5 ADESÃO AO TRATAMENTO NO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR – PERCEÇÃO DO USUÁRIO E DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

| Maria Cristina Mazzaia¹; Mariana Akemi de Souza² |

RESUMO

CONTEXTO: A adesão a tratamentos é fundamental para que ações de reabilitação psicossocial sejam implementadas para reduzir a cronicidade. O transtorno afetivo bipolar caracteriza-se como uma patologia onde os portadores, muitas vezes, não se percebem adoecidos e portanto, não aderem a tratamentos com facilidade. A organização da atenção através do gerenciamento de caso pode contribuir para a adesão a tratamentos.

OBJETIVOS: Investigar a adesão a tratamentos para Transtorno Afetivo Bipolar e as influências do gerenciamento de caso para esta adesão.

MÉTODOS: Pesquisa qualitativa e descritiva em serviço ambulatorial de saúde mental, realizada através da técnica de análise de conteúdo temática das falas de usuários e profissionais que dissertaram sobre adesão a tratamentos e fatores influentes.

RESULTADOS: Os efeitos colaterais, a disponibilidade dos serviços e os compromissos dos usuários foram citados como fatores que dificultam a adesão aos tratamentos, sendo o último também compreendido como fator de motivação na análise de conteúdo realizada. A confiança nos profissionais, o relacionamento estabelecido com estes, a presença e ajuda de familiares, foram citados como fatores facilitadores para a adesão a tratamentos. A estratégia de atendimento através do gerenciamento de caso não foi citada, pela amostra, como influente para o processo de adesão aos tratamentos.

CONCLUSÕES: Evidencia-se atenção do Enfermeiro e equipe de saúde em relação à necessidade de flexibilidade para planejamento das ações de tratamentos, principalmente a respeitar atividades laborais, o que se fundamenta na relação de confiança estabelecida e escuta, a privilegiar a individualização da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão do paciente; Tratamento; Transtorno bipolar; Administração de caso

RESUMEN

“Adherence to treatment in bipolar affective disorder - user and health professional perceptions”

CONTEXTO: Adhesión al tratamiento es esencial para la ejecución de las acciones de rehabilitación psicossocial para reducir la cronicidad. El trastorno bipolar se caracteriza como patología donde los pacientes no se dan cuenta que están enfermos y así no se adhieren a los tratamientos. La gestión de casos puede contribuir a la adherencia al tratamiento.

OBJETIVOS: Investigar la adherencia a los tratamientos para el trastorno bipolar y la influencia del manejo de casos para la adhesión.

MÉTODOS: Investigación cualitativa y descriptivo adentro del servicio ambulatorial de salud mental llevado a cabo a través de la técnica de análisis de contenido temática de los discursos de los usuarios y profesionales que discurrieron sobre la adherencia al tratamiento y los factores influyentes.

RESULTADOS: Los efectos secundarios, la disponibilidad de servicios y compromisos de los usuarios fueron citados como factores que dificultan la adherencia al tratamiento, estando también este último entendido como un factor de motivación en el análisis de contenido. La confianza en los profesionales, la relación establecida con ellos, la presencia y la ayuda de la familia, fueron citados como factores que facilitan la adherencia al tratamiento. La estrategia de servicio a través de la gestión de casos no fue citada por la muestra tan influyente en el proceso de adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES: Este estudio pone de relieve la necesidad de flexibilidad para la planificación de las medidas y tratamientos, el respeto de las actividades laborales, que se basa en la confianza, la escucha y la individualización de la atención.

DESCRIPTORES: Cooperación del paciente; Terapéutica; Trastorno bipolar; Manejo de caso

ABSTRACT

“La adherencia al tratamiento en el trastorno afectivo bipolar (TAB) - la percepción del usuario y el profesional de la salud”

BACKGROUND: Adherence to treatment is essential for implementing psychosocial rehabilitation actions to reduce chronicity. Bipolar disorder is characterized as a disorder where patients in often do not realize sickened and therefore do not adhere to treatments easily. The organization of care through case management can contribute to adherence to treatment.

AIM: To investigate the adherence to treatments for bipolar affective disorder and influence case management for this adherence.

METHODS: Qualitative and descriptive research in outpatient mental health conducted through thematic content analysis technique of the speeches of users and professionals who spoke about adherence to treatment and influential factors.

RESULTS: Side effects, the availability of services and commitments of users were cited as factors that hinder adherence to treatment, the latter being also understood as a motivating factor in the content analysis. Trust in professionals, the relationship established with these, the presence and help of family, were cited as factors that facilitate adherence to treatment. The service strategy through case management was not cited by the sample as influential to the process of adherence to treatment.

CONCLUSIONS: This study highlights the attention of the nurse and the health team regarding the need for flexibility in planning treatment measures, especially to respect labor activities, which is based on the established relationship of trust and listening to favor the individualization of care.

KEYWORDS: Patient compliance; Therapeutics; Bipolar disorder; Case management

Submetido em 18-03-2016
Aceite em 30-03-2017

1 Bacharel em Enfermagem, Doutora em Saúde Pública, Professor Adjunto da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Morada: Rua Gabriel de Souza, 1110 – Parque Espacial – São Bernardo do Campo, SP, Brasil CEP: 09812-210, mazzaia@terra.com.br; mcmazzaia@unifesp.br

2 Bacharel em Enfermagem - Enfermeiro na Clínica de Neurologia do Hospital Alemão Oswaldo Cruz - Morada: Rua João Julião, 331 - Bela Vista, São Paulo - SP, 01323-020 telefone móvel: 55 11 97091-8784, mariana.akemi93@hotmail.com

Citação: Mazzaia, M.C., & Souza, M. A. (2017). Adesão ao tratamento no transtorno afetivo bipolar-percepção do usuário e do profissional de saúde. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (17), 34-42.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é um transtorno de humor, considerado crônico, caracterizado por episódios agudos e recorrentes de alteração patológica de humor, podendo persistir por semanas ou meses, fazendo assim com que os pacientes não possam prever seu próprio estado emocional, já que a pessoa pode passar de um estado depressivo de extrema apatia para um estado de mania com extrema exaltação, daí o transtorno ser denominado de bipolar (Bin, Campos, Santos Júnior e Turato, 2014).

Na fase de depressão, por sentir-se indisposto, inquieto, com presença de pensamentos conflitantes como culpa ou até com presença de comportamento suicida, o indivíduo percebe-se adoecido já que não consegue cumprir seus intentos. Já na fase de mania, ao contrário, a pessoa permanece em estado de euforia, onde além do humor tem afetadas funções que envolvem o sono, a cognição, a psicomotricidade, ou seja, o paciente não consegue perceber a doença, pois tem as funções citadas exacerbadas, assim, a crítica fica prejudicada e há o distanciamento da realidade pois percebem-se mais produtivos. Indivíduos portadores de TAB em fase de mania não conseguem avaliar de forma fidedigna seu estado afetivo (Bin et al., 2014), portanto, nesta fase, é quando o paciente tem mais dificuldade em aceitar o diagnóstico e tratamentos.

Não acreditar que pode ser patológico o que sente torna-se um fator de não adesão às propostas de tratamento. A qualidade de vida destes pacientes fica comprometida devido às próprias características da doença, pois, nas fases de mania e hipomania, os sintomas de bem-estar e alta qualidade de vida, estão mascarados pela sensação de poder e capacidade que proporcionam. Os quadros de depressão, que aparecem de forma tardia, tornam-se o primeiro sintoma a ser percebido como algo não bom e, como a alteração do humor já estava instalada desde a fase de euforia, distúrbios funcionais sociais, familiares e ocupacionais, também podem ser uma realidade na vida do indivíduo portador deste tipo de sofrimento (Costa, 2008). O tratamento para o TAB pode ser oferecido de forma farmacológica ou não, mas independente da forma escolhida, é importante oferecer um bom suporte para o indivíduo em sofrimento, pois o prognóstico dele pode ser alterado significativamente a partir da adesão ou não (Costa, 2008). O tipo de tratamento farmacológico, como o próprio nome diz, é baseado em medicamentos que visam restaurar o equilíbrio das funções psíquicas afetadas e por consequência do comportamento da pessoa, controlar os sintomas agudos e prevenir a ocorrência de novos episódios.

Quanto aos tratamentos não medicamentosos, envolvem intervenções psicossociais, que é um processo onde o paciente poderá desenvolver estratégias para ter uma melhor qualidade de vida, o que, muitas vezes, não substitui a terapia medicamentosa. Seus principais objetivos são voltados para que o indivíduo: entenda a doença e formas de tratamento; reduza mitos como o da crença no vício quando do uso de medicamentos; identifique sinais iniciais da doença; previna recaídas; reduza sintomas; desenvolva estilo de vida saudável e também, intenciona ajudar o indivíduo a perceber-se no processo de adoecimento e tratamento (Miasso, Monteschi e Giaccherio, 2009).

Pacientes que aderem ao tratamento demonstram grande satisfação ao ver que os medicamentos e demais terapias estão a fazer efeito, mesmo com a limitação imposta pela presença dos efeitos colaterais dos medicamentos (Miasso, Cassiani e Pedrão, 2011); já a não adesão ao tratamento pode acarretar diversas consequências como a recorrência de episódios de mania e depressivos, hospitalizações e comportamentos suicidas, além de comprometer a qualidade de vida já citada anteriormente, tanto para o indivíduo adoecido quanto para as pessoas que convivem com ele (Caycedo, Herrera e Jiménez, 2011).

Adesão pode ser entendida como o nível de compreensão e cumprimento de recomendações feitas por profissionais de saúde, portanto implica em cooperação por parte do indivíduo adoecido o que depende das orientações recebidas e de sua motivação. O comparecimento em consultas de retorno e manutenção do tratamento como recomendado é comportamento observável, portanto identificado como adesão, já a motivação é precursora deste comportamento, seria uma predisposição para adesão (Bastable, 2010). Aderir ou não ao tratamento é decisão de cada indivíduo a respeitar o princípio ético da autonomia. Vários fatores são influenciadores dessa decisão, como por exemplo, fatores que estejam relacionados ao paciente (sexo, idade, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico, crenças, hábitos de vida, cultura, função cognitiva); à doença propriamente dita (sinais e sintomas, cronicidade); relacionados ao tratamento em si (custo, efeito colateral); relacionados ao serviço de saúde (tempo de espera, tipo de atendimento, relacionamento com a equipe de saúde) (Missao et al, 2008; Missao et al, 2009).

O Gerenciamento de Caso (GC) é um dos métodos para oferecer cuidados de saúde a usuários e que tem como característica possuir o Gerente de Caso, um profissional da equipe técnica que coordena a assistência oferecida por determinada equipe.

O Gerente de Caso deve assegurar não só a coordenação, mas também o monitoramento do cuidado, além de garantir a eficácia e individualização do atendimento, o que implica na adesão do indivíduo assistido (Silveira, Siqueira, Oliveira, Nishio e Nobrega, 2013).

O Ambulatório de Especialidades da Vila Maria (AMEPQ) na cidade de São Paulo (Brasil) é um serviço público de saúde especializado no atendimento de indivíduos em sofrimento psíquico, no nível secundário de atenção, que conta com atendimento em equipe multiprofissional através de consultas individuais, terapias de grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, assistência à família, plantão de dúvidas, atividades comunitárias com vistas à inserção familiar e social do usuário e, para tanto, utiliza o método de GC (Silveira et al., 2013; Portaria 3088 de 23 de dezembro do Ministério da Saúde, 2011). Caracteriza-se por ser um serviço de elucidação diagnóstica, de estabilização do quadro para reorganização psíquica e funcional, e, que, quando atinge estes objetivos no atendimento, encaminha os usuários à unidade de saúde de origem, ou, para outras unidades quer de maior ou menor complexidade, com expectativa de conexão e respeito ao atendimento em rede preconizado em portaria ministerial (Portaria 3088 de 23 de dezembro do Ministério da Saúde, 2011; Silveira et al., 2013).

A equipe multiprofissional no AMEPQ é constituída por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e enfermeiros especializados em saúde mental, vale ressaltar que cada usuário tem um profissional de referência, independente de sua formação, que pode esclarecer dúvidas em relação ao tratamento mesmo fora de seu agendamento (UNIAD, 2014). No AMEPQ os Gerentes de Caso são os enfermeiros do serviço, escolhidos como tal por apresentarem capacidade de realizar várias ações tanto assistenciais como gerenciais, visualizar o usuário de forma integral, por serem criteriosas nas avaliações, apresentar capacidade para tomada de decisões, liderança e comunicação (Silveira et al., 2013).

Após um ano da implantação da estratégia de GC no AMEPQ, cada enfermeiro gerenciava em média 228 usuários com diagnósticos diversos e taxa de abandono de 11%, assim considerados por não comparecerem ao serviço mesmo após a busca ativa realizada pelos Gerentes de Caso por telefone ou carta registrada (Silveira et al., 2013).

Os resultados quanto à taxa de abandono de 11% no AMEPQ mostram-se melhores que resultados apresentados por Giaccherro e Missao (2008) em estudo realizado no interior de São Paulo, também em serviço ambulatorial de psiquiatria que realiza elucidação diagnóstica, porém localizado em hospital geral. No estudo citado não é mencionado o método de cuidado praticado mas observou-se 30% dos usuários a apresentar faltas em 50% ou 100% dos agendamentos, e destes, somente 1,2% tiveram consultas remarcadas (Giaccherro e Miaso, 2008).

A considerar dificuldades de manutenção de usuários em tratamento com diagnóstico de TAB em atendimentos ambulatoriais, surgiram as questões: os usuários do AMEPQ entendem-se como aderentes ao tratamento para TAB? O GC é compreendido como um fator de facilitação para a adesão ao tratamento para TAB? Que fatores são citados como facilitadores / dificultadores para a adesão ao tratamento para TAB?

Assim, este estudo teve por objetivo investigar a presença ou não de adesão ao tratamento proposto a indivíduos portadores de TAB em serviço de saúde mental ambulatorial e conhecer a percepção de usuários e profissionais de saúde sobre os fatores que interferem no processo de adesão.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, descritiva realizada no AMEPQ da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, Brasil. Os sujeitos do estudo foram: indivíduos portadores de TAB, usuários do serviço, maiores de 18 anos, sem comorbidades e também profissionais de referência para o acompanhamento do tratamento dos usuários entrevistados, que aceitaram participar do estudo após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa qualitativa foi escolhida por facilitar aproximação à subjetividade dos sujeitos de pesquisa, de suas percepções quanto aos fatores que facilitam e dificultam a manutenção do tratamento para o TAB. Esta aproximação citada é facilitada, principalmente pela forma como se dá a coleta de dados, a partir de uma relação estabelecida entre sujeitos e pesquisadores. Busca-se dar visibilidade ao indivíduo através do conhecimento de seu ponto de vista (Lacerda e Costerano, 2015).

Para a coleta de dados com usuários utilizou-se entrevistas semi-estruturadas com questões fechadas para definir o perfil da amostra e, questão aberta sobre os motivos de classificarem-se aderentes ou não ao tratamento e sobre os fatores que interferem para sua adesão.

Para a coleta de dados com os profissionais também se utilizou entrevista semi-estruturada com questões fechadas para definição do perfil da amostra e questão aberta sobre os motivos que levam os profissionais entrevistados a classificar os usuários como aderentes ou não ao tratamento e os fatores que acreditam influenciar este processo.

A coleta de dados foi realizada de 1 a 30 de julho de 2015, 3 vezes por semana, pelos próprios pesquisadores, nos períodos matutino e vespertino, com algumas dificuldades como a disponibilidade de tempo dos usuários para a entrevista, o número reduzido de casos a apresentar TAB sem comorbidades, o não comparecimento dos usuários às consultas. Outra dificuldade foi o tempo despendido na espera pela autorização do local do estudo para a realização da coleta de dados, o que reduziu o tempo disponível para a pesquisa.

Foi utilizada a técnica da análise de conteúdo, temática das falas, onde, após leitura criteriosa dos conteúdos seguiu-se os passos da redução dos dados por codificação e organização temática a resultar nos fatores de influência para adesão ao tratamento do TAB (Bardin, 2011). Os sujeitos foram abordados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP parecer 1.125.129, a realização de contato com a coordenação do referido ambulatório e agendamento de dias e horários para o encontro do pesquisador com os entrevistados.

Para a apresentação dos resultados e discussão do estudo os usuários entrevistados foram identificados pela letra P seguida de um numeral assim como os profissionais que foram identificados pela letra M.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram 3 usuárias do serviço que aceitaram participar da pesquisa, mulheres de 24, 28 e 44 anos, com ensino médio completo, com vínculo empregatício, duas delas casadas e com filhos. Quanto aos profissionais foram 2 médicos sendo 2 mulheres com faixa etária de 39 e 44 anos.

As três usuárias do serviço compreenderam-se como aderentes ao tratamento, sendo assim avaliadas pelos profissionais médicos por quem foram atendidas. A amostra em questão é assistida somente pelo profissional médico, comparecendo às consultas regularmente para avaliação e retirada de medicamentos, isto, devido a compromissos de trabalho ou presença de filhos ainda pequenos o que as impediam de participar de todas as possibilidades de tratamento no serviço em questão, ou seja, não participavam de atividades grupais ou individuais com outros profissionais.

Este formato de atendimento não apresenta conformidade à Política de Saúde Mental vigente no Brasil, que preconiza assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar. O atendimento observado no local de coleta de dados nos remete à questões históricas onde a utilização de medicamentos como uma única possibilidade de tratamento em saúde mental, foi alvo de intensas críticas no Movimento de Luta Antimanicomial (Barbosa, Costa e Moreno, 2012), porém, destaca-se que as modalidades de tratamento devem ser adequadas às necessidades dos usuários, à realidade de cada indivíduo a compor o Projeto Terapêutico Singular, assim denominado por individualizar o cuidado às necessidades observadas em cada caso (Boccardo, Zane, Rodrigues e Mângia, 2011).

Na análise dos conteúdos das falas dos integrantes da amostra, após arguição sobre os motivos de se perceberem aderentes aos tratamentos, ou quando consideradas as justificativas dos profissionais quanto ao fato de avaliarem as usuárias aderentes ao tratamento, emergiram as categorias: relação médico/usuário e ajuda familiar como facilitadores à adesão e, efeitos colaterais aos medicamentos, disponibilidade de serviços de saúde e compromissos dos usuários classificados como fatores que dificultam a adesão, fatores estes que passam a ser apresentados a seguir. Destaca-se que nas justificativas apresentadas o GC não foi citado como um fator a interferir no processo de adesão ao tratamento, conforme buscou-se neste estudo, isto provavelmente se deve ao fato das usuárias da amostra permanecerem em atendimento somente pelo profissional médico e, no caso em questão, o Gerente de Caso é representado por profissional enfermeiro como já citado.

Relação Médico/Usuário

Ao serem abordadas sobre fatores que interferem no processo de adesão ao tratamento proposto, duas das usuárias entrevistadas enfatizaram o vínculo e a confiança nos médicos como facilitadores o que pode ser observado no depoimento de P1 que diz que o profissional médico a escuta e se sensibiliza com suas queixas, fazendo então alterações em seu tratamento que possibilitam a melhora dos sintomas e a aderência ao tratamento sugerido:

[...] eu tive uma medicação que não me adaptei, aí ela trocou, ela foi mudando as medicações até eu me adaptar. [...] o vínculo com a equipe de saúde é bom, é o que ajuda, o que motiva, né. (P1)

Ah, eu confio, eu gosto muito dos médicos daqui [...] (P2)

Rocha, Gazim, Pasetto e Simões (2011) mostram que a relação entre médico e usuário é fundamental para que haja adesão ao tratamento, a referir que a participação intensa do usuário em seu tratamento é fruto do relacionamento praticado com o seu médico e, o sucesso das intervenções depende dos vínculos e relações estabelecidas entre estes.

Os profissionais médicos são os mais citados pela amostra devido ao fato de serem os únicos profissionais que acompanham as usuárias entrevistadas em atendimento ambulatorial, mas mesmo assim fica em evidência, através das falas, que eles são atenciosos o suficiente para proporcionar o estabelecimento de vínculo através do desenvolvimento do sentimento de confiança e também, tratamento, o que ajuda as usuárias a perceber que estão a melhorar de sua condição e assim culminar na aderência ao tratamento proposto.

No passado a relação médico/usuário era muito valorizada, pois era principalmente através dela que o médico obtinha as informações necessárias para sua avaliação. No entanto com o desenvolvimento da tecnologia e exames diagnósticos, o relacionamento perde sua importância, pois os recursos diagnósticos são mais valorizados. Ocorre que, na atualidade, os relacionamentos voltam a ser valorizados e, as doenças crônico-degenerativas suplantam as doenças infecciosas. As doenças crônicas apresentam como característica controle e não cura, desta forma, tratamentos longos, com intensa participação dos usuários e empenho do profissional médico na busca de informações e estratégias de tratamento, que estimulem ou preservem a qualidade de vida dos pacientes, se fazem necessários. Esta é a realidade dos transtornos mentais (Rocha et al., 2011).

As usuárias não citam o GC, como já destacado, quando se referem aos motivos que as fazem aderir ao tratamento, a sugerir que talvez atividades conjuntas devam ser discutidas e possivelmente providenciadas como sugere o atendimento em equipe e a abordagem do atendimento através do GC já que, ao Gerente de Caso cabe obter visão completa e complexa sobre seu paciente e, para isto, o contato entre ambos deve ocorrer em alguma medida (Silveira et al., 2013).

Ajuda Familiar

Outra questão que foi levantada pelas entrevistadas, usuárias e profissionais, quanto aos motivos para adesão ao tratamento é o fato dos familiares estarem por perto, tanto aqueles que dependiam das usuárias quanto os que estão para apoiá-las:

Tanto que como às vezes ela esquecia, ela sempre combinou da mãe lembrar[...] (M2)

Ah, meus filhos né, assim para cuidar...Tenho medo de deixar eles... (P3)

A partir da fala de M2, pode-se notar que esta profissional, além de contar com a vontade própria de sua usuária também conta com o incentivo que esta recebe de sua mãe. Entende a mãe de sua paciente como referência e colaboradora para o tratamento, sempre a ajudar com as medicações.

Na fala de P3, podemos notar o medo evidente com relação a não realização do tratamento e as alterações que podem trazer para o convívio familiar principalmente no cuidado dos filhos, ou seja, tem isso como estímulo para manter o tratamento.

Em um estudo foram entrevistados 1005 indivíduos com transtornos mentais severos e observou-se que o fato de ser portador de TAB se configurava em risco para reincidência de surtos e que a presença de cuidadores seria necessária com objetivo de continuidade do tratamento, sendo este o papel da família (Caycedo, Herrera e Jiménez, 2011).

A importância da família no tratamento de um indivíduo, independente da sua condição patológica, torna-se fundamental para que este indivíduo consiga eficácia no tratamento e uma possível condição de estabilidade. Quando a família consegue fornecer ao paciente atenção, cuidado, diálogo, autonomia, afetividade, aceitação e liberdade, ela está a demonstrar ao paciente que ele tem uma fonte de suporte, suporte este indispensável (Costa, Pessoa, Soares e Rocha, 2014).

Assim, destaca-se a importância do cuidado em relação aos familiares dos pacientes, deve-se cuidar para não os sobrecarregar para que não se percebam em situação de estresse, é necessário considerar o contexto em que estão inseridos, escolher as intervenções de forma conjunta – profissionais, usuários e familiares e, munir estes familiares de informações e orientações afim de instrumentalizá-los e fortalecê-los para o cuidado de seu ente querido em sofrimento (Cardoso, Galera e Vieira, 2012; Jasniewski, Paes, Guimarães, Brusamarello e Maftum, 2011).

Além disso, enquanto profissionais é necessário manter-se sensível aos sentimentos e dificuldades manifestados por estes familiares que, muitas vezes estão em tensão pelo simples fato de vivenciarem o sofrimento psíquico de seu familiar. São observados sentimentos de tristeza, vergonha e medo em familiares de indivíduos em sofrimento psíquico decorrentes, principalmente, da vivência de comportamentos agressivos, da necessidade de manejo de situações de crise, além de problemas financeiros e desentendimentos familiares.

A família tem papel importantíssimo na reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico devendo, assim, ser inserida como objeto de cuidado da equipe de profissionais de saúde (Costa et al., 2014).

Efeito Colateral dos Medicamentos

Os efeitos colaterais estão quase sempre presentes para a maioria dos indivíduos que fazem uso das medicações. A ocorrência dos efeitos colaterais pode ser marcada na vida dos usuários de forma tão negativa que ao ser interrogado pelo pesquisador sobre qual o medicamento que teria causado tais efeitos, P1 se expressou da seguinte maneira:

[...] eu não lembro o nome agora... vou ser sincera, faço questão de esquecer algumas coisas (risos). (P1)

Com a medicação eu tive problema sim, porque eu estava tomando três, duas medicações e eu tive um momento ruim aqui, e eu tive uma medicação que eu não me adaptei [...] (P2)

A partir dos discursos, nota-se quão importantes são os efeitos colaterais e podem tornar-se um impeditivo para a adesão e continuidade do tratamento.

A eficácia do tratamento medicamentoso está diretamente relacionada com a aderência do paciente, e, quando o tratamento não é realizado da forma como prescrito, aumenta-se a recorrência das crises a gerar frustrações tanto para o usuário e sua família quanto para a equipe de profissionais que não conseguem alcançar os resultados esperados (Missao, Monteschi e Giaccherro, 2009).

Preparar o usuário e alertá-lo quanto aos possíveis efeitos colaterais é uma parte importante do processo do tratamento, pois será quando o usuário estará ciente sobre a droga que utiliza e o que pode acontecer a partir dos mecanismos de ação da mesma. Orientar quanto à dosagem, horários, medicamentos corretos para o seu caso, possíveis efeitos colaterais é fundamental no momento da consulta, para sanar todas as dúvidas e tranquilizá-lo quanto ao uso dos mesmos (Missao et al, 2009). Comportamentos não intencionais, como não conseguir lembrar de ingerir o medicamento por alterações de memória devido ao uso do próprio medicamento, e comportamentos intencionais, como referir que se sente bem e não necessita do medicamento, podem suscitar na não adesão ao tratamento a partir de uma atitude que o prejudica. Esta situação pode aumentar a preocupação do usuário, além de desafiar os profissionais da saúde que terão de lançar mão de outras intervenções para que este usuário saia da crise, a reduzir o comprometimento da qualidade de vida do usuário e de seus familiares.

O profissional deve ampliar sua visão para outras questões que envolvem esse usuário, procurando meios alternativos para que ocorra adesão (Missao et al, 2009). Existe a necessidade de mudança de atitude, por parte de profissionais de saúde, quanto à tendência de culpar o indivíduo em sofrimento pela interrupção do tratamento para uma atitude que valorize a escuta ativa e também as significações e afetos dos usuários em relação aos tratamentos e, principalmente, de estabelecimento de uma parceria com o usuário para a realização de seu tratamento (Missao, Cassiani e Pedrão, 2011).

Do ponto de vista de um dos profissionais médicos entrevistados, os efeitos colaterais citados acima por P1 surgiram em decorrência dos medicamentos terem sido prescritos em situação de surto, prescritos durante a internação e, as necessidades da paciente foram modificadas pelo tempo de tratamento, a necessitar de ajustes conforme relato do profissional:

Ah é porque quando ela chegou a ter duas internações, é um caso de transtorno bipolar com sintomas psicóticos bem grave, ela não tinha crítica, então ela não aceitava a medicação, ela não aceitava nem a doença nem a medicação, então ela foi piorando e acabou sendo internada, não por aqui, acabou sendo internada porque ela piorou e o marido achou levando ela para ser internada e lá eles deram medicação acho que em alta dosagem, ela impregnou, e a gente quis fazer um trabalho de ir retirando a medicação até deixar em uma dose de manutenção, que é a que ela está hoje. (M1)

Quando é perceptível o risco de não adesão, como no caso acima, o profissional deve buscar por intervenções combinadas a visar esta adesão e melhora do suporte assistencial para os tratamentos, além da necessidade de reflexão ética, onde irá reconhecer e respeitar a individualidade e o livre-arbítrio, estabelecidos e seguidos, na orientação e manutenção do tratamento (Missao et al, 2009). No caso citado, embora tenha sido percebido melhora dos comportamentos característicos do surto, a usuária não se sentia bem e em condições de cumprir com suas atividades, então, sua situação foi considerada e avaliada a resultar em modificações na prescrição medicamentosa.

Disponibilidade de Serviço de Saúde

Em um dos casos, o motivo que uma das usuárias referiu para a interrupção do tratamento em situação anterior foi a perda do plano de saúde e, provavelmente, a falta de reforço da equipe de atendimento do serviço conveniado quanto à necessidade de continuidade do tratamento e não interrupção.

Ao ser questionada, pelo pesquisador, sobre se havia interrompido tratamento anteriormente P2 respondeu: [...] já, mas não porque eu quis. Foi porque é, ... minha mãe trabalhava no hospital do Servidor e eu tinha tipo um 'convênio' lá, só que eu fiz 24 anos, ai cortou, ai eu fiquei sem e fiquei sem remédio. (P2)

A causa da interrupção do tratamento, a partir da fala acima, não foi consequência da vontade da usuária, mas sim do provável descuido de profissionais em relação à orientação quanto a necessidade de continuidade do tratamento e também quanto a necessidade de referenciar o usuário para um serviço específico que assim propiciasse. É exatamente à estas posturas que se refere estudo quando cita a necessidade de mudança de atitude de profissionais em relação ao que ocorre com o usuário, ou seja, a situação vivenciada pelo usuário deve ser considerada no planejamento de ações de intervenção (Missao, Cassiani e Pedrão, 2011).

No GC, método de cuidado praticado no local deste estudo, existe a preocupação da equipe multiprofissional, e em especial do Gerente de Caso, quanto à continuidade do tratamento, com o encaminhamento de seus usuários para outros serviços quando necessário ou mesmo de Busca Ativa no caso da falta do usuário em seu atendimento, para que seja possível conhecer sobre o que houve e sobre as necessidades do usuário. Estas iniciativas intencionam preservar o tratamento, renovar os planos terapêuticos se aplicado e, dar continuidade ao atendimento com o objetivo do plano de alta. Estas condutas podem interferir sobremaneira na taxa de adesão e abandono de tratamento como já apresentado. Para tanto a equipe se organiza para proporcionar condições aos profissionais de maior vínculo com o usuário para a efetivação do atendimento necessário (Silveira et al., 2013).

Compromissos dos Usuários

Às vezes os tratamentos propostos não são apenas os medicamentosos, mas sim consultas e acompanhamento com Terapeuta Ocupacional, Enfermeiro, Psicólogo, porém as usuárias deste estudo apresentam responsabilidades na vida pessoal e de trabalho, além do tratamento e controle da própria doença, a dificultar e até mesmo impossibilitar a participação em outros atendimentos que o ambulatório proporciona. Esta situação é identificada e reconhecida também pelos profissionais como relatado na fala a seguir:

Ela não é aderente à psicoterapia por questões de horário e trabalho [...] (M2)

Mesmo a paciente tendo esta dificuldade com os horários, a médica a considera aderente ao tratamento e demonstra sua preocupação e reforça o vínculo com a paciente, a partir da compreensão sobre a rotina da usuária:

Como ela ainda precisa do ajuste medicamentoso, eu não estou insistindo [...] Medicação ela toma, o exame que ela tinha que colher, não colheu, mas sempre muito com a idéia do trabalho atrapalhar, então como também o trabalho ajuda a proteger, a gente tenta administrar de outras formas [...] (M2)

A partir do diagnóstico de um transtorno classificado como mental, conseguir um vínculo empregatício ou manter um já existente, torna-se cada vez mais difícil, ainda mais após a manifestação dos efeitos colaterais do tratamento medicamentoso e as limitações possíveis como sonolência, dificuldades de memória, baixa produtividade (Missao et al, 2011).

A falta de recursos financeiros é citada por Severo, Dimenstein, Brito, Cabral e Alverga (2007) como dificuldade não só para a manutenção de tratamento, mas também a causar sofrimento e privações para família e cuidadores; acrescentam que a precarização das condições de vida é um fator de intensificação de sofrimento psíquico e deve ser considerada para a busca de outras possibilidades de intervenção. Esta observação corrobora com o tema flexibilidade, da equipe e do serviço de saúde, isto para que o tratamento seja possível. Quando o profissional torna claro ao usuário fatores de proteção relacionados às atividades laborais e adapta o atendimento à esta realidade, é possível ao usuário perceber a preocupação e compreensão do profissional quanto sua rotina e afazeres, o que contribui com o envolvimento e preocupação do próprio usuário a possibilitar continuidade do tratamento. A flexibilidade é possível a partir do conhecimento da realidade e necessidades do usuário. O vínculo é fortalecido pelo interesse demonstrado por ambos, profissional e usuário.

CONCLUSÕES

Este estudo apresentou limitações a considerar o pequeno número de usuários entrevistados, isto motivado pelo reduzido número de indivíduos portadores de TAB sem comorbidades, indisponibilidade dos usuários para participação no estudo e também pela redução do período de coleta de dados em consequência ao tempo despendido na espera pela autorização do serviço de saúde para a realização da pesquisa.

Apesar de se tratar de um estudo qualitativo são necessários cuidados com relação à utilização do conhecimento produzido pois este está circunscrito à uma situação específica, a um serviço ambulatorial que adota o GC como modo de organização da assistência, embora traga como resultado usuários e profissionais concordes com o fato de existir adesão ao tratamento proposto.

O GC como estratégia não foi citado como fator de interferência para o comportamento de adesão aos tratamentos na amostra estudada e, embora contemple coordenação e monitoramento do cuidado a garantir a eficácia e individualização do atendimento realizado por uma equipe profissional, os casos estudados nesta pesquisa foram atendidos somente pelo profissional médico, assim este deve ter o cuidado para identificar quando a colaboração de outros profissionais deve ser providenciada adaptando-se às necessidades apresentadas.

Em acordo com a literatura visitada, o estudo mostrou que a confiança nos profissionais, no serviço e a participação da família são essenciais à adesão. Cuidados voltados aos familiares devem ser considerados pela equipe de profissionais pois os mesmos estão submetidos a sofrimentos em decorrência das alterações de humor e comportamentos vivenciadas por seu ente querido.

Efeitos colaterais de medicamentos e compromissos assumidos por usuários foram citados como fatores que dificultam o processo de adesão ao tratamento e, neste aspecto destaca-se o respeito de profissionais às necessidades específicas de usuários, em particular os cuidados quanto à manutenção de vínculos empregatícios fator de proteção e de grande importância para manutenção de tratamento e inserção social. O tratamento deve ser estabelecido a partir das necessidades individuais de usuários e então adaptados às possibilidades dos serviços de saúde. Evidencia-se também a importância da escuta ativa na consideração das queixas.

Por fim, citada como um fator que dificulta o processo de adesão, a disponibilidade dos serviços de saúde que, com certeza transcende a questão da existência material do serviço, mas principalmente constitui-se da disponibilidade dos profissionais que devem atentar-se às suas atitudes e intenções na busca de estabelecer vínculos e relações de confiança, a favorecer condutas flexíveis que valorizem e promovam a adesão aos tratamentos.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

O estudo traz contribuições pois evidencia percepções dos usuários e profissionais sobre fatores que facilitam ou dificultam a adesão a tratamentos para o TAB. Alerta para o fato de, independente do modelo de cuidados adotado, relacionamentos desenvolvidos, estabelecimento de vínculos, atenção a familiares e necessidades de usuários, flexibilidade na entrega de cuidados caracterizado pela disponibilidade do serviço, são fatores que facilitam a adesão aos tratamentos e devem ser observados por profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbosa, G. C., Costa, T. G., e Moreno, V. (2012). Movimento da luta antimanicomial: Trajetória, avanços e desafios. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(8), 45-50.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora Edições 70.

Bastable, S. B. (2010). *O enfermeiro como educador: Princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Bin, L. C. P., Campos, L. K. S., Santos Júnior, A., e Turato, E. R. (2014). Significados dos episódios maníacos para pacientes com transtorno bipolar em remissão: Um estudo qualitativo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2), 142-148. doi: 10.1590/0047-2085000000018

Boccardo, A. C., Zane, F. C., Rodrigues, S., e Mângia, E. F. (2011). O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(1), 85-92. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v22i1p85-92

Cardoso, L., Galera, S. A. F., e Vieira, M. V. (2012). O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 517-523. doi: 10.1590/S0103-21002012000400006

Caycedo, M. L., Herrera, S., y Jiménez, K. O. (2011). Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno mental. *Revista Ciencia de la Salud*, 9(2), 141-158.

Costa, A. M. N. (2008). Transtorno afetivo bipolar: Carga da doença e custos relacionados. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(3), 104-110. doi: 10.1590/S0101-60832008000300003

Costa, G. M., Pessoa, C. K. L., Soares, C. A., e Rocha, S. A. M. (2014). A importância da família nas práticas de cuidado no campo da Saúde Mental. *Cadernos ESP*, 8(1), 41-57.

Giaccherio, K. G., e Miasso, A. I. (2008). Ambulatório de psiquiatria em hospital geral: Caracterização da adesão de usuários ao agendamento. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 9(2), 20-27.

Jasniewski, C. R., Paes, M. R., Guimarães, A. N., Brusamarello, T. E., e Maftum, M. A. (2011). Tratamento da pessoa com transtorno mental em face da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Percepções dos familiares. *Colombia Médica*, 42(1), 63-69.

Lacerda, M. R., e Costerano, M. R. S. (Eds.). (2015). *Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde: Da teoria à prática*. Porto Alegre: Moriá Editora.

Miasso, A. I., Cassiani, S. H. D. B., & Pedrão, L. J. (2008). Bipolar affective disorder and medication therapy: Identifying barriers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4), 739-745. doi: 10.1590/S0104-11692008000400014

Miasso, A. I., Monteschi, M., e Giaccherio, K. G. (2009). Transtorno afetivo bipolar: Adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(4), 548-556. doi: 10.1590/S0104-11692009000400018

Miasso, A. I., Cassiani, S. H. D. B., e Pedrão, L. J. (2011). Transtorno afetivo bipolar e a ambivalência em relação à terapia medicamentosa: Analisando as condições causais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 433-441. doi: 10.1590/S0080-62342011000200019

Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011 (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* de 30 de dezembro. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Rocha, B. V., Gazim, C. C., Pasetto, C. V., e Simões, J. C. (2011). Relação médico-paciente. *Revista do Médico Residente*, 13(2), 114-118.

Severo, A. K. S., Dimenstein, M., Brito, M., Cabral, C., e Alverga, A. R. (2007). A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(2), 143-155.

Silveira, A. S., Siqueira, A. C., Oliveira, F. M., Nishio, E. A., e Nobrega, M. P. S. S. (2013). Gerenciamento de caso em ambulatório de psiquiatria, competências e prática da enfermeira. *Enfermagem em Foco*, 4(1), 29.

Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas. Ambulatório Médico de Especialidades – Psiquiatria. (2014). Uma proposta de atenção integral em saúde mental. Disponível em <http://www.uniad.org/tratamento-e-reabilitacao/ame-psiquiatria-dra-jandira-masur>