

EL TRASTORNO AFECTIVO BI POLAR: ADHESIÓN AL MEDICAMENTO Y SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO Y ORIENTACIONES DEL EQUIPO DE SALUD DE UN NÚCLEO DE SALUD MENTAL

Adriana Inocenti Miasso¹
Maristela Monteschi²
Kelly Graziani Giacchero³

El trastorno afectivo bipolar (TAB) es crónico y requiere tratamiento medicamentoso para su control. Este estudio verificó la adhesión de personas con TAB a la medicación y comparó, entre adherentes y no adherentes, la satisfacción en cuanto al equipo de salud y al tratamiento. Participaron del estudio 21 pacientes con TAB atendidos en un Núcleo de Salud Mental. Fue realizada una entrevista con aplicación de la prueba de Morisky-Green y de un instrumento elaborado por las investigadoras. Los datos fueron analizados con un abordaje cualitativo y cuantitativo. Los resultados mostraron que la mayor parte de los pacientes no adhiere al tratamiento medicamentoso por "comportamiento no intencional". La mayoría de ellos afirma tener satisfacción con la efectividad del medicamento y con las informaciones recibidas sobre este, sin embargo fueron identificados relatos de efectos colaterales, dudas y falta de motivación para seguir el tratamiento. Esta investigación apunta para la necesidad de elaborar estrategias dirigidas a la promoción de la adhesión a la terapia medicamentosa en pacientes con TAB.

DESCRITORES: trastorno bipolar; grupo de atención al paciente; satisfacción del paciente; esquema de medicación

TRANSTORNO AFETIVO BI POLAR: ADESÃO AO MEDICAMENTO E SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO E ORIENTAÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DE UM NÚCLEO DE SAÚDE MENTAL

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é crônico e requer tratamento medicamentoso para seu controle. Este estudo verificou a adesão de pessoas com TAB à medicação e comparou, entre aderentes e não aderentes, a satisfação quanto à equipe de saúde e tratamento. Participaram do estudo 21 pacientes com TAB atendidos em um Núcleo de Saúde Mental. Foi realizada entrevista com aplicação do teste de Morisky-Green e de um instrumento elaborado pelas pesquisadoras. Os dados foram analisados com abordagem quali-quantitativa. Os resultados mostraram que a maior parte dos pacientes não adere ao tratamento medicamentoso por "comportamento não intencional". A maioria deles afirma satisfação com a efetividade do medicamento e com as informações recebidas sobre o mesmo, mas foram identificados relatos de efeitos colaterais, dúvidas e falta de motivação para seguir o tratamento. Esta pesquisa aponta para a necessidade de estratégias direcionadas à promoção da adesão à terapia medicamentosa em pacientes com TAB.

DESCRITORES: transtorno bipolar; equipe de assistência ao paciente; satisfação do paciente; esquema de medicação

BI POLAR AFFECTIVE DISORDER: MEDICATION ADHERENCE AND SATISFACTION WITH TREATMENT AND GUIDANCE BY THE HEALTH TEAM IN A MENTAL HEALTH SERVICE

Bipolar Affective Disorder (BAD) is a chronic disease and requires medication treatment. This study verified the adherence of people with BAD to medication and compared, among adherent and non-adherent patients, satisfaction with the health team and treatment. Twenty-one patients with BAD receiving care in a mental health unit participated in the study. The Morisky-Green test and another instrument elaborated by the researchers were used for interviews. Data were analyzed with qualitative and quantitative approaches. Results showed that the majority of patients did not adhere to the medication treatment due to "non-intentional behavior" (negligence or forgetfulness). The majority reports satisfaction with information received regarding the medication and its effectiveness, though there were reports of collateral effects, doubts and lack of motivation to keep up the treatment. This research shows the need for strategies directed at promoting adherence to medication therapy in patients with BAD.

DESCRIPTORS: bipolar disorder; patient care team; patient satisfaction; drug administration schedule

INTRODUCCIÓN

El trastorno afectivo bipolar (TAB) constituye un trastorno crónico caracterizado por oscilaciones importantes del humor entre los polos de la euforia (manía) y la depresión. Afecta a cerca de 1,6% de la población⁽¹⁾ y tiene un importante impacto en la vida del paciente, ya que puede ocasionar perjuicios funcionales expresivos, dificultades para el auto cuidado, comportamientos inadecuados y problemas de relaciones interpersonales⁽²⁾.

Para el control del TAB, es necesario el tratamiento medicamentoso continuo. Sin los tratamientos actualmente disponibles, los pacientes pasaban una cuarta parte de sus vidas adultas en el hospital y mitad de ella con serias limitaciones funcionales. Los medicamentos efectivos usados, en combinación con la psicoterapia, permiten que 75-80% de los pacientes portadores de TAB lleven una vida esencialmente normal⁽³⁾.

La eficacia del tratamiento medicamentoso está directamente relacionada a la adhesión al mismo. Entretanto, un problema común en el tratamiento del TAB es que las personas no siempre toman los medicamentos regularmente. Ese aspecto es relevante para los profesionales de la salud, considerando que la no adhesión puede aumentar la recurrencia de la manía, la frecuencia de episodios depresivos, las hospitalizaciones y suicidios, comprometiendo la calidad de vida de los pacientes y familiares y aumentando los costos para el sistema de salud⁽⁴⁻⁵⁾.

El concepto de adhesión o adherencia varía entre diversos autores, sin embargo, de forma general, es comprendido como el grado en que el paciente sigue las recomendaciones médicas, o del profesional de la salud consultado, retorna al servicio y mantiene el tratamiento indicado⁽¹⁾. Se destaca que cada autor define el término adhesión de acuerdo con su comprensión sobre el papel de los actores en el proceso. Los términos más utilizados en la lengua inglesa *adherence* y *compliance* tienen significados diferentes. *Compliance*, que puede ser traducida como obediencia, presupone un papel pasivo del paciente, y *adherence*, o adherencia, es utilizada para identificar una elección libre de las personas para adoptar cierta recomendación⁽⁶⁾.

La no adhesión a la terapéutica medicamentosa es un fenómeno sujeto a la influencia de múltiples factores relacionados a las

condiciones socio demográficas, a la enfermedad, a la terapéutica, a la relación entre profesionales de salud y paciente así como al propio paciente⁽²⁻³⁾. Un factor cuya importancia viene siendo muy reconocido es la confianza que el paciente tiene en el medicamento prescrito, en el tratamiento como un todo, en el médico responsable por la prescripción, así como aquella que deposita en todo el equipo de salud⁽⁷⁾.

Entre los conceptos asumidos por los varios autores para el estudio de la adhesión, las diferencias más evidentes se encuentran entre aquellos que enfocan el fenómeno en el paciente y aquellos que buscan la comprensión en factores externos a él. Se destaca que los factores relacionados al paciente, más difícilmente controlados, constituyen siempre un gran peso en el tema de la adhesión⁽⁸⁾.

Considerando los aspectos descritos y el hecho de la interacción paciente/equipo de salud constituyen un factor relevante para la adhesión al tratamiento, este estudio verificó la adhesión de pacientes con trastorno afectivo bipolar a la terapéutica medicamentosa prescrita, por la aplicación de la prueba de Morisky-Gren⁽⁹⁾ y comparó la satisfacción con el equipo de salud y la terapéutica medicamentosa entre los pacientes identificados como adherentes y no adherentes. Un estudio de esta naturaleza ofrece importantes subsidios para la implementación de estrategias de intervención en los servicios de salud, dirigidas a la adhesión a los medicamentos por personas con TAB así como a la calidad de la asistencia a esa clientela.

METODOLOGÍA

Se trata de estudio transversal, descriptivo, con abordaje cualitativo y cuantitativo. Fue realizado en un núcleo de salud mental (NSM) del municipio de Ribeirão Preto, SP, perteneciente al Sistema Único de Salud. El proyecto fue desarrollado después de la autorización dada por la administradora del referido núcleo y aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la institución (Protocolo n. 206/CEP-CSE-FMRP-USP).

Participaron del estudio los pacientes con TAB que fueron atendidos en el NSM en el mes de mayo de 2007 y que atendieron a los siguientes criterios de inclusión: tener diagnóstico de TAB establecido por el médico del núcleo, tener

prescripción de medicamentos de uso continuo para tratamiento del TAB, tener edad igual o superior a 18 años, ser capaz de comunicarse verbalmente en portugués, estar de acuerdo en participar del estudio y firmar el término de consentimiento libre y esclarecido. Fueron excluidos de la investigación los pacientes atendidos en el NSM, durante el período en estudio, que no atendían a los criterios de inclusión.

Para recolección de los datos, fue empleada la técnica de la entrevista semiestructurada grabada. El grado de adhesión fue definido por la aplicación de la prueba de Morisky y Gren⁽⁹⁾. Esa prueba permite identificar el grado de adhesión del paciente y discriminar si la eventual no adhesión es debida al comportamiento intencional (preguntas "¿Cuándo usted se siente bien, alguna vez, dejó de tomar su remedio?" y "¿Cuándo usted se siente mal, con el remedio, a veces, deja de tomarlo?") o no intencional (preguntas: "¿Usted, alguna vez, se olvidó de tomar su remedio?", y "¿Usted, a veces, es descuidado con el horario de tomar su remedio?"). La prueba fue validada por otros estudios y ya fue traducida y aplicada en Brasil.

Fue atribuido a las respuestas el valor de 0 (cero) o 1 (uno), siendo el valor 1 destinado a cada respuesta positiva en que la frecuencia admitida fue de una vez por mes o menos, y el valor 0 (cero) para las otras posibilidades de frecuencia. Fue adoptado como criterio para clasificar el grado de adhesión: "adherentes" los pacientes que obtuvieron 4 puntos en la prueba de Morisky y Gren⁽⁹⁾ y "no adherentes" aquellos que obtuvieron de 0 a 3 puntos.

Para recolectar informaciones relacionadas a la percepción del paciente, fue utilizado un instrumento desarrollado por las investigadoras, que investiga: la opinión sobre la atención ofrecida por el equipo del NSM, la satisfacción con el tratamiento medicamentoso y con las orientaciones recibidas en el NSM, la existencia de dudas sobre medicamentos en uso y sugerencias para la mejoría de la atención. Este instrumento fue empleado después de la realización de un estudio piloto para comprobar su adecuación.

Para el análisis de los datos relacionados a la adhesión al medicamento fue utilizada la estadística descriptiva; y, para aquellos referentes a la percepción del paciente sobre el equipo de salud, el abordaje cualitativo, se utilizaron los conceptos de Minayo⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Caracterizando a los sujetos del estudio

Participaron de este estudio 21 pacientes con edad entre 23 y 79 años. En la tabla siguiente están las características socio demográficas de los participantes de este estudio.

Tabla 1 – Caracterización de los sujetos participantes del estudio

Características	N	%
Sexo		
Femenino	18	85,7
Masculino	3	14,3
Total	21	100
Estado civil		
Casado	9	42,8
Soltero	8	38,1
Divorciado	3	14,3
Unión estable	1	4,8
Total	21	100
Escolaridad		
Analfabeto	2	9,5
Sabe leer y escribir	2	9,5
Enseñanza fundamental incompleta	6	28,5
Enseñanza fundamental completa	7	33,3
Enseñanza medio incompleta	1	4,8
Enseñanza medio completa	1	4,8
Enseñanza superior completa	1	4,8
Posgraduación	1	4,8
Total	21	100
Ocupación		
Jubilado	3	14,3
Desempleado	4	19,1
Trabajador con vínculo de empleo	5	23,8
Trabajador con licencia médica	2	9,5
Del hogar	7	33,3
Total	21	100

Se observa, en la Tabla 1, que la mayoría (85,7%) de las personas entrevistadas era del sexo femenino, a pesar de que no es comprobada una diferencia significativa en la distribución de TAB entre los géneros. El número elevado de mujeres, en este estudio, puede ser explicado por el hecho de que los hombres con TAB buscan el servicio de salud significativamente menos que las mujeres⁽¹¹⁾.

En lo que se refiere al estado civil, se observó un mayor porcentaje (42,8%) de personas casadas. En cuanto al grado de escolaridad, para la mayoría de los pacientes, este fue igual o superior a la enseñanza fundamental completa (52,5%). Se destaca que 14,3% de los pacientes eran divorciados siendo que, para todos, el divorcio ocurrió después

del surgimiento del TAB. De los 21 pacientes, apenas 23,8% poseían vínculo de empleo. Se destaca que 19,1% estaban desempleados, 9,5% recibieron licencias del trabajo del Instituto Nacional del Seguro Social (INS) y 14,3% estaban jubilados como consecuencia del trastorno mental. Tales aspectos son relevantes, considerando que, al quedar sin empleo, las personas con TAB pierden sus papeles sociales y su autoestima, experimentando sentimientos de exclusión social. Inclusive cuando los beneficios de la seguridad social amenizan los problemas financieros, puede estar presente la sensación de inutilidad y de haber fallado como proveedor de las necesidades de la familia⁽²⁾.

El comportamiento relacionado a la adhesión al tratamiento medicamentoso

La adhesión al tratamiento medicamentoso fue evaluada por la prueba de Morisky y Gren⁽⁹⁾, el cual permite evaluar si la eventual no adhesión del paciente se debe a un comportamiento intencional (dejar de tomar la medicación por se sentir bien o por se sentir mal) o no intencional (olvido y descuido en cuanto al horario de la medicación).

Se constató que, entre los pacientes investigados, la mayoría (57,2%) es no adherente por comportamiento no intencional, 14,3% son no adherentes por comportamiento intencional y apenas 28,5% son adherentes. Lo encontrado corrobora los resultados de investigaciones que revelan que las tasas de no adhesión son altas en trastorno bipolar, representan 47% en alguna fase del tratamiento y que, aproximadamente, 50% de los pacientes bipolares interrumpen el tratamiento por lo menos una vez, en cuanto 30% de ellos lo hacen al menos dos veces⁽⁴⁾.

Es un hecho que la no adhesión al medicamento prescrito puede aumentar la recurrencia de manía y la vivencia de las crisis del trastorno. Estas constituyen una de las causas asociadas con la rehospitalización y el suicidio⁽⁴⁾. También, las crisis y internaciones son gradualmente acompañadas por pérdidas afectivas y cognitivas, limitaciones financieras, problemas en el trabajo, en la diversión, y en los estudios, entre otras esferas de la vida cotidiana, comprometiendo la calidad de vida tanto del paciente como la de sus familiares, además de generar un alto costo para los servicios de salud⁽²⁾. De esa forma, la no adhesión al medicamento es responsable por grandes frustraciones en la

psiquiatría, mereciendo especial atención de los gestores de salud y profesionales que actúan en esa área. Estos aspectos apuntan para la importancia de la implementación, en los servicios de salud, de intervenciones combinadas con la finalidad de obtener mayores tasas de adhesión y mejor soporte asistencial para los tratamientos de trastornos mentales. Revelan, también, la necesidad de reflexionar éticamente, en la cual reconocer y respetar la individualidad y el libre arbitrio sean parámetros establecidos y seguidos, en la orientación y manutención del tratamiento⁽¹²⁾.

La adhesión a la terapéutica medicamentosa y la satisfacción con el equipo de salud

En esa etapa, los resultados y discusión serán presentados en tópicos, de acuerdo con el contenido de los diálogos de cada subgrupo de pacientes, clasificados por la prueba de Morisky y Gren⁽⁹⁾ en adherentes, no adherentes no intencionalmente y no adherentes intencionalmente.

Opinión sobre la atención ofrecida por el equipo de salud del NSM

Fue observado que todos los pacientes *adherentes* al tratamiento medicamentoso se refieren positivamente al equipo de salud, mencionando estar satisfechos con el mismo. Lo encontrado corrobora los resultados de una revisión bibliográfica⁽⁸⁾ sobre adhesión a la terapéutica medicamentosa, que identificó varias publicaciones que traen como uno de los factores decisivos para la adhesión la confianza depositada por el paciente en la prescripción y en el equipo de salud.

Entre los no *adherentes no intencionalmente* se observó que la mayoría (83,33%) de ellos declaró satisfacción en cuanto a la atención ofrecida por el equipo de salud. Sin embargo, hay pacientes que expresaron insatisfacción relacionada, principalmente, al intervalo de tiempo entre las consultas programadas, a la falta de disponibilidad del núcleo para atender el paciente fuera del día programado para el retorno, a la demora y estandarización de la atención (atención en orden de llegada y falta de avisos cuando las consultas son reprogramadas).

...la atención demora... es difícil que nos atiendan en la hora que se necesita, en el momento... Y las consultas programadas, es muy lejos una de la otra, entonces pienso que no es muy bueno (A).

La cuestión de la disponibilidad y calidad es un problema que aparece en los servicios de salud públicos y no apenas el NSM. Con la implantación del Sistema Único de Salud (SUS), teóricamente, cualquier persona tiene derecho a la atención gratuita, sin embargo la garantía de acceso a la asistencia calificada, es todavía un sueño distante⁽¹³⁾.

En ese contexto, las declaraciones de los pacientes revelan su insatisfacción frente a la estandarización de las intervenciones. Se sienten desconsiderados por no recibir una programación individualizada para las consultas. Así, se quejan de la demora en la atención, de la falta de avisos cuando las consultas son reprogramadas y de la atención por orden de llegada.

...cambio de día, cuando ocurre nadie avisa... Llegamos aquí y tenemos que volver para atrás... Si ellos programan para la una, eres atendido a las dos... Últimamente ellos están programando a todo el mundo a las 13h para atender por orden de llegada. Pienso que es incorrecto programar a todos los pacientes por orden de llegada (H).

La literatura⁽¹⁴⁾ revela que las fallas en la atención, como las largas esperas y aplazamientos de consultas, son prácticas cotidianas que "deshumanizan", y que necesitan ser repensadas para la optimización y calificación de la atención.

Entre los pacientes no *adherentes intencionalmente* se verificó que, del total de tres pacientes, uno estaba insatisfecho con la atención ofrecida por el equipo de salud, afirmando no sentir seguridad en la relación con el médico. Entretanto, el relato del paciente no se restringe apenas al médico del NSM, también lo hace sobre los psiquiatras como un todo.

... él (médico) no me da seguridad... Es que él tiene cara de loco mismo, todo psiquiatra es así... tiene más cara de loco que nosotros que tenemos problemas (V).

Esos aspectos son relevantes, ya que cuando el paciente no se siente seguro en la relación médico/paciente, ciertamente tendrá dificultades para creer en el tratamiento prescrito y adherir al mismo⁽⁸⁾.

La satisfacción con la eficacia del tratamiento medicamentoso

En cuanto a la satisfacción con la eficacia del tratamiento medicamentoso, se verificó que, de los seis pacientes *adherentes*, tres (50%) están satisfechos, uno (16,7%) tiene dudas sobre la eficacia del mismo y dos (33,3%) pacientes están insatisfechos.

Se destaca que, a pesar de que los pacientes satisfechos con el medicamento en uso creen que el mismo está funcionando, todos ellos, en algún momento, se quejaron de la presencia de efectos colaterales y de la necesidad de convivir con los mismos.

Si, está funcionando... tenía el cabello largo, estaba tomando ácido valproico, cayó todo mi cabello (N).

Está funcionando, sin embargo solo que estoy engordando... engordé 10 quilos (Q).

Pienso que sí (está funcionando)... sin embargo me da sueño (F).

Se verifica, por medio de las declaraciones, que, cuando la opción es por adherir al tratamiento medicamentoso, la persona con TAB pasa a convivir con los efectos colaterales de los psicotrópicos, los cuales pueden traer consecuencias físicas y emocionales. Entre los posibles efectos, se encuentra la caída del cabello y el aumento de peso que altera la apariencia física del individuo, pudiendo comprometer la autoestima, ocasionar incomodidad, restringir las actividades cotidianas y modificar la identidad social⁽²⁾.

Los pacientes *adherentes*, que refirieron insatisfacción con la eficacia de la medicación, asumieron una postura activa, buscando la atención médica para solucionar el problema.

Ahora vine justamente para conversar con el médico, me dio insomnio, no se lo que sucedió, vine para conversar con él (M).

En lo que se refiere a los pacientes que *no adhieren no intencionalmente*, se verificó que, a pesar del olvido o descuido ocasional en tomar el medicamento, la mitad de ellos refiere satisfacción en cuanto a la eficacia del tratamiento medicamentoso. Entretanto, inclusive entre los pacientes que se consideran satisfechos, hay relatos de aspectos negativos como tener siempre que tomar la medicación, exceso de medicación y sueño, revelando que esa satisfacción no es total.

Ellos están funcionando, solo que en el momento estoy teniendo bastante sueño, siento bastante sueño. Hablé con él (médico) por eso lo disminuyó (E).

Yo pienso que está funcionando porque me siento bien y no pienso que pueda estar enfermo... pienso que es mucho medicamento podría ser disminuido un poco (D).

En lo relatado anteriormente, el paciente no se considera enfermo y, por eso, cree que la medicación podría ser disminuida. Tal aspecto es relevante, ya que, en la fase de manutención del tratamiento, el paciente puede presentar remisión de

síntomas y descuidarse del mismo, comprometiendo la eficacia de la farmacoterapia⁽²⁾.

La otra mitad de los pacientes que no *adhieren al tratamiento no intencionalmente* refirió insatisfacción en cuanto a la eficacia del mismo. Mencionan no presentar cuadro de mejoría y pasar por diversos reajustes en la terapéutica medicamentosa lo que puede, en parte, ser explicado por la propia utilización inadecuada del medicamento.

No... en nosotros no dio resultado con el tegretol, fluoxetina, nosotros tratamos, sabe... (J).

No resuelve el problema... si no lo tomas es peor (O).

En el relato anterior el paciente expresa insatisfacción en relación al tratamiento medicamentoso, entretanto, juzga que, si no adhiere al mismo, su situación empeora. La literatura⁽²⁾ revela que la presencia de efectos colaterales y la percepción de la necesidad del medicamento, frente a las crisis y nuevas internaciones, hace con que la ambivalencia en relación a la adhesión a la medicación se encuentre en toda la trayectoria de las personas con TAB.

La cronicidad del TAB impone, también, al paciente tratamiento prolongado y, en ese contexto, existen aquellos que pueden tener miedo de “viciarse” en el medicamento. A pesar de ese miedo y de fallas en la adhesión, hay pacientes que perciben el medicamento como una realidad necesaria para la estabilidad del trastorno.

Son muchos y muchos años que yo tengo miedo de mi organismo quedar totalmente dependiente porque yo soy una persona joven... nosotros tenemos expectativa de vida... y mi realidad es esa, yo tengo que tomar todos ellos (J).

Entre los pacientes que no *adhieren* al tratamiento medicamentoso *intencionalmente* existen aquellos que expresan insatisfacción con la medicación por no considerarse enfermos. La declaración siguiente muestra que el paciente “estaba tomando” el medicamento inclusive creyendo que “no debía” tomarlo, expresando su creencia total en la verdad médica, tornándose pasivo, sumiso a la voluntad del médico. Esa creencia puede ser justificada por el poder atribuido a este, en virtud de su carga cultural y formación profesional.

Yo no tengo nada en la cabeza... él (médico) pensaba yo tenía problemas en la cabeza... daba el remedio yo lo tomaba, sin embargo yo siempre pensé que yo no debía tomar el remedio, entonces yo paré (T).

Esta declaración y la literatura revelan que los pacientes con TAB, al no percibirse enfermos, generalmente no identifican motivos para seguir la

terapéutica medicamentosa, siendo frecuente el abandono de la misma⁽²⁾. Generalmente esa decisión es considerada como una falla por los profesionales, ya que, para estos, la única opción aceptable, por parte del usuario, es seguir las orientaciones presentadas por el equipo de salud. Uno de los pacientes que no adhirió al medicamento intencionalmente refirió que el tratamiento causaba mucho sueño y prefirió la utilización de bebidas alcohólicas. Tal aspecto es relevante, ya que está comprobado que el uso indebido del alcohol es el efecto colateral más asociado al TAB, siendo capaz de alterar la expresión, el curso y el pronóstico del mismo⁽¹⁵⁾.

Yo ya bebía antes de comenzar el tratamiento, sin embargo llegué a parar y hacer el tratamiento solo con medicamentos... Sin embargo después que yo vi que estaba entrando en complicaciones con mi vida particular, ahí yo dejé de lado el remedio porque me daba sueño, y comencé a tomar la bebida alcohólica que me dejaba más para encima y no me daba sueño (G).

Está evidente, en las declaraciones de los participantes del estudio, la hegemonía del modelo biomédico de asistencia a la salud, que resulta en una relación de poder, tanto social como simbólica, entre médico y paciente. En ese modelo, los profesionales que se consideran detentores de la verdad son responsables por instruir aquellos que supuestamente nada saben a incorporar hábitos y actitudes considerados por ellos como más saludables, desconsiderando, muchas veces, los procesos sociales, históricos y culturales, en los cuales el paciente construye su identidad y conocimientos. En ese contexto, merece discusión, tanto en la práctica profesional como en la investigación, el papel del paciente en su tratamiento, considerándolo como ser social, dotado de creencias, valores, expectativas, conocimientos y que atribuye sentidos y significados al uso o resistencia al uso del medicamento en su proceso de enfermedad.

Satisfacción con las orientaciones del equipo y dudas sobre al tratamiento medicamentoso

En este estudio, todos los pacientes *adherentes* consideraron suficientes las orientaciones que recibieron del equipo de salud y no presentaron dudas sobre los medicamentos utilizados. Vale resaltar que la información acerca de los medicamentos constituye condición básica para la adhesión al

tratamiento, además de se un derecho del paciente el acceso a la misma.

Con relación a los pacientes que no *adhieren no intencionalmente* al medicamento, se constató que la grande mayoría (91,7%) está satisfecha con las orientaciones que recibió del equipo de salud. Sin embargo, existen pacientes que presentaron dudas sobre algunos de los medicamentos utilizados o no estaban realmente convencidos de la necesidad de los mismos.

Estoy sí (satisfecha con las orientaciones), porque es igual yo estoy diciendo, si fuese por mí yo no lo tomaría, me daría de alta, no tenía ese compromiso de estar tomando remedio, sin embargo ellos dicen que no (U).

El deseo de librarse de la medicación se da con la intención de superar el estigma de enfermo crónico, ya que el acto de tomar el medicamento regularmente demuestra, todo el tiempo, que si es un enfermo crónico⁽²⁾. La misma paciente, cuando indagada a respecto del nombre de los medicamentos en uso, respondió:

... yo no recuerdo (U).

Como en el ejemplo anterior, el paciente, por sentirse bien, puede creer que el medicamento no es necesario, no dando importancia a las informaciones recibidas en el servicio de salud. Por lo tanto, inclusive cuando el paciente afirma satisfacción en relación a las orientaciones que recibió previamente es importante motivarlo a adherir al medicamento, a exponer sus dudas y, principalmente, a asumir un papel activo en su tratamiento.

El paciente no *adherente no intencionalmente* que refirió insatisfacción, en relación a las orientaciones recibidas del equipo, mencionó olvidar las informaciones. Su declaración revela, también, la ocasión anterior en que abandonó intencionalmente el tratamiento medicamentoso y necesitó de internación.

Entiendo, sin embargo después usted olvida todo, yo no entiendo nada... A veces yo dejo de tomar, yo ya paré de tomar remedio... yo ya quedé internado (O).

Se destaca que todos los pacientes que no *adhieren intencionalmente* al tratamiento medicamentoso afirmaron haber entendido las orientaciones que recibieron del equipo de salud y no tener dudas sobre los medicamentos utilizados. Sin embargo, inclusive satisfechos en cuanto a las informaciones, esos pacientes, algunas veces, interrumpen el tratamiento intencionalmente, lo que demuestra que la falta de información sobre el

medicamento es uno de los factores que propicia la no adhesión, sin embargo no la justifica por si solo.

Vale resaltar que ningún participante del estudio mencionó al enfermero al ser preguntado sobre la satisfacción con las orientaciones del equipo de salud, evidenciando el no reconocimiento de ese profesional como responsable por tal actividad. La literatura corrobora lo encontrado al revelar que, en la salud mental, el enfermero es el profesional que menos realiza atenciones directas a la clientela, ocupando la mayor parte de su tiempo con actividades de organización del trabajo de las instituciones donde actúa⁽¹⁶⁾.

Sugestiones para mejorar la atención ofrecida por el equipo de salud del NSM

Cuando fue solicitado a los pacientes que entregasen sugerencias para mejorar la atención ofrecida por el equipo del NSM, apenas un tercio de los mismos se manifestó. Algunos pacientes atribuyeron al hecho de presentar sugerencias, a ser ingratos, a una posible ofensa al servicio de salud, o a una crítica negativa. Tal aspecto sugiere que, a veces, los pacientes pueden asumir una actitud pasiva para no desagradar a los profesionales que los asisten.

Se yo hablase alguna cosa sería una afrenta a las personas que trabajan aquí (J).

Entre las sugerencias ofrecidas se identificó, también: la contratación de un mayor número de profesionales en el servicio, consultas programadas en escala de horario, soporte terapéutico multidisciplinar y la introducción de cursos como actividad ocupacional, revelando el deseo del paciente de participar de modalidades terapéuticas alternativas a la farmacológica.

... falta contratar a profesionales psiquiatras, personal del equipo de enfermería, eso es una cosa urgente por la cantidad de pacientes (S).

Pienso que es incorrecto programar a todos los pacientes por orden de llegada, hasta porque yo trabajo... Entonces si se define un horario, yo voy estar aquí... Yo no vengo aquí para descansar, para obtener el certificado no (H).

Pienso que deberían haber más psicólogos, solo tienen uno para ese bando de gente, mucha gente.. (V).

La única cosa que pienso... debería tener como antes los cursos, curso de adornos de fantasías, pienso interesante tener de nuevo para quien no está trabajando... (E).

A pesar de que el tratamiento medicamentoso es esencial, la literatura apunta que las

intervenciones psicosociales, asociadas al mismo, pueden ayudar a aumentar el intervalo entre las crisis, disminuir la severidad de los episodios, mejorando el ajuste social del paciente entre una y otra crisis y ayudarlo en la adhesión al tratamiento. En ese contexto, se debe ofrecer al paciente y su familia una amplia gama de opciones terapéuticas. Sobre todo, la presencia de un equipo multidisciplinar en el tratamiento y el fácil acceso a los medicamentos, de forma sistemática y continuada, pueden mejorar el pronóstico de esa enfermedad⁽¹⁷⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

Este estudio verificó, en 21 pacientes con TAB, la adhesión al tratamiento medicamentoso y constató que la mayoría de esos pacientes no adhiere al medicamento por comportamiento no intencional. Se identificó un alto grado de satisfacción en relación al equipo de salud, siendo este mayor entre los adherentes, apuntando para el hecho de que la satisfacción con el equipo puede ser un factor que está influenciando, a esos pacientes, a la adhesión al tratamiento medicamentoso. La mayoría de los pacientes confirmó la satisfacción con la efectividad del medicamento y con las informaciones recibidas sobre el mismo, sin embargo fueron frecuentes, inclusive entre aquellos satisfechos, relatos de efectos colaterales, ausencia de mejoría del cuadro, necesidad de reajustes en la terapéutica y el hecho de no considerarse enfermos. Fueron, también, mencionadas dudas sobre los medicamentos, olvido de las informaciones y creencia de que el tratamiento es desnecesario.

Los relatos de los pacientes reflejan, así, que los profesionales de la salud no escuchan y que no comprenden como los pacientes piensan, como dan sentido al mundo y que son capaces de producir y sistematizar conocimientos. Es posible, también, percibir claramente, en las declaraciones de los pacientes, tanto la creencia total en la verdad médica como el desacuerdo con aquello que es preconizado por el discurso biomédico, dependiendo del momento de la historia del trastorno, lo que probablemente puede ofrecer el fundamento para la no sumisión de esos pacientes al tratamiento, caracterizando, así, la no adhesión.

Este estudio trae, de esa forma, importantes contribuciones para la práctica e investigación en la área de la salud mental, ya que conocer el origen del comportamiento de la no adhesión (intencional o no intencional) es fundamental para dirigir la implementación de estrategias, en los servicios de salud, orientadas a la seguridad de esos clientes en la terapéutica medicamentosa.

En ese contexto, se resalta la importancia de estudios que evalúen las estrategias utilizadas por los profesionales de la salud para la educación de los pacientes, así como para la necesidad de capacitación profesional para tal actividad. Es necesario, también, endosar la relevancia de la implementación de estrategias, en los servicios de salud, que permitan a los pacientes exponer sus dudas, sus deseos, dificultades, opiniones y experiencias relacionadas al tratamiento. Para esto, esas estrategias, incluyendo las educacionales, deben enfocar la adhesión como una relación colaborativa y, sobre todo, de corresponsabilidad, dirigida a la humanización de los pacientes y vinculada a su realidad.

REFERENCIAS

1. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2003.
2. 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]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2006.
3. Stuart GW, Laraia MT. *Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
4. Greenhouse WJ, Meyer B, Johnson SL. Coping and medication adherence in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2000; 59(3):237-41.
5. Miasso AI, Cassiani SHDB, Pedrão LJ. Bipolar affective disorder and medication therapy: identifying barriers. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; 16 (4):739-45.
6. Brawley LR, Culos-Reed N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. *Controll Clin Trials* 2000; 21:156-63.
7. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; (353):487-97.
8. Leite SN, Vasconcellos MPC. Aderência à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8(3):775-82.
9. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Méd Care* 1986; (24):67-74.

10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6^a ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.
11. Dias RS, Kerr-Corrêa F, Torresan RC, Santos CHR. Transtorno bipolar do humor e gênero. *Rev Psiquiatr Clín* 2006; 33(2):80-91.
12. Cardoso L, Galera SAF. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Acta Paul Enferm* 2006; 19(3):343-8.
13. Medeiros SM, Guimaraes J. Citizenship and mental health in Brazil: a contribution to the debate. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(3):571-9.
14. Casate JC, Correa AK. Humanization in health care: knowledge disseminated in brazilian nursing literature. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(1):105-11.
15. Levin FR, Hennesy G. Bipolar disorder and substance abuse. *Biol Psychiatry* 2004; 56(10):738-48.
16. Bertinello NMF, Franco FCP. Estudo bibliográfico de publicações sobre a atividade administrativa da enfermagem em saúde mental. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001; 9(5):83-90.
17. Machado-Vieira R, Santin A, Soares JC. O papel da equipe multidisciplinar no manejo do paciente bipolar. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(3):51-3.