

Inocenti Miasso, Adriana; Paiva do Carmo, Bruna; Tirapelli, Carlos Renato
Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 46, núm. 3, junio, 2012, pp. 689-695
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033317021>



Revista da Escola de Enfermagem da USP,
ISSN (Versão impressa): 0080-6234
reeusp@usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento

BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER: PHARMACOTHERAPEUTIC PROFILE AND ADHERENCE TO MEDICATION

TRANSTORNO AFECTIVO BIPOLAR: PERFIL FÁRMACO-TERAPÉUTICO Y ADHESIÓN A LA MEDICACIÓN

Adriana Inocenti Miasso¹, Bruna Paiva do Carmo², Carlos Renato Tirapelli³

RESUMO

Este estudo teve como objetivos verificar a adesão de portadores de transtorno afetivo bipolar (TAB) à terapêutica medicamentosa e identificar possíveis causas de adesão e não adesão ao medicamento de acordo com o perfil farmacoterapêutico. Trata-se de estudo transversal, descritivo, realizado em Núcleo de Saúde Mental de um município do interior paulista. Participaram do estudo 101 pacientes com TAB. Para coleta dos dados, utilizou-se a entrevista estruturada e o teste de Morisky-Green e, para a análise dos mesmos, o programa Statistical Package for the Social Science. Os resultados mostraram que a maioria (63%) dos sujeitos investigados não adere ao medicamento. Apesar de não ter ocorrido diferenças significativas entre o grupo de aderentes e não aderentes, para as variáveis investigadas, foi possível verificar a utilização de polifarmacoterapia e regimes terapêuticos complexos no tratamento do TAB. Permanece como desafio a implementação de estratégias que possam melhorar, na prática, a adesão de pacientes ao tratamento medicamentoso.

ABSTRACT

This cross-sectional and descriptive study aimed to verify the adherence of patients with Bipolar Affective Disorder (BAD) to medication and to identify possible causes of adherence and non-adherence to medication according to the pharmacotherapeutic profile. The study was carried out in a mental health service in a city in the interior of the state of São Paulo. Participants included 101 patients with BAD. Structured interviews and the Morisky-Green test were used for data collection, and the Statistical Package for Social Science was employed for data analysis. Most subjects (63%) did not adhere to medication. Although there were no significant differences between the adherent and non-adherent groups for the researched variables, the use of polypharmacotherapy and complex treatment regimens was observed in treatment for BAD. In practice, implementing strategies to improve the adherence of patients to medication treatment remains a challenge.

RESUMEN

Se objetivó verificar la adhesión de afectados por transtorno afectivo bipolar (TAB) a la terapéutica medicamentosa e identificar posibles causas de adhesión y no adhesión, de acuerdo al perfil fármaco-terapéutico. Estudio transversal, descriptivo, realizado en Núcleo de Salud Mental de municipio del interior paulista. Participaron 101 pacientes con TAB. Datos recolectados mediante entrevista estructurada y test de Morisky-Green, analizados con software Statistical Package for the Social Science. Los resultados demostraron que la mayoría (63%) de los sujetos investigados no adhiere a la medicación. A pesar de no haberse determinado diferencias significativas entre el grupo de adherentes y no adherentes para las variables investigadas, fue posible verificar la utilización de polifarmacoterapia y regímenes terapéuticos complejos en el tratamiento del TAB. Permanece como desafío la implementación de estrategias que puedan mejorar en la práctica la adhesión del paciente al tratamiento medicamentoso.

DESCRITORES

Transtorno bipolar
Adesão à medicação
Pacientes ambulatoriais
Cuidados de enfermagem

DESCRIPTORS

Bipolar disorder
Medication adherence
Outpatients
Nursing care

DESCRIPTORES

Trastorno bipolar
Cumplimiento de la medicación
Pacientes ambulatorios
Atención de enfermería

¹ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. amiasso@eerp.usp.br ² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. bpaivadocarmo@yahoo.com.br

³ Farmacêutico. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. crtirapelli@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é doença multifatorial e crônica, associada a comprometimento importante da qualidade de vida de seu portador⁽¹⁾. Caracteriza-se por oscilações importantes do humor entre os polos da euforia (mania) e depressão⁽²⁾. Os episódios maníacos apresentam grande propensão à recorrência.

Embora nos últimos anos tenha ocorrido aumento nas pesquisas relacionadas ao diagnóstico, epidemiologia, neurobiologia e tratamento do transtorno afetivo bipolar, os pacientes pertencentes ao amplo espectro bipolar continuam sendo subdiagnosticados e tratados de forma inadequada⁽³⁾. Dentre os custos do referido transtorno, destacam-se os financeiros, psicológicos e sociais, tanto para os pacientes como para a sociedade⁽⁴⁾.

É fato que o transtorno afetivo bipolar possui forte componente biológico e, desse modo, a sua principal forma de tratamento é com medicamentos estabilizadores do humor⁽⁵⁾. Os pacientes são crônicos e a adesão à farmacoterapia é fundamental para aumentar a chance de melhorar o prognóstico.

Estudos sobre adesão em doenças crônicas, entretanto, demonstram que os pacientes deixam de tomar os medicamentos, ou nem mesmo iniciam o uso dos mesmos, por considerarem seus efeitos insatisfatórios ou vivenciarem seus efeitos colaterais⁽⁶⁻⁷⁾.

A não adesão aos medicamentos limita substancialmente a eficácia do tratamento, podendo ocasionar maiores taxas de recaídas, de utilização dos serviços de emergência em saúde mental bem como de internações hospitalares⁽⁸⁾. Destaca-se que a não adesão à terapêutica medicamentosa é caracterizada pela divergência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente. É fenômeno sujeito à influência de vários fatores que afetam diretamente o paciente, por determinar o comportamento do mesmo em relação às recomendações referentes ao tratamento de sua doença. Dentre tais fatores podem ser citados aqueles relacionados à própria terapêutica.

Devido à complexidade que envolve o fenômeno da adesão, todos os fatores relacionados à mesma devem ser considerados, em igual proporção, pelos profissionais de saúde⁽⁶⁾.

Em estudo de revisão da literatura⁽⁹⁾, cuja busca foi realizada no MEDLINE (1966-2004), utilizando os descritores *adhesion or adherence or compliance and treatment and bipolar*, identificaram-se 16 títulos, com desfecho relacionado à adesão ao tratamento, no transtorno afetivo bipolar, sendo que nenhum dos referidos estudos foi desenvolvido no Brasil. Ressalta-se, assim, a necessidade de

se realizarem estudos, bem como o acompanhamento e a avaliação da utilização, pelos pacientes, dos medicamentos a eles prescritos.

O contexto descrito aponta, ainda, para a necessidade de incrementar, nos serviços de saúde, ações que contribuam para prevenção dos agravos em pacientes com transtorno afetivo bipolar, decorrentes do uso inadequado de medicamentos. Acredita-se que conhecer os fatores envolvidos no seguimento da terapêutica medicamentosa permitirá testar intervenções que otimizem a adesão e, talvez, melhorar o controle do transtorno e consequentes reinternações.

Este estudo teve como objetivos verificar a adesão de portadores de transtorno afetivo bipolar à terapêutica medicamentosa prescrita, pela aplicação do teste de Morisky-Green (TMG)⁽¹⁰⁾ e identificar possíveis causas de adesão e não adesão ao medicamento, de acordo com as variáveis relacionadas ao perfil farmacoterapêutico.

É fato que o
transtorno afetivo
bipolar possui forte
componente biológico
e, desse modo, a
sua principal forma
de tratamento é
com medicamentos
estabilizadores
do humor. Os
pacientes são
crônicos e a adesão
à farmacoterapia é
fundamental para
aumentar a chance
de melhorar o
prognóstico.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal e descritivo, realizado em um Núcleo de Saúde Mental (NSM), pertencente ao Sistema Único de Saúde, localizado em um município do interior paulista. O projeto foi desenvolvido após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Protocolo nº0206/CEP-CSE-FMRP-USP). Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/96). Participaram do estudo todos os 101 pacientes que tiveram consulta médica agendada no Núcleo de Saúde Mental, no período de um ano após o início da coleta dos dados, e que preencheram os seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, estabelecido por médico responsável pelo diagnóstico ambulatorial; ter prescrição de uso contínuo de medicamentos para tratamento; idade igual ou superior a 18 anos e ser capaz de se comunicar verbalmente, em português.

Para coleta dos dados, foi empregada a técnica de entrevista estruturada. Visando assegurar que as questões fossem formuladas a todos os pacientes, de forma padronizada, foi utilizado roteiro contendo dados de identificação dos sujeitos (sexo, idade, escolaridade, entre outros) e dados de identificação do perfil farmacoterapêutico dos mesmos (número de tipos de medicamentos utilizados, número total de comprimidos utilizados por dia, número de vezes ao dia que utiliza os medicamentos, entre outros). O grau de adesão foi determinado pela aplicação do teste de Morisky-Green⁽¹⁰⁾. Esse teste permite identificar o grau de adesão do paciente e discriminá-lo se a eventual

al não adesão é devida ao comportamento intencional (questões: *quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar seu remédio?* e *quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?*), ou não intencional (questões: *você, alguma vez, se esquece de tomar o seu remédio?* e *você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?*). Estudos anteriores demonstraram a utilidade desse instrumento e estabeleceram sua validade⁽¹⁰⁻¹²⁾.

As entrevistas foram realizadas com os pacientes no Núcleo de Saúde Mental. Quando o paciente não podia comparecer à instituição para a entrevista, essa era realizada em seu domicílio, com data e horário pré-estabelecidos, junto ao mesmo.

Para análise dos dados, foi utilizada a abordagem quantitativa. Após aplicação do instrumento, os dados foram digitados em uma base de dados estruturada no formato de planilha, no programa Excel. Após digitação e impressão da primeira lista de frequência simples, foram verificados e corrigidos os erros de codificação ou de digitação dos dados. Posteriormente, os dados foram transportados para serem analisados no programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 11.5. Foram, ainda, investigadas associações estatísticas entre as variáveis dependentes e independentes usando-se o teste qui-quadrado (χ^2), sendo a hipótese de associação aceita quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Caracterização dos sujeitos do estudo

No período em estudo, tiveram consulta médica, agendada no local da pesquisa, 101 pessoas com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar. Todas as pessoas agendadas aceitaram participar do estudo. A Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes deste estudo.

A Tabela 1 mostra que a maioria (70,3%) dos pacientes entrevistados era do sexo feminino, havendo maior frequência na faixa etária de 41 a 50 anos (31,8%). Revela, ainda, maior percentagem de pacientes casados (44,6%) e aposentados (23,8%). Destaca-se, todavia, a grande percentagem de pacientes solteiros (30,7%) e separados/divorciados (11,9%), sendo que, para todos, o divórcio ocorreu após o surgimento do transtorno afetivo bipolar. Em relação ao tempo de diagnóstico, destaca-se que a maioria dos pacientes (68,4%) tinha até dez anos de diagnóstico, e grande percentagem (26,7%) tinha tempo de diagnóstico acima de 15 anos. Quanto à ocupação, vale ressaltar que apenas 14,8% das pessoas entrevistadas possuíam vínculo empregatício e que 23,8% estavam aposentadas devido ao transtorno.

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos do estudo, de acordo com características sociodemográficas e tempo de diagnóstico

VARIÁVEL	N	%
SEXO		
Feminino	71	70,3
Masculino	30	29,7
Total	101	100
IDADE		
20–30 anos	15	14,8
31–40 anos	18	17,8
41–50 anos	32	31,8
51–60 anos	22	21,8
61–70 anos	14	13,8
Total	101	100
ESTADO CIVIL		
Casado	45	44,6
Solteiro	31	30,7
Viúvo	06	5,9
Separado/divorciado	12	11,9
Amasiado/união consensual	06	5,9
Outros	01	1,0
Total	101	100
TEMPO DE DIAGNÓSTICO		
0–05 anos	40	39,7
06–10 anos	29	28,7
11–15 anos	10	9,9
16–20 anos	07	6,9
21 anos ou mais	10	9,9
Não sabe	05	4,9
Total	101	100
OCUPAÇÃO		
Aposentado	24	23,8
Desempregado	11	10,9
Trabalhador com vínculo empregatício	15	14,8
Trabalhador autônomo	12	11,9
Do lar	21	20,8
Outros	18	17,8
Total	101	100

A adesão ao tratamento medicamentoso

Pela aplicação do teste de Morisky-Green⁽¹⁰⁾, identificou-se que, das 101 pessoas com transtorno afetivo bipolar entrevistadas, a maioria (63%) não adere ao tratamento medicamentoso.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos sujeitos do estudo em relação à adesão ao medicamento e ao número de tipos de medicamentos, total de comprimidos utilizados por dia e número de vezes ao dia em que tomam os medicamentos.

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos do estudo, de acordo com a adesão ao medicamento e variáveis relacionadas ao perfil farmacoterapêutico

Variáveis relacionadas ao medicamento	Adesão			RP ¹ (IC95%) [#]	+p
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)		
Número total de comprimidos utilizados por dia	1 a 5 24 (34,3)	46 (65,7)	70 (100)		
	6 a 10 13 (41,9)	18 (58,1)	31 (100)		
	Total 37 (36,6)	64 (63,4)	101 (100)	0,81(0,48-1,38)	0,462
Número de vezes ao dia que toma medicamentos	1 04 (44,4)	05 (55,6)	09 (100)	1,47(0,62-3,47)	0,505
	2 20 (40,8)	29 (59,2)	49 (100)	1,35 (076-2,37)	
	3** 13 (30,2)	30 (69,8)	43 (100)		
	Total 37 (36,6)	64 (63,4)	101 (100)		
Número de tipos de medicamentos utilizados	1 08 (38,1)	13 (61,9)	21 (100)		
	2 ou + 29 (36,3)	51 (63,8)	80 (100)		
	Total 37 (36,6)	64 (63,4)	101 (100)	1,05(0,56-1,94)	0,876

RP=razão de prevalência (IC95%); #intervalo de confiança; +p-teste qui-quadrado; **3 vezes ao dia – categoria de referência

A Tabela 2 revela que não houve associação significativa entre a adesão ao medicamento e as variáveis: número total de comprimidos que utiliza diariamente, número de vezes ao dia que toma os medicamentos e número de tipos de medicamentos utilizados. Entretanto, alguns dados relacionados às referidas variáveis são relevantes clinicamente e merecem apresentação mais detalhada, conforme apresentado na sequência.

A Figura 1 apresenta a distribuição dos sujeitos do estudo, de acordo com o número de tipos de medicamentos utilizados.

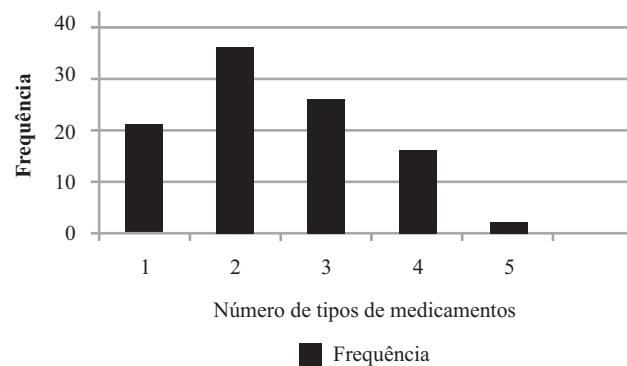


Figura 1 – Distribuição dos sujeitos do estudo, de acordo com o número total de tipos de medicamentos utilizados por dia

A Figura 1 mostra que, para a maioria dos participantes do estudo (61,4%), foram prescritos de 2 a 3 tipos de medicamentos, sendo que a maior frequência foi da prescrição de dois medicamentos para 36 participantes. Vale ressaltar que as prescrições, realizadas pelos médicos do local em estudo, continham apenas psicofármacos e, portanto, apenas os referidos medicamentos foram considerados na presente pesquisa. Destaca-se, assim, o fato de 16 participantes receberem prescrição de 4 tipos de medicamentos (psicofármacos) para uso no domicílio.

A Figura 2 mostra a distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com o número total de comprimidos utilizados diariamente.

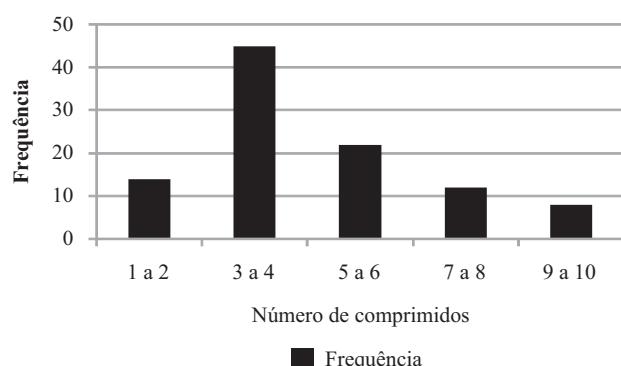


Figura 2 - Distribuição dos sujeitos do estudo, de acordo com o número total de comprimidos utilizados por dia

Observa-se, na Figura 2, que maior percentagem de pacientes (44,5%) utiliza de 3 a 4 comprimidos por dia. Destaca-se que quase metade dos sujeitos entrevistados (41,6%) utiliza 5 ou mais comprimidos diariamente.

A Figura 3 mostra a distribuição dos sujeitos do estudo, de acordo com o número vezes ao dia em que tomam medicamentos prescritos.

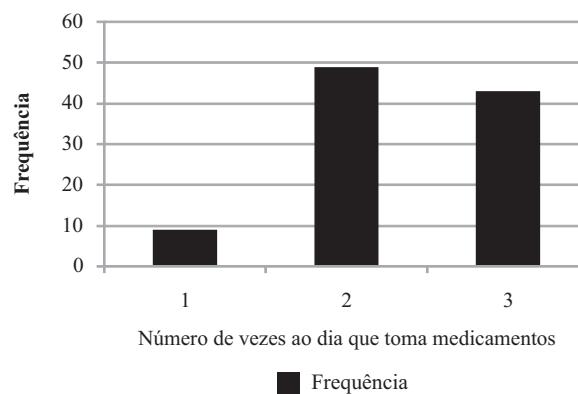


Figura 3 - Distribuição dos sujeitos do estudo, de acordo com o número de vezes ao dia em que tomam medicamentos

Constata-se, na Figura 3, que maior percentagem (48,5%) de participantes do estudo utiliza seus medicamentos duas vezes ao dia.

DISCUSSÃO

No que se refere à caracterização dos sujeitos do estudo, identificou-se que a maioria deles era do sexo feminino. A literatura aponta que não se observam diferenças significativas entre os gêneros no transtorno bipolar⁽¹³⁾. Entretanto, o número elevado de mulheres atendidas nesse serviço de saúde pode ser explicado pelo fato de os homens com transtorno afetivo bipolar procurarem significativamente menos atendimento médico que mulheres⁽¹³⁾.

Quanto ao elevado percentual de pacientes solteiros (30,7%) e separados/divorciados (11,9%), estudo revela que a taxa de divórcios entre pessoas com transtorno afetivo bipolar é aproximadamente de duas a três vezes maior, quando comparada à de indivíduos não portadores da doença⁽¹⁴⁾. Cerca de 50% de todos os cônjuges relataram que não teriam casado ou tido filhos com os pacientes se soubessem que eles teriam transtorno do humor⁽²⁾.

Em relação ao tempo de diagnóstico, destaca-se que a maioria dos pacientes (68,4%) tem até dez anos de diagnóstico e grande percentagem (26,7%) tem tempo de diagnóstico acima de 15 anos. A identificação da idade de início do transtorno afetivo bipolar constitui um desafio clínico, sendo essencial, especialmente no início do tratamento, o estabelecimento de aliança terapêutica de qualidade com os pacientes, pois tal aspecto facilitará a introdução, aceitação e adesão dos mesmos ao tratamento preventivo⁽¹⁵⁾.

Neste estudo, apenas 14,8% das pessoas entrevistadas possuíam vínculo empregatício. No caso específico do transtorno afetivo bipolar, estudo⁽¹⁶⁾ demonstrou que, embora seja alta a taxa de desemprego entre as pessoas com esse diagnóstico, as mesmas têm forte desejo de manter o emprego e apresentar desempenho acadêmico elevado, comparando-se a pessoas com outros tipos de transtornos afetivos. O referido estudo⁽¹⁶⁾ revelou que, na ausência da sintomatologia do transtorno, as pessoas com transtorno afetivo bipolar são capazes de manter bom desempenho no trabalho, sendo os efeitos colaterais dos medicamentos e experiência de episódios de crise durante o trabalho as principais influências negativas na manutenção do mesmo. Desse modo, há necessidade de os empregadores serem suficientemente flexíveis e sensíveis às mudanças nas necessidades dessas pessoas, oferecendo diferentes níveis de apoio em momentos diferentes⁽¹⁶⁾.

Nesse contexto, cabe aos profissionais da saúde trabalhar em articulação com a comunidade, envolvendo organizações não governamentais, instituições de solidariedade social, entre outras, de modo a incentivar e auxiliar os pacientes na reintegração socioprofissional. Devendo, também, orientá-los acerca dos sinais indicativos de início da crise do transtorno e a reconhecer, no trabalho, os pro-

cessos de mudanças que podem precipitar o aparecimento dos sintomas, prevenindo as recaídas.

Quanto à adesão ao tratamento medicamentoso, resalta-se que a maioria das pessoas com transtorno afetivo bipolar entrevistadas (63%) não adere ao mesmo. As taxas de não adesão podem aumentar a recorrência de mania e a vivência das crises do transtorno. Essas constituem uma das causas associadas à re-hospitalização e suicídio⁽¹⁷⁾.

A esse respeito, estudo bibliográfico, sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde, mostrou que as concepções sobre o assunto, contidas nas pesquisas, revelaram perspectiva reduzida do papel do paciente no seu processo de tratamento, considerando-o submisso ao profissional e ao serviço de saúde e não um sujeito ativo no seu processo de conviver com o transtorno e o tratamento. Revelou, ainda, que a maior carga de responsabilidade pela adesão/não adesão ao tratamento é conferida ao paciente sendo necessário que os profissionais e serviços de saúde sejam corresponsáveis nesse processo⁽¹⁸⁾. Assim, a ideia recorrente é a de que o paciente deve seguir e obedecer as recomendações dos profissionais de saúde e que seu comportamento deve coincidir com as indicações médicas e, quando deixa de observar tais indicações, é considerado como não aderente ao tratamento⁽¹⁸⁾.

Frente à complexidade do processo de aderir ao tratamento medicamentoso, faz-se necessário que os profissionais de saúde mental tenham conhecimento profundo das diferentes modalidades terapêuticas, pois a abordagem dessa problemática, por meio de uma visão exclusivamente biológica ou psicológica, pode não atender as reais demandas do paciente.

Para atuar efetivamente sobre problemas relacionados à não adesão ao tratamento, os profissionais de saúde necessitam conhecer os motivos que levam o paciente a não aderir ao tratamento, bem como as concepções que o mesmo possui a respeito do medicamento prescrito. A esse respeito, estudo⁽¹⁹⁾ aponta que, para promover mudanças comportamentais nos pacientes, relacionadas à saúde, como a adesão ao tratamento, o profissional de saúde deve evocar dos pacientes suas boas motivações.

No que se refere ao perfil farmacoterapêutico dos pacientes em estudo, constatou-se que, para a maioria dos mesmos, foram prescritos de dois a três tipos de medicamentos, merecendo destaque o fato de 16 deles terem recebido a prescrição de quatro psicofármacos para uso no domicílio.

Por ser o transtorno afetivo bipolar caracterizado por diferentes fases, alguns agentes podem ser eficazes somente em uma fase do transtorno, sendo a polifarmácia frequentemente utilizada para tratar os sintomas subsindrônicos persistentes, após o fracasso da monoterapia⁽²⁰⁾.

Desse modo, a monoterapia no transtorno bipolar é exceção ao invés de regra, sendo essa uma das prin-

cipais dificuldades para a adesão do paciente ao tratamento⁽²¹⁾. Sabe-se, ainda, que a prescrição simultânea de vários medicamentos, enquanto estratégia terapêutica, e o crescente número desses agentes no mercado podem contribuir para ampliar os efeitos benéficos da terapia, porém, podem também resultar em efeitos indesejados e interações medicamentosas. No caso dos psicofármacos, especialmente dos antipsicóticos, alguns dos seus efeitos colaterais são dolorosos e, até mesmo, incapacitantes, podendo constituir entrave à adesão do paciente⁽²²⁾.

No presente estudo, quase metade dos entrevistados utiliza cinco ou mais comprimidos, diariamente. A quantidade de medicamentos ingeridos diariamente pode interferir na adesão devido à maior probabilidade de efeitos colaterais, além da dificuldade de ingestão. Para cada comprimido ingerido o risco da não adesão aumenta em 12%⁽²³⁾.

A esse respeito, em outro estudo⁽²⁴⁾, identificou-se que há pessoas com transtorno afetivo bipolar que, por acreditarem estar tomando muitos medicamentos, tendem a questionar a real necessidade das doses prescritas, bem como sua capacidade de suportar tais doses, sendo tal crença reforçada pela opinião de amigos e familiares, que estimulam a não adesão ao medicamento. O referido estudo constatou, ainda, que, diante dessas situações, a pessoa com transtorno afetivo bipolar sente necessidade de ser submetida a uma avaliação rigorosa e individualizada pela equipe de saúde, quanto à terapêutica medicamentosa instituída, para se sentir mais segura. O enfermeiro tem papel fundamental no acolhimento e orientação dessa clientela.

REFERÊNCIAS

1. Sajatovic M, Jenkins JH, Safavi R, West JA, Cassidy KA, Meyer WI, et al. Personal and societal construction of illness among individuals with rapid-cycling bipolar disorder: a life-trjectory perspective. *Am J Geriatr Psychiatr.* 2008;16(9):718-26.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9a ed. Porto Alegre: Art-Med; 2007.
3. Marchi R. Escala clínica para prever a adesão ao tratamento: transtorno bipolar do humor [tese doutorado]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2008.
4. Lam D, McCrone P, Wright K, Kerr N. Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. *Br J Psychiatry.* 2005;186:500-6.
5. Lotufo Neto F. Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26 Suppl 3:44-6.
6. Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Rev Latino Am Enferm.* 2009;17(1):46-51.
7. Tschner A, Fleischhacker WW, Ebenbichler CF. Experimental antipsychotics and metabolic adverse effects-findings from clinical trials. *Curr Opin Investig Drugs.* 2009;10(10):1041-8.
8. Lew KH, Chang EY, Rajagopalan K, Knott RL. The effect of medication adherence on health care utilization in bipolar disorder. *Manag Care Interface.* 2006;19(9):41-6.
9. Santin A, Cereser K, Rosa A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Rev Psiquiatr Clin.* 2005;32 Supl 1:105-9.
10. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24(1):67-74.

Destaca-se, ainda, a importância da equipe de saúde priorizar medicamentos que interfiram o menos possível nos hábitos de vida do paciente e facilite a automatização das tomadas, de forma personalizada, associando-as a atividades cotidianas como café da manhã, leitura de jornal, programas de televisão etc., visando evitar esquecimentos, especialmente em terapias complexas que envolvam vários tipos de medicamentos e número elevado de doses diárias.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa apontam para uma amostra de pacientes com baixa adesão à terapêutica medicamentosa. Apesar de não terem ocorrido diferenças significativas entre o grupo de aderentes e não aderentes para as variáveis investigadas neste estudo foi possível verificar que a monoterapia, no transtorno bipolar, de fato, é exceção ao invés de regra e que os pacientes são submetidos a regimes terapêuticos complexos, envolvendo a utilização de vários comprimidos ao dia. Vale destacar que nesse estudo foram considerados apenas os psicofármacos, subestimando tal complexidade em pacientes que apresentam comorbidades e utilizam outras classes de medicamentos para tratamento das mesmas.

Permanece como desafio a implementação de estratégias que possam melhorar, na prática, a adesão de pacientes com transtorno afetivo bipolar ao tratamento medicamentoso. Abordagens educativas, que considerem o paciente como centro do processo de cuidar, permitindo-lhe expor suas dúvidas, seus anseios, dificuldades, opiniões e experiências, relacionadas ao tratamento, podem constituir importante medida para minimizar a não adesão.

11. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns.* 1999;37(2):113-24.
12. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Júnior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2003;81(4):343-54.
13. Dias RS, Kerr-Corrêa F, Torresan RC, Santos CH. Transtorno bipolar do humor e gênero. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006;33(2):80-91.
14. Moreno RA, Moreno DH, Soares MBM, Ratzke R. Anticonvulsants and antipsychotics in the treatment of Bipolar Disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26 Supl 3:37-43.
15. Maurel M, Kaladjian A, Fakra E, Besnier N, Adida M, Azorin JM. Treatment of a first manic episode. *Encephale.* 2010;36 Suppl 1:S23-6.
16. Jones MM. The experience of bipolar disorder at work. *Int J Psychosoc Rehabil.* 2005;10(1):61-70.
17. Pompili M, Serafini G, Del Casale A, Rigucci S, Innamorati M, Girardi P, et al. Improving adherence in mood disorders: the struggle against relapse, recurrence and suicide risk. *Expert Rev Neurother.* 2009;9(7):985-1004.
18. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13 Supl 2: 2299-306.
19. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed; 2009.
20. Machado-Vieira R, Soares JC. Transtornos de humor refratários a tratamento. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29 Supl 2:S48-54.
21. Gazalle F, Hallal PC, Tramontina J, Rosa AR, Andreazza AC, Zanatto V, et al. Polypharmacy and suicide attempts in bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(1):35-8.
22. Miasso AI, Cassiani SHB, Pedrão LJ. Transtorno afetivo bipolar e terapêutica medicamentosa: identificando barreiras. *Rev Latino Am Enferm.* 2008;16(4):739-45.
23. Colombrini MRC, Lopes MHBM, Figueiredo RM. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/Aids. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(4):576-81.
24. Miasso AI. Entre a cruz e a espada: o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com transtorno afetivo bipolar, em sua perspectiva e na de seu familiar [tese doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

Pesquisa financiada pelo CNPq e FAPESP