

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ALEXANDER JIMENEZ OCANA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ADESÃO TERAPÊUTICA DOS PACIENTES  
COM DEPRESSÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CAMPO ALEGRE-  
BELO HORIZONTE /MG**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2015**

**ALEXANDER JIMENEZ OCANA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ADESÃO TERAPÊUTICA DOS PACIENTES  
COM DEPRESSÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CAMPO ALEGRE-  
BELO HORIZONTE /MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da  
Família, Universidade federal de Minas Gerais, para  
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Flávia Casasanta Marini

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2015**

**ALEXANDER JIMENEZ OCANA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ADESÃO TERAPÊUTICA DOS PACIENTES  
COM DEPRESSÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CAMPO ALEGRE-  
BELO HORIZONTE /MG**

Banca Examinadora

Profa. Flávia Casasanta Marini UFMG

Profa. Eulita Maria Barcelos UFMG

Aprovado em Belos Horizonte, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Dedico este trabalho**

À comunidade de Campo Alegre, que me acolheu.

À equipe 1 que compartilhou comigo a busca do conhecimento.

À minha filha que a razão principal de meu trabalho.

Aos meus pais, fonte de permanente apoio que me incentivaram em todos os momentos de minha formação.

## **AGRADEÇO**

A minha orientadora, professora Flávia Casasanta Marini pela dedicação e paciência.

A minha equipe, pela participação e ajuda.

Ao povo brasileiro em geral pelo acolhimento brindado a minha humilde pessoa.

*“Somos uma sociedade de pessoas com notória infelicidade: solidão, ansiedade, depressão, destruição, dependência; pessoas que ficam felizes quando matam o tempo que foi tão difícil conquistar. “*

*Erich Fromm*

## RESUMO

Entende-se que a não adesão ao tratamento dos pacientes com depressão maior possa ocorrer com uma frequência importante, desta forma este estudo teve por objetivo compreender os aspectos relacionados à não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão, na ótica de usuários do centro de saúde Campo Alegre na cidade de Belo Horizonte/MG. A amostra deste estudo compôs-se de 22 participantes considerados como não aderentes ao tratamento, de acordo com o critério de assiduidade às consultas médicas. Realizaram-se entrevistas semi dirigidas que foram conduzidas individualmente com cada participante, e a partir dos relatos transcritos procedeu-se à análise de conteúdo na perspectiva de análise temática. Verificou-se que a não adesão ao tratamento medicamentoso para depressão consiste em fenômenos multifatoriais, identificando-se três grandes grupos a serem considerados. Na perspectiva dos “Aspectos Intrapessoais” concebeu-se a participação de fatores relacionados ao próprio paciente. Neste grupo temos, 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. O segundo aspecto identificado foi o relacionamento interpessoal vivenciado ou interpretados pelos pacientes. Nesta categoria achamos, o relacionamento interpessoal negativo com a equipe e ausência de suporte familiar que também constituíram em maior medida como polo facilitador da não adesão ao tratamento. Finalmente foram considerados os aspectos contextuais como a má acessibilidade ao tratamento e a falta de tratamento psicológico como fator que influi na não adesão terapêutica de pacientes deprimidos. A partir dos resultados obtidos com a realização da pesquisa, sugere-se uma reflexão acerca do importante papel das equipes de saúde da família no acompanhamento e controle dos pacientes com depressão precisando a 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 em geral e suas representações sobre depressão, doença mental, tratamento e sobre a unidade básica de saúde. Sendo considerado necessário a capacitação e qualificação de profissionais que atuam na área de atenção primária de saúde; assim como 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.

## ABSTRACT

It is understood that non-adherence to treatment of patients with major depression can occur with significant frequency, so this study aimed to understand the aspects related to non-adherence to psychiatric treatment for depression, in the view of users of the health center field Alegre in the city of Belo Horizonte / MG. The sample consisted of 22 participants considered non-adherent to treatment, according to the criteria of attendance to medical appointments. There were semi structured interviews were conducted individually with each participant, and from the transcribed speech proceeded to the content analysis from the perspective of thematic analysis. It was found that non-adherence to drug treatment for depression consists of multifactorial phenomena, identifying three main groups to be considered. From the perspective of "Intrapersonal aspects" conceived the participation of factors related to the patient. In this group we have, the lack of patient motivation for treatment / improvement, the negative interpretation regarding the results of treatment, non-recognition of depression as a disease. The second aspect identified was the experienced interpersonal relationships or interpreted by patients. In this category we find the negative interpersonal relationships with staff and lack of family support which also constituted a greater extent as a facilitator pole of non-adherence to treatment. Finally we considered the contextual aspects such as poor accessibility to treatment and the lack of psychological treatment as a factor that influences the non-adherence of depressed patients. From the results of the research, suggest a reflection about the important role of family health teams in the monitoring and management of patients with depression need to formulate practices aimed at increasing adherence to consider: the individual and the relationship he makes his illness and treatment; family and the community at large and their representations of depression, mental illness, treatment and the basic health unit. The training and qualification of professionals working in the primary care area of health is considered necessary; as well as awareness building policies in mental health amparem the needy patient fully subsidizing treatment.

Key Words: Adherence to treatment. No Adherence to treatment. Depression. Mental Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS.....	Agente Comunitária de Saúde
CS.....	Centro de Saúde
CSM .....	Centro de Saúde mental
CERSAM .....	Centro de Referência de Saúde Mental
UBS .....	Unidade Básica de Saúde
UPA .....	Unidade de Pronto Atendimento
SUS .....	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE TABELAS

1	Distribuições da mostra segundo faixa etária .....	25
2	Distribuição da mostra segundo estado civil .....	25
3	Distribuição da mostra segundo nível educacional .....	26
4	Distribuição da mostra segundo renda econômica .....	26
5	Distribuições da mostra segundo religião que pertencem .....	27
6	Aspectos intrapessoais que influem na não adesão ao tratamento em pacientes com depressão .....	30
7	Aspectos interpessoais que influem na não adesão ao tratamento em pacientes com depressão .....	33
8	Aspectos contextuais que influem na não adesão ao tratamento em pacientes com depressão .....	37



## 1 INTRODUÇÃO

Belo Horizonte é um município brasileiro, capital do segundo estado mais populoso do Brasil, estado de Minas Gerais. Pertence à Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte e à Microrregião de Belo Horizonte. Possui área de aproximadamente 330 km<sup>2</sup>, com geografia diversificada (morros e baixadas). Cercada pela Serra do Curral, que é uma referência histórica, foi planejada e construída para ser a capital política e administrativa do estado mineiro. O município faz limites com Nova Lima e Brumadinho a sul; Sabará e Santa Luzia a leste; Santa Luzia e Vespasiano a norte; e Ribeirão das Neves, Contagem e Ibirité a oeste.

A população do município de acordo com a mais recente estimativa realizada pelo IBGE em 2013 é de 2 479 175 habitantes, sendo o mais populoso município de Minas Gerais, o terceiro da Região Sudeste, depois de São Paulo e Rio de Janeiro, e o sexto mais populoso do Brasil.

O município de Belo Horizonte está dividido em nove administrações regionais (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova), cada uma delas, por sua vez, dividida em vários bairros.

O Distrito Regional Norte com uma população 210744 habitantes, conta com 19 centros de saúde e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O Centro de Saúde Campo Alegre fica na Rua Osório Duque Estrada, 491 - Alegre, conta com oito consultórios médicos, um odontológico, uma recepção, uma copa para funcionários, uma sala de vacina, sala de curativos, sala de observação. O centro de saúde tem espaço físico reduzido o que dificulta o atendimento dos pacientes, no momento aguarda-se por reforma geral ou construção de um posto de saúde novo.

Iniciei meu trabalho como médico na Unidade Básica de Saúde Campo Alegre no dia 11 de novembro de 2013. Fui selecionado para trabalhar na equipe 1 como médico bolsista do Programa mais médicos, essa equipe foi escolhida devido a não ter médico fixo durante 8 anos, a equipe 1 possui um índice de

vulnerabilidade médio e elevado, atualmente tem 4942 usuários sendo 1241 famílias. Atende a população do Bairro Vila Cloris, Jardim Guanabara e Campo Alegre. Estas localidades estão subdivididas em quatro micro áreas (01, 06, 12 e 18).

Atualmente conta com os seguintes recursos humanos, um médico generalista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, cinco agentes comunitário de saúde. O processo de trabalho da equipe é baseado na lógica do acolhimento, realizado três vezes por semana na segunda, quarta e quinta feira de 07às 19 horas onde são oferecidos aos usuários os seguintes serviços: consulta de enfermagem, consulta médica atendimento odontológico, visita domiciliar, assistência ao pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, puericultura, coleta de materiais biológicos, imunização, teste do pezinho, trabalho de zoonose, curativos, encaminhamentos para academia da cidade, encaminhamento para fisioterapia, fonoaudiólogos, grupos interativos: HIPERDIA, planejamento familiar, baixo peso e saúde mental.

A maior parte da população adscrita ao território vive sem dificuldade financeira, só tem duas micro áreas de risco elevado. O número de idosos aposentados é relativamente grande. A população tem habitação (própria ou alugada), grande parte dos usuários são idosos e moram sozinhos, frequentemente sem o apoio de familiares. A causa de óbito mais frequente em nossa área de abrangência são as doenças cardiovasculares e respiratórias, neoplasias e outras.

Após a realização do diagnóstico situacional do território estudado foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados nessa área de abrangência. Na análise situacional, foram levantados dados do Ministério da Saúde e da própria prefeitura de Belo Horizonte. A Unidade Básica de Saúde possui arquivos com dados importantes. Foi observada também a área de abrangência pela falta de dados corretos.

O problema de maior relevância na equipe 1 do Centro Saúde Campo Alegre foi um número considerável de pessoas com depressão sem adesão terapêutica,

pois muitos deles se esquecem das recomendações sugeridas pelos profissionais e não aderem à medicação antidepressiva consistindo num fator que contribui para a recidiva da doença e que pode resultar em aumentos desnecessários na dosagem dos antidepressivos e descompensação da doença incluindo até a morte do paciente por autoextermínio.

## 2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se a escolha do tema pelo elevado número de pacientes com transtorno psiquiátrico sem adesão terapêutica que procuram o Centro de Saúde Campo Alegre do município Belo Horizonte/MG. Não existem dados estatísticos que mostrem a prevalência desse problema nessa UBS, mas pela elevada procura se percebe o problema em alta dimensão no território.

Segundo estudos sobre a adesão terapêutica dos pacientes com depressão maior um dos principais problemas que o Sistema Nacional de Saúde apresenta é o abandono ou o incorreto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, cujas consequências se refletem tanto na mobilidade como na mortalidade (FIGUEIREDO, 2012). Segundo minha experiência um grande número de pacientes não cumpre às prescrições recomendadas pelo profissional de saúde o que resulta em aumento do número de consultas e de internamentos, porque o seu estado de saúde piora.

Nessa unidade não existe um acompanhamento adequado desse grupo específico de pacientes. Além de não contar com psiquiatra na área de abrangência, sendo feito o acompanhamento dos pacientes psiquiátricos só pelo médico de família e a psicóloga. Sendo para isso necessário elaborar um plano de ação visando conhecer quais são os aspectos que possam levar a não adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com depressão maior sem adesão terapêutica para poder atuar no futuro nessas causas e garantir uma melhor adesão terapêutica dos pacientes com depressão maior evitando complicações.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de ação visando conhecer os aspectos que possam levar a não adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com depressão maior da equipe 1 do Centro de saúde Campo Alegre, no Belo Horizonte/ MG.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar o grupo de pacientes com depressão do centro de saúde de Campo Alegre / Belo Horizonte
- Identificar fatores que interferem no comportamento da não adesão dos doentes com depressão ao regime terapêutico dos pacientes do centro de saúde Campo Alegre/ belo Horizonte
- Identificar os motivos de abandono do tratamento medicamentoso dos pacientes com depressão segundo os usuários do centro de saúde Campo Alegre/ Belo horizonte.

#### 4 METODOLOGIA

O presente trabalho é um projeto piloto de intervenção cujo tema é a não adesão terapêutica dos pacientes com Transtorno Depressivo na Atenção Básica. O estudo consta com quatro etapas e foi realizado no ano de 2015 na cidade de Belo Horizonte/MG. O enfoque foi na população adscrita na unidade básica de saúde Campo Alegre, localizada no bairro Campo Alegre. A primeira etapa foi realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados por essa UBS, dentro dos principais problemas encontra-se o grande número de pacientes com depressão maior sem adesão terapêutica, precisando-se fazer um estudo para conhecer quais são os fatores que influem na não adesão dos pacientes com depressão maior ao regime terapêutico na área de saúde correspondente a esta área de saúde, que permitam planejar no futuro intervenções que garantam adesão terapêutica dos pacientes com depressão maior.

A segunda etapa foi determinar amostra, para a composição do grupo realizou-se, consulta aos prontuários arquivados na Equipe 1 do Centro de Saúde Campo Alegre, com o objetivo de averiguar pacientes que tinham diagnóstico médico de depressão e não aderiam ao tratamento corretamente. Considerado o diagnóstico, e se estavam fazendo ou não consultas regulares nos últimos seis meses (critério utilizado no estudo para considerar o abandono do tratamento). A idade do paciente foi valorada além, da verificação e anotação de endereço e telefone que possibilitasse contato com os mesmos.

Em seguida, realizou-se contato por meio das ACS 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 na consulta com o médico generalista. Solicitou-se aos pacientes que só faziam troca de receitas vir na consulta e foi agendado um horário escolhido por eles.

As principais dificuldades encontradas nesta etapa foram problemas com o cadastro tais como a desatualização do endereço e telefone dos pacientes. Outra dificuldade importante foi o não comparecimento nas datas marcadas para a entrevista sendo necessário remarcar o horário. Só uma pessoa se negou verbalmente a participar da entrevista.

Do total da população adscrita a equipe 1 do centro de saúde de Campo Alegre de 4942 paciente foram identificados 112 pacientes portadores de Depressão para um 2,26% dado que não corresponde com estudos nacionais que falam que “9% dos usuários que procuram atendimento a queixa é depressão maior, o 5,2 % depressão menor e o 9 % distímia” (LOUZA, *et al* .,2007, p.68), isso pode ser devido a um cadastro subvalorizado da doença pois muitos pacientes tem plano de saúde e não procuram o atendimento no posto de saúde, além dos poucos medicamentos antidepressivos disponibilizados na farmácia do SUS.

O trabalho foi feito por uma equipe multidisciplinar, incluindo médico, enfermeira, e agentes de saúde. Foi disponibilizada na agenda de atendimentos prioritários os pacientes com depressão. Cadernos de saúde mental disponibilizados pelo Ministério da Saúde serviram de base para as palestras oferecidas a esses pacientes. O enfoque maior foi na psico educação. Após o atendimento médico de cada paciente, foi avaliada em equipe a necessidade de encaminhamento ao centro de referência em saúde mental na regional norte (CERSAM NORTE), reforçando o fluxo de atendimento. Os pacientes crônicos, que apenas fazem renovação de receitas, foram convidados para consulta com o médico geral. No caso de pacientes com outras morbidades, foram feitos interconsultas com outros especialistas.

Para conhecer os fatores responsáveis da não adesão terapêutica foi necessário realizar entrevistas com os pacientes escolhidos. Assim dentro da entrevista optamos pela entrevista semiestruturada (Anexo A), porque é aquela em que:

[...] o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vividos pelos participantes. Neste tipo de entrevista, o investigador determina uma lista de temas a abordar, formula questões respeitantes a estes temas, e apresenta-os aos respondentes numa ordem que ele julga apropriada (FORTIN, 2009, p.377)

Esta entrevista contemplava questões objetivas que tratavam de dados sociodemográficos e clínicos dos participantes e questões mais abertas referentes ao conteúdo a serem explorados com todos os participantes do estudo em relação a suas crenças respeito as condições que dificultam a 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 (CUNHA, 2006).

As entrevistas foram feitas individualmente pelo médico da equipe neste caso pesquisador, em na sala de consulta nas dependências do centro de saúde Campo Alegre, em média de 30 minutos de duração. As respostas dos participantes do estudo foram transcritas, mediante seu consentimento, no momento em que eram feitas. Ao início de cada entrevista o pesquisador se apresentou, acentuando a importância das opiniões dos participantes e estabelecendo um clima de cordialidade, liberdade e tranquilidade, no intuito do jeito tal que os pacientes ficassem à vontade para expressar suas ideias sem medos à recriminação ou questionamento de suas respostas. Ao final da entrevista, foi perguntado ao participante se gostaria de acrescentar mais alguma informação que ele considerasse relevante sobre o tema. As entrevistas foram encerradas agradecendo ao participante por sua participação e se colocando à disposição para nova procura caso quisessem acrescentar algo mais às suas falas ou tivessem alguma dúvida em relação à pesquisa.

A terceira etapa foi a revisão da literatura, e para as análises dos dados obtidos para a construção desta etapa foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, BMJ Best Practice, dentre outros. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como

publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme os descritores e sua relevância. Outros dados importantes que foram utilizados são os que estão disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, dados do Ministério da Saúde e arquivos da equipe (prontuários dos pacientes).

Os descritores que foram utilizados nesse trabalho são: Atenção Primária à Saúde, Transtorno Depressivo Maior, Sistema Único de Saúde, Transtornos Mentais, Psicotrópicos. O trabalho conta com a participação dos profissionais de saúde e população adscrita a Unidade Básica de Saúde do Bairro Campo Alegre, localizado no município de Belo Horizonte/MG.

A quarta etapa foi elaboração do trabalho. Este projeto tem caráter exploratório e o mesmo não consistiu em nenhum procedimento que poderia ser invasivo ao participante ou à sua condição de saúde. Importante também ressaltar o efeito voluntário e que a participação ou não nesta investigação exploratória não interferiu na qualidade e disponibilidade assistencial do participante.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

Para compreender os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento do paciente com depressão faz-se necessário iniciar com uma revisão dos conceitos de depressão e algumas das características desta doença.

O termo depressão é relativamente novo na história, tendo sido usado pela primeira vez em 1680, para designar um estado de desânimo ou perda de interesse. A palavra depressão provém do termo latim *depressus*, que significa “abatido” ou “aterrado”. Trata-se de um distúrbio emocional podendo traduzir-se num estado de abatimento e infelicidade, o qual pode ser transitório ou permanente. Para a medicina e a psicologia, a depressão é uma síndrome ou um conjunto de sintomas que afetam principalmente a área afetiva/emocional de uma pessoa. Posto isto, a tristeza patológica, o estado de fraqueza, a irritabilidade e as alterações de humor podem causar uma diminuição no rendimento profissional ou uma limitação na respectiva vida social (QUEVEDO, SILVA, 2013. p.17).

O conceito de depressão engloba uma variedade de distúrbios psicopatológicos que diferem consideravelmente quanto à sintomatologia, gravidade, curso e prognóstico. Depressão Maior, como definida no DSM-IV e CID-10, pode ter características clínicas muito diversas e ainda não se sabe ao certo se este conceito representa várias doenças com um certo grau de superposição entre elas ou na verdade um processo fisiopatológico único. Uma exceção a esta heterogeneidade é a síndrome melancólica, também chamada depressão endogeniforme, na qual observam-se uma associação consistente de sinais e sintomas. (ALMEIDA, LARAMJEIRA, DRATCU, 2013. p. 237)

A depressão é uma doença comum, de curso crônico e as vezes recorrente. Geralmente associada com incapacitação funcional e comprometimento da saúde física. Apresentando estes pacientes uma grande limitação da sua atividade e bem-estar, além de uma maior procura dos serviços de saúde. No entanto, a depressão segue sendo sub diagnosticada e sub tratada. Segundo os dados da bibliografia entre o 30 e 60% dos casos de depressão não são detectados pelo

médico clínico em cuidados primários, acontecendo que estes pacientes deprimidos não recebem tratamentos suficientemente adequados e específicos. A morbimortalidade associada à depressão pode ser em boa parte, prevenida (em torno de 70%) com o tratamento correto. A depressão foi estimada como a quarta causa específica nos anos 90 de incapacitação através de uma escala global para comparação de várias doenças (FLECK *et al.*, 2003 p8). A previsão para o ano 2020 é a de que será a segunda causa em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento. Sendo a principal causa de incapacidades e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes (OMS, 2010). Quando esta condição é comparada com as principais condições médicas crônicas, a depressão só tem equivalência em incapacitação às doenças isquêmicas cardíacas graves, causando mais prejuízo no status de saúde do que angina, artrite, asma e diabetes (FLECK *et al.*, 2003 p8)

A depressão apresenta uma etiologia multifatorial, os fatores genéticos, embora presentes contribuem menos do que na depressão de início precoce, Também interferem as mudanças que ocorrem no metabolismo dos neurotransmissores noradrenalina e serotonina. A vulnerabilidade para a doença está associada com fatores genéticos, fatores ambientais, suporte social (LOUZA *et al.*, p. 668).

O transtorno depressivo é extremamente prevalente e apresenta elevada morbidade e mortalidade. A porta de entrada para atendimento de pacientes psiquiátricos que utilizam o Sistema Único de Saúde é a atenção primária.

Em relação aos tratamentos psiquiátricos, a não adesão à medicação prescrita seria um dos problemas mais difíceis a resolver em medicina e particularmente em psiquiatria. Cataldo (2003 p.138) refere que a adesão significa cumprimento das prescrições médicas ou outros procedimentos (por exemplo, comparecer às consultas) em pelo menos 80% do seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento. Por tanto não adesão é o não cumprimento destas prescrições. Para Martato (2010, p.4), a adesão é definida:

[...]. Na medida em que o comportamento da pessoa é concordante com as recomendações do prestador de cuidados, abrangendo comportamentos alargados, relacionados com a saúde, como por exemplo, assumir comportamentos relacionados com a autogestão da doença e prevenção das complicações.

Considerando a natureza e seriedade das doenças psiquiátricas, afirmou-se 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 consequências da não adesão ao tratamento nesse tipo de doença. (COLOM E VIETA 2002 apud CUNHA, 2006, p. 57).

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 (SANTIN; CERZER; ROSA 2005 apud CUNHA, 2006. p. 57).

Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual engloba-se a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de

atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde (LIMA, MION 2006, p.24)

[...] A adesão à terapêutica é um fenômeno sujeito à influência de múltiplos fatores que afetam diretamente o paciente. Estes fatores, que podem determinar o comportamento da pessoa em relação às recomendações referentes ao tratamento de sua doença, estão relacionados às condições demográficas e sociais do paciente, à natureza da doença, às características da terapêutica, ao relacionamento do paciente com os profissionais de saúde, bem como a características outras, intrínsecas ao próprio paciente.

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Será apresentado em duas seções principais. Inicialmente será apresentada a caracterização dos sujeitos da pesquisa. Em seguida serão apresentadas e discutidas teoricamente as categorias formadas através da análise de conteúdo das respostas às entrevistas.

### **6.1 Caracterização da amostra**

A amostra deste estudo foi constituída por um grupo comportando pacientes maiores de dezoito anos, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de depressão, que estavam ou haviam estado, em tratamento no bairro Campo Alegre. As características dos participantes do estudo serão apresentadas a seguir.

Este grupo foi constituído por um total de 22 paciente dos quais 18 participantes são do sexo feminino para um 81.8% e apenas 4 do sexo masculino para um 18.2%, o que corresponde com a bibliografia internacional onde está descrito que as mulheres são mais afetadas que os homens. (GUSMÃO et al.,2005, p. 24).

As idades (Tabela 1) variaram entre os 18 e 60 anos, onde a maior porcentagem de pacientes correspondeu a faixa etária de 30 a 49 anos com um 40.9 % ao que seguiu a faixa de 18 a 29 anos com 31.8 % depois a faixa de 50 a 59 anos com um 27.8 % e finalmente a faixa de 60 anos e mais 1 paciente para um 4.5 % os dados não correspondem com a bibliografia que fala que o primeiro episódio ocorre com mais frequência nos pacientes de 12 a 24 anos de idade e naqueles acima de 65 (REMICK, 2002. p.2 tradução nossa).

**Tabela 1. Distribuições da mostra segundo faixa etária, Campo Alegre 2015**

Faixas etárias	f	%
20 – 29 Anos	7	31.8
30 - 49 Anos	9	40.9
50 – 59 Anos	5	27.8
60 e mais	1	4.5
TOTAL	22	100

Fonte: Prontuários dos pacientes com depressão no posto de saúde Campo Alegre.

Em relação ao estado civil (Tabela 2). A mostra era composta por maioria de casados 50%, ao que se seguiu o estado civil divorciado para um 27.3 % depois estado civil solteiro com 18% do total da amostra e finalmente apenas um paciente viúvo para um 4,5 % do total da mostra.

**Tabela 2. Distribuição da mostra segundo estado civil, Campo Alegre 2015**

Estado civil	f	%
Solteiro	4	18.2
Divorciado	6	27.3
Casado	11	50.0
Viúvo	1	4.5
TOTAL	22	100

Fonte: Entrevista feita aos integrantes do estudo

Quanto à escolaridade dos pacientes deste grupo (Tabela 3), 27,3% possuíam o ensino fundamental incompleto e 22,7% tinham completado esta etapa de ensino. Outros 22,7% tinham terminado o ensino médio e o restante se dividiu entre 9.2% de ensino meio completo, 13,6 % de participantes com ensino superior incompleto e 4,5 % de ensino superior completo.

**Tabela 3. Distribuições da mostra segundo nível educacional, Campo Alegre, 2015**

Nível educacional	f	%
Ensino Fundamental Incompleto	6	27.3
Ensino Fundamental completo	5	22.7
Ensino meio incompleto	5	22.7
Ensino meio completo	2	9.2
Ensino superior incompleto	3	13.6
Ensino superior completo	1	4.5
TOTAL	22	100

Fonte: Entrevista feita a os integrantes do estudo

A renda familiar (Tabela 4) da maioria destes pacientes se situou em um salário mínimo (40,9% da amostra). Seis pacientes (27,3%) relataram renda inferior a um salário mínimo. O 18,2 % correspondeu a renda de 2 salários mínimos e só o 13,6 % da mostra correspondeu a três salários mínimos.

**Tabela 4. Distribuição da mostra segundo renda econômica, Campo Alegre 2015.**

Tipo de renda	f	%
Inferior a um salário mínimo	6	27.3
1 salário mínimo	9	40.9
2 salários mínimo	4	18.2
3 salários mínimo ou mais	3	13.6
Total	22	100

Fonte: Entrevista feita a os integrantes do estudo

Quanto à religião o catolicismo (Tabela 5) com 36.4 % foi o relato pela maioria dos sujeitos deste grupo, adventista (31,9 %), as outras religiões citadas pela amostra foram: Testemunha de Jeová e ateus com um 4.5 % cada, espírita 13.6%, protestantes 9.1 % e por fim, 9.1 % dos sujeitos relataram não possuir uma religião definida.

**Tabela 5. Distribuições da mostra segundo religião que pertencem.**

Religião	f	%
Ateus	1	4.5
Religião não definida	2	9.1
Católico	8	36.4
Espirita	3	13.6
Testemunhas de Jeová	1	4.5
Adventistas	7	31.9
Total	22	100

Fonte: Entrevista feita a os integrantes do estudo

## 6.2 Categorias globais e polares para o comportamento de não adesão ao tratamento.

Após transcrição do material procedeu-se à análise de conteúdo das repostas a partir das referências de um estudo publicado por Cunha, 2006, demonstrou que a questão da adesão e a não adesão ao tratamento na depressão está dependente de fenômenos multifatoriais, considerando três aspetos fundamentais: aspetos intrapessoais, relacionamentos interpessoais e o contexto do tratamento. O que, em última instância, permitiu a identificação de três categorias globais e polares para o comportamento de não adesão ao tratamento presentes nos relatos dos pacientes da mostra. As categorias globais identificadas comportam categorias específicas. Assim, considerando a equivalência das categorias globais, elas serão apresentadas, detalhadas e exemplificadas com falas de pacientes não aderentes, 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: (QUADRO 1)

- 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 Quadro -1 oferece um panorama geral referente às categorias gerais e específicas que foram identificadas neste estudo.

**Quadro 1. Categorias globais e polares para o comportamento de não adesão ao tratamento segundo a bibliografia consultada e os dados obtidos.**

Aspectos Intrapessoais	Aspectos Interpessoais	Aspectos contextuais
<p>Ausência do Reconhecimento da Depressão como Doença.</p> <p>1-Não acreditar que necessita de tratamento  2-Não se acreditar doente  3-Não entender a depressão como uma doença</p>	<p>Relacionamento Interpessoal Negativo com a equipe</p> <p>1- Falta de atenção e disponibilidade do médico ou da equipe  2- Não gostar do médico ou da equipe  3- Insatisfação com o tratamento recebido pelo médico  4- Rapidez na consulta médica  5- Má qualidade no atendimento (equipe em geral)</p>	<p>Ausência de Suporte Material e Institucional para a realização do tratamento.</p> <p>1- Dificuldades no acesso à medicação  2- Dificuldades para marcação de consultas  3- Dificuldades financeiras  4- Dificuldades de locomoção até o posto de saúde  5- Número reduzido de profissionais em relação à demanda.  6- Tempo longo de espera pela consulta  7 - A pobreza da saúde pública no setor da saúde mental</p>
<p>Interpretação negativa dos resultados</p> <p>1- Estimar que já esteja curado antes da alta médica  2- Demora na percepção de resultados positivos com o tratamento  3- Presença de efeitos colaterais  4 - Piora dos sintomas</p>	<p>Ausência de Suporte Familiar</p> <p>1-Falta de apoio de familiares  2-Incompreensão da família a respeito da depressão  3- Familiar não acompanha o paciente no tratamento</p>	<p>Acompanhamento psicológico</p>
<p>Falta de Motivação do paciente para o tratamento / melhora</p> <p>1 - Resistência do paciente para a realização do tratamento muito longo.  2 - Tratamento muito complexo.  3 - Muitas doses no dia.  4 - Falta de motivação do paciente para a melhora</p>		

### 6.2.1 Aspectos intrapessoais

Esta categoria global compreende os fatores relacionados ao paciente e creditados pelos participantes do estudo como interferentes a não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão. Nela estão incluídas categorias específicas identificadas no material de estudo (CUNHA, 2006) que versam sobre fatores intrínsecos ao paciente, que teriam como possível implicação a não adesão ao tratamento, entre essas categorias temos:

**Tabela 6. Aspectos intrapessoais que influem na não adesão ao tratamento em pacientes com depressão no Centro de Saúde Campo Alegre.2015**

Aspectos intrapessoais	f	%
<b>Ausência do Reconhecimento da Depressão como Doença.</b>		
Não acreditar que necessita de tratamento	2	9.1
Não se acreditar doente	3	13.6
Não entender a depressão como uma doença	2	9.1
<b>Interpretação negativa dos resultados</b>		
Estimar que já esteja curado antes da alta médica	7	31.8
Demora na percepção de resultados positivos com o tratamento	12	54,5
Presença de efeitos colaterais	5	22.7
Piora dos sintomas	2	9.1
<b>Falta de Motivação do paciente para o tratamento / melhora</b>		
Resistência do paciente para a realização do tratamento longo.	3	13,6
Tratamento muito complexo.	2	9.1
Muitas doses no dia.	1	4,5
Falta de motivação do paciente para a melhora	5	22.5

**Fonte: Entrevista feita aos integrantes do estudo**

#### 6.2.1.1 Não reconhecimento da depressão como doença

Pode-se considerar que esta categoria específica se refere como é a forma pela qual o paciente compreende a depressão, e como ele reage a esta compreensão, avaliando sua gravidade e tomando consciência ou não da doença. 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.

Nesta categoria foram relatadas as seguintes causas: em primeiro lugar não se acreditar doente com 13.6% dos relatos, não acreditar que necessita de tratamento com 9.1% dos relatos dos pacientes do estudo e finalmente não entender a depressão como uma doença com 9.1%. Onde comprovamos na bibliografia que pouco conhecimento dos pacientes sobre a sua doença pode contribuir na não adesão no tratamento como foi relatado por (VILLAVERDE; ALCANTARA, 2010, p7)

[...] O nível de instrução dos pacientes e o conhecimento que têm sobre a doença, bem como as suas atitudes e crenças pessoais a respeito da eficácia dos tratamentos, têm sido amplamente reconhecidos como preditores consistentes do nível de adesão.

#### **6.2.1.2 Interpretação pessoal negativa dos resultados do tratamento**

Esta categoria está composta por aspectos de como a pessoa interpreta ou infere os resultados que vai alcançar realizando um tratamento psiquiátrico. Identificou-se, para a categoria específica em questão, a ausência de percepção de benefícios associados ao tratamento e os efeitos percebidos mediante a utilização da medicação. Temas como: estimar que já esteja curado antes da alta médica que ocupa um 31,8%, Demora na percepção de resultados positivos com o tratamento em primeiro lugar com 54,5% nos relatos dos pacientes a presença de efeitos colaterais apresentou um 22,7% dos relatos e finalmente a piora dos sintomas com 9,1%. Importante sinalar que o paciente espera efeito imediato pelo que é necessário informar ao paciente sobre a existência do período de latência prévio ao efeito terapêutico.

#### **6.2.1.3 Falta de motivação para realização do tratamento/cura**

Nela se encontram temas que se sobre à importância da participação ativa do paciente em seu tratamento, e seu desejo de melhorar a saúde. A importância da motivação do paciente para realização do tratamento ressaltada pelos participantes deste estudo corrobora a afirmação de Leite e Vasconcellos (2003 p. 8) a respeito da importância de se contemplar o fator motivação em pesquisas relativas à adesão de pacientes à terapêutica. Nesta categoria temos Resistência do paciente para a realização do tratamento muito longo com 13.6 % de presença nos relatos, Tratamento muito complexo só o 9.1 %, muitas doses no dia 4,5 % e falta de motivação do paciente para a melhora para 22.5 %.

Resumindo a Tabela 6 sobre os aspectos intrapessoais relacionados com a não adesão ao tratamento estão em primeiro lugar a demora na percepção de resultados positivos com o tratamento com uma frequência nos discursos de 54,5 %, continuando a estimar que já esteja curado antes da alta médica com uma frequência de 31.8 %. A Presença de efeitos colaterais ficou no terceiro lugar junto a falta de motivação do paciente para a melhora com uma frequência de 22.7% para cada, não acreditar que necessita de tratamento e não entender a depressão como numa doença, contribuíram com uma frequência de 9,1% de identificação nos discursos, e a categoria não se acreditar doente apresentou uma frequência do 13.6% de relatos nos discursos.

Os outros temas nesta categoria englobados foram identificados em uma frequência de 1% cada um, chamando atenção que Interpretação negativa dos resultados apresentou uma frequência comparativamente maior nos discursos respeito às outras categorias como os fatores relacionados com o tratamento em que se incluem resistência do paciente para a realização do tratamento muito longo, tratamento muito complexo, muitas doses no dia e falta de motivação do paciente para a melhora, aspectos segundo os autores como favorecedores da não adesão terapêutica. (CABRAL; SILVA, 2009, p. 6- 7).

[...] A prescrição em simultâneo de múltiplos medicamentos, assim como muitas tomas diárias ou dosagens elevadas, podem igualmente

contribuir para um menor comprometimento com o tratamento, bem como o tipo de fármaco e a forma como este deve ser administrado e manuseado, o desconforto que provoca (o tamanho do comprimido e o cheiro ou o sabor de um xarope, por exemplo) ou ainda devido a experiências negativas no passado com os mesmos fármacos ou similares.

Os mesmos autores referem que cerca de metade dos pacientes abandonam a terapêutica logo que se sentem melhores ou porque os tratamentos são longos, tanto o sentirem melhor como o fato de se sentirem pior ao a ausência de melhora dos sintomas pode contribuir para a falta de adesão ao tratamento.

### 6.2.2 Aspectos interpessoais

Os dados do estudo também revelaram que aquilo fatores externos ao paciente também poderiam influenciá-lo em seu comportamento de não adesão ao tratamento. Em relação com estes aspectos pôde-se identificar a importância das relações que se estabelecem entre o paciente e outras pessoas consideradas por eles envolvidas no tratamento e as vezes responsável por este. Assim, esta categoria global foi formada, em seu aspecto facilitador para a não adesão ao tratamento, por duas categorias específicas: “Relacionamento interpessoal negativo com a equipe” e ausência de suporte familiar.

**Tabela 7. Aspectos interpessoais que influem na não adesão ao tratamento em pacientes com depressão no Centro de Saúde Campo Alegre.2015**

Aspectos Interpessoais	f	%
<b>Relacionamento Interpessoal Negativo com a Equipe</b>		
Falta de atenção e disponibilidade do médico ou da Equipe	2	9.1
Não gostar do médico ou da equipe	0	
Insatisfação com o tratamento recebido pelo médico	2	9.1
Má qualidade no atendimento (equipe em geral)	1	
<b>Ausência de Suporte Familiar</b>		
Falta de apoio de familiares	5	22.7
Incompreensão da família a respeito da depressão	7	31.8
Familiar não acompanhar o paciente no tratamento	5	22.7

Fonte: Entrevista feita aos integrantes do estudo

#### **6.2.2.1 Relacionamento interpessoal negativo com a equipe**

Esta categoria tem os seguintes aspectos: a relação médico-paciente e a relação do paciente com os demais membros da equipe de saúde. Estes aspectos apresentam grande importância em relação com adesão terapêutica podendo-se identificar nos discursos dos pacientes em ênfase ao relacionamento com o médico, com os funcionários, e outros integrantes da equipe, dando a entender que abrangiam em suas falas, a equipe como um todo. Faltas de atenção e disponibilidade do médico ou da equipe. Não gostar do médico ou da equipe. Insatisfações com o tratamento recebido pelo médico. Más qualidades no atendimento (equipe em geral). O médico não atencioso parece incrementar no paciente o desânimo já presente nos quadros depressivos, alimentando ainda, ideias de desvalorização pessoal, reações estas que, dentre outras, podem contribuir para o afastamento deste paciente do seu tratamento. Um aspecto relatado foi referente rapidez nas consultas médicas que o paciente não consegue a expressão, de suas dores.

#### **6.2.2.2 Ausência de suporte familiar**

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. 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 CS aos familiares dos pacientes em tratamento, como possível fator de interferência na não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão. Falta de apoio de familiares. Incompreensões da família a respeito da depressão. Familiar não acompanhar o paciente no tratamento.

Assim, verificou-se que, a falta de suporte familiar, pode se constituir em fator a prejudicar a adesão terapêutica. A incompreensão dos membros da família ou desconhecimento a respeito da doença depressiva e/ou de sua terapêutica pode originar distanciamento do familiar em relação ao tratamento mental do paciente ou ao mesmo paciente, o que pode o que pode influir negativamente para adesão ao tratamento. A não aceitação de familiares 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. (CABRAL; SILVA, 2009, p.5)

[...] O ambiente familiar de pacientes portadores de transtornos afetivos foi considerado como fator que afeta o início e o curso destes transtornos. O meio social no qual a pessoa se encontra inserida pode também contribuir para o processo de adesão ou não adesão ao regime terapêutico. A precariedade habitacional, o núcleo familiar funcional ou não, uma boa relação conjugal, assim como um bom suporte das redes sociais, podem influenciar o seu comportamento.

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. 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,p.6) também incluíram a falta de ajuda e de suporte de familiares como fatores que levariam o paciente a não aderir ao tratamento.

[...]Depression often involves an appreciable degree of hopelessness, and compliance might be difficult or impossible for a patient who holds little optimism that any action will be worthwhile. Second, considerable research suggests the importance of support from the family and social network in a patient's attempts to be compliant with medical treatments. Depression is often accompanied by considerable social isolation and

withdrawal from the very individuals who would be essential in providing emotional support and assistance.

Resumindo a tabela 7 sobre os aspectos interpessoais que influem na não adesão ao tratamento em pacientes com depressão segundo os relatos dos integrantes da pesquisa. Os pacientes deram mais valor à ausência de suporte familiar que ao relacionamento interpessoal negativo com a equipe de saúde sendo a incompreensão da família a respeito da depressão. A falta de apoio dos familiares ao paciente ou ao tratamento foi alegada como de grande importância para a não adesão ao tratamento com uma frequência de 31.8 % dos relatos, continuando a falta de apoio dos familiares e o que familiar não acompanha o paciente no tratamento com um 22.7 % para cada, em quanto a Relacionamento Interpessoal Negativo com a equipe foi achado a falta de atenção e disponibilidade do médico ou da equipe e a Insatisfação com o tratamento recebido pelo médico em um 9.1% dos relatos, sendo referido pelos participantes a má qualidade no atendimento (equipe em geral) o 9,1 % e finalmente não gostar do médico não foi relatado aspecto que pode ser devido a ser o mesmo médico o pesquisador e o paciente ter vergonha de falar que não gosta dele.

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. 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), estando associada com a melhoria na qualidade do atendimento (PEREIRA; AZEVEDO, 2005; CAPRARA; RODRIGUES, 2004), e relacionada à adesão á terapêuticas em geral, ( LEITE, VASCONCELLOS, 2003,p.779).

[...]. As atitudes do profissional de saúde, como a linguagem, o tempo dispensado para a consulta, o atendimento acolhedor, respeito pelas verbalizações do doente, dando-lhe tempo para expor as suas dúvidas, motivam o doente para o cumprimento da terapia.

### 6.2.3 Aspectos contextuais

Aspectos de ordem básica e prática também mereceram destaque dos participantes do estudo ao refletirem sobre as condições prejudiciais à adesão ao tratamento. Categoria específica inserida neste aspecto corresponde essencialmente aos fatores percebidos como relacionados à não adesão. Duas categorias específicas originaram esta categoria global “Acompanhamento Psicológico”, e “Falta de Suporte Material e Institucional para a viabilização do tratamento”.

**Tabela 8. Aspectos contextuais que influem na não adesão ao tratamento em pacientes com depressão no Centro de Saúde Campo Alegre.2015**

Aspectos contextuais	f	%
<b>Ausência de Suporte Material e Institucional para a realização do tratamento.</b>		
Dificuldades no acesso à medicação	9	40.9
Dificuldades para marcação de consultas	2	9.1
Dificuldades financeiras	4	18.2
Dificuldades de locomoção até o posto de saúde	1	4.5
Número reduzido de profissionais em relação à demanda.	3	13.6
Tempo longo de espera pela consulta	2	9.1
A pobreza da saúde pública no setor da saúde mental	9	40.9
<b>Não acompanhamento psicológico</b>	3	13.6

Fonte: Entrevista feita a os integrantes do estudo

#### 6.2.3.1 Ausência de suporte material e institucional para a realização do tratamento

Refere-se às condições externas que afetam ao paciente como são os materiais essenciais para que o tratamento seja realizado, neste aspecto temos dificuldades com o acesso à medicação gratuita, problema para se trasladar ao posto de saúde, em especial, para

aqueles que residem na zona rural e são portadores de dificuldades decorrentes ou não da própria doença e finalmente os problemas financeiros. Em esta categoria também achamos a falta disponibilidade de profissionais e a oferta de poucas vagas para consulta, de acordo com a demanda e condições dos pacientes.

### **6.2.3.2 Não acompanhamento psicológico**

Esta categoria específica compreende temas que conferem importância ao não acompanhamento psicológico como agente influenciador da não adesão ao tratamento segundo a bibliografia consultada.

Resumindo a tabela 8. No estudo as dificuldades no acesso à medicação junto a pobreza da saúde pública no setor da saúde mental foram achado em um 49.9 % dos relatos, as dificuldades financeiras esteve presente em um 18.2 % dos relatos, em terceiro lugar de frequência ficou o número reduzido de profissionais em relação à demanda, em quanto que as dificuldades para marcação de consultas e o tempo longo de espera pela consulta ficou em quarto lugar com 13.6 % de frequência e finalmente as dificuldades de locomoção até o posto de saúde ocupando o último lugar com um 4,5 % dos relatos. 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. Estes dados corroboraram dados da literatura que afirmam que o fracasso na adesão ao tratamento em geral, poderia estar primariamente relacionado a não aquisição da medicação prescrita (MILSTEIN-MOSCATI, *et al.*, 2000; RASCHID, 1982 apud MILSTEIN-MOSCATI, *et al.*, 2000). 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.

A importância deste fator foi ressaltada pelos participantes do estudo, que estimaram, de grande importância o subsídio governamental que sustente a gratuidade da medicação já oferecida, pois como foi demonstrado a maior parte dos pacientes tem uma renda básica de 1 salário mínimo, sendo necessário ampliar o número e gênero de medicações psiquiátricas disponibilizadas no SUS, nos discursos dos pacientes foi referido as vezes falta de medicações específicas e falta constante de outras medicações mais recentes e com menos efeitos secundários que já estão disponíveis no mercado e não são disponibilizados pelo SUS.

Quanto ao acompanhamento psicológico resulta que foi identificada em um 13,6 % dos relatos, especificamente a falta de acompanhamento psicológico como fator que viesse a contribuir para a não adesão ao tratamento. Em consideração à ideia da importância da atuação conjunta entre profissionais, considerando que a regra seria a não cooperação do paciente, (LOTUFO, 2004) advertiu que a adesão ao tratamento farmacológico devia ser trabalhada em terapia. De forma que, os dados deste estudo corroboraram que a falta de acompanhamento conjunto nas áreas da psiquiatria e psicologia são uma condição facilitadora da não adesão ao tratamento para depressão.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transtorno depressivo constitui umas das doenças que mais irá gerar altos custos econômicos e sociais para os governos, devido aos gastos com tratamento para a população e às perdas de produção, o tratamento medicamentoso já foi consagrado muito importante no manejo e cura desta doença, a falta de adesão à terapêutica antidepressiva pode ser considerada como um grande entrave ao controle da doença. Este estudo visou compreender aspectos envolvidos na não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão, na perspectiva de usuários do Centro de Saúde Campo Alegre Belo Horizonte Minas Gerais, temática esta, ainda pouco explorada no contexto nacional.

Os resultados indicaram que a depressão é mais frequente em paciente do sexo feminino do que sexo masculino na faixa etária de 30 a 49 anos, com um nível educacional baixo, sendo uma doença de maior incidência em pacientes pertencentes a religião católica que são casados e com uma renda familiar de 1 salário mínimo, também foi possível identificar a existência três perspectivas relacionadas 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 dos participantes do estudo correspondendo com a bibliografia consultada.

Dentre os aspectos intrapessoais figuraram Ausência do Reconhecimento da Depressão como Doença, Interpretação negativa dos resultados, Falta de Motivação do paciente para o tratamento / melhora. A demora na percepção de resultados positivos com o tratamento foi o fator mais destacado pelos participantes em relação a não adesão ao tratamento, seguido de se estimar que já esteja curado antes da alta médica, a presença de efeitos colaterais.

Em referência à participação dos aspectos interpessoais na não-adesão à terapêutica antidepressiva, os pacientes deram mais valor a ausência de suporte familiar que ao relacionamento interpessoal negativo com a equipe de saúde. A

falta de apoio dos familiares ao paciente ou ao tratamento a ser realizado por ele foi alegada como de grande importância para a não adesão ao tratamento.

Sendo necessário criar estratégias para melhorar a participação familiar no tratamento do paciente, bem como, esclarecimento e orientações, prestadas ao grupo familiar, a respeito da doença depressiva, prognóstico e tratamento. Esclarecendo 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.

Em quanto a Relacionamento Interpessoal Negativo com a Equipe foi achada a falta de atenção e disponibilidade do médico ou da Equipe e a Insatisfação com o tratamento recebido pelo médico, a má qualidade no atendimento (equipe em geral) e principalmente falta de especialistas na rede como outros fatores que podem causar a não adesão ao tratamento médico.

Por isso é necessário que a equipe de saúde ajude o paciente a aderir ao tratamento medicamentoso para depressão, mediante um acolhimento do paciente com simpatia, cordialidade e presteza, promovendo atendimento pautado, sempre escutar tudo o que o paciente tem para dizer, valorizando e motivando o paciente a ser o responsável pelo progresso de seu tratamento. Os profissionais também devem esclarecer as dúvidas dos pacientes e brindar informações apropriadas à necessidade do paciente em linguagem clara e cordial, da prescrição realizada e dos benefícios que ela possa trazer, por tudo isso é a necessidade de formar profissionais atentos a importância que a relação médico-paciente assume no tratamento do paciente (especialmente do portador de transtorno mental) e preparados para esse manejo.

No último pilar co-relacionado à não adesão de pacientes deprimidos ao tratamento, são os aspectos relacionados ao contexto do tratamento, que respondem pelas condições básicas a serem respeitadas para que se possa avaliar a adesão ao tratamento. Será necessário prover e/ou garantir que o usuário possa usufruir dos serviços que dispensa, bem como, assisti-lo na

obtenção da medicação e demais necessidades do tratamento, precisando-se de 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. Quanto o acompanhamento psicólogo sobre a adesão do paciente depressivo ao tratamento medicamentoso pôde ajudar nesse sentido, a depressão é uma doença que precisa de uma em equipe multidisciplinar.

Resumindo algumas considerações a ter em conta para melhorar a adesão ao tratamento são o reconhecimento de fatores que levam à não adesão; o estabelecimento de forte aliança com o paciente; a educação do paciente sobre a doença e importância da manutenção do tratamento; educação do paciente sobre a medicação, interações medicamentosas, farmacocinética e efeitos colaterais; simplificação dos regimes medicamentosos; provimento de assistência a adesão à medicação; consideração da contagem da medicação como possível pesquisa de não adesão à medicação prescrita; enfatizar a relação médico – paciente.

Devido à complexidade da adesão ao tratamento constitui uma importante área de investigação que pode trazer benefícios no âmbito clínico, científico e social, que deve considerar-se no futuro um maior estudo da mesma ainda carente neste sentido. Sendo considerada como condição importante para o estabelecimento, manejo ou cura definitiva de doenças.

Algumas das medidas a serem tomadas pelas equipes de saúde podem ser: abrir agenda específica para atendimento de pacientes psiquiátricos, criando um tempo exclusivo para a saúde mental. Pode-se também incluir esses pacientes em grupos operativos de saúde mental, realizando psicoeducação, explicando, por exemplo, a forma de uso correto das medicações bem como fazendo uma abordagem das principais síndromes psiquiátricas. O paciente estando ciente do problema que enfrenta e a história natural da doença bem como abordar a família, pode aderir ao medicamento e consegue sucesso com o tratamento proposto pelo médico.

Em relação ao desenho das operações pode-se aumentar o nível de informação dos pacientes com transtorno depressivo em relação a sua doença. Para isso podem-se criar grupos operativos específicos. As estratégias de comunicação são necessárias para mobilizar a população participante. Outro ponto importante è o de garantir distribuição dos medicamentos necessários para tratamento da depressão e comprovar a adesão terapêutica dos pacientes.

A implantação de um dia reservado para atendimento dos pacientes com transtornos psiquiátricos com enfoque nos pacientes com transtorno depressivo maior fez parte também de um plano operativo. Outra operação necessária é tentar modificar hábitos e estilos de vida dos pacientes selecionados, que significa boa saúde, incluindo práticas de atividade física e boa alimentação. Mudanças no estilo de vida são fundamentais no tratamento desses pacientes. Para isso é preciso de parceria com educadores físicos e fisioterapeutas na tentativa de abordar esses pacientes.

Finalmente consideramos que os resultados deste estudo evidenciaram a necessidade de programas de formação, treinamento e capacitação de equipes de saúde 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. Neste caso a amostra do estudo foi muito pequena só composta por participantes de uma equipe de um único centro de saúde limitando a interpretação de resultados, por isso sugere-se o desenvolvimento de outros estudos relacionados a este tema englobando um maior número de sujeitos e a realização de estudos que avaliem o uso de estratégias específicas na adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes depressivos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P.; LARAMJEIRA, L.; DRATCU, R. **Manual de Psiquiatria Clínica** Editora Guanabara Koogan, 2013. 653p

BRASIL.Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96.

CABRAL, M.; SILVA, P. **A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições**. 2009. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. ISBN: 9789726712480.

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.

CATALDO, A. N. **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Edipucrs. 2003 945p

CORRÊA, E.J., VASCONCELOS, M. SOUZA, M.S. L. **Iniciação a metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da família, 2013

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.

CUNHA, M. F. **Adesão e não adesão ao tratamento psiquiátrico para a depressão**, Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, 2006.

FIGUEIREDO, M. L. M. **Adesão terapêutica numa mulher com depressão maior: perspectiva da doente**. 2012 p. 20. Disponível: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1667> acessado em 26 jun.2015.

FLECK, M.T. et al. Revision of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression. **Rev Brasileira de Psiquiatria**. 2009. 17p

FORTIN, M. **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, D. L. 2009.ISBN 978-989-8075-18-5.

GUSMÃO, J. L.; MIOM, D. Jr. Adesão ao tratamento: conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão** vol.13 (1): p.23-25, 2006.

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.

LIMA, J.; MION, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Jul 02, 2014. 25p

LOUZA, M. R. et al. **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 712p.

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.

PEREIRA, C. Abaixo o preconceito. **Isto é**, p. 50-51, 1998

QUEVEDO, J.; SILVA, A. **Depressão: Teoria e Clínica**. Artmed Editora com a ABP, 2013. 248p.

ROBIN, M. et al. **Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment: Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence**. US National Library of Medicine National Institutes of Health. Arch Intern Med. 2010

SILVA, A. G. Adesão ao tratamento da depressão. In: **Depressão: diagnóstico e tratamento pelo clínico**. São Paulo: Roca, 2005. cap. 14, p. 203-211.

VILLAVERDE, M. P.; ALCANTARA, P. **A adesão a terapêutica em Portugal atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas**. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. 20 de março 2010. 36p

## **ANEXO A**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

#### **Dados sócio demográficos.**

- 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,      2ºg comp.,      3º g incomp, 3ºg comp.
- 5). Renda familiar (em quantidade de salários mínimos): 1, 2, 3 ou mais
- 6). Religião:

#### **Dados clínicos**

- 7). Diagnóstico feito pelo profissional:
- 8). Do que você tratou ou trata no entro de saúde Campo Alegre? Há quanto tempo?
- 9). Você já fez algum tratamento psiquiátrico anterior a este? Porque você fez?
- 10) O tratamento deu certo?
- 11). Você já interrompeu algum tratamento psiquiátrico antes? Se sim por quê?
- 12). Você entende como deve tomar a medicação quando o médico te explica?
- 13). Você toma a medicação conforme o médico te orienta?

#### **Não adesão ao tratamento**

- 14). Quais são os fatores que você acha que interferem com a adesão do paciente psiquiátrico ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde mental?
- 15). O que você acha que atrapalha a adesão do paciente psiquiátrico ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde mental?
- 16). Quais são os principais fatores que dificultam ou impedem o paciente de seguir o tratamento mental recomendado?
- 17) O que poderia facilitar ao paciente de saúde mental seguir as

recomendações que lhes são feitas pelos profissionais de saúde mental?