas, a solicitação de mais atenção por parte do médico, tendo considerado a importância da mesma na adesão ao tratamento clínico.

Nesta perspectiva, os resultados desta pesquisa corroboram ainda, a afirmação de Pereira e Azevedo (2005) quando afiançaram que escutar com atenção e respeitar o outro que está diante de si, significa reverenciar o ser humano e nesta reverência parece se dar o início

de uma relação construtiva e propiciadora de saúde mental. Os dados do presente estudo indicaram que tal atitude médica colaboraria com o bem-estar do paciente, o faria sentir-se mais à vontade e, especialmente o encorajaria e fortaleceria para dar continuidade a seu tratamento.

Demonstrar preocupação com o outro constitui a base emocional da confiança. Estabelecer um clima de acolhimento, de entendimento e empatia colabora na formação da confiança e no estabelecimento de aliança terapêutica positiva e isto pode contribuir na adesão do paciente ao tratamento. Conforme pode ser percebido nas seguintes argumentações, a confiança que o paciente tenha em relação ao médico auxiliaria na sua adesão ao tratamento.

> *"É a confiança do paciente com o médico. [...] A pessoa saber que pode contar com o médico [...] o que julga mais é um bom médico*. (Paciente 2 Aderente).

> *"Confiar no médico. Ter certeza de que o médico vai fazer a coisa certa"*. (Paciente 4 Aderente).

> *"Pra confiar?... Acho que é até psicológico, por exemplo, meu ginecologista. Às vezes, eu chego ruim, aí eu converso com ele e só isso eu já melhorei"*. (Paciente 6 Aderente)

Estes dados confirmam a asseveração de Souza, Fontana e Pinto (2005) que apontaram a relação médico-paciente como de extrema importância para que o paciente tenha condições e segurança de aderir ao tratamento e poder esperar o tempo necessário até a percepção de melhora. Além disso, corroboram a importância da confiança do paciente no seu médico, bem como, na equipe de saúde, apontada na literatura geral em relação à adesão à terapêutica (MILSTEIN-MOSCATI, 2000; LEITE E VASCONCELLOS, 2003).

À atenção do médico, postura em relação ao paciente e confiança nele depositada acresce-se a simpatia do paciente pelo médico como fator a auxiliar a adesão.

> *"Em primeiro lugar, é gostar do médico, ir com a cara dele"*. (Paciente 4 Não Aderente)

> *"Gostar do médico. Ter um bom entrosamento com ele é o essencial"*. (Paciente 9 Não Aderente)

Aliado à comunicação afetiva na relação médico-paciente, um outro componente sublinhado como importante para esta relação e percebido como forma a propiciar a adesão ao tratamento para depressão pôde ser identificado nos discursos analisados. As orientações e

esclarecimentos prestados pelo médico a respeito da doença depressiva, sua evolução, seu tratamento e prognóstico foram consideradas como forma de auxílio para que o paciente adira a seu tratamento. As seguintes argumentações podem esclarecer:

> *"Ter uma boa explicação, uma boa orientação do médico"*. (Paciente 8 Aderente)
>
> *"Só o dialogo mesmo, porque os pacientes vem com aquilo tudo: preconceito, a falação das pessoas então, o médico tem que explicar tudo direitinho pra gente"*. (Paciente 4 Não Aderente)
>
> *"O médico ficar esclarecendo o paciente, vai ser melhor de seguir, assim. Falar o porquê disso o porquê daquilo"*. (Paciente 7 Não Aderente)
>
> *"O médico ser atencioso, conversar, explicar que leva tempo pra começar a fazer efeito"*. (Paciente 4 Não Aderente).

Em relação ao papel esclarecedor do médico e a inserção de esclarecimentos e orientações no âmbito da adesão ao tratamento, Demyttenaere (1997) afirmou que prestar informações claras sobre sintomas, curso e prognóstico da depressão seria importante para aumentar a adesão ao tratamento desta doença. Para Suchman e Matthews (1998 apud GUINELLI et al., 2004), a informação diminuiria o sentimento de isolamento do paciente e colaboraria para cooperação mútua na relação médico-paciente.

De acordo com Nemeroff (2003), os médicos poderiam aumentar a adesão do paciente depressivo ao tratamento oferecendo informações detalhadas a eles a respeito do regime do tratamento pertinente.

Conforme apontaram os resultados deste estudo, a relação médico-paciente pode se configurar em condição básica para a adesão ao tratamento, e para ser bem construída, ela necessita da configuração de um contato em que o médico transmita simpatia, confiança, apoio e segurança. Por seu lado, o paciente envolvido por estas qualidades poderá creditar mais confiança na efetividade de seu tratamento e assim se empenhar na observância do mesmo.

Pode-se considerar que os dados deste estudo relativos à importância da relação do paciente com o médico e com a equipe de saúde, confirmam achados da literatura que indicam a relação médico-paciente como importante fator a ser considerado em contexto de atenção à saúde. Neste sentido, a relação médico-paciente tem sido alvo de respeitável número de pesquisas que conferem à mesma um lugar de destaque ao se avaliar a satisfação

de pacientes (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; CAPRARA; FRANCO, 1999), estando associada com a melhoria na qualidade do atendimento (PEREIRA; AZEVEDO, 2005; CAPRARA; RODRIGUES, 2004), e relacionada à adesão à terapêuticas em geral (MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000; LEITE, VASCONCELLOS, 2003). Em relação a terapêuticas específicas, a relação médico-paciente positiva esteve associada a uma melhor adesão ao tratamento de pacientes esquizofrênicos (ROSA, 1998;), portadores de HIV/AIDS (GOMES et al., 1999; JORDAN et al., 2000), e hipertensos (BUSNELLO et al., 2001).

A satisfatoriedade na relação médico-paciente tem sido associada ao sucesso do tratamento de uma forma geral por aumentar as possibilidades de adesão ao mesmo. Segundo Dixon e Sweeney (2000 apud CAPRARA; RODRIGUES, 2004, p. 143), a adesão a um processo terapêutico dependeria mais do médico que das características do paciente, estando o último mais inclinado a atender a prescrição se pensar que conhece bem o médico que a está indicando. No estudo ora relatado 'conhecer bem o médico' apareceu como a confiança depositada neste, que funcionaria como incremento à adesão ao tratamento para depressão.

Para a escuta atenta, entendida pelos sujeitos do estudo como um componente da relação positiva médico-paciente, exige-se paciência, atenção e interesse por parte do médico e para que isto possa se dar, faz-se necessária disponibilidade de tempo para efetivação da consulta médica, o que contrasta, muitas vezes, com a realidade de alguns serviços públicos. Assim, dentre outras características negativas percebidas pela amostra como prejudiciais a adesão ao tratamento do paciente deprimido, esteve presente a "rapidez na consulta médica" [sic], o que, se relaciona com os dados de Caprara e Rodrigues (2004) quando realçaram que maior tempo de consulta esteve associado a melhor qualidade do atendimento ao propiciar uma melhor anamnese, explicação do problema e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, além da possibilidade de verificação do médico sobre a compreensão do paciente e da participação deste na consulta.

A proposição de Fawcet (1995) pode sintetizar a importância da relação médico-paciente na construção de um ambiente acolhedor e facilitador na promoção de saúde, estando em consonância com os dados deste estudo. Segundo este autor, para o estabelecimento de uma adequada relação médico-paciente o médico deveria se atentar para a uma postura esclarecedora e ao mesmo tempo simpática, para tal intento o médico deveria: definir a doença do ponto de vista do paciente, assim como seus sintomas principais e sua severidade; exprimir simpatia e entendimento da experiência do paciente; fornecer informações para uso da medicação, apresentando os efeitos benéficos e também os colaterais; amenizar a resistência do paciente à medicação, explicando a importância de tomar a dose prescrita;

discutir alternativas de tratamento com o paciente; demonstrar confiança e otimismo, com vistas a facilitar uma aliança terapêutica.

Importante realçar que se identificou relatos que observavam certa satisfatoriedade com o tratamento recebido no CSM, seja pelo médico ou equipe em geral.

> *"Igual lá (Centro de Saúde Mental), apesar do tempo ser bem corrido, o médico mostra interesse por você e isso é muito bom"*. (Paciente 7 Não Aderente)

> *"Ser bem tratado. Toda vez que eu vim aqui eu fui bem tratada"*. (Paciente 5 Aderente).

Considera-se assim, que estes dados podem confirmar a proposição de DiMatteo et al. (1993) de que a sensibilidade do médico, o tom de sua voz, e a comunicação não-verbal foram significativamente associadas à adesão de pacientes à encontros agendados.

Por outro lado, conforme indicaram os dados, caso esta relação não seja assim compreendida ou estabelecida, o pólo negativo deste aspecto da categoria se configura, de forma a se estabelecer uma probabilidade maior de que aconteça a não adesão ao tratamento. A relação negativa com o médico foi caracterizada pela falta de confiança do paciente neste profissional, a falta de atenção durante as consultas, gerando insatisfações e antipatia no paciente. A segunda polaridade desta categoria em seu aspecto da relação com o médico pôde ser identificada nos relatos de 4 participantes aderentes e de 7 não aderentes ao tratamento, possuindo os temas aí englobados uma freqüência de argumentações que giraram em torno de 6,2 % e 14% respectivamente para os dois grupos, conforme pode se verificar detalhadamente na Tabela 11:

Tabela 11 - Relação médico-paciente negativa enquanto fator que dificulta a adesão ao tratamento nos dois grupos.

Relação Médico-Paciente Negativa Dificulta a Adesão ao Tratamento				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Falta de atenção e disponibilidade do médico	2	2,1	4	4
Não gostar do médico	1	1	3	3
Não confiar no médico	3	3,1	-	-
Insatisfação com o tratamento recebido do médico	-	-	1	1
Rapidez na consulta médica	-	-	1	1
Total	**6**	**6,2**	**14**	**14**

A Tabela 11 apresentou os temas identificados no material total de análise dos dois grupos que originaram esta polaridade da categoria apresentada, em relação aos fatores percebidos pelos participantes como prejudiciais à adesão. Esta polaridade da categoria representou 6,2 % de temas no material de análise no G I e 14% do G II. Os temas categorizados nos relatos do G I e no G II tiveram uma freqüência semelhante entre si, entretanto, foram mais numerosos no G II, estando a falta de atenção e disponibilidade do médico e a falta de simpatia do paciente em relação ao médico mais frequentemente identificadas.

Assim, conforme sugerem os dados, estabelecer ou interpretar como negativa, insatisfatória ou inadequada a relação que possua com o médico, pode fazer com que os pacientes abandonem seu tratamento. O médico não atencioso parece incrementar no paciente o desânimo já presente nos quadros depressivos, alimentando ainda, idéias de desvalorização pessoal, reações estas que, dentre outras, podem contribuir para o afastamento deste paciente do seu tratamento. As seguintes argumentações podem exemplificar:

> *"Depende também do tratamento do médico com o paciente, se o médico não dá atenção, a gente pára. [...] O médico tem que procurar interessar no problema do paciente. Você fala o médico não tá interessado o paciente fica desanimado".* (Paciente 8 Não Aderente).

> *"Se o médico não tratar bem eu não volto mais"*. (Paciente 2 Não Aderente)
>
> *"Atrapalha, quando não gosta do médico aí pára né?!"* (risos) (Paciente 8 Não Aderente)

A rapidez nas consultas médicas que impedem a expressão, por parte do paciente, de suas dores, aliado a postura de distanciamento afetivo por parte do profissional pode levar ao entendimento de desinteresse por sua pessoa ou por sua doença, situações que, conforme exemplificam as argumentações a seguir, podem funcionar como dificultadoras da adesão ao tratamento:

> *"Muitas das vezes, a consulta é rápida demais e isso atrapalha"*. (Paciente 8 Não Aderente)
>
> *"Parece que tem uns médico que nem interessa pelo causo e aí não tem jeito"*. (Paciente 4 Não Aderente)

Na percepção dos participantes do estudo, a falta de confiança na medicação prescrita e especialmente no médico que a prescreveu parece ocupar um duplo papel no tratamento do paciente depressivo: ativar a crença de ineficácia da medicação e afastá-lo da observância do tratamento. Para realçar a importância delegada à falta de confiança na adesão ao tratamento, exemplifica-se:

> *"Não confiar na medicação que o médico receitou. Se não tiver confiança no médico, o remédio não resolve"*. (Paciente 6 Aderente).

A relação estabelecida com o médico quando negativa ou deficiente esteve relacionada a uma maior probabilidade de não adesão ao tratamento antidepressivo (BULTMAN; SVARSTAD, 2000; HORIMOTO; AYACHE; PINTO, 2005; GONZÁLES, 2005), assim como ao tratamento anti hipertensivo (BUSNELO et al., 2001; DUARTE, 2001) e à terapêutica antiretroviral (JORDÁN, et al., 2000).

O médico pode se constituir em importante representante do serviço de saúde, no qual são depositadas expectativas e frustrações, entretanto, adicionalmente, pôde-se identificar nesta pesquisa que os participantes também creditaram ao atendimento recebido na instituição como um todo, papel importante para sua permanência ou não no tratamento. Assim, passa-se a detalhar o segundo aspecto da categoria específica em questão.

B – Relação paciente-demais membros da equipe:

A interação entre o paciente e a equipe pode se estabelecer como um fator relacionado positiva ou negativamente com a adesão do paciente ao tratamento psiquiátrico para depressão.

Uma instituição de saúde confiável é aquela na qual os profissionais ali atuantes conseguem passar segurança ao paciente e, simultaneamente, o acolher em suas dificuldades e temores, envidando esforços no sentido de minimizá-los. Desta maneira, um atendimento de boa qualidade (‘ser bem tratado’), na percepção dos participantes aderentes e também dos não aderentes ao tratamento psiquiátrico para depressão, envolve, especialmente, a atenção e disponibilidade dos profissionais lotados no serviço e o tratamento afetuoso dispensado ao paciente. Neste aspecto, são comportados temas como: o tratamento afetuoso por parte das secretárias ou pessoas que trabalham no CSM, a receptividade no atendimento ao usuário, orientações e esclarecimentos prestados ao paciente. O detalhamento desta parte da categoria especificado nos temas por ela abrangido podem ser visualizados na Tabela 12 a seguir:

Tabela 12 - Relação positiva paciente-equipe como fator facilitador de adesão ao tratamento nos dois grupos.

Relacionamento positivo com a Equipe de Saúde Auxilia a Adesão ao Tratamento				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Afetividade nas relações estabelecidas com a equipe (geral)	3	2,7	8	7,4
Ser bem atendido (Equipe geral)	5	4,5	7	6,5
Orientações e esclarecimentos prestados por profissionais	5	4,5	-	-
Confiabilidade dos profissionais envolvidos	1	0,9	-	-
Incentivo de profissionais	1	0,9	-	-
Atenção e disponibilidade dos profissionais	-	-	2	1,8
Postura da equipe diante das faltas de pacientes	-	-	3	2,8
Total	**15**	**13,6**	**19**	**18,5**

Conforme pode ser visualizado na Tabela 12, no G II esta vertente da categoria apresentou-se em uma freqüência comparativamente maior que no G I, representando respectivamente 18,5% de todas as argumentações do G II e 13,6% daquelas apresentadas pelos participantes do GI ao se referirem aos fatores facilitadores de adesão. Chama atenção na configuração desta vertente, a freqüência de dois temas no G II ('afetividade nas relações estabelecidas com a equipe', 'ser bem atendido') que foram comparativamente os mais frequentemente identificados nos relatos dos participantes deste grupo.

No GI os temas mais freqüentes na composição desta categoria foram igualmente: 'ser bem tratado' e 'receber orientações e esclarecimento dos profissionais' (4,5% cada), ressaltando-se que este último tema não foi identificado no G II. O tema 'afetividade nas relações estabelecidas com a equipe representou' 2,73% desta categoria seguida por 'confiabilidade dos profissionais'. Esclarece-se que, a consideração da freqüência destes temas na configuração da categoria, obedece apenas à proposição de detalhamento da mesma ao considerar quais temas apareceram em maior freqüência na formação da categoria.

De forma a ampliar o entendimento deste aspecto relacionado à adesão, considera-se que a relação estabelecida entre paciente e equipe, na qual o mesmo possa se perceber valorizado enquanto pessoa e paciente que é atendido em seus anseios pode funcionar, de acordo com o discurso dos participantes, como ingrediente a facilitar a adesão. As argumentações abaixo podem exemplificar este assinalamento:

> *"As pessoas serem bem tratadas pela equipe"*. (Paciente 3 Não Aderente)
>
> *"O atendimento. O jeito que as pessoas atendem"*. (Paciente 5 Aderente).

A respeito do bom atendimento a ser prestado para se facilitar a adesão, este deveria se pautar pelo afeto dispensado ao paciente através da receptividade percebida por ele, que pode ser mediada pelo modo de falar do profissional, preocupação demonstrada com seu bem-estar e com a resolução de possíveis questões apresentadas. As seguintes verbalizações esclarecem o citado aspecto:

> *"O jeito de falar com o paciente, por exemplo, você fala com carinho com as pessoas"*. (Paciente 3 Aderente).
>
> *"Receber o carinho das pessoas que trabalham aqui, acredito que eles recebem isso aqui"*. (Paciente 9 Aderente).

As orientações e esclarecimentos recebidos no CSM também podem funcionar, de acordo com os participantes, como estímulos à adesão ao tratamento. Estas orientações parecem ser também percebidas como indicativos de uma relação amistosa ou de proximidade, e de incentivo à adesão conforme exemplificam as seguintes argumentações:

> *"Ter uma orientação sobre a doença"*. (Paciente 10 Aderente).
>
> *"Ter aquele contato com o paciente para dar uma palavra amiga, de conforto de orientação pro paciente"*. (Paciente 3 Não Aderente).
>
> *"O profissional deve incentivar igual você faz lá: palestras"*. (Paciente 4 Aderente).

Ao delegar importância à relação entre o paciente e a equipe de saúde como condição interferente no comportamento de adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão, os dados deste estudo corroboraram dados da literatura geral a respeito de adesão ao tratamento. Considera-se que estes dados reafirmam as considerações de Leite e Vasconcellos (2003) bem como, Nobre, Kurita e Pimenta (2003), Pierin e Mion Júnior (2001) ao considerarem a importância de se avaliar a relação paciente-equipe de saúde em pesquisas com esta temática.

A este respeito Silva (2005) considerou a comunicação como importante fator de adesão ao tratamento. Segundo o autor, "quando existem problemas na comunicação, a adesão diminui, e quando existe uma comunicação eficaz, ela aumenta juntamente com uma atenta supervisão do paciente e um sentimento de satisfação no que tange às expectativas que tem do médico". (SILVA, 2005 p. 207).

No estudo de Ramos e Lima (2003) boa recepção (ser bem tratado pela equipe, ser reconhecido por ela), respeito ao usuário (pontualidade nos atendimentos, informações prestadas), relação humanizada (respeito, consideração e atenção dispensada ao usuário) e bom desempenho profissional (interesse demonstrado no exame do paciente, perguntas e orientações fornecidas), foram associadas à denotação de qualidade do atendimento. Estes autores constataram ainda, que a relação usuário – profissional de saúde estabelecida e, especialmente, as perguntas que o usuário se encoraja a fazer, as respostas que obtém ou esclarecimentos e orientações espontâneas que lhe são dadas, conferem ao paciente segurança necessária para enfrentar eventuais dúvidas e dificuldades além de aumentar a relação de confiança já existente. Assim considerando, os dados deste estudo mais uma vez sugerem que a qualidade do atendimento pode estar intimamente relacionada ao cumprimento do mesmo,

de forma, que se faz necessário investimentos nesta área, quando se pretende incrementar a adesão ao tratamento prescrito.

Um outro cuidado desejado pelos participantes ao avaliarem sobre situações que favorecessem a adesão ao tratamento, se constitui na movimentação da equipe de saúde em relação às faltas do paciente às consultas.

> *"Um acompanhamento dos profissionais, as vezes, ligar para saber quando faltou"*. (Paciente 3 Não Aderente)

> *"Na época eu acho que deveriam ter busca do saber por que eu tinha parado, você entendeu? Então, na época não teve esse apoio"*. (Paciente 5 Não Aderente)

Esta postura da equipe diante das faltas dos pacientes foi especificamente encontrada nos discursos dos participantes não aderente ao tratamento, a partir do que, pode-se inferir que uma postura atenciosa e preocupada da equipe, teria repercutido para o paciente em sentimento de valorização e importância, que o pudessem mobilizar para a continuidade do tratamento.

A implicação de polaridade também aconteceu em relação ao Relacionamento Interpessoal entre Paciente e Equipe. Conforme indicaram os dados, na ausência das características de atendimento mencionadas acima, propicia-se o aparecimento de um fator que possivelmente prejudicará a adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão. Não sentir-se bem tratado e não receber o afeto da equipe julgado necessário, apareceu nos relatos dos participantes como condição dificultadora da adesão ao tratamento medicamentoso. Os temas categorizados nesta vertente da categoria em questão podem ser verificados na Tabela 13.

Tabela 13 - Relação insatisfatória paciente-equipe enquanto fator propiciador de não adesão ao tratamento nos dois grupos.

Relacionamento Negativo com a Equipe de Saúde Dificulta a adesão ao Tratamento				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Falta de afetividade nas relações estabelecidas com a equipe	-	-	1	1
Má qualidade no atendimento (equipe em geral)	1	1	1	1
Má qualidade no atendimento das secretárias	-	-	3	3
Total	**1**	**1**	**5**	**5**

A relação negativa ou insatisfatória estabelecida com a equipe como fator a prejudicar a adesão do paciente ao tratamento, configurou-se com uma freqüência comparativamente menor se comparada à freqüência com a qual seu aspecto positivo pôde ser identificado nos discursos dos participantes do estudo. Apenas 1% das respostas categorizadas para o G I em relação aos fatores prejudiciais à adesão e 5 % das categorizadas para o G II em relação a esta mesma condição.

Para exemplificar este aspecto da categoria recorre-se a algumas das argumentações que geraram os temas abrangidos por esta categoria:

> *"Uai menina ... eu acho também um pouco é o atendimento. Ser mal atendida, apesar, que ali eu nunca fui"*. (Paciente 10 Não Aderente).
>
> *"Se a pessoa for maltratada não volta mais"*. (Paciente 6 Aderente)
>
> *"Muita das vezes, assim, no caso, tem lugar que o paciente chega a própria recepcionista te trata mal"*. (Paciente 8 Não Aderente).

Assim, sob o prisma dos participantes, um atendimento de pouca qualidade a nível afetivo, ou considerado como desrespeitoso à condição do doente e/ou às condições de etiqueta pessoal e profissional, seja ele relacionado à consulta médica ou ao ambiente da instituição de saúde poderia funcionar em barreiras à adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão.

4.3.2.2 Suporte familiar para a realização do tratamento

Esta categoria foi formada por temas que expressavam crenças dos pacientes a respeito da importância do apoio da família e do amparo dispensado ao paciente, bem como de sua aprovação, auxílio e anuência em relação ao tratamento. Este suporte pode ainda, segundo a percepção dos participantes do estudo, ser potencializado por orientações e esclarecimentos, a respeito da depressão, oferecidos pelos profissionais do CSM aos familiares dos pacientes em tratamento, como possível fator de interferência na adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão.

O efeito de polaridade, em relação à adesão/não adesão, foi observado nesta categoria, de forma que, a presença de suporte familiar tende a auxiliar a adesão, e por outro lado, a ausência deste suporte, tenderia a dificultar este comportamento, segundo sugeriram os dados. A categoria específica neste momento destacada contou com uma freqüência de 12 verbalizações referentes a 7 pacientes do GI e 10 verbalizações de 5 pacientes do GII, nas quais foram identificados os temas já citados e relacionados na Tabela 14, que compuseram a polaridade relativa à presença do suporte familiar como facilitador da adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão.

Tabela 14 - Suporte Familiar como fator facilitador de adesão ao tratamento nos dois grupos.

Presença de Suporte Familiar Auxilia a Adesão ao Tratamento				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Apoio de familiares	6	5,5	6	5,6
Compreensão familiar a respeito da necessidade de tratamento	3	2,7	1	0,9
Acompanhamento de familiar às consultas	1	0,9	1	0,9
Presença de um cuidador ou responsável pelo tratamento do paciente	-	-	2	1,9
Interesse e preocupação da família com o paciente	1	0,9	-	-
Convivência familiar agradável ao paciente	1	0,9	-	-
Total	**12**	**10,9**	**10**	**9,3**

O agrupamento de temas por semelhança conferiu a esta categoria específica uma presença de 10,9% nos discursos categorizados no G I e 9,3 % nos categorizados a partir dos relatos dos participantes situados no G II. Dentre os temas que a compuseram o 'apoio familiar' foi o mais frequentemente recortado nos discursos do G I e G II, tendo se responsabilizado por 5,5% dos 10,9% representativos desta categoria no G I e 5,6 % dos 9,3 % no G II. Ressalta-se que esta freqüência é relativa ao total de temas identificados no material de análise para fatores de adesão em cada grupo.

De forma mais detalhada, recorrendo às argumentações da amostra verificou-se pelas falas que, sentir-se acolhido, entendido e respeitado por familiares, que, possivelmente, são aqueles indivíduos que têm convivência direta com o paciente pode funcionar como fator importante para a continuidade de um tratamento para depressão.

> *"O apoio da família é muito importante"*. (Paciente 3 Aderente).
>
> *"Ter a ajuda da família"*. (Pacientes 6 e 12 Não Aderentes).

A aceitação e a percepção da necessidade do tratamento por parte de familiares, também ajudariam a manter o paciente deprimido em tratamento, como podem assinalar as verbalizações abaixo:

> *"Para ajudar... a compreensão da família é o principal. Depois que a minha família aceitou que eu tava doente e, não louca, melhorou muito pra mim fazer o tratamento"*. (Paciente 9 Aderente).
>
> *"A família tem que saber que você tem que fazer o tratamento"*. (Paciente 3 Aderente)

Este apoio percebido como importante para adesão ao tratamento, também pode se configurar na importância dimensionada pelos pacientes, a respeito da presença e acompanhamento de familiares no decorrer das consultas médicas, ou no acompanhamento e supervisão da tomada de medicação, conforme ilustram as seguintes argumentações:

> *"A família apoiar o paciente. [...] o paciente vir acompanhado de um familiar, pelo menos, no começo"*. (Paciente 3 Não Aderente).
>
> *"A família tá sabendo o que tá acontecendo. E, talvez, acompanhar por que o doente, às vezes, não dá conta de nada.* (Paciente 4 Aderente).

> *"Alguém da família pra levar a pessoa a cumprir aquilo, porque, as vezes, ela não tem ânimo pra fazer nada"*. (Paciente 2 Não Aderente).

> *"Tem pessoa que tem que dar os remédio naquele horário certinho, porque as vezes, a pessoa esquece."* (Paciente 8 Não Aderente)

Como possível meio de se viabilizar este apoio requerido ao bem-estar do paciente e à observação do tratamento por parte do mesmo, os participantes do estudo lembraram ainda, da importância de que o serviço de saúde mental se responsabilizasse pela orientação e esclarecimento de familiares de pacientes, a respeito da depressão e de seu tratamento. Estas orientações e esclarecimentos parecem ser entendidas como uma forma de preparo do familiar para atuar junto ao paciente de modo a facilitar a adesão ao tratamento. As seguintes verbalizações podem ilustrar este aspecto identificado nos relatos:

> *"Orientar a família também. Chamar as pessoas e conversar com elas"*. (Paciente 3 Aderente)

> *"É o conjunto. Se a família se unir com o psicólogo, com o médico, não para sufocar o paciente, ele deve ser induzido a fazer o tratamento e não forçado, fazer entender que é importante para ele"*. (Paciente 6 Aderente).

A importância da orientação a familiares foi enfatizada também como uma sugestão feita aos profissionais do Centro de Saúde Mental, no sentido de que o desenvolvimento de uma prática junto aos familiares do paciente foi entendido como uma intervenção, que poderia trazer benefícios à adesão ao tratamento.

> *"Ter aquele acompanhamento juntamente com os familiares que é de suma importância"*. (Paciente 3 Não Aderente)

> *"Apoiar e orientar a família para a importância do tratamento, às vezes, eles fica pensando que psicólogo psiquiatra é bobeira"*. (Paciente 6 Não Aderente).

A respeito da participação da família no tratamento do paciente depressivo, Campos (2005) ressaltou que, no caso de pacientes idosos, mediante permissão do paciente, os familiares mais próximos deviam ser envolvidos no tratamento, cabendo ao profissional atuar dirimindo dúvidas e desfazendo mitos a respeito dessa doença.

Os resultados da presente pesquisa confirmaram a afirmação de Horimoto, Fontão e Pinto (2005) quando ressaltaram a necessidade de passar informações a respeito da doença

depressiva ao doente e familiares, considerando que “quanto mais estiverem cientes da doença maior será a adesão ao tratamento” (HORIMOTO; FONTÃO; PINTO, 2005, p 117).

Em contraste a estas condições, a falta do suporte familiar para a realização do tratamento psiquiátrico para depressão – o outro pólo identificado nesta categoria – pôde ser categorizada em relatos de 5 participantes do G I e de 4 participantes do G II. De um total de 16 argumentações, considerando os dois grupos, foram destacados os temas incluídos no pólo da categoria que compreende que a falta de suporte familiar seria um fator a prejudicar a adesão ao tratamento.

Ao se comparar a polaridade identificada nos dois grupos em termos de freqüência de temas que consequentemente conferem uma importância à categoria, percebe-se certa correspondência para os dois fatores (Adesão / Não Adesão), conforme se pode avaliar pelas Tabelas 14 e 15.

A Falta de suporte familiar como fator propiciador de não-adesão pôde ser identificada nos relatos, pela desaprovação da doença ou do paciente, pela resistência familiar ao tratamento e a falta de apoio ao paciente para a sua realização, que se constituíram em temas identificados nos relatos dos participantes quando questionados sobre os fatores que acreditavam dificultar a adesão ao tratamento para a doença depressiva. A particularização destes temas pode ser verificada na Tabela 15 a seguir.

Tabela 15 - Falta de suporte Familiar enquanto fator prejudicial à adesão ao tratamento nos dois grupos.

Falta de Suporte Familiar Dificulta a Adesão ao Tratamento				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Falta de apoio de familiares	2	2,1	3	3
Incompreensão da família a respeito da depressão	1	1	3	3
Familiar não acompanhar o paciente no tratamento	1	1	-	
Resistência da família ao tratamento	6	6,2	-	-
Total	**10**	**10,3**	**6**	**6**

Conforme ilustrado pela Tabela 15, no G I 10,3 % dos temas identificados no material para análise de fatores percebidos como prejudiciais à adesão compuseram esta polaridade da categoria, encontrando na 'Resistência da família ao tratamento' o tema visivelmente mais freqüente da citada categoria. Em relação ao G II, 6% dos temas identificados nos discursos deste grupo em relação à não adesão foram englobados nesta polaridade da categoria, os dois temas que a compuseram ('falta de apoio de familiares' e 'incompreensão da família a respeito da depressão') estiveram igualmente freqüentes.

Assim, verificou-se que, na compreensão dos participantes do estudo, a falta de suporte familiar, pode se constituir em fator a prejudicar a adesão. A incompreensão dos membros da família a respeito da doença depressiva e/ou de sua terapêutica pode originar ou acentuar o distanciamento do familiar em relação ao tratamento mental do paciente, o que pode se configurar em barreira para adesão ao tratamento. As seguintes argumentações podem ilustrar este aspecto:

> *"A falta de compreensão e paciência da família porque o paciente recai e não quer levantar".* (Paciente 2 Não Aderente).
>
> *"A família não entender, não apoiar, achar que você tá fingindo".* (Paciente 12 Não Aderente).
>
> *"A família também julga muito, as vezes, acha que a gente ta é fingindo, que não é doença nada".* (Paciente 1 Aderente)

A família também pode apresentar resistência ao tratamento psiquiátrico para seu familiar acometido por depressão. Esta resistência pode advir da incompreensão que tenham a respeito da doença ou da importância e efetividade do tratamento, entretanto, esta postura pode se materializar em empecilhos ou impedimentos declarados ou não, à realização do tratamento do paciente, conforme exemplificam as seguintes argumentações:

> *"Quando a família não quer que o paciente faça tratamento".* (Paciente 9 Aderente).
>
> *"A família não querer que o paciente venha. Fala não você tá bom pode pará com isso!"* (Paciente 3 Aderente).
>
> *"Eu já tive de vir escondida do marido e isso realmente é... dificulta a gente vir, demais".* (Paciente 9 Aderente)

A falta de apoio dos familiares ao paciente ou ao tratamento a ser realizado por ele, sendo ou não, resultado de sua percepção sobre a doença ou resistência apresentada em

relação ao tratamento psiquiátrico, foi alegada como de grande importância para a não adesão ao tratamento, conforme exemplificam as verbalizações:

> *"Não ter o apoio da família, isso é o principal"*. (Paciente 7 Não Aderente).
>
> *"A família não apoiar a gente"*. (Pacientes 8 e 12 Não Aderentes).
>
> *"Falta de apoio da família, que muitas vezes, não tem o apoio da família não"*. (Paciente 8 Aderente).

Assim sendo, a adesão à terapêutica medicamentosa para depressão pode estar relacionada com a adesão do familiar ao tratamento, e esta última, de certa forma, parece obedecer, na visão dos participantes do estudo, a uma lógica semelhante à da adesão do paciente ao seu tratamento antidepressivo. A lógica sugerida pelos dados, seria um possível caminho a ser trilhado pelo familiar, tendo como fundo básico a relação que este estabeleça com o doente e com a doença depressiva. Desta forma, a compreensão / incompreensão da doença depressiva ou do doente, poderia gerar uma atitude familiar mais ou menos colaborativa com o paciente em relação ao seu tratamento, o que se vislumbraria na relação entre paciente e familiar em percepção de apoio ou de falta de apoio para a realização do tratamento.

O ambiente familiar de pacientes portadores de transtornos afetivos foi considerado como fator que afeta o início e o curso destes transtornos (TUCCI; KERR-CORREA; DALBEN, 2001; LAFER, 2000). Entretanto, em relação ao papel da família na adesão do paciente deprimido ao tratamento, ainda podem ser considerados escassos os dados científicos a este respeito. Este estado contrasta com os resultados deste estudo, os quais denominaram importante função à postura familiar no tocante à adesão / não adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com depressão.

A este respeito, Silva (2005) apontou, mediante a contemplação da multiplicidade de fatores interferentes na adesão ao tratamento do paciente deprimido, que a ausência de participação da família prejudicaria a adesão destes pacientes ao tratamento. DiMatteo et al., (2000) e Fawcet (1995) também incluíram a falta de ajuda e de suporte de familiares como fatores que levariam o paciente a não aderir ao tratamento.

Em relação a outras doenças psiquiátricas, Rosa (1998) verificou que, para pacientes esquizofrênicos o suporte social juntamente à disponibilidade de familiares e amigos para

assistir ou supervisionar o paciente e a tomada das medicações estiveram consistentemente associadas à adesão ao tratamento ambulatorial.

Outro tipo de doença que a literatura apontou para a relevância do papel familiar na adesão/não adesão ao tratamento foi a tuberculose. Ribeiro (2000) verificou que a falta de apoio de familiares ao tratamento e mesmo o desconhecimento destes a respeito da enfermidade de seu familiar, assim como o estigma da doença levaram à não adesão ao tratamento dos pacientes.

A não aceitação de familiares sobre a doença, ou a percepção distorcida que tenham sobre a enfermidade, necessidade de tratamento, e estimativa de eficácia do mesmo, podem levar a resistências ou a impedimentos à realização do mesmo, conforme sugerem os dados. Este tipo de postura familiar parece exigir um esforço maior do paciente para dar continuidade ao tratamento, podendo edificar forte barreira a se vencer para a continuidade do cuidado em saúde.

Conforme indicaram os dados, ao paciente depressivo parece ser necessária deliberada postura de apoio familiar e social que o lembre de sua importância pessoal e das possibilidades de boas perspectivas na vida, proporcionando um estímulo externo para realização do tratamento. A falta de disposição, pensamentos pessimistas, diminuição da energia e cansaço "fácil", muitas vezes presentes como sintomas depressivos, podem encontrar respaldo na postura resistente ou não colaborativa de familiares. Assim considerando, ajuíza-se que ao paciente deprimido, que não conte com suporte familiar para realização do tratamento, resta forte barreira a ser vencida para a realização do tratamento necessitando, o paciente de "duplo esforço" – vencer as limitações causadas pela doença e as barreiras impostas por familiares.

Matsukura, Marturano e Oishi (2002) salientaram que vários estudos apontavam a associação entre suporte social e níveis de saúde e também que a presença deste suporte poderia funcionar como agente protetor frente ao risco de doenças induzidas por estresse, especialmente, quando as medidas de suporte estivessem relacionadas com a disponibilidade percebida de recursos interpessoais que respondessem às necessidades presentes nos eventos estressantes. A família apareceu no estudo citado, como importante fonte provedora deste suporte. Segundo estes autores a existência de forte suporte social poderia melhorar significativamente a recuperação de doenças físicas e mentais.

De forma geral, as pessoas dependem de uma rede social para satisfazer as necessidades humanas de ser cuidado, aceito e apoiado emocionalmente. Estas necessidades podem ser potencializadas diante de condições abaladas de saúde, ou em períodos de estresse,

que, geralmente conferem uma fragilidade substantiva ao indivíduo. Em estados depressivos, a baixa auto-estima, a redução da energia, o desânimo e desesperança, podem elevar a fragilidade da pessoa bem como diminuir sua disposição para atividades, inclusive àquelas direcionadas à busca por tratamento. Desta maneira, as pessoas que sofrem de depressão podem provocar sentimentos de frustração, culpabilidade ou mesmo impaciência e irritação nos que lhes estão próximos, de forma que, os familiares podem ressentir-se dos problemas da pessoa deprimida ou ter dificuldade em compreender as suas causas. Porém, conforme sugerem os dados do presente estudo, a compreensão e aceitação da doença e a atitude colaborativa e de apoio dos familiares de pacientes com depressão poderia ajudá-los a lidar de forma mais adaptativa com a doença e, especialmente, fortalecê-los para vencer barreiras que colocassem em cheque sua adesão ao tratamento mental.

A este respeito, supõe-se que, quanto mais a família conheça e se sensibilize a respeito da doença depressiva e seu tratamento, menor a quantidade de percepções distorcidas a respeito da doença, do tratamento e do doente, o que, por conseqüência poderia diminuir a resistência ou oponência imposta ao tratamento de seu familiar. Adicionalmente, o conhecimento sobre fatores etiológicos, sintomas e tratamentos poderia facilitar a compreensão de que mudanças no comportamento do indivíduo podem fazer parte de sintomas de uma doença. Esta compreensão poderia agir, evitando falsas interpretações sobre a personalidade do deprimido e, possivelmente, acentuando a percepção da necessidade de tratamento que pode se converter em estímulos ao paciente para a realização do mesmo.

Diante destas considerações, infere-se a importância de se avaliar a participação da família em estudos a respeito da adesão à tratamentos de transtornos afetivos, bem como da instrumentação de atividades propostas por equipes de saúde que contemplem a entidade familiar de forma a acolhê-la, esclarecê-la e orientá-la a respeito da doença, sua manifestação, prognóstico e tratamento, quando se deseje incrementar as condições de adesão ao tratamento proposto.

4.3.2.3 Preconceito social

Esta categoria específica representa temas recortados de verbalizações dos participantes dos dois grupos, ao se referirem a fatores que acreditavam atrapalhar a adesão ao tratamento para depressão. Desta forma, ela comporta apenas um pólo de inserção

configurado pela presença do preconceito social interferindo negativamente na adesão do paciente deprimido ao tratamento, sendo identificada nos relatos de 6 participantes do G I e 4 do G II.

Os temas englobados por esta categoria indicavam que a incompreensão, a falta de entendimento e as concepções distorcidas de outros a respeito da depressão, do doente, do tratamento psiquiátrico e da instituição a este tratamento destinada, funcionavam como dificultadores da adesão ao tratamento para depressão. De forma geral, expressões como "é coisa de louco" [sic]; "você não tá certo" [sic]; "Não tá batendo bem" [sic], dentre outras semelhantes deram origem aos temas.

A discriminação de temas e a freqüência que apareceram nos relatos dos participantes podem ser verificadas na Tabela 16 a seguir:

Tabela16 - Preconceito enquanto fator a dificultar a adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

Preconceito social Dificulta a Adesão ao Tratamento				
Temas	**G I**		**G II**	
	F	**%**	**f**	**%**
Incompreensão a respeito da doença mental	2	2,1	2	2
Preconceito da sociedade	2	2,1	3	3
Preconceito em relação à instituição de saúde mental	4	4,1	1	1
Total	**8**	**8,3**	**6**	**6**

Conforme se pôde verificar na Tabela 16 os temas recortados dos discursos dos participantes dos dois grupos foram semelhantes. No G I o preconceito em relação à instituição de saúde mental foi mais freqüente comparativamente aos outros temas presentes nos relatos deste grupo e também ao G II. No G II o preconceito da sociedade foi o tema mais freqüente, apesar de não se diferenciar muito em relação aos outros dois, entretanto o preconceito em relação à instituição de saúde mental, ao contrário do G I foi o menos frequentemente recortado nos relatos do G II.

O preconceito percebido em outras pessoas pode se dar na percepção que elas tenham a respeito da instituição de saúde e consequentemente ao tipo de população atendida pela

mesma, o que confere um lugar social ao paciente – o de "louco" [sic] conforme exemplificam as seguintes argumentações:

> *"O preconceito da sociedade. As pessoas acharem que aqui é lugar de tratar louco"*. (Paciente 5 Aderente).
>
> *"As pessoas falam: Nossa você ta lá?! Não entendem. Falam: nossa! Você não tá certo, mesmo"*. (Paciente 3 Aderente).
>
> *"É essas coisa que o povo fala. Nossa!!! Cê tá tratano lá?? Então, cê num tá certo das idéia"*. (Paciente 1 Aderente)
>
> *"O preconceito das pessoas, as pessoas falam mesmo. Nossa! Você vai lá?! Icha você tá doido mesmo!"*. (Paciente 4 Não Aderente).

Vilela e Costa (1991) ressaltaram a importância do estigma existente em relação à doença psiquiátrica como fator a influenciar a adesão ao tratamento de pacientes com esquizofrenia.

No presente estudo pôde-se observar que o preconceito se amplia a demais condições mentais, de forma que, a percepção que a rede social do paciente comporte a respeito da depressão, da doença mental e, especialmente, da instituição de saúde mental, que se pautam, na maior parte das vezes, por um cunho negativo, conforme sugerem os dados deste estudo, se constituem em possíveis entraves para adesão ao tratamento.

A este respeito a OMS (2001), advertiu que menos da metade dos indivíduos que necessitavam de cuidados ao nível de saúde mental, fazia uso dos recursos psiquiátricos disponíveis, devido tanto ao estigma ligado às doenças mentais como à insuficiência dos serviços prestados.

Em relação a possíveis conseqüências do preconceito no comportamento de pacientes psiquiátricos, os dados deste estudo corroboraram o alerta de Sirey et al. (2001) para a existência de desvalorização e discriminação a indivíduos que usavam serviços de saúde mental ou que possuíam uma doença mental. Estes autores verificaram que, o estigma existente em relação a estes pacientes havia proporcionado a interrupção de tratamento para depressão, especialmente em pacientes mais velhos.

Os dados do presente estudo corroboram ainda, as afirmações de Silva (2005) que relacionaram o preconceito entre os fatores considerados interferentes para o abandono da terapêutica antidepressiva. Silva (2005) chamou atenção ainda, para o sofrimento do portador de depressão, que além dos sofrimentos vivenciados nos sintomas desta doença, teria que

enfrentar os preconceitos sociais existentes a respeito desta doença. Para Souza, Fontana e Pinto (2005) um dos aspectos que mais incomodavam a pessoa deprimida seria a falta de compreensão e do entendimento mostrado pelas outras pessoas. Este sofrimento aliado aos sintomas depressivos que já são por si pouco colaborativos para um comportamento ativo, apareceu neste estudo como um fator ou uma barreira a mais, para que o paciente não adira ao seu tratamento para depressão em uma instituição de saúde mental.

O preconceito também esteve relacionado à falta de adesão ao tratamento de pacientes com tuberculose (RIBEIRO, 2000) e ao subdiagnóstico de condições depressivas (BOTEGA, 1996 apud MACHADO, 2003).

Assim, pode-se cogitar que o estigma a respeito do doente mental, representado por idéias e concepções preconceituosas poderia ser incluído entre as piores facetas da doença mental em geral, causador de grandes sofrimentos e também, conforme indicaram os dados, fator estimulador da não procura e do abandono ao tratamento, contribuindo desta forma para o agravamento da doença.

4.3.3 Aspectos Relativos ao Contexto do Tratamento

Aspectos de ordem básica e prática também mereceram destaque dos participantes do estudo ao refletirem sobre as condições propiciadoras bem como às prejudiciais à adesão ao tratamento. Assim, aliado à compreensão do indivíduo a respeito de sua doença e tratamento e ao acolhimento sentido ou não sentido nas relações que ele estabelece na família, com a rede social mais próxima e com a equipe de saúde responsável pelos cuidados, identificou-se nos discursos a necessidade de se atentar para verificação de condições básicas para realização do tratamento.

Três categorias específicas originaram esta categoria global "Suporte Material e Institucional para a Viabilização do Tratamento" e "Acompanhamento Psicológico", e "Falta de Suporte Material e Institucional para a Viabilização do Tratamento". As duas primeiras são referentes às condições consideradas pelos participantes como facilitadoras da adesão que juntas contribuíram para que esta categoria global representasse 20,9% das argumentações categorizadas no G I, e 28,7% das categorizadas a partir dos discursos do G II. A terceira categoria específica inserida neste aspecto corresponde essencialmente aos fatores percebidos como relacionados à não adesão e neste sentido comportou 33% dos temas identificados nos

relatos do G I e 36% daqueles identificados no G II. De forma a melhor esclarecer a relação do "Contexto do Tratamento" na adesão do paciente deprimido ao tratamento psiquiátrico passa-se ao detalhamento das categorias específicas que o compuseram.

4.3.3.1 Suporte material e institucional para viabilização do tratamento

A presença de Suporte Material e Institucional para a Viabilização do Tratamento refere-se às condições materiais essenciais para que o tratamento seja realizado, como o oferecimento de medicação gratuita, de fácil acesso, disponibilizada no momento necessário, transporte para os pacientes, em especial, para aqueles que residem na zona rural, portadores de dificuldades decorrentes da própria doença e problemas financeiros. Compõem ainda essa categoria a disponibilidade de profissionais e a oferta de vagas para consulta, de acordo com a demanda e condições dos pacientes.

A categoria específica ora detalhada, conforme indicaram os dados, também comportou a implicação de polaridade para adesão / não adesão. Assim, a presença e satisfatoriedade das condições materiais e institucionais, favorecida pelas situações acima citadas tendem a promover a adesão ao tratamento, ao mesmo tempo em que se elas não existem ou não são percebidas como satisfatórias pelo paciente, a não adesão ao tratamento se torna mais provável.

A freqüência de temas e também de sujeitos que apresentaram verbalizações das quais se originaram os temas que compõem esta categoria nas duas polaridades identificadas, pode estimar a importância delegada a estes fatores para a adesão ao tratamento.

Em relatos de 7 participantes do G I e de 10 participantes do G II, ao se referirem aos fatores facilitadores da adesão ao tratamento, pôde-se vislumbrar o aspecto: presença de suporte material e institucional para a realização do tratamento auxilia adesão ao tratamento. Além do número expressivo de sujeitos (70,8% da amostra), foram altas as freqüências de argumentações aí abrangidas, como se pode ver especificado na Tabela 17, a seguir:

Tabela 17 - Presença de Suporte Material e Institucional para a Viabilização do Tratamento enquanto fator a facilitar a adesão ao tratamento nos dois grupos.

Presença de Suporte Material e Institucional para a Realização do Tratamento Auxilia a Adesão				
Temas	**G I**		**G II**	
	F	**%**	**f**	**%**
Facilidade no acesso à medicação	9	8,2	11	10,2
Facilidade e agilidade na marcação de consultas	1	0,9	3	2,8
Condições de locomoção	1	0,9	4	3,7
Facilitação de exames complementares	1	0,9	1	0,9
Compatibilidade de horário entre médico e paciente	3	2,7	3	2,8
Presteza no atendimento ao paciente	-	-	4	3,7
Menor intervalo entre as consultas médicas	1	0,9	-	-
Disponibilidade de profissionais no CSM.	1	0,9	2	1,8
Atendimento extensivo a familiares	-	-	1	0,9
Diminuir a rotatividade de médicos	-	-	1	0,9
Total	**17**	**15,4**	**30**	**27,7**

Conforme pode se verificar na Tabela 17, no G I um total de 17 argumentações gerou os 07 temas englobados nesta categoria, dentre estes temas houve destaque para a importância do acesso à medicação que apareceu com maior freqüência (8,2%). No G II foram 30 as argumentações a originar 09 temas, sendo a categoria formada por 27,7% dos temas destacados nos discursos deste grupo em relação aos fatores facilitadores da adesão ao tratamento. O acesso à medicação também foi o tema mais freqüente nesta categoria, havendo ainda destaque, em termos de freqüência para importância das condições de locomoção, presteza no atendimento, facilidade e agilidade na marcação de consultas com freqüências de 3,7%, 3,7% e 2,8% subsequentemente. Considerando-se o número de sujeitos e a freqüência com que os temas pertencentes a esta categoria apareceram nos discursos dos participantes

infere-se que a presença de suporte material e institucional seja fator de fundamental importância para o comportamento da adesão ao tratamento.

Um dos aspectos bastante ressaltados pelos participantes dos dois grupos como de importância para a adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão, foi o acesso à medicação. A gratuidade da medicação retratada no subsídio governamental que disponibilize medicações antidepressivas e/ou na possibilidade financeira do próprio paciente para efetuar a compra de sua medicação foi lembrada como fator auxiliar da adesão por 5 participantes do G I que ofereceram ao todo 9 argumentações neste sentido, e por 7 pacientes do G II que apresentaram um total de 11 argumentações nas quais pôde ser identificado este tema constante nesta categoria específica. De forma a ilustrar esta compreensão cita-se, as argumentações seguintes:

> *"Ter dinheiro pra comprar o remédio, se não, já é uma angústia"*. (Paciente 6 Aderente).
>
> *"A secretaria dar os remédio é uma coisa que pode ajudar muito a gente faze o tratamento"*. (Paciente 10 não aderente)
>
> *"Ter mais facilidade para comprar o medicamento, porque remédio muito caro a pessoa não tem condição de comprar"*. (Paciente 3 aderente).

A Secretaria de Saúde do Município possui em suas dependências uma farmácia, onde os pacientes, mediante cadastro prévio e receita médica, podem receber gratuitamente algumas medicações dentre as quais se encontram alguns antidepressivos. Entretanto, nem todos os medicamentos que são prescritos estão disponíveis gratuitamente e diante disto, os participantes também revelaram como importante a ampliação do número de medicações disponíveis gratuitamente, bem como fizeram alusão à melhora nas condições de entrega destas medicações como meio de facilitar a adesão ao tratamento, conforme sinalizam as seguintes argumentações:

> *"Conseguir a medicação gratuita. Se a 'secretaria' dasse todos os remédios que o doutor receita, já era uma facilidade pra gente"*. (Paciente 5 Aderente).
>
> *"Quando consegue ter o remédio na 'secretaria' é mais fácil porque tem remédio que é tão caro!"* (Paciente 10 não aderente).

> *Ter mais facilidade de pegar o remédio na secretaria. Às vezes, é aquela filona e chega lá nem tem o remédio da gente".* (Paciente 12 Não Aderente).

> *"Ter o remédio com o médico. Agora eu vou pra Secretaria de Saúde e arrisco a nem pegar, porque chega lá tá superlotado e eu tenho horário pro ônibus, que eu moro na roça, né!?* (Paciente 6 Aderente)

Segundo Leite e Vasconcellos (2003), o acesso ao medicamento, se constitui em problema crucial em países como o Brasil, e por isto ele deve ser o primeiro fator a ser analisado ao se pensar em adesão ao tratamento medicamentoso. Em relação a pacientes com depressão, Green-Henessy (1999) havia ressaltado a importância de se considerar a disponibilidade de fornecimento da medicação antidepressiva antes de avaliar seu uso. Estas considerações foram confirmadas pelos dados do presente estudo, que parte de perspectivas de usuários que possuem, em sua maioria, baixa renda e que percebem este fator como importante para adesão/não adesão ao tratamento de pacientes com depressão.

A este respeito Pinotti (2004) em matéria ao jornal Folha de São Paulo, em 06/09/2004, ressaltou que a preocupação em relação ao acesso à medicação gratuita seria legítima e atenderia à premente necessidade da maioria dos usuários do setor público, que não têm condições de adquirir as medicações prescritas.

Assim torna-se precioso considerar que o acesso à medicação, conforme sugeriram os dados, é fundamental para que se viabilize a adesão ao tratamento medicamentoso no nível público de saúde. A amostra estudada, portadora de poucos recursos financeiros, pode muitas vezes, se ver as voltas com uma realidade de parcial ou total impossibilidade de aquisição da medicação prescrita, o que, logicamente interfere decisivamente em sua adesão ao tratamento.

A importância deste fator foi fortemente ressaltada pelos participantes do estudo, que estimaram, concomitantemente, a importância de subsídio governamental que sustente a gratuidade da medicação já oferecida, bem como, se esforce para ampliar o número e gênero de medicações psiquiátricas disponibilizadas, e que ainda se mobilize no sentido de facilitar a forma de fornecê-la ao paciente. Além disso, o amparo governamental também foi requerido no sentido de subvencionar a realização de exames complementares.

> *"A secretaria dar os exames que a gente não tem condições de pagar".* (Paciente 1 Não Aderente).

> *"Facilitar mais a gente fazer exames que o médico pede".* (Paciente 6 Não Aderente)

Em relação à gratuidade e disponibilidade de antidepressivos na rede de saúde não foram encontrados dados na literatura que nos favorecesse uma discussão mais ampla dos dados deste estudo em respeito à adesão ao tratamento antidepressivo, o que pode se dever à inexistência de estudos nacionais dessa natureza, e consequentemente buscando-se o parâmetro internacional, se faz necessário considerar as diferenças sócio-econômicas das amostras, que pode determinar a configuração de diferentes fatores para adesão/não adesão à tratamentos. Entretanto, Kroenke et al. (2001) considerou que a oferta da medicação antidepressiva podia ter aumentado as taxas de adesão ao tratamento em seu estudo.

A facilidade de acesso ao CSM foi um outro tema identificado nos discursos dos componentes do G I e G II, ao se referirem aos fatores que ajudariam a adesão do paciente ao tratamento para depressão, incluso nesta categoria. Os participantes do estudo refletiram sobre a importância de se facilitar o acesso ao CSM através do oferecimento de meios de locomoção para o paciente, como fator a facilitar a adesão ao tratamento psiquiátrico, especialmente para aqueles pacientes que não possuem recurso para tal, seja ele financeiro, físico ou emocional. As seguintes falas podem exemplificar esta nuance da categoria:

> *"Ter uma ambulância pra levar o paciente pra fazer tratamento"* (Paciente 1 Não Aderente).
>
> *"Muita das vezes, assim, a pessoa ter uma condição assim... da locomoção, ajudava muito" [...] Ter como vir ao Centro de saúde, igual mora longe e, às vezes, nem tem dinheiro para vir.* (Paciente 8 Não Aderente).
>
> *"Ter um transporte pra levar as pessoas que moram na roça e não têm condução, não tem jeito de ir".* (Paciente 4 Aderente)

Em relação ao acesso à instituição de saúde como condição facilitadora de adesão, também não foi possível realizar diálogo com a literatura, já que não foram encontrados dados semelhantes ou mesmo destoantes dos identificados no presente estudo. A peculiaridade de amostras no contexto nacional, bem como a delimitação de serviço público pode ajudar na explicação da carência de dados que pudessem subsidiar tal discussão, considerando que a literatura científica sobre adesão ao tratamento para depressão é basicamente internacional.

O suporte material e institucional também envolveu, nos discursos dos participantes, referências às condições pelas quais se dão os atendimentos recebidos no CSM. Assim temas como: 'facilidade e agilidade na marcação de consultas', 'compatibilidade de horário entre médico e paciente', 'presteza no atendimento', 'disponibilidade de profissionais no CSM', e

'diminuição na rotatividade de médicos na instituição', também foram identificados como facilitadores da adesão ao tratamento, nos discursos dos pacientes. As seguintes argumentações exemplificam:

> *"Ter mais facilidade de marcar consulta, porque as vezes, demora muito pra gente conseguir. Por exemplo, eu que abandonei já tinha vindo aqui três vezes e não consegui, só fui conseguir hoje"*. (Paciente 11 Não Aderente)
>
> *"Ter o horário certo do atendimento. [...] Diminuir o tempo que as pessoas ficam lá esperando a consulta"*. (Paciente 10 Não Aderente)
>
> *"O médico está sempre quando marca a consulta, [...] Chegou, o médico ta aí, atende"*. (Paciente 10 Não Aderente).
>
> *"Ter mais facilidade para marcar consulta, poder marcar por telefone, porque a gente que mora na roça, se perde o dia tem que vim aqui só para marcar?!"* (Paciente 6 Aderente).

Em relação aos dados considerados acima, de forma a subsidiar uma possibilidade de entendimento dos mesmos, recorre-se a estudos dedicados a conhecer e avaliar a satisfação de usuários de serviços de saúde com as condições de atendimento oferecidas. Lemme, Noronha e Resende (1991) apontaram a existência de dois aspectos principais para o vislumbre da satisfação, ao considerá-la um fator que pode fazer com que as pessoas procurem atendimento médico. O primeiro aspecto é relativo ao sistema de saúde em geral (que motiva a procura de uma unidade) e o segundo considera a satisfação com o processo do atendimento ou só com o resultado (garantia de retorno) que leva à continuidade do tratamento podendo inclusive interferir na eficácia da terapêutica pela maior adesão da mesma. Neste sentido pode-se considerar que os dados do presente estudo são concordantes com a asserção dos autores relativa à satisfação colaborando para a permanência do paciente em sua proposta terapêutica.

Um outro enfoque científico que pode ser aqui considerado recai sobre a avaliação da qualidade de serviços de saúde. Moura e Leitão (2000) afirmaram que, na perspectiva da saúde pública, qualidade significaria proporcionar uma gama de serviços seguros e eficazes e que satisfaçam às necessidades e desejos do cliente. A qualidade, segundo estas autoras, também denotaria a observância às normas mínimas de atendimento adequado, podendo referir à qualidade técnica do atendimento, bem como, o pequeno tempo de espera para o atendimento, o relacionamento interpessoal com os profissionais e mesmo à infra-estrutura e

acesso do paciente à instituição de saúde. Esta qualidade em última instância parece afetar a satisfação do usuário com a instituição de saúde.

Segundo Ramos e Lima (2003), a acessibilidade aos serviços de saúde, ultrapassaria a dimensão geográfica por abranger o aspecto econômico (relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço), o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população, e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população. De forma que, a obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente seriam condições essenciais para se falar em acessibilidade (ACURCIO; GUIMARÃES, 1996 apud RAMOS; LIMA, 2003).

Conforme apontaram os resultados deste estudo, para a adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão há que se considerar a disponibilidade de medicação para o paciente, seja através de possibilidades financeiras que o paciente tenha para aviar sua receita, ou pelo fornecimento gratuito das mesmas. Para diminuir as barreiras físicas entre o paciente e a instituição, possuir um meio de transporte, ter condições financeiras de se utilizar algum, ou serem beneficiários de um sistema governamental de transporte para pacientes também pode auxiliar a adesão ao tratamento. Aliado à disponibilidade do medicamento e as condições de acesso ao local de tratamento figuram-se as condições menos burocratizadas e mais adequadas e próximas da população ao considerar suas necessidades e prioridades.

Por outro lado, os temas recortados nos discursos dos participantes ao serem questionados sobre os fatores prejudiciais à adesão ao tratamento antidepressivo, que compuseram a segunda polaridade desta categoria foram basicamente antagônicos àqueles recortados nos discursos a respeito das condições facilitadoras da adesão: ‘dificuldades no acesso à medicação’, ‘dificuldades no acesso ao CSM’ (distância da moradia, ou falta de meios de locomoção), ‘dificuldades encontradas para marcar consultas’, ‘indisponibilidade de profissionais’, ‘tempo de espera’, ‘intervalos longos entre consultas’, ‘incompatibilidade de horários’, ‘organização dos atendimentos na instituição’, e ‘falta de conhecimentos sobre os recursos da comunidade’.

A falta ou precariedade do Suporte Material e Institucional para Realização do tratamento como fator prejudicial à adesão também contou com expressivo número de sujeitos e de temas identificados nos relatos dos participantes. No G I, 10 participantes enfatizaram a importância deste fator para a não adesão ao tratamento, sendo que os temas aí inseridos representaram 32,9% do total de temas identificados no material total de análise das respostas referentes aos fatores percebidos como prejudiciais à adesão neste grupo. Já no G II, todos os participantes mencionaram a falta do suporte material e institucional como fator a

atrapalhar a adesão ao tratamento, sendo que os temas aí inseridos representaram 36% de todos aqueles identificados para este grupo em relação aos dificultadores da adesão, o que confere importância a este fator para adesão/não adesão ao tratamento.

A Tabela 18 discrimina os temas constantes neste pólo da categoria e considera sua representatividade diante do material de análise referentes aos aspectos considerados pelos sujeitos de pesquisa como prejudiciais à adesão ao tratamento medicamentoso para depressão.

Tabela 18 – Ausência de Suporte Material e Institucional para Viabilização do Tratamento enquanto fator a dificultar a adesão ao tratamento nos dois grupos.

Ausência de Suporte Material e Institucional para a Realização do Tratamento Dificulta a Adesão				
Temas	**G I**		**G II**	
	f	**%**	**f**	**%**
Dificuldades no acesso à medicação	9	9,3	8	8
Dificuldades para marcação de consultas	5	5,2	2	2
Dificuldades relativas ao horário de atendimento	-	-	5	5
Dificuldades financeiras	-	-	3	3
Número reduzido de profissionais em relação à demanda	1	1	1	1
Distância entre a moradia do paciente e o serviço de saúde	1	1	1	1
Dificuldades de locomoção até o CSM	5	5,2	4	4
Tempo longo de espera pela consulta	3	3,1	3	3
Intervalo grande entre as consultas	4	4,1	1	1
Erros cometidos na marcação de consultas	1	1	-	-
Ser impedido de realizar o tratamento	1	1	-	-
Falta de recurso médico	1	1	-	-
Ausência do médico em datas marcadas para a consulta	-	-	2	2
Perda da vaga devido a falta na consulta	-	-	1	1
Falta de conhecimento sobre os recursos da comunidade	-	-	1	1
Organização dos atendimentos no CSM	-	-	2	2
Rotatividade dos profissionais médicos	-	-	1	1
Incompatibilidade de horário entre médico e paciente	1	1	-	-
A pobreza da saúde pública no setor da saúde mental	-	-	1	1
Total	**32**	**32,9**	**36**	**36**

Conforme detalhado na Tabela 18, no G I esta categoria foi formada por 11 temas somando uma freqüência de 32,9% à identificação desta categoria nos discursos relativos aos fatores que dificultariam a adesão, na percepção dos pacientes considerados aderentes ao tratamento neste estudo. Dos temas componentes desta categoria a dificuldade no acesso à medicação foi mais frequentemente citada (9,28%), seguida por 'dificuldades na marcação de consultas' e 'dificuldades na locomoção' ambos representando 5,2 % de temas destacados; 'intervalo longo entre consultas' que contou com uma freqüência de 4,1% dos temas; 'tempo longo de espera pela consulta' (3,1%) e o restante com 1 % de temas destacados no discurso deste grupo a este respeito.

No grupo de não aderentes esta categoria foi identificada em 36% de todos os temas destacados nos discursos em referência aos dificultadores da adesão. Também houve maior freqüência do tema 'dificuldade no acesso à medicação' (8%), seguido pelas 'dificuldades relativas ao horário de atendimento' (5%), 'dificuldades de locomoção' (4%), 'dificuldades financeiras e tempo longo de espera' (3% cada uma), estando os outros temas subdivididos entre 2% e 1% de freqüência nos discursos deste grupo.

Assim, considera-se que, de acordo com os dados, se facilitar o acesso à medicação prescrita confere uma probabilidade maior à adesão ao tratamento, a falta de remédio gratuito e/ ou as dificuldades econômicas encontradas para o aviamento das receitas psiquiátricas vem a prejudicar a adesão do paciente ao seu tratamento. As seguintes falas podem ilustrar este aspecto da categoria.

> *"Não ter o remédio na secretaria e não ter dinheiro pra comprar o remédio"*. (Paciente 4 Aderente).
>
> *"Não ter dinheiro pra fazer tratamento tem remédio que é muito caro"*. (Paciente 11 Aderente).
>
> *"A falta dos remédios, faz o paciente interromper. [...] A secretaria não fornecer todos os medicamentos, as vezes, é caro e a gente não tem dinheiro pra comprar a medicação, como e que faz?"* (Paciente 7 Aderente).
>
> *"Atrapalha também porque tem medicação que é cara, por exemplo, eu tive que parar porque o meu era manipulado e era caro"*. (Paciente 4 Não Aderente)

A falta da medicação para o paciente se constitui em condição prática e primária a ser considerada para a avaliação de adesão. Na perspectiva destes usuários do sistema público de saúde ela se faz em importante entrave para a adesão, na medida em que, diante da

impossibilidade de obtenção da medicação, mesmo que se assegurem outras condições consideradas facilitadoras pelos participantes, não há como se dar a esperada adesão. Estes dados corroboraram dados da literatura que afirmam que o fracasso na adesão ao tratamento em geral, poderia estar primariamente relacionado à não aquisição da medicação prescrita (MILSTEIN-MOSCATI, et al., 2000; RASCHID, 1982 apud MILSTEIN-MOSCATI, et al., 2000).

Em pesquisa realizada no Hospital de Clínicas do Rio de Janeiro, Lemme, Noronha e Resende (1991) verificaram que a insuficiente oferta de medicamentos à clientela (geral) do citado hospital, constituiu-se em obstáculo, com graves implicações na qualidade e resolutividade do atendimento prestado, já que, devido à condição sócio-econômica os pacientes não tinham condições de arcar com os custos de compra.

Apesar dos poucos dados obtidos para se travar um diálogo, infere-se que para usuários do sistema público nacional, este seja um fator, muitas vezes, responsável pela não adesão à tratamentos diversos.

A doença depressiva com seus possíveis gravames físicos e psicomotores, além da falta de disposição e desânimo característicos, dentre outros sintomas, pode dificultar ao paciente a execução de caminhadas, mesmo que curtas, até a instituição de saúde ou mesmo, exigir que se lhe disponibilize meios de transporte para a realização deste percurso. A distância da moradia do paciente em relação ao CSM, suas condições físicas para idas até o local e a falta de meios de locomoção podem, segundo os participantes, se constituir em fatores que venham a prejudicar a adesão. As seguintes falas podem exemplificar esta compreensão:

> *"O acesso difícil. Morar longe".* (Paciente 5 Aderente)
>
> *"Quando as pessoas vem de longe, isso vai desgastando".* (Paciente 2 Aderente)
>
> *"A distância entre moradia do paciente e o centro de saúde".* (Paciente 7 Aderente)

Em relação às condições de acesso ao Centro de Saúde Mental, vale salientar que ele é o único a prestar este tipo de serviço no município e possui uma localização central na cidade, tendo em suas proximidades pontos de embarque e desembarque de transporte coletivo. Entretanto, a população usuária pode não contar com condições financeiras que lhe possibilite usar deste serviço, ou mesmo este pode não estar disponível em seu local de moradia, como

por exemplo, no caso de pacientes que residem na zona rural, ou funcionar em horários que dificultem ao paciente cumprir com o horário de sua consulta.

> *"Tem gente que vive na roça, não tem condução pra vir na cidade"*. (Paciente 2 Não Aderente)

> *"Não ter uma condução para ir, o paciente tem muita preguiça ou não consegue andar muito longe"*. (Paciente 7 Não Aderente)

Sobre as condições nas quais se dão o acesso à instituição de saúde que se responsabilize pelo cuidado ao paciente, Gonzáles et al. (2005) haviam verificado que de quarenta e sete pacientes que tomaram antidepressivos, aqueles com um tempo de viagem menor que trinta minutos eram mais prováveis de serem aderentes ao tratamento ao menos no primeiro mês.

As dificuldades de acesso à instituição de saúde também foram associadas à não adesão ao tratamento de pacientes psicóticos. O estudo de Oliveira et al. (2003) apesar de ter verificado inexistência de diferenças em relação ao número de pacientes que se mantinham em tratamento, em detrimento do bairro de onde provinham, avaliou que pessoas do mesmo bairro em que se situava o hospital apresentaram uma tendência a ter melhor adesão.

Em pacientes hipertensos, Duarte (2001) também verificou que dificuldades inerentes ao serviço de saúde como o longo tempo de espera e dificuldades para marcar consultas foram motivos para não adesão ao tratamento.

As condições nas quais os pacientes conseguem ou, não conseguem, o atendimento desejado, a forma de organização relativa ao funcionamento do CSM, muitas vezes, percebida como não satisfatória aos anseios e necessidades pessoais do paciente, também foram listados entre os fatores que poderiam agir a favor da não adesão ao tratamento, constituindo os temas: 'dificuldade para marcação de consulta', 'tempo longo de espera por consulta', 'número reduzido de profissionais em relação à demanda', 'ausência do médico em datas pré-agendadas' para a consulta, 'intervalo de tempo longo entre as consultas médicas', 'rotatividade dos profissionais', 'dificuldades relativas ao horário do atendimento', 'organização dos atendimentos', e 'falta de conhecimento sobre recursos da comunidade'.

De acordo com os participantes do estudo as dificuldades encontradas para a realização de consultas, seja devido à empecilhos encontrados para marcá-la devido à regras da instituição ou falta de presteza no atendimento ao público, ou mesmo à grande demanda que contribui para que seja grande o intervalo de tempo entre a busca pelo atendimento e a

efetivação da consulta, pode funcionar afastando o paciente de um tratamento já iniciado, ou mesmo atrapalhando-o a iniciar um tratamento. As seguintes argumentações podem esclarecer este aspecto da categoria:

> *"As dificuldades pra marcar consulta, demora demais, as vezes, tem que vim aqui muitas vezes, pra consegui"*. (11 Não Aderente)
>
> *"Demora pra marcar as consultas, as vezes, tem que ficar quase a manhã inteira por conta"*. (Paciente 1 Não Aderente)
>
> *"A demora de conseguir a consulta"*. (Paciente 6 Aderente)
>
> *"Falta de jeito para marcar a consulta [...] porque não marca por telefone e pra gente que mora na roça ter que vim aqui só pra marcar"...* (Paciente 6 Aderente)

A demora percebida como entrave à adesão também pode se configurar em relação ao dia da consulta médica, na qual o paciente pode ficar durante horas esperando por sua consulta. O seguinte fragmento de relato pode exemplificar:

> *"Demorar demais esperando o médico atender, a gente que ta doente não tem muita paciência de ficar toda vida esperando"*. (Paciente 8 Não Aderente).

A respeito do tempo de espera do paciente, Dunbar-Jacob (1993) havia o associado negativamente à adesão, de forma que, os dados deste estudo acordam com aqueles considerados na literatura. Vilela e Costa (2001) também chamaram atenção para o papel desestimulador da continuidade do tratamento exercido pelos problemas administrativos que originam serviços deficientes, com filas enormes que terminam por afastar o paciente de seu tratamento.

A carência de profissionais em psiquiatria, já considerada por Horimoto, Fontão e Pinto (2005) pode contribuir para a instalação de processos institucionais que de alguma maneira colaborem para o afastamento do paciente de seu tratamento. Dentre estes processos, os resultados deste estudo compreenderam a carência de profissional no serviço em questão, a rotatividade de profissionais no CSM, e a ausência do médico em datas pré-agendadas para consulta.

A falta de médico nesta especialidade, no único serviço público municipal onde ele poderia ser encontrado pode inviabilizar a continuidade do tratamento, seja devido à pouca

disponibilidade de recursos financeiros da clientela para a busca por atendimento particular, ou pela sua descrença em iniciar nova busca.

> *"Quando a saúde mental fica sem médico, a gente quer parar, por que fica muito difícil"*. (Paciente 4 Aderente)

A este respeito Von Korff et al. (2001) afirmaram que psiquiatras e outros profissionais de saúde mental não eram acessíveis a muitos indivíduos deprimidos, em especial, os autores salientaram populações anciãs, rurais e economicamente desvantajadas.

A falta do profissional na instituição mobiliza a busca por um outro que desempenhe este papel e assim a rotatividade de médicos pode acontecer com alguma freqüência. Entretanto, esta rotatividade parece exigir do paciente novo esforço na adaptação ao contexto do tratamento e da doença, de forma que, certa quantidade de energia necessita ser despendida em nova relação e no contexto da relação médico-paciente, o que, para o paciente com depressão pode se converter em uma barreira a mais para a continuidade do tratamento.

> *"É mínimo isso, mas, as vezes, é uma mudança de médico e as vezes o paciente não se adapta a isso"*. (Paciente 3 Não Aderente)

A falta do profissional em datas marcadas e esperadas pelo paciente pode gerar frustração provocando ou acentuando o desânimo para a continuidade do tratamento. Também pode contribuir para afastamento do tratamento, na visão dos participantes, a distância entre os atendimentos médicos que parece provocar certo abalo ao vínculo com o médico e/ou com a instituição, conforme exemplificam as argumentações:

> *"Vir aqui no dia marcado e não ter médico, não ter receita atrapalha demais, a gente não quer voltar mais"*. (Paciente 4 Não Aderente)

> *"Demora entre um atendimento médico e outro, as vezes, fica quatro meses sem consultar só pega a receita"*. (Paciente 4 Aderente)

> *"O tempo, assim, o intervalo das consultas é grande aí a pessoa pensa que já ta um pouquinho melhor e pára por si mesmo"*. (Paciente 11 Não Aderente)

Conforme exemplificam os relatos acima, as dificuldades encontradas diante da organização da forma de atendimento e funcionamento do CSM podem funcionar como barreiras à continuidade do tratamento. Estas barreiras percebidas foram consideradas em

estudos a respeito da qualidade de serviços de saúde, que devem primar pelo acesso e pelo acolhimento ao paciente usuário de determinado centro de saúde.

Desta forma, Ramos e Lima (2003) ao analisarem a satisfação de usuários com o serviço de saúde ressaltaram a importância do acesso e do acolhimento prestados aos pacientes. Estes autores referendaram 'acesso' como a distância entre o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para obtenção de atendimentos incluindo, filas, condições físicas do local e tempo de espera, tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergência, possibilidade de agendamento prévio.

Diante dos dados deste estudo pode-se refletir sobre a importância da pesquisa a respeito da qualidade e satisfação de usuários de serviços de saúde para a compreensão da adesão aos tratamentos, bem como de investimentos nesta área que possam retornar em maior adesão além de melhorar a eficiência e qualidade dos atendimentos prestados.

4.3.3.2. Acompanhamento psicológico

Esta categoria específica compreende temas recortados nos discursos do GI e GII, que conferem importância ao acompanhamento psicológico como agente influenciador de adesão ao tratamento. Está relacionada, em maior freqüência ao grupo de aderentes ao tratamento (no qual 4 sujeitos, forneceram 6 respostas), sendo também citada pelo grupo de não aderentes (1 sujeito ofereceu 1 resposta neste sentido). Foi identificada nos relatos, especificamente como possível fator auxiliar, de forma que, a falta de acompanhamento psicológico não foi referida por nenhum sujeito desta pesquisa como fator que viesse a contribuir para a não adesão ao tratamento, assim, esta categoria específica não contempla a polaridade detectada em outras. Os argumentos utilizados pela amostra, na cogitação de fatores que auxiliariam o paciente com depressão a aderir ao tratamento proposto, podem ser exemplificados nas seguintes argumentações:

> *"Ahh!! O acompanhamento psicológico é o que ajuda bastante"*. (Paciente 5 Aderente)

> *"O tratamento com psicólogo também é uma coisa que eu acho que ajuda"*. (Paciente 9 Aderente).

> *"As orientações psicológicas de lá (CSM) também ajudam o paciente a ficar firme no tratamento".* (Paciente 3 Aderente)

De uma forma mais específica, houve também referência a uma modalidade de atendimento psicológico - o grupo terapêutico - que foi valorizado enquanto experiência de trocas que proporcionaram melhor adaptação, sendo percebido enquanto medida favorecedora da adesão ao tratamento.

> *"Sabe uma coisa que ajuda demais? ... É o grupo, nossa é muito bom pra gente ter força de continuar. O grupo me ajudou demais porque antes todo mundo lá em casa falava que eu era louca e eu tava quase acreditando, foi aqui, com o grupo que eu aprendi que não tô louca e que preciso fazer o tratamento para ficar cada dia melhor".* (Paciente 9 Aderente)

O ponto de vista dos participantes deste estudo em relação à importância da psicoterapia em concomitância ao tratamento psiquiátrico para a adesão ao último, está em acordo com propostas e estudos de autores como, Paykel (1995) que afirmou que a colaboração entre psicoterapeutas e psiquiatras seria necessária para se atingir uma boa adesão à medicação; e Pampallona et al. (2004) quando se referiram que muitos autores asseguravam que combinar psicoterapia ao tratamento medicamentoso facilitava a adesão à terapêutica medicamentosa. No estudo de Pampallona et al. (2004), também foi verificado que o tratamento psicológico combinado com antidepressivo esteve associado à melhoria na taxa de adesão, comparativamente ao tratamento apenas farmacológico.

O acompanhamento conjunto nas áreas da psiquiatria e psicologia, aliado à preparação da família para o cuidado com o paciente, também foi percebido como uma condição facilitadora da adesão ao tratamento para depressão pelos participantes deste estudo, conforme exemplificam as seguintes argumentações:

> *"[...] Aquela ponte entre o psiquiatra e psicólogo é o que ajuda a fortalecer o paciente a ficar fazendo tratamento, senão, ele pára".* (Paciente 5 Aderente)

> *"É o conjunto. Se a família se unir com o psicólogo, com o médico, não para sufocar o paciente, ele deve ser induzido a fazer o tratamento e não forçado, fazer entender que é importante para ele".* (Paciente 6 Não Aderente)

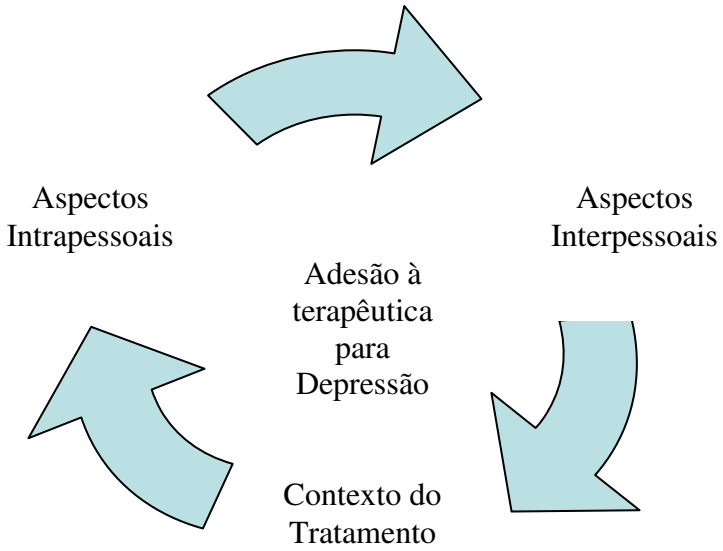
Em consideração à idéia da importância da atuação conjunta entre profissionais, Lotufo Neto (2004) considerando que a regra seria a não cooperação do paciente, advertiu que a adesão ao tratamento farmacológico devia ser trabalhada em terapia. De forma que, os dados deste estudo corroboraram dados da literatura ao compreenderem a importância da atuação da psicoterapia como uma intervenção capaz de colaborar com a adesão do paciente deprimido ao tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em se tratando de transtornos depressivos, o tratamento medicamentoso já foi consagrado como possuindo notória função no manejo e cura desta doença, que tem sido considerada como uma condição médica comum, crônica e recorrente, com elevados níveis de incapacitação, altos custos sociais e riscos de suicídio. Entretanto, em detrimento de sua função salutar, a falta de adesão à terapêutica antidepressiva pode ser considerada como importante entrave ao controle da doença, e por isso tem merecido atenção de pesquisadores, especialmente a nível internacional, no sentido de mapear e compreender este processo.

Aliando duas grandes questões de saúde pública – a doença depressiva e a adesão à terapêutica - este estudo visou compreender aspectos envolvidos na adesão e não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão, na perspectiva de usuários e ex-usuários de um serviço público de saúde mental, temática esta, ainda pouco explorada no contexto nacional.

Os resultados indicaram a existência três grandes perspectivas co-relacionadas à adesão e à não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão **"Aspectos Intrapessoais", "Aspectos Interpessoais" e "Aspectos relativos ao Contexto do Tratamento".** Tais aspectos puderam ser identificados nos discursos de todos os participantes do estudo, variando apenas a freqüência com que cada categoria específica contribuía para a formação da perspectiva em questão e, conforme sugeriram os dados, estes três pilares básicos poderiam sustentar o entendimento da adesão e da não adesão ao tratamento medicamentoso em paciente com depressão. O seguinte modelo pode auxiliar esta compreensão:



Dentre os **"Aspectos Intrapessoais"** figuraram fatores como a motivação do paciente para a realização do tratamento/cura, o reconhecimento da depressão como doença, a interpretação pessoal em relação aos resultados do tratamento, e a sintomatologia da doença. A motivação do paciente para a realização do tratamento e/ou pela melhora se patenteou como fator mais frequentemente destacado pelos participantes "aderentes" e "não aderentes" em relação à condições que percebiam como potenciais facilitadoras da adesão ao tratamento, o que, denominou importância a esta variável nos estudos de adesão a tratamentos para depressão, doença na qual, a energia do paciente, está, na maioria das vezes, afetada negativamente.

Complementarmente, ter uma expectativa positiva de que se irá auferir benefícios em se realizando o tratamento psiquiátrico para depressão e perceber no decorrer deste tratamento resultados que confirmem essa expectativa inicial também foi compreendido, tanto por "aderentes" como por "não aderentes" como fator que contribuiria para que a adesão ao tratamento se efetivasse. No primeiro momento as expectativas positivas parecem funcionar como um estímulo à busca do tratamento, já no decorrer do mesmo, estas expectativas podem ser alimentadas mediante a percepção de melhoras no quadro clínico, que estimulam na continuação do tratamento. Assim, considera-se que tanto as crenças anteriores ao tratamento quanto a efetividade percebida no mesmo podem interferir na adesão ao tratamento para depressão. Ainda considerando o envolvimento de aspectos relativos ao próprio paciente, observou-se que o reconhecimento desta condição como uma doença e não como um fato de qualquer outra natureza ("frescura", "loucura", "falta de serviço") poderia, agindo conjuntamente a outros fatores, facilitar a adesão do paciente com depressão ao tratamento para esta patologia.

Assim, avalia-se que os **"Aspectos Intrapessoais"** representados pelo reconhecimento da depressão como uma doença, pela motivação que o paciente tenha para a realização do tratamento e esforço em busca de condições que lhe possam facilitar a qualidade de vida, juntamente à crença pessoal de que este tratamento possa reverter seu quadro sintomatológico e a "comprovação" de benefícios, interfere positivamente na sua adesão ao tratamento.

Por outro lado, os **"Aspectos Intrapessoais"** também podem ser responsáveis por afastar ou impedir que o paciente depressivo observe o tratamento prescrito. O não reconhecimento da depressão como uma doença, a ausência de motivação por parte do paciente em relação ao seu tratamento ou em relação à melhora, a interpretação negativa em relação aos resultados do tratamento e a própria sintomatologia da doença compuseram este aspecto ligando-o a condição prejudicial à adesão ao tratamento, nos dois grupos.

No grupo de “aderente ao tratamento” as condições relacionadas aos resultados do tratamento foram mais frequentemente enfatizadas como fatores prejudiciais à adesão, dentre estas condições o tempo despendido entre o início do tratamento e a avaliação de efeitos positivos da medicação sobre o quadro clínico do paciente e a presença de efeitos colaterais associados à medicação estiveram associadas à não adesão, quando um tratamento houvesse iniciado. Expectativas negativas frente aos possíveis resultados e efetividade do tratamento também compuseram este fator, de forma que a desconfiança em relação à medicação e a descrença quanto à possibilidade de cura foram relatadas como possuindo influência no comportamento de não adesão. Para o grupo de “não aderentes”, sobressaiu-se dentro deste aspecto a importância da falta de motivação do paciente e o não reconhecimento de depressão como uma doença como interferente na adesão do paciente ao tratamento.

Infere-se que a diferente ênfase dada nos dois grupos possa se relacionar a experiência diferenciada em relação ao tratamento dos mesmos. Possivelmente, os pacientes aderentes ao tratamento tenham uma possibilidade maior de avaliar questões relativas à medicação, ao tempo necessário para que ela faça efeito, e aos efeitos negativos, por terem de alguma forma, enfrentado isso em seu tratamento. Já os “não aderentes” poderiam estar se referindo a seu comportamento anterior (abandono) relacionando-o a falta de desejo por realizar o tratamento e à percepção “distorcida” que poderiam ter a respeito desta condição de doença.

Em concomitância aos Aspectos Intrapessoais envolvidos na adesão e não adesão ao tratamento para depressão figuram os **“Aspectos Interpessoais”** como interferente nestes comportamentos. Em referência à participação dos aspectos intrapessoais na adesão e na não-adesão à terapêutica antidepressiva, destacou-se a importância da afetividade nas relações vivenciadas pelo paciente, seja na instituição dispensadora de cuidados em saúde mental, em seu ambiente familiar, e com sua rede social próxima.

Para auxiliar o paciente a aderir ao tratamento medicamentoso para depressão, segundo a percepção dos participantes, à equipe de saúde caberia receber o paciente com simpatia, cordialidade e presteza. Além de promover atendimento pautado por uma atitude de escuta atenta, que valorize e motive o paciente a se colocar enquanto ser pensante e responsável por informações fundamentais ao progresso de seu tratamento. A partir desta escuta, os profissionais prestariam esclarecimentos e informações apropriadas à necessidade do paciente em linguagem clara e cordial, favorecendo a adesão através da compreensão possibilitada ao indivíduo a respeito de sua condição de saúde, da prescrição realizada e dos benefícios que ela possa trazer. Neste sentido, a relação médico-paciente se patenteou como de grande seriedade na avaliação da adesão ao tratamento, conjuntamente a uma também

amistosa relação entre o paciente e a equipe como um todo, o que agiria facilitando a adesão do paciente depressivo ao tratamento.

Relativo aos Aspectos Intrapessoais também se consagrou, neste estudo, importância às relações familiares. Uma atitude facilitadora da adesão ao tratamento por parte da família, consistiria em dispensar apoio ao paciente, respeitando e valorizando a sua pessoa no ambiente familiar, reconhecendo-o como necessitado de cuidados médicos, estimulando a busca por este cuidado, alimentando seu desejo por melhora e sua expectativa em relação aos benefícios angariados através do tratamento.

Em contraponto, as relações interpessoais vivenciadas pelos pacientes podem também se constituir em entraves para o inicio ou continuidade de um tratamento para depressão. Assim, a vivência ou interpretação negativa do paciente a respeito das relações estabelecidas com a equipe de saúde mental, que não satisfazem suas expectativas em relação qualidade do serviço que desejaria encontrar e não cumprem com as características indispensáveis ao estabelecimento de uma relação de respeito e simpatia, propiciam a não adesão ao tratamento. Assim, a avaliação negativa do atendimento prestado, consubstanciada pelo tratamento pouco cortês que recebam de algum profissional do CSM, pela falta de atenção com o paciente, pela carência de afetividade nestas relações e pelo não fornecimento de orientações requeridas funcionam como condições propiciadoras da não adesão.

Quanto às relações familiares e a participação desta no tratamento do paciente, avalia-se que, se são percebidas como insatisfatórias ou negativas, pautadas no descrédito em relação à doença depressiva, ao doente ou ao tratamento necessário, ou mesmo no distanciamento e desinteresse sobre a necessidades do paciente e de seu tratamento, tem-se favorecido a não adesão ao tratamento medicamentoso.

O preconceito social também se configurou entre os aspectos relativos às relações interpessoais como interferente na adesão ao tratamento. Este preconceito pode se dar em relação à doença depressiva, aos usuários de um serviço de saúde mental e à função do tratamento psiquiátrico, e pode ser vivenciado pelo paciente como uma forte barreira ao desenvolvimento de um tratamento desta natureza.

No terceiro pilar co-relacionado à adesão e não adesão de pacientes deprimidos ao tratamento, os resultados apontaram para a importância de fatores ligados à instituição de saúde, neste estudo designado como **"Aspectos relacionados ao contexto do tratamento",** que respondem pelas condições básicas a serem respeitadas para que se possa avaliar a adesão ao tratamento. Para facilitar a adesão da população que atende caberia à instituição prover e/ou garantir que seu usuário possa usufruir dos serviços que dispensa, bem como, assisti-lo

na obtenção da medicação e demais necessidades do tratamento, além de lhe assegurar acesso de forma desburocratizada e eficiente e estimular ações que contribuam para que os indivíduos envolvidos no tratamento possam caminhar em direção à melhor qualidade de vida. O não atendimento destas condições pode colocar o paciente à margem de sua possibilidade de se tratar.

Considerando os três grandes aspectos interrelacionados à adesão do paciente com depressão ao seu tratamento reflete-se que a promoção da adesão ao tratamento mental para usuários de um serviço público com este diagnóstico deve se principiar pelo reconhecimento da importância do provimento de condições básicas essenciais para efetivação de um tratamento, que poderíamos denominar "acessibilidade" ao tratamento. A "acessibilidade" se configura na prestação de um atendimento que comporte e considere a necessidade do paciente, primando pela facilitação na marcação de consultas, aquisição de medicamentos e exames complementares e no acesso ao local de atendimento, além da disponibilidade de profissional em quantidade que atenda a demanda do serviço.

Tendo observado as condições práticas de acesso ao tratamento, e assegurando-se de que estas se dêem e que ainda assim ocorra a não adesão ao tratamento, pode-se passar à consideração de que outros fatores interfiram neste comportamento. Sob a perspectiva dos participantes deste estudo, estes outros fatores estariam associados às percepções e compreensões que o paciente faz de si mesmo, de sua doença e de seu tratamento, e também das relações que ele estabelece com seu meio e de como este meio se comporta em relação ao paciente.

Tendo em conta a perspectiva dos aspectos intra e interpessoais envolvidos no comportamento de adesão/não adesão, reflete-se que seja imperiosa a necessidade de proporcionar meios que possam modificar esta estrutura, ampliando e melhorando o reconhecimento que os pacientes façam da doença depressiva, do tratamento para esta doença e dos resultados que possam ser alcançados mediante a efetivação do tratamento, e também considerando a influência recebida de seu meio. Assim, infere-se que o uso de estratégias educativas, direcionadas a usuários de serviços de saúde mental, bem como à comunidade em geral, poderia se constituir em agente valioso para consecução de auto-avaliações mais coerentes do estado de saúde mental e necessidade de tratamento, na desmistificação da loucura.

Com o paciente, estas estratégias poderiam se pautar no provimento de informações a respeito da doença depressiva seu prognóstico e tratamento, mas, especialmente, investir no

manejo do vínculo do paciente com ele mesmo, com a sua saúde, com o tratamento e com a instituição de saúde, através da valorização e respeito com o paciente.

Com a família dos pacientes estas estratégias poderiam se configurar pela busca de sua participação no tratamento de seu familiar, bem como, esclarecimento e orientações, prestadas ao grupo familiar, a respeito da doença depressiva, prognóstico e tratamento. Transcendendo à questão puramente "educativa" faz-se mister atentar à necessidade de acolhimento às dúvidas e angústias suscitadas na convivência com o paciente depressivo, e fornecimento de respaldo para que possam assumir uma atitude colaborativa à adesão do paciente ao tratamento medicamentoso. Segundo os resultados desta pesquisa uma atitude de aceitação, compreensão e estímulo à continuidade do tratamento por parte de familiares, podem ensejar ou fortalecer boas expectativas no paciente em relação ao seu tratamento, aumentar seu sentimento de valor pessoal e assim fortalecê-lo para que não desista do tratamento.

Em relação à comunidade em geral, fica patente a necessidade do vislumbre de estratégias que objetivem diminuir o preconceito em relação à doença mental, ao tratamento e ao papel do médico psiquiatra, que ainda se configuram em problema que os pacientes e, possivelmente, os familiares esbarrem para a busca e continuidade de um tratamento em unidade de saúde mental. É preciso educar para a saúde, e neste âmbito, pode-se considerar que o tratamento comece com a quebra do preconceito, uma condição retrógrada e ainda presente na sociedade, que tem prejudicado o estabelecimento de uma condição de vida com mais saúde e qualidade. Entende-se como valorosa a reflexão e proposição de formas que aproximem a comunidade de uma visão mais adequada e real a respeito das doenças mentais e dos tratamentos disponíveis. Entende-se ainda, que a proposição de estratégias dessa natureza, em observância aos interesses e necessidades da saúde pública, poderiam auxiliar na busca por ajuda especializada mais precocemente e ainda sensibilizar e fortalecer aqueles que já iniciaram algum tratamento a permanecer no mesmo até que se consume a alta profissional.

Observa-se que, a despeito de sua complexidade a adesão ao tratamento se constitui sempre em importante área de investigação que pode trazer benefícios no âmbito clínico, científico e social, ao considerar-se que, em detrimento da condição patológica a ser tratada, a adesão ao tratamento pode ser considerada como condição importante para o restabelecimento, manejo ou cura definitiva de doenças.

Faz-se importante observar que, detectar fatores que influenciam positivamente e negativamente o processo de adesão é de fundamental importância para a prática clínica dos profissionais em saúde mental, bem como, para incremento científico em relação a esta temática no contexto nacional, ainda carente neste sentido. Pensamos que o olhar do

psicólogo sobre a adesão do paciente depressivo ao tratamento medicamentoso pôde proporcionar reflexões iniciais e valiosas que podem trazer implicações diretas para o trabalho deste profissional em equipe multidisciplinar.

A princípio, registra-se que os dados deste estudo sugerem e delineiam aspectos para se trabalhar em grupos de sala de espera, os quais suscitaram as questões iniciais que originaram o problema desta pesquisa. A partir do trabalho destes aspectos nos GSEs, pode-se partir para a avaliação de sua inserção enquanto mediador de adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão e/ou outros transtornos mentais.

Adicionalmente, estes dados podem dar ensejo à qualificação dos profissionais que prestam serviço no CSM com vistas a trabalharem de forma a facilitar a adesão do paciente ao tratamento. Num ângulo mais ampliado, os resultados deste estudo podem subsidiar programas de formação, treinamento e capacitação de equipes de saúde mental para o manejo de pacientes com transtorno depressivo, com vistas a oferecer uma melhor qualidade de atendimento e a incrementar a possibilidade de adesão ao tratamento. Além de fomentar a discussão de que os cursos de formação médica necessitam aprofundar a reflexão sobre a importância de formar profissionais atentos para a importância que a relação médico-paciente assume no tratamento do paciente (especialmente do portador de transtorno mental) e preparados para esse manejo.

Desta forma, privilegiando a perspectiva de usuários e ex-usuários de um serviço público de saúde mental, este estudo demonstrou que o fenômeno da adesão à terapêutica antidepressiva comporta uma variedade de fatores que interrelacionados entre si podem conduzir a uma melhor ou pior observância das orientações recebidas em relação ao uso do medicamento antidepressivo.

Entretanto, a amostra composta por participantes advindos de um único centro de saúde mental limita a interpretação de resultados à própria amostra. Assim, sugere-se o desenvolvimento de pesquisas englobando um maior número de sujeitos representantes de outros contextos de atendimento psiquiátrico na cidade, para que se possa avaliar como se comportam os antecedentes clínicos, bem como, variáveis sociodemográficas no comportamento de adesão e de não adesão. Estas pesquisas podem ainda, correlacionar variáveis envolvidas neste comportamento, gerar novas hipóteses de estudo, e se direcionar para a construção e validação de instrumentos que indiquem a probabilidade do paciente aderir ou não ao tratamento e assim, orientar o desenvolvimento de estratégias de intervenção que promovam a esperada adesão do paciente deprimido ao tratamento psiquiátrico. Estudos

que avaliem o uso de estratégias específicas na adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes depressivos também são necessários.

6 REFERÊNCIAS

ADAMS, J.; SCOTT, J. Predicting medication adherence in severe mental disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica,** Copenhagen, v.101, n.2, p. 119-124, Feb. 2000.

ALMEIDA-FILHO, J.; MARI, J. J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J. F.; FERNANDES, F.; ANDREOLI, S. B.; BUSNELLO, E. A. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. **British Journal of Psychiatry,** London, v. 171, p. 524-529, 1997

ANDRADE, L.H.S.G.; LÓLIO, C.A.; GENTIL, V.; LAURENTI, R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica,** São Paulo, n.26, p. 257 – 261. 1999.

BAHLS, S. C. Uma visão geral sobre a doença depressiva. **Interação,** Curitiba. v. 4, p. 61-73, jan./dez., 2000.

BALON, R. Managing compliance. **Psychiatric Times,** Minneapolis, v. 19, n. 5, May, 2002. Disponível em: http://www.psychiatrictimes.com/p020543.html . Acesso em: 25 jan 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Martins Fontes, 1977. 226p.

BACKWELL, B. Treatment adherence. **Britsh Journal of Psychiatry,** London, v. 129, p. 413-531, 1976

BOECHAT-BARROS, R; BRASIL-NETO, J. P. Estimulação magnética transcraniana na depressão: resultados obtidos com duas aplicações semanais. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v.26, n.2, p. 100-102, jun. 2004.

BULTMAN, D.C.; SVARSTAD, B. L. Effects of phisician communication style on client medcatin beliefs and adherence with antidepressant treatment. **Patient Education and Counseling,** Limerick, n. 40, p. 173-185, 2000.

BUSNELLO, R. G.; MELCHIOR, R.; FACCIN, C.; VETTORI, D.; PETTER, J.; MOREIRA, L. B.; FUCHS, F. D. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia,** São Paulo, v. 76, n. 5, p. 349-351, 2001.

CAMPOS, W. B. Manejo da depressão no idoso. In: HORIMOTO. F. C.; AYACHE, D. C. G.; SOUZA, J. A. **Depressão:** diagnóstico e tratamento pelo clínico. São Paulo: Roca, 2005. cap.8, p. 109-116.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul./set. 1999.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A. Relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.139-146, 2004.

CASSANO, P.; FAVA M. Depression and public health: an overview. **Journal of Psychosomatic Research,** Oxford, v.53, p. 849-857, 2002.

CEZAR,C.; FERRAZ, M. L. G. Depressão no estado de portador de vírus da hepatite C/ Identification and measuring of depression in the diagnosis of hepatitis C on the carrier. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica médica**, São Paulo, v. 2, n.5, p. 121-128, set./dez.2004.

COLOM, F.; VIETA, E. Non-adherence in psychiatric disorders: misbehavior or clinical feature? **Acta Psychiatrica Scandinavica,** Copenhagen, n.105, p. 161-163, 2002.

COSTA, J. S. D.; GONCALVES, H.; MENEZES, A M. B.; DEVENS, E.; PIVA, M.; VAZ, M. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento**. Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 409-415, abr./jun. 1998.

CRAMER, J. A. Enhancing patient compliance in the elderly: packaging aids and monitoring. **Drugs Aging,** Auckland, v. 12, p. 7-15, 1998. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=%209467683&dopt=Abstract>. Acesso em: 25 jul. 2005.

CRAMER, J. A.B.S.; ROSENHECK, R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. **Psychiatric Service,** Washington, v. 49, p. 196-201, Feb, 1998. Disponível em: <http://www.psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/49/2/196>. Acesso em: 25 jul. 2005.

CRAMER, J. A.; SCHEYER, R. D.; MATTSON, R. H. Compliance declines between clinic visits**. Archives of Internal Medicine**, Chicago, v.150, n. 7, p. 1509-1510, July, 1990.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 271p.

D'AMORIM, M. A. M. Teoria da ação racional. In: DELA COLETA, M. F. (Org). **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde:** teorias estudos e instrumentos.Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004. cap.2, p. 63-84.

DELA COLETA, M. F. Modelo de crenças em saúde. In: _____ **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde:** teorias estudos e instrumentos.Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004. cap.1, p. 27-61.

DELA COLETA, M. F. Lócus de controle e saúde. In: _____ . **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde:** teorias estudos e instrumentos.Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004. cap.6, p.199-238.

DELGADO, P. L. Approaches to the enhancement of patient adherence to antidepressant medication treatment. **The Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 61, p. 6-9, 2000. Supplement 2. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10714617&dopt=Citation>. Acesso em: 25 jul. 2005.

DEL PORTO, J. A. Conceitos de depressão e seus limites. In: LAFER, B.; ALMEIDA, O P.; FRÁGUAS JÚNIOR, E. C. M. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, cap. 1, p. 20-28.

DEMYTTENAERE, K. Compliance during treatment with antidepressants. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, n.43, p. 27-39, 1997.

_____ . Compliance and acceptance in antidepressant treatment. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice,** London, v. 5, p. 29-35, jun, 2001. Supplement 1.

_____. Risck factors and predictors of compliance in depression. **Europian Neuropsychopharmacology,** Utrech, v.13, p. 69- 75, 2003. Supplement 3.

DEMYTTENAERE, K; HADDAD, P. Compliance with antidepressant therapy and antidepressant discontinuation symptoms. **Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum,** Copenhagen, v. 403, p. 50-56, 2000.

DiMATTEO, M. R.; LEPPER, H. S.; CROGHAN, T. W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. **Achives of Internal Medicine,** Chicago, v.160, p. 2101-2107, 2000.

DiMATTEO, M. R; SHERBOUNE, C. D.; HAYS, R. D.; ORDWAY, L.; KRAVITZ, R. L.; McGLYNN, E. A.; KAPLAN, S; ROGERS, W. H. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the medical outcomes study. **Health Psychology**, v. 12, n. 2, p. 93-102, Mar. 1993. Disponível em: http://gateway.uk.ovid.com/gw2/ovidweb.cgi. Acesso em: 13 fev. 2005.

DOWEL, J.; HUDSON, R. A qualitative study of medication-taking behavior in primary care. **Family Practice,** Oxford, v. 14, p. 369-375, 1997.

DUARTE, M. T. C. **Estudo dos motivos do abandono do tratamento da hipertensão arterial**: relatos de usuários do CSE – Botucatu, 1995/ 1999. 2001. 174 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2001.

DSM – IV – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes médicas, 1995, 830p.

DUAILIBI, K.; SANTOS, M. E. S. B. Custos psicossociais da depressão. In: _____ . **Depressão:** diagnóstico e tratamento pelo clínico. São Paulo: Roca, 2005. cap. 10, p. 151-157.

DUNBAR-JACOB, J. Contributions to patient adherence: is it time to share the blame? **Health Psychology,** Hillsdale, v. 12, n.2, p. 91-92, Marc, 1993.

FAWCET, J. Compliance: definitions and key issues. **Journal Clinical Psychiatry,** Memphis, v. 56, p. 4-8, 1995. supplement1. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=7836349&dopt=Citation>. Acesso em: 25 jul. 2005.

FIGUEIREDO, R. M.; SINKOC, V. M.; TOMAZIM, C. C.; GALLANI, M. C. B.; CAVINATTO, S. M.; ASSUMPÇÃO, I. S. A; COLOMBRINI, M. R. C. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola**. Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.4, p. 50-55, 2001**.**

FLECK, M.P.A.; BENY, L.; SOUGEY, E. B.; DEL PORTO, J. A.; BRASIL, M.A.; JURUENA, M.F. Diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v.25, n. 2, p. 114-122, jun., 2003.

FRANK, E.; KUPFER, D. J.; SIEGEL, L. R. Alliance not compliance: a philosophy of outpatient care. **Journal Clinical Psychiatry,** Memphis, v. 56, p. 11-16, 1995. supplement 1. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=7836346&dopt=Citation>. Acesso em 25 jul. 2005.

FREGNIL, F.; PASCUAL-LEONI, A. Estimulação magnética transcraniana: uma nova ferramenta para o tratamento da depressão? **Revista de Psiquiatria Clínica,** São Paulo, v**.** 28, n.5, p. 253-265, 2001.

GEORGE, C. F.; PEVELER, R. C.; HEILIGER, S.; THOMPSON, C. Compliance with tricyclic antidepressants: the value of four different methods of assessment. **Britsh Journal Clinical Pharmacological,** London, n.50, p. 166-171, 2000. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/cgibin/abstract/97515326/ABSTRACT?CRETRY=1&SRETRY=0>. Acesso em 25 jul. 2005.

GERSON, S.; BELIN, T. R.; KAUFMAN, A.; MINTZ, J.; JARYIC, L. Pharmacological and psychological treatments for depressed older patients: a meta-analysis and overview of recent findings. **Harvard Review of Psychiatry.** [S. L.], v.7, n.1, May, 1999.

GILL, S. K.; CPFFEY, B. J.; PARK, K. S. Depressão na infância e na adolescência: manifestações clínicas, patogênese e tratamento. In: _____. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, cap. 23, p. 232-245.

GLOAGUEN, V.; COTTRAUX, J.; CUCHERAT, M.; BLACKBURN, I. M. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. **Journal of Affective Disorders,** Amsterdam, v. 49, n. 1, p. 59-72, Apr., 1998.

GONÇALVES, H.; DA COSTA, J. S. D.; MENEZES, A M. B.; KANUTH, D.; LEAL, O. F. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 777-787, out./dez.1999.

GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P.; DESLANDES, S. F.; SOUZA, E, R. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão de seus usuários. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 789-797, out./dez. 1999.

GONZALES, J.; WILLIAMS JUNIOR, J.W.; NOËL, P.H.; LEE, S. Adherence to mental health treatment in primary care clinic. **The Journal of the American Board of Family**

Practice. [S.L.]. v.18, n.2, Mar/Apr 2005. Disponível em http://www.jabfp.org . Acesso em: 12 jan. 2005.

GREEN-HENNESSY, S.; HENNESSY, K.D. Demographic differences in medication use among individuals with self-reported major depression. **Psychiatry Service,** Washington, n.50, p. 257-259, Feb. 1999. Disponível em: <http://www.psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/50/2/257>. Acesso em: 9 maio 2004.

GUINELLI, A.; AISAWA, R. K.; KONNO, S. N.; MORINAGA, C. V.; COSTARDI, W. L.; ANTONIO, R. O.; DUMARCO, R. B.; MOINO, R. M.; KATS, M.; GIAVAROTTI, S.; SKARDNIK, A P. Z.; FORCIONE, C. S.; CHIBA, T.; MARTINS, M. A. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.50, n. 1, p. 41- 47 , 2004.

HEXSEL, A. M. **Resposta antidepressiva aguda ao metilfenidato na depressão maior:** ensaio clínico randomizado duplo-cego. 2004. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

HORIMOTO, C. H., AYACHE, D. C. G.; SOUZA, J. A. Depressão: diagnòstico e tratamento pelo clìnico. São Paulo: Roca, 2005, 216 p.

HORIMOTO, C. H.; FONTÃO, M. F.; PINTO, M. A. Uso de antidepressivo pelo clínico. In: _____ . **Depressão:** diagnóstico e tratamento pelo clínico. São Paulo: Roca, 2005. cap. 9, p.117-150.

INSTITUTO NACIONAL DA FARMÁCIA E DO MEDICAMENTO. **Evolução do consumo de antidepressivos em Portugal Continental de 1995 a 2001**: impacto das medidas reguladoras. Observatório do Medicamento e dos Produtos da Saúde. Lisboa, 2002.

JOCA, S. R. L.; PADOVAN, C. M.; GUIMARÃES, F. S.; Estresse, depressão e hipocampo. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v.25, p. 46-51, 2003, suplemento 2.

JORDAN, M., S.; LOPES, J. F.; OKAZAKI, E.; KOMATSU, C. L.; NEMES, M. I. B. Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: revisão da literatura médica.In: TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMA, E.(Org). **Tá difícil de engolir?** Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Núcleo de Estudos para Prevenção de AIDS, 2000.

KAPLAN H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria.** Porto Alegre: Artmed, 1997.

KATON, W. J. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. **Biological Psychiatry,** New York, v. 54, n. 3, p. 216-226, Aug., 2003.

KATON, W.; ROBINSON, P.; VON KORFF, M.; LIN, E.; BUSH, T.; LUDMAN, E.; SIMON, G.; WALKER, E.A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. **The Annals of Pharmacotherapy,** Cincinnati, v. 39, n. 3. p. 508-515, 2005. Disponível em: < www.theannals.com> . Acesso em: 18 jan. 2005.

KECK, P.; McELROY, S.; STRAKOWSKI, S.; WEST, S.; STANTON, S. P.; KIZER, D. L.; BALISTRERI, T.M.; BENNET, J. A. TUGRUL, K. C. Factors associated with pharmacological non-compliance in patients with mania. **Journal of Clinical Psychiatry.** Menphis, v. 57, n. 7, p. 292-297, July, 1996.

KELLER, M. B.; HIRSCHFELD, R. M. A.; DEMYTTENAERE, K.; BALDWIM, D. S. Optimizing outcomes in depression: focus on antidepressant compliance. **International Clinical Psychopharmacology.** [S.L.] v. 17, n. 6, p. 265-271, Nov. 2002.

KOSEKI, N. M. **Fatores associados à não adesão ao tratamento de mulheres com câncer ginecológico ou mamário**. 1997. 84 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas,1997.

KROENKE, K.; WEST, S. L.; SWINDLE, R.; GILSENAN. A.; ECKERTY, G. J.; DOLOR, R.; STARG P.; ZHOU, X. H.; HAYS, R.; WEINBERGER, M. Similar effectiveness of paroxetine, fluoxetine and sertraline on primary care: a randomized trial. **Journal American Medicine Association**, Chicago, v. 286, p. 2947-2955, 2001.

KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. M. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria,** São Paulo, v. 61, n.2, p. 416-425, jun. 2003.

LAFER, B.; VALLADA FILHO, H. P. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v. 21, p. 12-17, maio,1999. Supl.1.

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

LEMME, A. C.; NORONHA, G.; RESENDE, J. B. User satisfaction at a university hospital. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v.25, n. 1, p. 41-46, fev. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em 12 jan. 2005.

LESSA I; FONSECA M. J. Adesão de hipertensos ao tratamento e/ou consulta. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia,** São Paulo, v. 68, p. 443-449, 1997.

LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v.21, p. 1-5, maio, 1999.

LIMA, I. V. M.; SAMAIA, H. B.; VALLADA FILHO, H. P. Genética. In: _____ . **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, cap. 5, p. 56-65.

LIMA, I. V. M.; SOUGEY, E. V.; VALLADA FILHO, H. P. Farmacogenética do tratamento da depressão: busca de marcadores moleculares de boa resposta aos antidepressivos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 40-43, 2004.

LIN, E. H.; VON KORFF, M.; KATON, W.; BUSCH; T.; SIMON, G. E.; WALKER, E.; ROBINSON P. The role of the primary care physician in patients´ adherence to antidepressant therapy. **Medical Care**, Philadelphia, v. 33, n. 1, p. 67-74, 1995. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=7823648&dopt=Abstract>. Acesso em: 20 dez. 2004.

LINDEN, M.; GOTHE, H.; DITTMANN, R. W.; SCHAAF, B. Early termination of antidepressant drug treatment. **Journal of Clinical Psychopharmacology,** Baltimore, v.20, n. 5, p. 523-530. Oct. 2000.

LINGAM, R.; SCOTT, J. Treatment non-adherence in affective disorders. **Acta psychiatrica Scandinavica.** Copenhagen, v. 105, n.3, p. 164-172, Mar. 2002.

LOTUFO NETO, F. L. Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtornos bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, p. 44-46, out, 2004. Suplemento 3.

MACHADO, S.C.E.P. **Depressão em hospitais gerais:** avaliação do desempenho de escalas de rastreamento e desenvolvimento de instrumento para uso na rotina assistencial. 2003, 131 f.. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

MAIDMENT, R.; LIVINGSTON, G.; KATONA, C. Just Keep taking the tablets: adherence to antidepressant treatment in older people in primary care. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 17, p. 752-757, 2002. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/97515326/ABSTRACT>. Acesso 04 ago. 2004.

MALERBI, F. K.; SAVOIA, M. G.; BERNICK, M. A. Aderência ao tratamento em fóbicos sociais: um estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva,** São Paulo, v. 2, n.2, p.147-155, 2000.

MANBER, R.; CHAMBERS, AS.; HITT,S.K.; McGSHUENY, C.; DELGADO, P.; ALLEN,J.J.B. Patients' perception of their depressive illness. **Journal of Psychiatric Research,** Oxford, n.37, p. 335-343, 2003.

MARQUES, M. A. S. **Depressão na interação familiar:** um estudo qualitativo da depressão na interação familiar.2000. 120 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de mestrado em psicologia: Saúde Mental e Sociedade, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2000.

MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J. O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 675-681, set./out. 2002

MELEIRO, A M. A S. Etiopatogenia da depressão. In: _____ . Depressão: diagnóstico e tratamento pelo clínico. São Paulo: Roca, cap.2, p. 13-29.

MILSTEIN-MOSCATI, I.; PERSANO, S.; CASTRO, L. L. C. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. In: CASTRO, L. L. C. (Org). **Fundamentos de Farmacoepidemiologia.** São Paulo: AG, 2000. cap.7, p.170-180.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1993, 269 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96.

MORENO, R. A. Os transtornos do humor. **Jornal da USP**, São Paulo, p. 1-1, 21 nov. 1999.

MORENO, A. R.; MORENO, D. H. Prática psiquiátrica em consultório. In **Psiquiatria e Saúde Mental**. **Revista USP**, São Paulo, n. 43, p. 43-53, 1999.

MORENO, D. H. Adesão ao tratamento antidepressivo. In: MORENO, D. H. et al. **Recuperação em Depressão**. São Paulo: livre, 2003.

MOURA, E. R. F.; LEITÃO, G. C. M. Importância do marco referencial e dos conceitos para um projeto de qualidade em saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v.2, n.2, jul./dez. 2000. Disponível: http://www.fen.ufg.br/revista/revista.html Acesso em: 28 dez 2005.

MUNDT, J. C.; CLARKE, G. N.; BURROUGHS D.; BRENNEMAN, C. O.; GRIEST, J. H. Effectiveness of antidepressant pharmacotherapy: the impact of medication compliance and patient education. **Depression and Anxiety,** New York, v. 13, n. 1, p. 1-10, 2001. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&list_uids=11233454&dopt=Citation>. Acesso em 12 mar 2004.

MYNORS-WALLIS, L.M.; GATH, D. H.; DAY, A.; BACKER, F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. **Britsh Medical Journal,** Edinburgh, n.320, p. 26-30, Jan. 2000. Disponível em: <http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/320/7226/26>. Acesso 22 set. 2004.

NEMEROFF, C. B. Improving antidepressant adherence. **Journal of Clinical Psychiatry,** Memphis, v.64, p. 25-30, 2003. Supplement 18.

NEMES, M. I. B. **Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos de saúde no estado de São Paulo**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS / Ministério da Saúde, 2000.

NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento:** o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. 117 p.

NUNES, S. O. V. As depressões maiores: características clínicas e terapêuticas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** São Paulo, v.39, n.6, p. 293 –296, 1990.

OLIVEIRA, J. M.; BEZERRA, D. B. ; FERNANDES, F. N.; MOTTA, G.L.C.L. Adesão ao tratamento e hospitalizações entre pacientes que realizam aplicações de Flufenazina depót. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,** Porto Alegre, v. 25, n. 2, p.312-317, ago. 2003.

OLIVEIRA, M. S. Entrevista motivacional. In: CUNHA, J. A. et al. **Psicodiagnóstico V.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.88-104.

OLIVEIRA, Z. V.; GOMES, H. B. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 3, p. 459-469, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Trad: Dorival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____ . **Relatório Mundial da saúde:** saúde mental nova concepção, nova esperança. Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http.//www.who.int/whr/. Acesso em: 10 jan. 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Saúde mental**: 128ª sessão do comitê executivo. Washington, p. 3-13, Jun, 2001. Disponível em: http:// www.paho.org/portuguese/gov/ce/ce . Acesso em: 12 ago 2004.

PAYKEL, E., S. Psychoterapy, medication combinations, and compliance.**The Journal of Clinical Psychiatry,** Memphis, v. 56, p. 24-30, 1995. Supplement 1. Disponívem em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list >. Acesso em: 10 mar 2005.

PAMPALLONA, S.; BOLLINI, P.; TIBALDI, G.; KUPELNICK, B.; MUNIZZA, C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 61, n. 7, p. 714-719, July, 2004.

_____ . Patient adherence in the treatment of depresión. **The Britsh Journal of Psychiatry.** Stanford, v.180, p.104 –109, Feb. 2002. Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/180/2/104>. Acesso 08 jan. 2005.

PEREIRA, C. Abaixo o preconceito. **Isto é**, p. 50-51, 1998

PERES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v.37, n. 5, p. 635-642, out. 2003.

PEREIRA, M. G. A.; AZEVEDO, E. S. A relação médico-paciente em Rio Branco/ AC sob a ótica dos pacientes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 3, p.153-157, mai./jun. 2005.

PINOTTI, J. A. Farmácia (im)popular. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 06/09/2004. Disponívelem:http://www.unicamp.br/unicamp/canal_aberto/clipping/setembro2004/clipping040906_folha.html. Acesso em: 13 mar. 2005

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

RIBEIRO, S. A., AMADO, V. M.; CAMELIER, A. A. FERNANDES, M. M. A.; SCHENKMEN, S. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose**. Jornal Pneumologia**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 291-296, nov./dez. 2000.

RICCO, R. C,; MIYAZACKI, M. C. O. S.; SILVA, R. C. M. A.; GÓNGORA, D. V. N.; PEROZIM, L. M. CORDEIRO, J. A. Depressão em pacientes adultos portadores de doenças crônicas: diabetes *mellitus* e hepatites virais. H.B científica, São José do Rio Preto, v.7, n.3, p. 156-160, set./dez. 2000.

ROBERT, M. A.; HIRSCHFELD, M. D. Clinical importance of long-term antidepressant treatment. **The British Journal of Psychiatry,** Stanford, v. 179, p. 4-8, 2001.

ROBINSON, R. G. Poststroke depresión: prevalence, diagnosis, treatment and disease progresión. **Biology Psychiatry,** Madison, v.54, p. 376-387, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12893112&dopt=Abstract>. Acesso em: 28 ago. 2004.

RODRIGUES, M. J. S. F. O diagnóstico de depressão. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 155-187, set. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br >. Acesso em: 13 ago. 2005.

ROSA, M. A. **Avaliação dos fatores de aderência ao tratamento medicamentoso em pacientes esquizofrênicos**. 1998. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

ROSA, M. A.; MARCOLIN, M. A. Tradução e adaptação da escala de influências medicamentosas (ROMI): um instrumento para avaliar aderência ao tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** São Paulo, v.49, n.10-12, p. 405-412, out. /dez. 2000.

ROSA, M. A. **Estimulação magnética transcraniana de repetição:** comparação da eficácia com a eletroconvulsoterapia. 2003. 230 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ROZENTHAL M.; LAKS, J.; ENGELHARDT, E. Aspectos neuropsicológicos da depressão. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 204-212, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br >. Acesso em: 13 ago. 2005.

SANO, P. Y.; MASOTTI, R. R.; SANTOS, A. A. C. Avaliação do nível de compreensão da prescrição pediátrica**. Jornal Pediatria**, Rio de Janeiro, v.78, n. 2, p.140-145, mar./abr. 2002.

SANTIN, A.; CERESER, K.; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Revista Psiquiatria Clínica,** São Paulo, v. 32, p.105-109, 2005. Suplemento 1

SARMENTO, S. **Adesão ao tratamento de saúde:** tendências e perspectivas na literatura nacional e internacional. 2001. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

SCALCO; M. Z. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v.24, p. 55-63, abr. 2002. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.>. Acesso em: 13 ago. 2005.

SCHOU, M. The combat of non-compliance during prophylactic lithium treatment. **Acta Psychiatica Scandinava,** Copenhage, v. 95, n. 5, p. 361-363, May, 1997.

SILVA, A. G. Adesão ao tratamento da depressão. In: _____ . **Depressão:** diagnóstico e tratamento pelo clínico. São Paulo: Roca, 2005. cap. 14, p. 203-211.

SILVA, A M. M. Teoria da auto-eficácia. In: _____ . **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde:** teorias estudos e instrumentos.Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004. cap. 4, p. 131-168.

SILVA, M. C. F. **Depressão:** pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde. 2001. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface,** Botucatu, v. 9, n. 16, p.91-104. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 20 nov. 2005

SIMON, G. E.; VON KORFF, M. W.; BARLOW. E. H. Patterns of regimen in depressed patients treated with amitriptyline or fluoxetine antidepressamt use in community practice. **General Hospital Psychiatry,** New York, v. 15, p. 399-408, 1993. Disponível em: <http://www.psychiatry.wustl.edu/Resources/LiteratureList/2002/September/simon.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2004.

SIREY, J.; BRUCE, M. L.; ALEXOPOULOS, G. S.; PERLICK, D. A.; RAUE, P.; FRIEDMAN, S. J; MEYERS, B. S. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. **The American Journal of Psychiatry,** Arlington, v.158, n. 3, p. 479-481, Mar. 2001.

SOOD, N.; TREGLIN, M.; OBENCHAIN, R. L.; DULISSE, B.; MELF, C. A.; CROGHAN, T. W. Determinants of antidepressant treatment outcome. **The American Journal of Maneged Care,** Jamesburg, v. 6, n.12, p. 1327-1336, 2000. Disponível em: <www.ajmc.com/files/articlefiles/AJMC2000decSood1327_36.pdf>. Acesso em 15 out. 2005.

SOUZA, F. G. M. Tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 21, p. 18-23, maio, 1999. Suplemento1. Disponível em: <http://www.scielo.br/.>. Acesso em: 18 jan. 2004.

SOUZA, J. A; FONTANA, J. L.; PINTO, M. A. Depressão: uma doença várias apresentações. In: _____ . **Depressão:** diagnóstico e tratamento pelo clínico. São Paulo: Roca, 2005. p. 1-12.

SULLIVAN, M. D.; KATON, W, J.; RUSSO, J. E.; FRANK, E.; BARRET, J. E.; OXMAN, T. E.; WILLIAMS, J. W. Patient beliefs predict response to paroxetine among primary care patients with dysthymia and minor depression, **The Journal of the American Board of Family Practice,** [S.L.], v. 16, n. 1, p. 22-31, Jan./Feb. 2003.

TANAJURA, D.; SANTOS-JESUS, R.; TAVARES-NETO, J.; OLIVEIRA, I. R. Prevalence of depression in different groups of inpatients at the University Hospital of Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v.24, n. 4, p. 182-185, out. 2002.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica,** São Paulo, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

TREVISAN, J. Psicoterapia psicanalítica e depressão de difícil tratamento: à procura de um modelo integrador. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,** Porto alegre, v.26, n.3, p. 319-328, set./dez. 2004.

THOMPSON, C.; PEVELER, D. P.; STEPHENSON, D.; MCKENDRICK, J. Compliance with antidepressant medication in the treatment of major depressive disorder in primary care: a randomized comparison of fluoxetine and a tricyclic antidepressant.**The American Journal of Psychiatry,** Arlington, v. 157, p. 338-343, March, 2000.

TUCCI, A M.; KERR-CORRÊA, F.; DALBEN, I. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distimia e depressão dupla. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** v. 23, n. 2, p.79-87, jun. 2001.

VALENTINI, W.; LEVAV, I.; KOHN, R.; MIRANDA, C. T.; MELLO, A. A. F.; MELLO, M. F.; RAMOS, C. P. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 38, n. 4, p. 522-528, ago. 2004.

VILELA, J. E. M.; COSTA, D. A. Aderência terapêutica. **Informação Psiquiátrica,** Belo Horizonte, v. 10, n.3, p. 78 – 82, jul./set.1991.

VAN SCHAICK, D. J. F.; KLIJN, A F. P.; VAN HOUT, H. P. J.; VAN MARWIJK, H. W. J.; BEEKMAN, A T. F.; HAAN, M.; VAN DICK, R. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. **General Hospital Psychiatry,** New York, v. 26, p. 184-189, 2004.

VON KORFF, M.; KATON, W.; UNÜTZER, J.; WELLS, K.; WAGNER, E. H. Improving depression barriers, solutions, and research needs. **The Journal of Family Practice,** New York, v. 50, n. 6, June, 2001. Disponivel em: http://www.pfponline.com/Pages.asp?AID=2271. Acesso em: 12 ago 2004.

ZAJECKA, J. M. Clinical issues in long-term treatment with antidepressants. **Journal Clinical Psychiatry,** Memphis, v. 61, p. 20-25. 2000. Supllement. 2. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=retrieve&db=pubmed&list_uids=10714620&dopt=citation>. Acesso em: 04 out. 2005.

ZAVASCHI, M. L. S.; SATLER, F.; POESTER, D.; VARGAS, R. P.; RODHE, L. A. P.; EIZIRIK, C. L. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 189-195, out. 2002.

WAMPOLD, B. E.; MINAMI, Takuia; BASKIN, T. W.; TIERNEY, S. C. A meta- (re) analisis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. **Journal of affective disorders,** Amsterdam, v.68, n. 2, p.159-165, Apr. 2002.

7 ANEXOS

ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados sóciodemográficos.

1)idade: 2)sexo: masc fem

3) estado civil:
solteiro casado ou morando junto divorciado viúvo ----------

4) grau de instrução:
1º g incomp 1º g comp 2ºg incomp 2º g comp 3º g incomp 3ºg comp

5) renda familiar (em quantidade de salários mínimos): 1 2 de 3 a 5 acima de 5

6) Mora em casa: própria alugada emprestada .....

7)religião:.....

Dados clínicos

8) diagnóstico feito pelo profissional:

9) Do que você tratou ou trata no Ambulatório de Saúde Mental? Há quanto tempo?

10) Você já fez algum tratamento psiquiátrico anterior a este? Porque você fez?

11) O tratamento deu certo?

12) Você já interrompeu algum tratamento psiquiátrico antes? Se sim por quê?

13) Você entende como deve tomar a medicação quando o médico te explica?

14) Você toma a medicação conforme o médico te orienta?

Adesão ao tratamento

15) O que você acha que ajuda na adesão do paciente psiquiátrico ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde mental?

16) Quais são os principais fatores que facilitam para o paciente seguir ao tratamento proposto?

17) O que você acha que atrapalha a adesão do paciente psiquiátrico ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde mental?

18) Quais são os principais fatores que dificultam ou impedem o paciente de seguir o tratamento mental recomendado?

19) O que poderia facilitar ao paciente de saúde mental seguir as recomendações que lhes são feitas pelos profissionais de saúde mental?

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PESQUISA NA INSTITUIÇÃO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: *Aspectos relacionados à adesão e não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão,* referente à dissertação de mestrado de Marines de Fátima Cunha, do Programa de Pós Graduação em Psicologia Aplicada da Faculdade de Psicologia – UFU.

Neste estudo objetivamos identificar aspectos relacionados à adesão e à não adesão ao tratamento medicamentoso para depressão na perspectiva de usuários e ex-usuário de um serviço de saúde mental público.

Para procedermos a tal estudo necessitamos de sua anuência, esclarecemos que não haverá nenhum tipo de ônus para a instituição e que serão assegurados todos os procedimentos éticos na condução do estudo.

Informamos, ainda, que os pacientes que concordarem em participar da pesquisa assinarão um termo de consentimento, no qual constará o título da pesquisa, seus objetivos e procedimentos, bem como garantia de que os procedimentos desta pesquisa não resultarão em nenhum dano físico ou psicológico ao participante, o sigilo quanto a identidade de todos os participantes, a não implicação de nenhum custo financeiro para o participante, e a liberdade de concordar ou não em participar da pesquisa ou se retirar dela a qualquer momento sem que isso afete seu tratamento, que continuará seguindo o curso normal proposto pelo Ambulatório.

_____

Assinatura da coordenadora da instituição

_____

Assinatura da pesquisadora

ANEXO C

Número de pacientes com diagnóstico de depressão (CID- 10), identificados através da consulta de prontuários realizada para composição da amostra.

Diagnóstico (CID-10)	**Número de homens**	**Número de mulheres**	**Numero total de sujeitos**	**Estão em tratamento**	**Abandonaram o tratamento**	**Alta**
F.32.0	23	79	102	67	33	2
F. 32.1	35	124	159	100	59	0
F. 32.2	25	88	113	75	37	1
F. 32.3	8	20	28	19	9	0
F. 33.0	8	75	83	59	24	0
F. 33.1	31	129	160	116	44	0
F. 33.2	21	123	144	101	43	0
F. 33.3	7	15	22	13	9	0
Comorbidades	31	73	104	81	23	0
Total	189	726	915	631	281	3

ANEXO D

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: "*Aspectos relacionados à adesão e à não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão"* referente à dissertação de mestrado de Marines de Fátima Cunha, do Programa de Pós Graduação em Psicologia Aplicada da Faculdade de Psicologia – UFU.

Neste estudo objetivamos identificar aspectos relacionados à adesão e à não adesão ao tratamento medicamentoso para depressão. Para isso gostaríamos que nos respondesse algumas perguntas a fim de que possamos entender que tipos de pensamentos que os pacientes têm que facilitam e também aqueles que dificultam a adesão ao tratamento psiquiátrico.

Apresentamos abaixo algumas considerações sobre o seu envolvimento nesta pesquisa:

- os procedimentos desta pesquisa não resultarão em nenhum dano físico ou psicológico ao participante, ficando resguardada a identidade de todos os participantes.
- sua participação não implicará em nenhum custo financeiro;
- você pode não concordar em participar da pesquisa ou se retirar dela a qualquer momento sem que isso afete seu tratamento, que continuará seguindo o curso normal do(s) tratamento(s) proposto(s) pela equipe deste Ambulatório.

Eu _____ R.G: _____

Tendo recebido as devidas informações e ciente dos objetivos da pesquisa e de meus direitos, concordo em participar na pesquisa declarando conhecer os termos da mesma e autorizando a publicação de dados, afirmo ainda que minha participação é totalmente espontânea e livre.

Data: _____

Ass. Participante _____

Ass. Pesquisador_____

Telefones para contato:

Pesquisadora: Marines de Fátima Cunha (34) 3241-9648

Orientadora: Profª Drª Rita de Cássia Gandini (34) 3212-3045

Comitê de Ética para pesquisa com seres humanos: (34) 3239-4131

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UFU / Setor de Catalogação e Classificação

C972a Cunha, Marines de Fátima, 1975-
Adesão e não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão / Ma-
rines de Fátima Cunha. - Uberlândia, 2006.
179 f. : il.
Orientador: Rita de Cássia Gandini.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Progra-ma de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.
1. Depressão mental - Teses. I. Gandini, Rita de Cássia. II. Univer-sidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III.Título.

CDU:616.89008.454