

Ao Luís e ao André...

Pela minha ausência...

AGRADECIMENTOS

O meu primeiro reconhecimento é sem dúvida para a Professora Carla Cruz, orientadora científica, que não só me orientou este trabalho, como ao longo do mesmo me incentivou com todo o seu saber, o seu bom humor, a sua disponibilidade e amizade. Para ela o meu bem-haja.

À participante do estudo porque, sem ela, não seria possível a realização do mesmo. Obrigada pela sua paciência, pelo seu tempo disponível e pela sua colaboração.

Aos meus colegas de curso que de uma forma ou outra me incentivaram, me apoiaram e me ajudaram em alguns momentos de algum desânimo.

A toda a minha família e em especial ao Luís e ao André pelo apoio, pelo tempo em que ficaram privados da minha companhia.

Ainda um enorme agradecimento ao André pela preciosa ajuda logística na elaboração escrita deste trabalho.

Muito obrigada a todos

RESUMO

Adesão Terapêutica numa Mulher com Depressão Major: Perspetiva da Doente.

Introdução: A depressão encontra-se reconhecida no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo como um problema primordial de saúde pública; é 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. A mulher sofre mais de depressão do que o homem numa proporção de 2:1, tendendo para a cronicidade em cerca de 20% dos casos, por ineficácia do tratamento ou fraca adesão à terapêutica, sendo a adoção de estratégias, crucial para minimizar este problema.

Face a esta problemática da adesão à terapêutica, decidimos: Identificar fatores que influenciam o comportamento de adesão da doente ao regime terapêutico, conhecer a influência das estratégias usadas pelos profissionais de saúde no comportamento de adesão da doente ao regime terapêutico, conhecer a influência das estratégias utilizadas pela doente para aderir ao regime terapêutico.

Metodologia: Ao desejarmos saber se “**a mulher com depressão major adere ao regime terapêutico instituído**”, optamos pela realização de um estudo qualitativo, fenomenológico e descritivo: estudo de caso, recorrendo-se a um questionário para caracterização sócio demográfica, à história clínica psiquiátrica e ao exame do estado mental, e entrevista semiestruturada, aplicados à participante do estudo.

Resultados: Foram identificados fatores influenciadores do comportamento de adesão ao regime terapêutico: fatores económicos, sociais e culturais; fatores relacionados com os serviços e com os profissionais de saúde; fatores relacionados com o tratamento. As estratégias usadas pela doente: os memorandos, e pelo profissional de saúde: estratégias comportamentais e educacionais.

Conclusões: A doente apresenta um comportamento de não adesão ao regime terapêutico instituído. Os fatores económicos, sociais e culturais, os fatores relacionados com os serviços de saúde e com os tratamentos, são preditores de não adesão. Os fatores relacionados com os profissionais de saúde são preditores de comportamento de adesão mas não perpetuadores desse mesmo comportamento. As estratégias usadas pela participante do estudo para aderir ao regime terapêutico são preditores de adesão mas, à semelhança dos fatores relacionados com os profissionais de saúde, também não são perpetuadoras desse comportamento. As estratégias usadas pelos profissionais de saúde, são preditoras de adesão ao regime terapêutico mas, à semelhança das usadas pela doente também não são perpetuadoras desse mesmo comportamento.

Palavras-Chave: Depressão major, adesão terapêutica, mulher, fatores influenciadores e estratégias.

ABSTRACT

Adherence Therapy in Women with Major Depression: Patient's perspective.

Introduction: Depression is recognized in the National Mental Health Plan 2007-2016: Executive Summary as a major public health problem, being the leading cause of disability and second leading cause of lost healthy years of life among 107 diseases and most relevant health conditions. Women suffer more from depression than men in a 2:1 ratio, tending to chronicity in about 20% of cases, due to inefficacy of treatment or poor adherence to therapy, as the adoption of strategies proves critical to minimize this problem.

Faced with this problem of compliance, we decided to: identify factors that influence the behavior of the patient's adherence to the therapeutic regimen, determine the influence of strategies used by health professionals in the behavior of the patient's adherence to the therapeutic regimen and determine the influence of the strategies used by the patient in order to adhere to the regimen.

Methodology: So as to know if “**the women with major depression adhere to the regimen imposed**”, we chose to perform a qualitative study, phenomenological and descriptive: a case study, drawing up a questionnaire for socio-demographic characterization, clinical history of psychiatric and mental status examination and semi structured interview, applied to the study participant.

Results: We identified factors that influence the behavior of adherence to treatment regimen: economic factors, social and cultural factors related to services and health professionals and treatment. The strategies used by the patient: the memos, and by the health professional: educational and behavioral strategies.

Conclusions: The patient has a behavior of non-adherence to treatment regimen instituted. Economic, social and cultural factors related to health services and treatments are predictors of nonadherence. Factors related to health care professionals are predictors of adherence behavior but not perpetrators of that behavior. Strategies used by participants to adhere to therapy are predictors of adherence, but, similarly to factors related to health professionals, are also not conservers of this behavior. The strategies used by health professionals, are predictors of adherence to treatment regimen but, like those used by the patient do not guarantee perpetuation of this same behavior.

Keywords: Major depression, therapeutical adherence, women, influencing factors and strategies.

ÍNDICE	Pág.
1 – INTRODUÇÃO	19
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2 – DOENÇA DEPRESSIVA – SINTOMAS E TRATAMENTO	25
2.1 – TRATAMENTO DOS DOENTES COM DEPRESSÃO MAJOR.....	31
3 – ADESÃO/NÃO ADESÃO TERAPÊUTICA EM DOENTES DEPRESSIVOS	35
3.1– FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO.....	38
3.2– ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA ADESÃO TERAPÊUTICA.....	46
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	51
4 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	53
4.1 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	54
4.2 – OBJETIVOS DO ESTUDO	54
4.3 – TIPO DE ESTUDO	54
4.4 – AMOSTRA.....	56
4.5 –CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	57
4.6 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	57
4.7 – PROCEDIMENTOS LEGAIS E ÉTICOS.....	59
4.8 – CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE DO ESTUDO	59
4.8.1 – História clínica psiquiátrica	60
4.8.2 – Exame do estado mental	60
4.9 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	62

PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE, DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO	63
5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	65
5.1– FATORES QUE INFLUENCIAM O COMPORTAMENTO DE ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO.....	67
5.1.1 – Fatores sociais, económicos e culturais	67
5.1.1.1 – Apoios sociais e familiares.....	68
5.1.1.2 – Recursos económicos.....	69
5.1.2 – Fatores relacionados com os serviços de saúde e os profissionais de saúde	70
5.1.2.1 – Consultas médicas: horários e duração das consultas.....	70
5.1.2.2 – Relação terapêutica: profissional de saúde/doente.....	72
5.1.3 – Fatores relacionados com o tratamento	73
5.1.3.1 – Complexidade do tratamento.....	74
5.1.3.2 – Efeitos secundários	75
5.2 – ESTRATÉGIAS USADAS NO COMPORTAMENTO DE ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO.....	76
5.2.1 – Estratégias usadas pela doente	77
5.2.1.1 – Memorandos.....	77
5.2.2 – Estratégias usadas pelo profissional de saúde	78
5.2.2.1 – Estratégias comportamentais.....	79
5.2.2.2 – Estratégias educacionais	80
6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
7 – CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93

APÊNDICES	113
APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO	115
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO SÓCIO- DEMOGRÁFICO	117
APÊNDICE III – HISTÓRIA CLINICA PSIQUIÁTRICA E EXAME DO ESTADO MENTAL	119
APÊNDICE IV – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	121
APÊNDICE V – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	123

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Pág.

ESQUEMA 1 – Diagrama de Categorías, Subcategorías e Indicadores.....66

1 – INTRODUÇÃO

A depressão encontra-se reconhecida no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo, como um problema primordial de saúde pública. É 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. Os custos pessoais e sociais da doença são muito elevados e um em cada cinco utentes dos cuidados de saúde primários portugueses encontra-se deprimido no momento da consulta (PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2007-2016: RESUMO EXECUTIVO, 2007).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (2002, p.58):

Uma em quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre atualmente de uma perturbação mental ou comportamental. Utilizando a AVAI (Anos de Vida Ajustados para Incapacidade) como medida de resumo da saúde da população, as estimativas mais recentes indicam que as perturbações neuropsiquiátricas contribuem para mais de 10% dos anos perdidos de vida saudável, e mais de 30% do total de anos vividos com incapacidade (OMS, 2002, p. 58).

Nos serviços de saúde, nomeadamente nos serviços de internamento e ambulatório, a prevalência pontual de perturbações afetivas é bastante elevada, calculando-se que cerca de 25% dos doentes internados com outras patologias graves, apresentam síndrome depressivo (GUSMÃO et al., 2005).

O facto de que a mulher sofre mais de depressão do que o homem é uma ideia existente na classe médica e revelado em estudos que têm vindo a ser efetuados nesta área (TEIXEIRA, 1998).

Um dos primeiros estudos relacionados com o género e a depressão foi efetuado em 1977 por Weissman; Klerman e, a partir desta data, muitos pesquisadores têm-se empenhado para perceberem porque é que a mulher deprime mais que o homem (BATISTA; BATISTA; OLIVEIRA,1999).

Weissman; Olfson (1995), através de pesquisas epidemiológicas realizadas em diversas culturas, relatam que a partir da adolescência as mulheres que apresentam patologia depressiva são o dobro em relação aos homens.

Também Parker; Wilhelm (1995), encontraram episódios depressivos mais comuns em mulheres do que em homens a partir da adolescência, apresentando explicações alternativas para este facto, como por exemplo, a mulher sente e manifesta os sintomas de depressão de uma forma mais direta e exacerbada que o homem e, as mulheres tendem a procurar ajuda, mais que os homens, talvez por uma questão cultural.

A doença depressiva tende para a cronicidade, em cerca de 20% dos casos, principalmente quando o tratamento não é eficaz, podendo estar relacionado com a não adesão à terapêutica (GUSMÃO et al., 2005).

O mesmo autor refere:

A depressão tem um impacto económico significativo na sociedade. Para além da utilização de serviços relacionados com o tratamento da depressão, ao qual nem sempre acedem, estes doentes tendem a ser utilizadores excessivos de cuidados médicos gerais. Foi demonstrado que os doentes com depressão utilizam os cuidados de saúde mais frequentemente que doentes não deprimidos e que incorrem em custos globais de saúde 1,5 a 2 vezes superiores à média de doentes não deprimidos. Foi igualmente demonstrado que os indivíduos deprimidos ficam mais tempo em unidades de internamento e que apresentam um funcionamento físico, social e psicológico significativamente pior que doentes não deprimidos (GUSMÃO et al., 2005, p.137).

Nos últimos tempos, os problemas relacionados com a adesão ao tratamento assumiram uma preocupação primordial para o Serviço Nacional de Saúde. Pensa-se que cerca de 50 a 60% dos doentes não cumprem ou não aderem às prescrições recomendadas e, por isso mesmo, resulta um aumento do número de consultas e de internamentos porque o seu estado de saúde piora (PEDRO; PAIS RIBEIRO, 2004).

Se por um lado o elevado consumo de medicamentos demonstrado e discutido em diversos estudos é um fator de preocupação entre os profissionais e autoridades de saúde, por outro, a não adesão ao regime medicamentoso prescrito, passou a ser um problema de elevada preocupação nas últimas décadas, juntamente com outros fatores que influenciam o uso racional destes recursos (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Várias respostas são ensaiadas em estudos de adesão, concluindo-se que a não-adesão, em algum grau, é universal e está relacionada com diversos fatores relativos ao profissional de saúde, tratamento, patologia e ao doente (JORDAN et al., 2000).

A má adesão à terapêutica, em patologias crónicas como é o caso da depressão major, é responsável pelo agravamento da doença e consequentes custos em novos medicamentos e hospitalizações. Prevê-se que o impacto económico mundial das doenças crónicas continue a crescer até 2020, altura em que corresponderá a 65% das despesas de saúde em todo o mundo. Atualmente, cerca de 50% dos doentes em países desenvolvidos não seguem as prescrições do profissional de saúde com implicações negativas para o doente e para a sociedade. Em termos económicos, se o doente não cumpre a medicação, vai levar a um aumento de encargos relacionados com hospitalizações, apoios sociais e familiares, reformas antecipadas, entre outros (ALCOBIA, 2010).

Neste contexto, a nossa opção faz todo o sentido, ao selecionarmos para a nossa investigação, uma mulher que reúne estas condições, ou seja, com o diagnóstico de depressão major, com procura excessiva dos serviços de saúde, quer a nível dos serviços de urgência, quer a nível de internamento, com suspeita, da nossa parte, de incumprimento das prescrições terapêuticas dos profissionais de saúde.

Este estudo enquadra-se no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, indo a temática de encontro à nossa sensibilidade enquanto enfermeira a exercer funções num serviço de internamento de psiquiatria, conhecendo esta realidade, sendo a curiosidade investigar esta situação sob o ponto de vista científico.

Assim, o estudo de natureza qualitativa, fenomenológica, particulariza o relato de uma mulher, e sua experiência sobre a problemática da adesão à terapêutica.

A temática: Adesão Terapêutica numa Mulher com Depressão Major: Perspetiva da Doente tem os seguintes objetivos:

- Identificar fatores que influenciam o comportamento de adesão da doente ao regime terapêutico.
- Conhecer a influência das estratégias usadas pelos profissionais de saúde no comportamento de adesão da doente ao regime terapêutico.
- Conhecer a influência das estratégias utilizadas pela doente para aderir ao regime terapêutico.

Para a obtenção dos dados, recorreremos ao questionário para caracterização sociodemográfica, à história clínica psiquiátrica e exame do estado mental e à entrevista semiestruturada e, como metodologia de análise de dados, a análise de conteúdo preconizada por Bardin (1977).

Achamos pertinente referir dois aspetos metodológicos que se prendem com a colheita de dados: a doente não autorizou a gravação da entrevista, apenas aceitou responder oralmente e por escrito. O marido recusou participar assim como os filhos menores.

O segundo aspeto diz respeito ao conceito “adesão ao regime terapêutico”. Foi explicado à participante do estudo que adesão ao regime terapêutico incluía as prescrições medicamentosas e todas as outras orientações e recomendações feitas pelo profissional de saúde ao longo de todo o processo de tratamento.

Este relatório final está estruturado em três partes distintas: Parte I - **Fundamentação teórica** onde abordamos: doença depressiva-sintomas e tratamento; tratamento dos doentes com depressão major; adesão/não adesão terapêutica em doentes depressivos; fatores que influenciam a adesão e estratégias promotoras da adesão terapêutica. Parte II - **Investigação empírica** onde se inclui: questão de investigação,

objetivos do estudo, tipo de estudo, amostra, critérios de inclusão e exclusão, instrumento de colheita de dados, procedimentos legais e éticos, caracterização da participante do estudo e procedimento de análise de dados. Parte III -**Apresentação, análise, discussão dos resultados e conclusão.**



PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 – DOENÇA DEPRESSIVA – SINTOMAS E TRATAMENTO

A depressão é uma das perturbações mentais mais comum, estando a transformar-se num dos principais problemas de saúde dos países desenvolvidos (GONÇALVES; FAGULHA, 2004).

O conceito de depressão foi evoluindo ao longo dos tempos. Hipócrates no século v a.c. associou o significado de “bílis negra” à melancolia, afirmando que um excesso de “bílis negra” iria entrar na corrente sanguínea, atuando sobre o corpo e a alma do doente criando um estado de tristeza e abatimento. A perturbação depressiva é assim identificada e deste modo preservamos o vocabulário de Hipócrates definindo a tristeza como “humor negro” (BARROS, 2004-2008).

Os doentes que sofrem desta patologia têm geralmente o humor deprimido, perda de interesse por todas ou quase todas as atividades que antes lhes proporcionavam prazer, durante pelo menos duas semanas consecutivas (DSM-TR-IV, 2002).

A maior parte dos doentes com perturbações depressivas são tratados na clínica geral, podendo o número ser até dez vezes superior aos tratados em serviços de psiquiatria. 6% a 10% dos doentes que recorrem ao médico de clínica geral possuem sintomas de depressão major, existindo o risco de não serem diagnosticados convenientemente e atempadamente, não sendo diagnosticada depressão em 50% dos casos. A percentagem entre os casos de morbilidade escondida e morbilidade visível é de 2:1. Um dos motivos desta disparidade pode estar associada ao facto de alguns doentes que sofrem de depressão manifestarem unicamente sintomas somáticos e queixas depressivas quando interrogados especificamente (GONÇALVES; FAGULHA, 2004).

Um estudo efetuado em Portugal acerca dos sintomas somáticos, referiu que 75% dos doentes deprimidos estudados apresentavam apenas queixas somáticas e que apenas 25% destes iniciaram tratamento antidepressivo, 40% foram medicados com ansiolíticos e 33% apenas um ano depois iniciaram tratamento com antidepressivos (GONÇALVES; FAGULHA, 2004).

Os sintomas depressivos são cerca de duas vezes mais frequentes nas mulheres do que nos homens, razão que se mantém em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, primários ou especializados (GUSMÃO et al., 2005).

A perturbação depressiva major é uma doença que envolve o corpo, o humor e os pensamentos. Afecta os instintos, a maneira como a pessoa come e dorme, a visão que têm de si e o modo de pensar sobre as coisas. Não é o mesmo que “estar em baixo”, não é um

sinal de fraqueza pessoal, nem algo que se possa controlar. As pessoas com uma perturbação depressiva não conseguem simplesmente “recompôr-se” (DALGALARRONDO, 2000).

Estudos feitos a nível da neurociência, da genética e da investigação clínica evidenciam que a depressão é uma doença que resulta de distúrbios ao nível cerebral.

Com efeito, durante a depressão, as ligações do sistema nervoso responsáveis pela regulação do humor, pensamento, sono, apetite e comportamento, não estão a funcionar corretamente.

O cérebro envia informações através das células nervosas usando substâncias químicas especiais chamadas de neurotransmissores: noradrenalina e serotonina, que podem levar à depressão, se existirem alterações a este nível (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2011).

Pesquisas genéticas mais recentes indicam que a vulnerabilidade à depressão pode derivar da interferência de múltiplos genes atuando em conjunto com diversos fatores ambientais (LEE et al., 2010).

Um projeto sustentado pelo Banco Mundial e Organização Mundial de Saúde intitulado Global Burden of Diseases (GBD), teve como principal objetivo avaliar o peso existente de 107 patologias pela consideração simultânea da mortalidade e morbilidade de cada uma delas (GUSMÃO et al., 2005).

Este projeto aponta para que nas sociedades desenvolvidas, nas quais Portugal se inclui, a depressão major seja a principal causa de anos vividos com incapacidade e a quarta causa mais importante de anos de vida com saúde perdidos, sendo previsível que em 2020 constitua o principal problema de saúde mais incapacitante em todo o mundo.

Em Portugal não existem dados disponíveis que possibilitem determinar com fiabilidade a prevalência dos vários tipos de perturbação depressiva. No entanto, um estudo de base populacional realizado em cinco países europeus, incluindo Portugal com o objetivo de avaliar as relações entre sintomatologia álgica e morbilidade depressiva, estabeleceu a prevalência de 2.4% a 4% para a depressão major, definida segundo os critérios da DSM-IV-TR (GUSMÃO et al., 2005).

Estes autores (2005), referem ainda que existem três estudos que permitem estabelecer a prevalência de sintomas depressivos na comunidade em Portugal, que foram realizados recorrendo a uma escala de autoavaliação, Beck Depression Inventory (BDI). Dois estudos foram realizados na zona Centro revelando que 16.9% a 18.4% da população apresentava sintomas depressivos significativos. O outro estudo, incidindo no Algarve, revelou uma prevalência de sintomatologia depressiva de 17.8% na população geral.

Por ano surge um novo caso de depressão por cada cem habitantes mas destes, cerca de cinco a dez já se encontravam afetados. Cerca de 15 a 20% de todas as pessoas que recorrem a serviços de clínica geral, sofrem de um tipo qualquer de depressão assim como cerca de 20 a 30% de todos os doentes tratados e internados em hospitais gerais (GUSMÃO et al., 2005).

Ainda os mesmos autores (2005), referem que a depressão atinge mais as mulheres, tem início em pessoas cada vez mais jovens, pode tornar-se crónica e tem uma duração em média de seis meses podendo ocorrer suicídio, proporciona estilos de vida pouco saudáveis, pode existir como patologia secundária com outras doenças, agravando o seu estado de saúde e seu prognóstico levando a um aumento da mortalidade.

Os doentes com depressão estão sujeitos a níveis de sofrimento elevados, e como se trata de uma doença recorrente ou crónica, este sofrimento tende a manter-se durante longos períodos, referindo com frequência que a dor mental é mais difícil de suportar que a física (GUSMÃO et al., 2005).

As causas para a manifestação dos sintomas depressivos apresentam variações inter-individuais. No entanto existem fatores que podem influenciar o seu aparecimento e a manutenção como por exemplo: perda de um ente querido, o desemprego, o divórcio, a incapacidade de lidar com determinadas situações ou em ultrapassar certos obstáculos (FANCHER; KRAVITZ, 2010).

Ainda os mesmos autores (2010), referem que algumas patologias podem provocar ou facilitar a ocorrência de episódios depressivos ou a evolução para depressão crónica.

São exemplo as doenças infecciosas, a doença de Parkinson, neoplasias, outras doenças mentais, doenças hormonais e a dependência de substâncias como o álcool e certos medicamentos, como os corticóides, alguns anti-hipertensivos, alguns imunossuppressores, alguns citostáticos, medicamentos de terapêutica hormonal de substituição, neurolépticos clássicos, entre outros.

A idade, o género feminino, história pessoal ou familiar de depressão, momentos de stress entre outros podem também ser considerados fatores de risco de depressão.

Como referenciado anteriormente, o género feminino é o mais atingido por esta patologia numa proporção de 2:1.

Veras; Nardi (2008), apontam os seguintes fatores como possíveis causas:

Fatores biológicos – Entre estes o ciclo reprodutivo feminino assim como as diferentes fases da vida reprodutiva, as oscilações mensais das hormonas sexuais reguladas pelo eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, a mulher passa por fortes alterações do seu perfil hormonal, na puberdade (menarca), na gravidez, no puerpério e na menopausa.

Cada um destes aspetos e fases provocam na mulher alterações a nível do humor, havendo uma relação significativa com os transtornos do humor, nomeadamente a depressão.

Fatores ambientais e psicológicos - A maior exposição das mulheres aos agentes stressores ambientais, assim como a maior sensibilidade a estes, não parecem bem definidos pela literatura. Estudos controversos deixam tal questão em aberto, mas repetidamente enumeram os vários fatores que acometem a mulher em especial.

Os problemas domésticos, perdas de amigos íntimos, problemas de relacionamento com pessoas próximas e doenças de indivíduos da sua rede social, são algumas das queixas apontadas pelas mulheres ou seja, parecem ser mais afetadas pelos relacionamentos interpessoais, assim como a maior exposição a situações traumáticas como violência doméstica, abuso sexual etc. As diferenças culturais e de educação entre o homem e a mulher ou seja a discriminação de género reforçam a lista de fatores de risco para a depressão.

A depressão, segundo o DSM-IV-TR (2002), divide-se em: perturbações depressivas (depressão unipolar), perturbações bipolares e em duas perturbações baseadas na etiologia: perturbação do humor devida a um estado físico geral e perturbação do humor induzida por substância.

As perturbações depressivas unipolares, isto é, perturbação depressiva major, perturbação distímica, perturbação depressiva sem outra especificação, distinguem-se das perturbações bipolares pela ausência de história de episódio maníaco, misto ou hipomaniaco.

As perturbações depressivas bipolares, isto é, perturbação bipolar I, perturbação bipolar II, perturbação ciclotímica e perturbação bipolar sem outra especificação, implicam a presença ou história de episódios maníacos, mistos ou hipomaniacos habitualmente acompanhados por história de episódios depressivos major.

A DSM-IV-TR (2002), refere valores de 2 a 3% para os homens e de 5 a 9% para as mulheres para a depressão major. Quanto à perturbação distímica, a prevalência pontual seria de cerca de 3% para o conjunto da população, com uma probabilidade de ocorrência duas a três vezes superior nas mulheres relativamente aos homens.

Neste contexto, e segundo a DSM-IV-TR (2002), a perturbação depressiva major caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos major, isto é, pelo menos duas semanas de humor depressivo ou perda de interesse, acompanhado de pelo menos quatro sintomas adicionais que inclui: alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida,

planos ou tentativas de suicídio. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Num episódio depressivo major o humor frequentemente é descrito pela pessoa como deprimido, triste, desesperançado, desencorajado ou "na fossa".

Relativamente ao afeto o indivíduo apresenta-se ansioso ou indiferente, podendo haver somatização.

A perda de interesse ou prazer quase sempre está presente (anedonia), pelo menos em algum grau. Os indivíduos podem relatar menor interesse por passatempos, "não se importar mais", ou a falta de prazer com qualquer atividade anteriormente considerada agradável. Sendo importante nesta altura incluir a família na comunidade terapêutica de modo a realizar-se um diagnóstico o mais precoce possível.

O apetite geralmente está reduzido, sendo que muitos indivíduos sentem que precisam se forçar a comer. Outros, particularmente aqueles encontrados em contextos de ambulatório, podem ter diminuição do apetite ou demonstrar uma avidez por alimentos específicos, podendo haver uma alteração ponderal acentuada. A perturbação do sono que geralmente está associada com um episódio depressivo major é a insónia intermédia ou terminal, podendo também ocorrer insónia inicial. Com menor frequência pode surgir também uma sonolência excessiva, quer diurna quer noturna.

As alterações psicomotoras incluem agitação ou retardo psicomotor (lentificação motora e do discurso).

Diminuição da energia, cansaço e fadiga são comuns. O indivíduo pode relatar fadiga persistente sem esforço físico, e mesmo as tarefas mais leves parecem exigir um esforço substancial. Pode haver diminuição na eficiência para realizar tarefas.

O sentimento de desvalorização ou culpa associado com um episódio depressivo major pode incluir avaliações negativas e irrealistas do próprio valor, preocupações cheias de culpa ou ruminações acerca de pequenos fracassos do passado. O sentimento de desvalorização ou culpa pode assumir proporções delirantes.

Muitos indivíduos relatam prejuízo na capacidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões. Essas pessoas podem mostrar-se facilmente distraídas ou queixar-se de dificuldades de memória.

Frequentemente pode haver pensamentos sobre morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio. Esses pensamentos variam desde uma crença de que seria melhor estar morto, até pensamentos transitórios porém recorrentes sobre cometer suicídio ou planos específicos para se matar. A frequência, intensidade e letalidade desses pensamentos podem ser bastante variáveis. As motivações para o suicídio podem incluir um desejo de

desistir diante de obstáculos percebidos como insuperáveis ou um intenso desejo de terminar com um estado emocional doloroso percebido pela pessoa como interminável.

A perturbação distímica caracteriza-se por pelo menos dois anos de humor depressivo durante mais de metade dos dias, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não preenchem os critérios para episódio depressivo major.

A perturbação depressiva sem outra especificação é incluída para codificar as perturbações com características depressivas que não preenchem os critérios para a perturbação depressiva major, perturbação distímica, perturbação da adaptação com humor depressivo ou perturbação da adaptação mista com humor depressivo e ansiedade ou sintomas depressivos acerca dos quais existe informação inadequada ou contraditória.

Não vamos mencionar os critérios nos restantes tipos de episódios depressivos por não constituírem interesse para o nosso estudo.

Em conclusão, a DSM-IV-TR (2002), descreve os seguintes sintomas para definir um episódio depressivo:

- Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
- Diminuição clara do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
- Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativo, por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;
- Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
- Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (observável, por outros e não meramente pelo relato subjetivo de se sentir agitado ou lento);
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante quase todos os dias), não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente;
- Diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, quase todos os dias (ou pelo relato, ou pela observação de outros);
- Pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer);
- Ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio;
- Sintomas físicos ou dores inexplicáveis que não respondem ao tratamento convencional.

2.1 – TRATAMENTO DOS DOENTES COM DEPRESSÃO MAJOR

Em Portugal, os estudos existentes em relação ao consumo de antidepressivos são poucos mas, entre 2002 e 2008, os últimos indicadores revelam que o consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos aumentou 31,6% e, segundo os mesmos dados publicados pelo INFARMED, houve um aumento do consumo de antidepressivos em todas as regiões de Portugal Continental no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, em ambulatório (COSTA, 2010).

No tratamento da depressão, normalmente o profissional de saúde utiliza a medicação antidepressiva, intervenções psicoterapêuticas, ou conjugação de ambas.

As intervenções psicoterapêuticas como por exemplo a terapia cognitivo-comportamental, a terapia de grupo, a terapia familiar, entre outras, são mais usadas e úteis em situações de depressões reativas. Nas situações de depressão moderada a grave são usadas em associação com medicamentos (PORTAL DA SAÚDE, 2010).

Os antidepressivos são cada vez mais eficazes no controlo e tratamento da depressão, nomeadamente por interferência com a ação de neurotransmissores, como a serotonina e a noradrenalina, no hipotálamo, a zona do cérebro responsável pelas emoções e conseqüentemente, o humor (PORTAL DA SAÚDE, 2010).

De um modo geral o tratamento é dividido nas seguintes fases: aguda, continuação (até seis meses) e preventiva (após seis meses). A pergunta mais apropriada seria: por quanto tempo se deve prescrever a medicação?

A Associação Psiquiátrica Americana sugere que devam ser prescritos pelo menos, quatro a cinco meses com doses completas após a melhora ou remissão total dos sintomas, sempre acompanhado de psicoterapia.

Contudo, estes fármacos não produzem efeito imediato, podendo levar quatro a seis semanas a fazerem efeito, ou seja, até o doente começar a sentir-se melhor.

Segundo Afonso (2004), o tratamento da depressão pode ser efetuado de várias formas: tratamento farmacológico, tratamento psicoterapêutico (psicoterapia individual ou de grupo), a eletroconvulsivoterapia, a fototerapia, e ainda a estimulação magnética transcraniana.

No entanto, qualquer que seja a estratégia terapêutica usada é importante realçar que os tratamentos para a depressão “ não visam apenas a melhoria do humor e do estado geral, mas também procura estabelecer o indivíduo em termos do funcionamento social e prevenir futuras recorrências da doença “ (AFONSO, 2004, p.78).

Para o mesmo autor (2004), a escolha do tratamento deverá ser individualizada, procedendo-se a uma avaliação global do doente a nível físico e mental, numa perspectiva

holística para perceber quais as causas que podem estar na origem da depressão, que podem ser multifactoriais.

Ao longo dos anos, foram aparecendo novos medicamentos antidepressivos como os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), que são medicamentos com menos efeitos secundários, podendo ser usados com mais segurança, facilitando um pouco a sua adesão.

Assim, os antidepressivos são agrupados em: antidepressivos de 1ª geração (tricíclicos) e os de 2ª geração (inibidores seletivos da recaptção de serotonina – (ISRS), entre outros.

Ainda Afonso (2004), diz que é necessária a utilização em simultâneo de ansiolíticos para reduzir a ansiedade, e tratar os distúrbios do sono.

Podemos ainda referir e, segundo o mesmo autor (2004), as fases do tratamento farmacológico da depressão: fase aguda que corresponde à fase inicial do tratamento, onde se vai adequar o antidepressivo pois não é possível escolher o mais eficaz porque a depressão é uma doença multifactorial, com resposta individual ao tratamento não querendo dizer que se um foi eficaz num doente, possa ser eficaz nos outros, ou seja, um antidepressivo pode ter resultado positivo numa pessoa e ela recuperar, e pode ter resultado negativo numa outra pessoa.

A escolha do antidepressivo será condicionada pelas especificidades do quadro clínico, pela eficácia do medicamento, a tolerância e segurança do mesmo.

Depende se o doente o suporta ou não, havendo por vezes necessidade de ser interrompido e, por estas razões, os antidepressivos tricíclicos devem ser considerados como uma segunda opção face aos de 2ª geração.

Esta fase aguda tem uma duração de seis a doze semanas e a melhoria do doente só se verifica geralmente ao fim de duas a três semanas após o início do tratamento.

A fase de continuação é a fase em que se procura a remissão dos sintomas e a prevenção de recidivas. O tratamento deverá continuar durante um período de quatro a nove meses pois, os doentes depois de um episódio depressivo têm um risco acrescido de recaída no primeiro ano ou quando o tratamento é interrompido. Esta é a fase em que a adesão à terapêutica se revela indispensável e os doentes devem ser sensibilizados e alertados para a importância de manterem o tratamento, mesmo quando se sentem melhores (AFONSO, 2004).

A fase de manutenção é aquela em que se vai prevenir a recorrência, sendo o tratamento realizado por um período limitado ou continuamente evitando assim o aparecimento de novos episódios depressivos.

Podemos falar também além do tratamento farmacológico, em outras psicoterapias como: psicoterapia de apoio, psicoterapia cognitivo-comportamental, psicoterapia psicodinâmica/ psicanálise, terapia interpessoal e terapia familiar que podem ser usadas em simultâneo com os medicamentos ou isoladas, dependendo da avaliação clínica e da predisposição do doente para as aceitar (BARROS, 2004-2008).

3 - ADESÃO/NÃO ADESÃO TERAPÊUTICA EM DOENTES DEPRESSIVOS

As doenças crônicas, entre elas as doenças do foro psiquiátrico, requerem mudanças comportamentais do estilo de vida assim como um acompanhamento adequado da evolução do quadro clínico, evitando-se desta forma o seu agravamento.

Existe atualmente um número elevado de doentes com patologias crônicas que recorrem repetidas vezes aos serviços de saúde, podendo ter como causa, entre outros fatores, o seguimento inadequado da prescrição terapêutica, levando em muitos casos a sucessivos internamentos hospitalares (CINTRA; GUARIENT; MIYASAKI, 2010).

Para os mesmos autores (2010), os problemas resultantes da não adesão ao tratamento têm vindo a aumentar significativamente nas últimas décadas tornando-se uma das principais preocupações dos profissionais de saúde.

Cerca de 50% de portadores de doenças crônicas, não beneficiam com o regime terapêutico, devido ao seu incumprimento, surgindo assim, um aumento nas admissões e readmissões hospitalares (SCHAFFER; YOON, 2001).

Os estudos existentes sobre a problemática da adesão terapêutica evidenciam que um dos principais problemas com que o Sistema Nacional de Saúde se depara é o abandono ou o incorreto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, cujas consequências se refletem tanto na morbidade como na mortalidade (MARGATO, 2010).

O conceito de adesão varia de autor para autor mas, de uma forma geral, entende-se como seja o cumprimento das prescrições efetuadas por um profissional de saúde ou outros procedimentos (por exemplo, consultas médicas) em pelo menos 80% do seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Para Franco et al. (2007), a não adesão ao regime terapêutico depois de o doente devidamente esclarecido e informado de uma forma clara e sistemática, traduz-se pelo aparecimento ou exacerbação de complicações, não cumprir os encontros agendados e situações em que, com base em determinadas crenças, a pessoa se sente incapaz de controlar a sua saúde e os respetivos tratamentos.

Seja qual for o regime terapêutico a questão da adesão é um problema multifactorial e complexo cujos preditores da adesão/não adesão são vastos, destacando-se aparentemente os fatores individuais e ambientais (MARGATO, 2010).

O sucesso da adesão ao tratamento depende da terapia proposta. E se o doente não adere? Porque é que isto acontece? Será que o doente sabe o que é aderir ou tem consciência da importância desta questão? (VASCONCELLOS; LEITE, 2003).

Assim, a não adesão ao tratamento ocorre quando os comportamentos dos doentes não coincidem com as recomendações dos profissionais de saúde não só relativamente às prescrições terapêuticas medicamentosas, como também ao não cumprimento das indicações que dizem respeito às alterações nos hábitos e estilos de vida no sentido de adotar práticas e hábitos saudáveis, não comparecerem a consultas marcadas ou não realizarem exames de diagnóstico prescritos (BRANNON et al., 2003 citado por CABRAL; SILVA, 2009).

A adesão ao regime terapêutico é um foco de atenção do enfermeiro e é definido pela Ordem dos Enfermeiros - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 1.0 (2005, p. 72), como:

Desempenhar atividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante, cumprindo um programa de tratamento, ação autoiniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescritos, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente (ORDEM DOS ENFERMEIROS - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - VERSÃO 1.0, 2005, p. 72).

Segundo Marçal (2008), a adesão terapêutica no âmbito da enfermagem significa tornar o doente mais autónomo no seu auto cuidado. Assim os enfermeiros necessitam de compreender o doente e a sua família/prestador de cuidados, para que possam constantemente reforçar a vontade e empenho das pessoas em se auto-cuidarem.

Para Margato (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 (MARGATO, 2010, p.4).

O modelo desenvolvimental de adesão ao tratamento de Kristeller e Rodin (1984) considera que há três estádios no processo de participação das pessoas nos seus cuidados: Concordância (Compliance); Adesão (Adherence); Manutenção (Maintenance) (RIBEIRO, 1998; SOUSA, 2003, citado por CATELA, 2010).

Concordância (Compliance) – Quando inicialmente o doente concorda e cumpre as recomendações médicas. Decide seguir os conselhos dados, porque confia no profissional que fez o diagnóstico e instituiu o tratamento. Geralmente resulta na eficácia do tratamento.

Adesão (Adherence) – O doente mantém o tratamento com o qual concordou, sob uma vigilância mais limitada, mesmo na presença de situações conflituosas, o que implica uma grande participação e controlo da sua parte. O doente tem autonomia, no entanto os profissionais têm o papel de orientadores, promovendo a integração do tratamento no estilo de vida do indivíduo e ajudando-o a prever alguns problemas, para que possa arranjar estratégias de coping. É a fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado.

Manutenção (Maintenance) – O cliente mantém o comportamento de melhoria da saúde, já sem vigilância, tornando-se num hábito de vida. Para tal, o indivíduo tem que ter um determinado nível de autocontrolo.

Para a OMS (2006), o conceito de adesão depende da adoção e manutenção de um comportamento terapêutico, que pode incluir autogestão de fatores biológicos, comportamentais e sociais, que influenciam a saúde e doença, devendo envolver todos os profissionais de saúde.

O doente exerce um papel determinante no seu tratamento que se reflete na forma como ele vai aderir aos tratamentos, variando entre a tentativa de compreensão dos seus valores e crenças em relação à saúde, à doença e ao tratamento, até à identificação da não-adesão como comportamento desviante e irracional.

Neste último caso, a responsabilidade pela não-adesão ao tratamento é definida como ignorância dos doentes ou responsáveis por eles sobre a importância do tratamento, a pouca educação da população (presumindo que seria um comportamento de classes menos privilegiadas), ou como simples desobediência de ordens médicas (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Assim, a adesão por parte de um doente pode referir-se à aquisição das prescrições médicas (frequentemente designado por “aviar as receitas”), ao tomar a dose correta de medicação para cada dia, e à implementação e manutenção do tratamento pelo período estabelecido. Pode também relacionar-se com a não implementação de mudanças comportamentais, com o desenvolver um comportamento de forma inconsistente, ou com o abandono da medicação, tomando a designação de não adesão ou adesão incompleta.

As pessoas estão mais predispostas a aderir aos regimes terapêuticos quando admitem que têm responsabilidade na sua saúde e que os seus comportamentos lhe poderão trazer benefícios (ALMEIDA et al., 2007).

3.1 - FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO

Estudos existentes que abordam a problemática da adesão terapêutica apontam fatores que estão relacionados com a não adesão, entre eles: efeitos secundários, consumo elevado e uso prolongado, desaparecimento dos sintomas, desconhecimento da doença e medicamentos, fracos recursos económicos, custo dos medicamentos e analfabetismo (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010).

A OMS (2003), descreve cinco grupos de fatores que podem exercer uma influência variável na adesão: fatores sociais, económicos e culturais; fatores relacionados com os profissionais e os serviços de saúde; fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades; fatores relacionados com o tratamento; fatores relacionados com a pessoa doente.

Nos fatores sociais, económicos e culturais, distingue-se o nível de escolaridade, a situação profissional, os apoios sociais como a família e a comunidade, as condições habitacionais, o preço dos transportes e dos medicamentos, a distância ao local de tratamento e ainda, as guerras, raça, crenças culturais e as desigualdades sociais (OMS, 2003).

Neste grande grupo de fatores, Machado (2009), inclui ainda os fatores sociodemográficos como a idade, o sexo e o estado civil. Porém segundo a OMS (2003), a idade, sexo, educação, ocupação, rendimentos, estado civil, raça, religião, etnia e vida urbana/rural não têm sido claramente associadas à adesão.

Para Silva (2008), os recursos económicos dos doentes estão diretamente associados ao ambiente externo, ou seja, são fatores extra pessoais que influenciam negativamente o ser humano levando-o ao não cumprimento do regime terapêutico.

Para Symister; Friend (2003), o suporte social, também denominado apoio social, é muito importante para a pessoa portadora de uma patologia crónica pois de uma maneira geral, uma pessoa com um bom suporte social terá maior probabilidade de apresentar um bom ajustamento mental e físico contribuindo assim para uma melhor adesão aos tratamentos.

Os fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde, onde se evidenciam o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, o sistema de distribuição de medicamentos, a taxa de participação, o acesso aos medicamentos, o grau de

educação/esclarecimento dos doentes face aos cuidados de tratamento no domicílio, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, os horários e duração das consultas, os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças crónicas e a gestão da adesão ao regime terapêutico (DIAS et al., 2011).

As instituições de saúde por vezes são uma barreira que influencia o comportamento de adesão ao regime terapêutico na medida em que as políticas de saúde existentes, o acesso aos serviços de saúde, o tempo de espera, o tempo de atendimento, não são muito flexíveis, levando o doente por vezes a não comparecer às consultas ou aos tratamentos (GUSMÃO; JR, 2006).

Alguns serviços de saúde possuem horários desadequados às necessidades dos doentes, com pouca oferta de consultas e outros serviços; profissionais de saúde sobrecarregados de trabalho, sem incentivos ao seu desempenho, sem formação e treino específicos na gestão de doenças crónicas e em adesão ao regime terapêutico, que não dispensam a devida atenção à relação que estabelecem com a pessoa, são fatores que dificultam a adesão (MACHADO, 2009).

Para Bennett (2002), o tempo que o profissional de saúde “gasta com o doente”, ou seja o tempo que o profissional demora a fazer a consulta também pode pesar na decisão do comportamento de adesão, porque a satisfação do doente em relação com a consulta e a recordação da informação fornecida, são bastante importantes.

São fatores decisivos para a aderência à psicofarmacologia: aliança terapêutica positiva, atitudes do prescriptor, como linguagem acessível, tempo dispensado para a consulta, atendimento acolhedor, respeito pelas dúvidas e verbalizações dos doentes e motivação para o cumprimento terapêutico (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Giorgi (2006); Oliveira et al. (2007), referem que a relação terapêutica que se estabelece entre o doente e o profissional de saúde na transmissão de informação principalmente no que diz respeito sobre a forma de cumprir corretamente o regime terapêutico é de extrema importância para o sucesso do mesmo.

Ambos estabelecem uma relação na qual vão interagir o saber de ambos: o saber das crenças profissionais e o saber de crenças leigas em que a comunicação que se estabelece entre ambos vai influenciar as decisões e expectativas do doente (OGDEN, 2004).

Assim se existir uma má relação entre ambos, ela vai contribuir para dificultar por parte do doente a exposição das suas dúvidas e opiniões, relativamente ao tratamento perpetuando os falsos conceitos que têm em relação à terapêutica.

Os doentes podem, muitas vezes, afirmar que efetuam comportamentos de adesão, o que na realidade pode não ocorrer, devido ao medo de serem criticados pelo profissional de saúde, de sentirem que desiludiram o técnico, ou verem a sua medicação suspensa.

As referências existentes na literatura de enfermagem no que diz respeito à relação enfermeiro-cliente são variadas e reconhecida a sua importância nos diversos modelos teóricos sendo essencial no processo de cuidar (FRANCO et al., 2007).

A relação enfermeiro-cliente através da comunicação verbal e não-verbal permite por parte do cliente, perceber qual a sensibilidade do profissional de saúde relativamente ao seu problema, assim como a qualidade da supervisão exercida, contribuindo desta forma para melhorar a adesão ao regime terapêutico (CAMERON, 1996 citado por FRANCO et al., 2007).

O contacto frequente dos enfermeiros com os clientes faz com que a partilha de experiências, a revelação de detalhes e significados, permitam um conhecimento mais real e verdadeiro do cliente e família nos processos de saúde/doença, dando a possibilidade ao enfermeiro de executar planos de ação adequados e úteis (MELEIS, 2005).

Os fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades, nomeadamente a gravidade dos sintomas, a incapacidade física, psicológica, social e profissional, o grau de risco que a pessoa atribui à doença, o impacto que esta representa na sua vida, se é uma doença aguda ou crónica, se é sintomática ou assintomática, também pode afetar o comportamento de adesão (BUGALHO; CARNEIRO, 2004).

Relativamente aos fatores relacionados com o tratamento em que se incluem, a complexidade como a frequência das doses, a duração e a realização de alterações frequentes na medicação, a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação (BUGALHO; CARNEIRO, 2004; GIORGI, 2006; MACHADO, 2009 citado por DIAS et al., 2011).

As prescrições em simultâneo de vários medicamentos, assim como muitas tomas diárias podem contribuir para uma menor aderência ao tratamento farmacológico. O tipo de medicamento, a sua forma de administração, o seu manuseamento também pode prejudicar a adesão (CABRAL; SILVA, 2009).

Ainda os mesmos autores (2009), referem que cerca de metade dos portugueses abandonam a terapêutica logo que se sentem melhores ou porque os tratamentos são longos. Tanto o sentirem-se melhor como o fato de se sentirem pior podem contribuir para a falta de adesão ao regime terapêutico.

Bugalho; Carneiro (2004, p.85), referem:

Deve-se ajustar ou adaptar as horas da medicação às rotinas do doente, através da associação entre a toma da medicação e uma hora diária fixa, uma refeição, uma

atividade ou um ritual (incorporar um memorando comportamental a uma atividade, não o transformando numa entidade separada). Caso não se verifique sucesso na primeira tentativa, devem-se identificar outros eventos relevantes no dia-a-dia do doente e moldar o esquema aos anteriores (BUGALHO; CARNEIRO, 2004, p.85).

Ley (1997), sugere que os profissionais de saúde prescrevam dentro do possível tratamentos simples, que confirmem que o doente compreendeu o seu regime terapêutico e envolvam pessoas significativas no tratamento.

Também a falta de informação e/ou entendimento acerca do uso da medicação pode conduzir a uma série de problemas, mal entendidos, e consequentes comportamentos desajustados por parte dos doentes relativamente ao uso de medicação (GORDON, 2007 citado por SIMÃO, 2009).

Relativamente aos fatores relacionados com a pessoa doente, destaca-se os recursos psicológicos, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as perceções relativas a episódios de doença, quer anteriores, quer à atual, e as expectativas da própria pessoa. Estão também incluídas a ausência de informação e o suporte para a mudança de comportamentos, a falta de capacidade, de motivação e de autoeficácia para gerir o regime terapêutico (BUGALHO; CARNEIRO, 2004; GIORGI, 2006; OLIVEIRA et al., 2007; MACHADO, 2009 citado por DIAS et al. 2011).

Estudos efetuados nesta área apontam para um número considerável de pessoas que se esquecem das recomendações sugeridas pelos profissionais de saúde.

Para Almeida et al. (2007), os fatores atrás mencionados podem ser agrupados em: fatores externos que são os que dizem respeito ao regime terapêutico, às características da doença e ao acesso aos medicamentos, estando também demonstrado que quanto maior for a complexidade dos tratamentos menor é a adesão.

Fatores relacionais como por exemplo, os apoios sociais existentes e a relação que se estabelece entre o doente e o profissional de saúde, melhoram os resultados a nível da adesão se estes forem bons e eficazes.

Existem ainda os fatores internos, em que Almeida et al. (2007), destaca os fatores psicológicos, locus de controlo, crenças relativas à saúde e características sócio-demográficas.

Cabral; Silva (2009), num estudo feito em Portugal sobre a adesão terapêutica, chegaram à conclusão que são os mais idosos e menos escolarizados os principais afetados por este problema. O fator económico não foi o mais valorizado e quase metade dos inquiridos acreditam ser o esquecimento o principal motivo que pode levar as pessoas a não seguir totalmente as indicações dos médicos. A este facto juntam-se a "preguiça em tomar medicamentos", não querer ou não gostar de remédios, ou adormecer antes da toma.

Ainda assim, as restrições económicas representam mais de um quarto do conjunto das razões de natureza comportamental.

Referem ainda:

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 precaridade habitacional, o núcleo familiar funcional ou não, uma boa relação conjugal, assim como um bom suporte das redes sociais, podem influenciar o seu comportamento (CABRAL; SILVA, 2009, p.5).

Há autores que referem ainda que a mudança comportamental que os doentes crónicos têm que adotar para que o regime terapêutico seja eficaz ou tenha sucesso torna-se por vezes um obstáculo pois, não existe uma “prescrição comportamental” válida ao longo de todo o período da doença, pois as situações que influenciam o desenrolar da mesma são variadas.

Alguns estudos focalizam no doente a questão da adesão à terapêutica, descrevendo um “modelo de decisão terapêutica”.

Segundo o modelo, há nas populações de doentes que precisam de seguir um regime terapêutico, três tipos: os que aceitam e procuram cumprir a prescrição dos profissionais de saúde, os que aceitam as prescrições, porém não sem testar variações da prescrição e então optar pelo seguimento ou não, e os séticos, que não aceitam as prescrições. A aceitação do tratamento está intimamente relacionada com a aceitação da própria doença e não tanto com outros fatores (DIAS et al., 2011).

Cabral; Silva (2009), apontam como principais causas de adesão os fatores sócio demográficos, fatores relativos à doença e ao regime terapêutico e fatores ligados à relação do doente com os profissionais e serviços de saúde.

Em Portugal, um estudo promovido pela Apifarma e conduzido por estes autores (2009), concluíram que cerca de 28% dos doentes crónicos não cumprem o tratamento prescrito, quando este é injetável e dos inquiridos no estudo, 90,5% concorda em parte ou totalmente que o incumprimento leva a um grande desperdício de medicamentos contribuindo para um impacto negativo na saúde da própria pessoa.

Este mesmo estudo revela que cerca de 46,7% dos portugueses que não tomam a medicação têm como motivo principal o esquecimento.

Contudo, o estudo também indicou que muitos dos doentes (18,3%) não compram os medicamentos por falta de dinheiro, sendo os mais idosos e menos escolarizados os principais afetados por este problema.

Na doença mental, doença muitas vezes de carácter crónico, a adesão terapêutica é o principal fator que influencia diretamente o sucesso ou insucesso do prognóstico do doente (RAMOS, 2010).

Sendo a depressão considerada doença crónica, principalmente a depressão major, a não adesão à medicação antidepressiva é um fator que contribui para a recidiva da doença e podem resultar em aumentos desnecessários na dosagem dos antidepressivos (MUZINA et al., 2010).

Num estudo feito por estes autores, nos Estados Unidos, 29,7% dos doentes eram não-aderentes aos seus medicamentos antidepressivos durante os 6 meses seguintes.

A fraca adesão à medicação antidepressiva é comum tanto em cuidados de saúde primários como na prática psiquiátrica, criando assim um grande obstáculo ao seu tratamento e prognóstico.

Tournier (2011), publicou um estudo efetuado em França sobre “duração do tratamento antidepressivo e seus determinantes”, onde constatou que a maioria dos tratamentos antidepressivos (n = 28.674; 81,8%) durou menos de seis meses e mais de metade apenas 28 dias, e que os tratamentos prescritos por médicos de clínica geral foram menos propensos a serem continuados do que os prescritos por psiquiatras.

Um estudo feito por Brown et al. (2005), na universidade de Pittsburgh, faculdade de medicina, sobre o uso de medicamentos antidepressivos e sua adesão em doentes dos cuidados de saúde primários, verificaram que a adesão é inaceitavelmente baixa, estando associada esta fraca adesão às crenças dos doentes em relação aos antidepressivos, e que, a gravidade dos sintomas depressivos e as preocupações específicas sobre os antidepressivos estão significativamente associados com a automedicação. Os resultados sugerem que os profissionais de saúde devem, instruir os doentes sobre a forma como devem tomar os medicamentos, os efeitos secundários a curto e a longo prazo e que os antidepressivos não causam habituação.

Acredita-se que os efeitos secundários e alguma falta de eficácia associados a uma prescrição inadequada, principalmente dos antidepressivos clássicos (tricíclicos), possam estar na origem do abandono prematuro do tratamento (DEMYTTENAERE, 2001).

Para o mesmo autor (2001), o inverso, ou seja, a adequada prescrição, de antidepressivos eficazes e bem tolerados não significa que o doente adira ao tratamento cumprindo assim as prescrições.

Um estudo publicado por Cunha (2010), demonstrou que a questão da adesão e a não adesão ao tratamento na depressão está dependente de fenómenos multifactoriais, considerando três aspetos fundamentais: aspetos intrapessoais, relacionamentos interpessoais e o contexto do tratamento.

Por exemplo, a falta de tomada de decisões partilhadas entre o doente e os técnicos de saúde, a falta de conhecimento da própria doença, dificultam a aceitação por parte dos doentes gerando um conflito, levando à decisão de descontinuar o tratamento (GEFFEN et al., 2010).

Para Sajatovic (2011), o esquecimento da toma da medicação e problemas com efeitos colaterais são as principais causas de não-adesão, falta de rotinas no cumprimento das prescrições, suporte de redes sociais fracas ou inexistentes, como por exemplo a inexistência de familiares/cuidador informal, o conhecimento da doença insuficiente e problemas de acesso ao tratamento pode também afetar a aderência.

Não-adesão ao tratamento pode resultar de esquecimento, descuido, interrupção da droga ao sentir-se pior devido aos efeitos secundários de alguns antidepressivos, ou pura e simplesmente abandonar quando se sente melhor (GABRIEL; VIOLATO, 2010).

Por outro lado, a maioria dos doentes com depressão possui crenças erróneas em relação aos antidepressivos influenciando o cumprimento da prescrição.

A percepção que os doentes têm da gravidade da doença e o tratamento a seguir, influenciam as suas decisões no consumo das drogas antidepressivas, podendo muitas vezes as crenças que estes têm em relação aos mesmos influenciar a sua decisão na adesão à terapêutica (GEFFEN et al., 2010).

Quando o doente está plenamente consciente da sua doença e da necessidade do tratamento terapêutico proposto pelo profissional de saúde, este tratamento será recebido com um bom nível de aceitação.

Se não há consciência da doença, é nosso dever informar, negociar, convencer, a fim de construirmos uma relação de empatia e confiança, para estabelecermos uma relação terapêutica.

As atitudes dos doentes relativamente aos antidepressivos têm uma grande probabilidade de exercer uma forte influência no seu cumprimento ou adesão à prescrição, uma vez que muitos doentes acreditam que a depressão de que sofrem extinguir-se-ia sem nenhuma intervenção específica.

A conclusão recentemente constatada segundo a qual muitos doentes que tomam antidepressivos acreditam que podem ajustar a administração diária de comprimidos, aumento-a ou diminuindo-a, dependendo de como se sentem deverá ser a grande preocupação do profissional de saúde (DEMYTTENAERE, 2001).

Um estudo feito por Goethe et al. (2007), nos Estados Unidos, relata que os efeitos secundários da medicação antidepressiva são um dos fatores que contribui para a descontinuação.

Por exemplo, o aumento de peso provocado pelo uso prolongado de alguns antidepressivos pode levar o doente a abandonar o tratamento, sendo portanto um efeito secundário significativo no tratamento da depressão. A obesidade é, atualmente, um sério problema de saúde pública e qualquer ganho de peso associado ao uso de antidepressivos pode significar aumento no risco à saúde da população (PEIXOTO et al., 2008).

A imagem corporal é um aspeto importantíssimo para as mulheres com o diagnóstico de depressão. Interfere com a sua autoestima e pode ser um fator de descontinuação do tratamento farmacológico, porque existe a percepção por parte delas que os antidepressivos proporcionam aumento de peso (SOURE, 2010).

Kinzl (2009), refere que o impacto que o antidepressivo induz na disfunção sexual é significativo e afeta negativamente a qualidade de vida, autoestima e o relacionamento com o parceiro.

Paprocki (2009), refere como fatores ligados aos tratamentos e aos medicamentos, a eficácia limitada dos mesmos, a persistência de sintomas residuais resistentes ao tratamento, a necessidade de tratamentos prolongados ou permanentes e as recidivas e recaídas frequentes, os efeitos secundários sendo os mais problemáticos o aumento de peso, as disfunções sexuais, sedação excessiva, sintomas parkinsonianos, acatisia e dificuldades cognitivas como atenção e memória.

Para Pereira; Santos (2011), o abandono da terapêutica principalmente durante a fase de manutenção, deve-se basicamente à persistência de dois fatores: efeitos secundários, como ganho de peso e disfunção sexual, e falta de informação adequada sobre o tempo de tratamento e sobre o risco de recaída precoce com a descontinuação.

Na doença mental, a ausência de “insight” frente ao facto de ser portador de doença mental e a descrença quanto à utilidade dos medicamentos no decorrer dos tratamentos dos transtornos psiquiátricos, faz com que haja uma descontinuidade nos tratamentos, que para Paprocki (2009), são fatores relacionados com as atitudes frente à doença e aos medicamentos.

Para o mesmo autor (2009), os deprimidos graves acham que “não vale a pena” tomar a medicação, estando este aspeto relacionado com a severidade dos sintomas e comorbilidades.

Paprocki (2009), descreve também alguns fatores demográficos como jovens do sexo masculino, de baixo status cultural e socioeconómico, crenças religiosas, etc. como preditores de não adesão terapêutica.

Zivinc (2009), num estudo realizado sobre a adesão terapêutica nos doentes com depressão após alta hospitalar verificou que esta adesão era manifestamente pobre contribuindo assim para riscos acrescidos, incluindo o risco de suicídio.

Então, a adesão por parte do doente ao regime terapêutico depende de vários fatores que devem ser considerados. A partir destes procurar-se-ão estratégias que visem melhorar a adesão por parte do doente ao regime terapêutico.

3.2- ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA ADESÃO TERAPÊUTICA

Não podemos afirmar que exista uma estratégia única ou um conjunto de estratégias eficazes para todos os doentes. As intervenções devem ser planeadas e adequadas ao doente e à doença porque cada doente é um ser único, com as suas particularidades e especificidades. Por isso, os profissionais de saúde devem desenvolver estratégias que foquem não só o problema da aderência à terapêutica, mas também todos os aspetos que têm influência direta ou indiretamente sobre a mesma.

Após a identificação da existência de problemas com a adesão ao regime terapêutico num doente, torna-se urgente a intervenção precoce da equipa de saúde na adoção de medidas para resolver o problema.

Para Paprocki (2009), e segundo o consenso dos peritos que estudam este problema, há dois tipos de medidas a serem adotadas: intervenções psicossociais e intervenções psicofarmacológicas.

As intervenções psicossociais passam por: terapia interpessoal, terapia cognitivo-comportamental, terapia de esclarecimento e apoio, entrevista de avaliações mais prolongadas, monitorização da medicação, assistência social dirigida para solução de problemas logísticos.

As intervenções psicofarmacológicas abrangem as seguintes: aumento ou diminuição da dose, substituição da medicação oral por injetável de ação prolongada, quando possível, uso de medicamentos que possam atenuar os efeitos secundários, mudança da medicação para grupos farmacológicos diferentes, simplificação ou alteração do regime posológico.

Refere ainda (2009), no que diz respeito aos fatores ligados diretamente à medicação e ao tratamento farmacológico, que alguns esclarecimentos dados aos doentes podem de alguma forma contribuir para diminuir a falta de adesão ao tratamento, como por exemplo:

- Os psicofármacos não são curativos mas sim paliativos ou seja, só fazem efeito enquanto estão a ser tomados e de forma correta, o que quer dizer que em alguns casos, pode haver a necessidade de ser necessário tomá-los durante toda a vida, atenuando os sintomas e prevenir recaídas;

- O doente deve ser esclarecido da limitação da eficácia dos psicofármacos: os antidepressivos são eficazes em apenas 60 a 70% na depressão major, sendo a sua eficácia ainda menor nos outros tipos de depressão e que, com a interrupção do tratamento pode ocorrer recaídas em 30% dos doentes no primeiro ano, 50% no segundo e 80% no terceiro.

Marin (2010), aponta algumas estratégias para melhorar a adesão aos tratamentos nos doentes crónicos como por exemplo, encorajar os doentes a fazerem perguntas aos profissionais de saúde, sessões educativas sobre a importância da adesão, debates sobre a administração terapêutica e seus efeitos secundários, fornecer informações sobre o processo de evolução da doença, etc.

Franco et al. (2007), refere-se a estratégias afetivas, de comportamento e educacionais. Nas afetivas, engloba a consultadoria/aconselhamento, visitas domiciliárias, redes de suporte social e familiar.

Nas estratégias de comportamento dá importância ao facto de questionar a pessoa sobre a adesão em cada encontro, fixar objetivos e assegurar que a pessoa possui capacidades cognitivas e instrumentais para a adesão ao regime terapêutico proposto.

Quanto às estratégias educacionais, aposta na informação fornecida verbalmente e por escrito do propósito e benefícios do medicamento e sua administração.

Para Bugalho; Carneiro (2004), as intervenções educacionais, passam por fornecer informação acerca da terapêutica e da doença através informação oral, escrita, audiovisual através de programas educacionais individuais ou em grupo sob a forma de panfletos e de filmes, entre outros métodos. A clareza e a objetividade da linguagem, deve ir de encontro ao nível cultural e cognitivo do doente e ser de fácil memorização. Assim, a educação é uma medida simples e vital destinada a melhorar a adesão à medicação.

As intervenções comportamentais têm como objetivos principais: associar à prática diária mecanismos de adaptação; facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos; otimizar a comunicação e o aconselhamento; simplificar os regimes terapêuticos; envolver os doentes no tratamento; fornecer memorandos e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação (BUGALHO; CARNEIRO, 2004).

Ainda os mesmos autores (2004), referem que o doente tem que adotar estratégias de maneira a evitar e a prevenir o esquecimento da toma da medicação, recorrendo a memorandos, tais como a utilização de caixas de contagem com a medicação diária distribuída, informação visual colocada em locais estratégicos e visíveis, marcação das consultas no calendário e a necessidade de adquirir novas receitas médicas.

Para o êxito destas medidas, o profissional de saúde deve evitar ao máximo alterar os esquemas terapêuticos, pois este é um fator que contribui para o esquecimento por parte do doente facilitando a não adesão ao regime terapêutico.

As estratégias que conciliam intervenções comportamentais e intervenções educacionais têm mais probabilidade de sucesso do que as que são usadas individualmente mas, nenhuma delas tem uma eficácia absoluta em todas as doenças e em todos os doentes (BUGALHO; CARNEIRO, 2004).

Para Henriques, (2006), as intervenções comportamentais passam por:

- Aumento da comunicação e aconselhamento:
 - * Direto (em consulta médica);
 - * Seguimento direto por via telefónica;
 - * Mensagens telefónicas automáticas;
 - * Mensagens geradas automaticamente por computador;
 - * Intervenção familiar.
- Simplificação dos esquemas terapêuticos:
 - * Diminuição do número de doses medicamentosas;
 - * Diminuição do número total de medicamentos.
- Envolvimento dos doentes no seu tratamento:
 - * Auto monitorização da doença;
 - * Autoadministração do tratamento.
- Memorandos:
 - * Embalagens especiais (empacotamento da medicação em embalagens individuais com a inscrição do dia da semana e horário);
 - * Informação visual sobre a toma da medicação;
 - * Caixas de contagem e distribuição de medicação;
 - * Alertas para a adesão à medicação;
 - * Alertas para a aquisição de receituário para manutenção do esquema proposto e agendamento de consultas.

Wade; Haring (2010), num estudo efetuado sobre o abandono terapêutico na depressão e custos associados, verificaram que através do uso de programas apropriados de educação para a saúde, a adesão do doente ao tratamento melhora significativamente, sendo a remissão dos sintomas depressivos mais prolongada, aumentando a produtividade laboral, reduzindo os custos gerais, pois a depressão é uma perturbação com um elevado impacto económico.

Para melhorar a adesão à terapêutica, o profissional de saúde deve estabelecer um vínculo com o doente e com o prestador informal de cuidados, através da escuta ativa e de

uma relação empática, não descurando as características socioculturais e a necessidade de apoio psicossocial. As intervenções de enfermagem são fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar (MACHADO, 2009).

Nesta perspectiva, o enfermeiro devido à sua proximidade com os doentes, pelo facto de estarem presentes em todos os contextos da prestação de cuidados, possuem uma posição privilegiada para implementarem estratégias eficazes que visem a melhoria da adesão. Destas estratégias fazem parte a educação para a saúde e intervenções de enfermagem “no âmbito do ensinar”, permitindo à pessoa alterar os seus comportamentos, baseados nos valores, crenças e desejos individuais, constituindo assim, o seu projeto de saúde (MACHADO, 2009).

O enfermeiro, profissional habilitado e qualificado para obter e recolher informação que lhe permita planear intervenções de enfermagem com vista a dar resposta aos diagnósticos de enfermagem, tem um papel muito importante na identificação do fenómeno de adesão do doente ao regime terapêutico (SILVA; CARVALHO, 2011).

Um estudo feito por Lin et al. (1995), demonstrou que os profissionais de saúde podem melhorar e reforçar a adesão à medicação antidepressiva através de cinco instruções simples: 1) tomar a medicação diariamente; 2) para que o seu efeito seja visível, os antidepressivos devem ser tomados durante duas a quatro semanas; 3) continuar a tomar o medicamento mesmo que se sintam melhor; 4) não suspender a medicação antidepressiva sem informar o médico; 5) o médico deve fornecer respostas específicas a questões relacionadas com os antidepressivos.

Também Osterberg; Blaschk (2005), são de opinião que os métodos ou estratégias para aumentar a adesão ao regime terapêutico podem ser agrupados em quatro categorias principais: a educação do doente; a comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e doente; a posologia e tipo de fármaco; a disponibilidade dos serviços de saúde em atender o doente.

As propostas da OMS (2006), para melhorar a aderência resumem-se na adoção de três medidas: informações adequadas e continuadas; treino das equipas de saúde em estratégias motivacionais; adoção e aplicação continuada dessas estratégias.

Acredita-se que a adoção dessas medidas pode favorecer o binómio INFORMAÇÃO / MOTIVAÇÃO, implicando mudanças de conceitos acerca das doenças e dos tratamentos, os quais, por sua vez, podem resultar na adoção por parte dos doentes de comportamentos e atitudes duradouras que favoreçam a aderência ao tratamento (PAPROVIK, 2009).

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

4 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A investigação científica é um procedimento através do qual conseguimos obter conhecimentos de forma a aplicá-los na resolução de questões ou problemas que suscitem o nosso interesse e que nos surgem no dia-a-dia. “É um processo sistemático que assenta na colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico, isto é, do mundo que é acessível aos nossos sentidos, tendo em vista descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos” (FORTIN, 2009, p.5).

Quando nos referimos a investigação científica, podemos afirmar que ela consiste na pesquisa de resultados novos de forma que sejam significativos pela sua particularidade.

A investigação científica/método científico é um procedimento dirigido para a realidade empírica, com vista à aquisição de conhecimentos científicos através da enunciação de questões sobre a realidade com base em estudos e teorias já existentes, para seguidamente antecipar soluções para os problemas colocados, comparando-os com a realidade, mediante a observação, classificação e análise dos factos (INFOPÉDIA, 2003-2012).

Para Polit; Beck; Hungle (2004), este é o método mais exigente e o mais aceitável porque pode sempre ser alterado à medida que a investigação vai decorrendo, podendo ser redefinida toda a investigação.

A investigação científica pode também ser definida como um processo organizado com o objetivo de confirmar ou validar conhecimentos já conseguidos e conceber outros e que de uma forma direta ou indireta irão influenciar a prática (BURNS; GROVE, 2001, citados por FORTIN, 2009).

Mediante o exposto anteriormente, vamos descrever de forma clara e objetiva todos os procedimentos realizados nas etapas deste estudo: formular a questão de investigação, descrever os objetivos do estudo, tipo de estudo, definir a amostra, critérios de inclusão e exclusão, instrumento de colheita de dados, procedimentos formais e éticos, caracterização da participante do estudo e procedimentos de análise de dados.

4.1 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A depressão, doença grave e incapacitante, pode interferir com todos os aspetos do dia-a-dia da pessoa, conforme descrito na literatura, tornando-se imprescindível que o doente cumpra com rigor a prescrição terapêutica proposta pelos profissionais de saúde.

Neste contexto, colocamos a seguinte questão de investigação:

A mulher com depressão major adere ao regime terapêutico instituído?

A partir desta questão, surgem as seguintes questões secundárias:

- Que fatores interferem no comportamento de adesão da doente ao regime terapêutico?
- O profissional de saúde usa estratégias para promover a adesão ao regime terapêutico por parte da doente?
- A doente usa estratégias para aderir ao regime terapêutico?

4.2 – OBJETIVOS DO ESTUDO

- Identificar fatores que interferem no comportamento de adesão da doente ao regime terapêutico.
- Conhecer as estratégias usadas pelos profissionais de saúde no comportamento de adesão da doente ao regime terapêutico.
- Conhecer as estratégias utilizadas pela doente para aderir ao regime terapêutico.

4.3 – TIPO DE ESTUDO

Ao iniciarmos uma investigação, seja ela de que natureza for, o primeiro passo, é sempre identificar o problema. A identificação do problema ou do objeto do nosso estudo, pode surgir de uma realidade social tendo como objetivo aprofundar os conhecimentos e verdades acerca de um fenómeno.

Portanto, o primeiro grande passo é a identificação do problema devidamente validado e fundamentado.

O objetivo de contextualizar o problema, analisar e refletir sobre a pertinência, oportunidade e compromisso do mesmo, é crucial para o desenvolvimento do estudo. A influência exercida tanto a nível social, cultural e económico da escolha da problemática, as preocupações em encontrar respostas, são fatores determinantes para o planeamento e desenho de um estudo de investigação (SILVA, 2008, p.69).

Neste âmbito, o nosso interesse em estudar a adesão terapêutica na mulher com depressão major, prende-se com o facto de enquanto enfermeira a exercer funções num serviço de internamento feminino de psiquiatria confrontada com os (re)internamentos sucessivos de mulheres com este diagnóstico, nos induz a pensar que poderá existir uma fraca adesão ao regime terapêutico em ambulatório, devido a vários fatores, que poderão ser todos válidos para a pessoa mas que prejudicam a sua saúde e bem-estar, sendo um problema com consequências sociais e económicas.

Além disso, a literatura confirma a necessidade de novas formas de intervenção que visem melhorar os níveis de adesão à terapêutica.

Para este estudo de investigação, com base na questão de partida, objetivos e quadro teórico, definimos a metodologia a adotar. Neste sentido, como o objeto de estudo é o ser humano e as suas respostas face a um determinado fenómeno ou seja, a adesão terapêutica, optamos pela investigação qualitativa.

“O paradigma da investigação qualitativa permite pesquisar para além da realidade objetiva. Neste sentido permite inferir nas questões de natureza subjetivas, onde a perspectiva personalizada do ser humano e suas respostas estão em primeiro plano” (SILVA, 2008, p.75).

Neste tipo de investigação, podemos correr o risco de o estudo ter uma componente subjetiva pois os participantes podem não ser verdadeiros ao responder às questões que lhe são colocadas e responder aquilo que acham que o investigador quer ouvir, por exemplo.

Assim, através da aplicação do instrumento de colheita de dados tentaremos direcionar a entrevista de forma que vá ao encontro daquilo que pretendemos saber concretamente, diminuindo desta forma a probabilidade de ocorrer a tal componente subjetiva.

Considerando que o objetivo primordial deste estudo é saber se a doente adere ao regime terapêutico, iremos descrever e narrar as suas experiências face a esta temática.

Para podermos compreender o que a leva ou não a aderir ao mesmo optámos então por usar uma investigação qualitativa, fenomenológica, descritiva: estudo de caso.

O termo estudo de caso e segundo Becker, (1994, p.117):

Vem de uma tradição de pesquisa médica e psicológica, onde se refere a uma análise detalhada em um caso individual que explica a dinâmica e a patologia de uma doença dada; o método supõe que se pode adquirir conhecimento do fenómeno adequadamente a partir da exploração intensa de um único caso. Adaptado da tradição médica, o estudo de caso tornou-se uma das principais modalidades de análise das ciências sociais (BECKER, 1994, p.117).

Trata-se então de um estudo descritivo, porque pretende-se descrever experiências vivenciadas pelas pessoas que para Fortin (2009, p.292), significa: “considerando as

experiências humanas tal como são descritas e narradas pelos participantes, ou seja, descrever a sua experiência face a um fenómeno, extrair a sua natureza e a significação que as pessoas lhe atribuem” (FORTIN, 2009, p. 292), através da análise estrutural dos dados colhidos, e transversal porque a colheita de dados é efetuada num único momento de avaliação, ou seja, na altura da aplicação do instrumento de colheita de dados.

Nesta perspectiva, o interesse em compreender este facto, pode possibilitar o desenvolvimento de competências para que nós, enquanto profissionais de saúde possamos ajudar os doentes a criarem as suas próprias estratégias de maneira a cumprirem com mais rigor ou aderirem a um determinado regime terapêutico.

4.4 – AMOSTRA

A presente investigação foi iniciada durante o tempo em que decorreu o Ensino Clínico III: Opção – Urgência Psiquiátrica, no período de 01 de Setembro a 16 de Outubro de 2011, ou seja, durante sete semanas, no serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.

Durante este período recorreram a este serviço, nos dias em que estive presente, um total de seis mulheres com o diagnóstico de depressão, tendo uma delas recorrido duas vezes neste curto intervalo de tempo, suscitando desde logo o nosso interesse em tentar perceber o porquê.

Para a obtenção da amostra será utilizada a técnica de amostragem não probabilística acidental:

A amostragem não probabilística não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra e acidental porque consiste em escolher indivíduos, pelo facto da sua presença, num local determinado e num preciso momento (FORTIN, 2009, p. 321).

A seleção da doente teve em conta critérios de inclusão e exclusão definidos à priori, expostos mais á frente.

Como um serviço de urgência não é o local ideal para proceder a uma entrevista, sobre esta temática, devido às características peculiares da unidade e situação fragilizada da doente, através de uma conversa rápida e informal, elucidei a doente acerca da pretensão do meu estudo, pedindo-lhe a sua autorização e colaboração para posteriormente ser contactada no seu domicílio.

Foi manifestada por parte da doente disponibilidade e interesse para ajudar no que fosse necessário para a realização do estudo.

4.5 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A população em estudo define-se por critérios de inclusão e critérios de exclusão.

Assim e segundo Fortin (2009, p.311), “determina-se com a ajuda de critérios as características que se deseja encontrar nos elementos da amostra” (FORTIN 2009, p.311).

Foi aceite para estudo a doente que obedecia aos seguintes critérios de inclusão:

- Utente com o diagnóstico de depressão major;
- Utente em tratamento há pelo menos seis meses e que tenha de cumprir no seu dia-a-dia determinado regime terapêutico;
- Ter estado internada num serviço de psiquiatria no último ano duas ou mais vezes;
- Ser responsável ela própria pela gestão do seu regime terapêutico;
- Utente com domínio da língua portuguesa e, capacidade para compreender e responder às questões que iriam ser colocadas na entrevista.

Os critérios de exclusão considerados foram os seguintes:

- Utentes com diagnóstico de depressão mas, no momento da consulta, apresentar sintomatologia psicótica;
- Utentes com perturbações cognitivas (memória; atenção; concentração; orientação).

4.6 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados é uma ferramenta ou uma técnica que o investigador usa para proceder à colheita de dados e informações que considera imprescindíveis e necessárias para a realização do estudo a que se propôs, sendo este determinante na escolha deste instrumento (POLIT; HUNGLER, 2004).

O instrumento de colheita de dados por nós selecionados foi o questionário para a caracterização sociodemográfica da doente (apêndice II) em que são colocadas uma série de perguntas fechadas; para caracterização da doente, a história clínica psiquiátrica e exame estado mental, (apêndice III) e a entrevista.

“A entrevista é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas. Esta é um modo particular de comunicação verbal ente duas pessoas, um entrevistador que recolhe dados e um respondente que fornece a informação” (FORTIN, 2009, p.375).

Assim dentro da entrevista optámos pela entrevista semiestruturada ou semidirigida (apêndice IV), 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).

Na entrevista semiestruturada, as questões iram ser sujeitas a uma análise de conteúdo, utilizando-se a metodologia seguida por Bardin (1977), estabelecendo-se categorias, subcategorias e indicadores.

Através da entrevista semiestruturada, o investigador consegue obter mais informações particulares sobre um determinado tema, conseguindo desta forma compreender o significado de um fenómeno ou um acontecimento vividos pelos participantes (FORTIN, 2009).

Segundo Savoie-Zajc (2003, p. 282), a entrevista semiestruturada é definida da seguinte forma:

Uma interação verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objetivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os temas gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim destacar uma compreensão rica do fenómeno em estudo (SAVOIE-ZAJC, 2003, p. 282).

Nesta perspectiva fenomenológica, um dos principais objetivos em utilizar este método será o obter o máximo de clareza na descrição do tema em estudo permitindo aos intervenientes exprimir os seus sentimentos e as suas opiniões (FORTIN, 2009).

Assim, sendo uma ferramenta mais flexível e mais vasta, permitindo aceder também a informação mais subjetiva, tem todo o interesse em ser aplicada em amostras mais pequenas como é o caso do presente estudo.

A entrevista foi efetuada no próprio domicílio da participante depois de cumpridos todos os requisitos formais e éticos através do consentimento informado (apêndice I), visando a confidencialidade e privacidade da mesma. A duração da entrevista não excedeu os quarenta minutos, transcrevendo na íntegra todos os dados narrados pela participante.

As perguntas foram elaboradas mediante a temática da adesão terapêutica numa mulher com depressão major: perspectiva da doente, comportando questões relativas a: fatores que interferem no processo de adesão ao regime terapêutico; estratégias usadas pelo profissional de saúde para facilitar o comportamento de adesão ao regime terapêutico por parte da doente e estratégias usadas pela doente para promover e manter o comportamento de adesão ao regime terapêutico prescrito pelo profissional de saúde.

Em termos dos procedimentos do estudo, realizamos uma primeira entrevista – pré-teste a uma outra doente, que não a participante do nosso estudo, que nos permitiu compreender como elaborar as questões de forma a não fazer deduções e a não influenciar as respostas da participante, não havendo necessidade de proceder a alterações.

4.7 – PROCEDIMENTOS LEGAIS E ÉTICOS

Qualquer investigação efetuada com seres humanos deve ser avaliada do ponto de vista ético (Fortin, 2009). A investigação eticamente correta baseia-se no consentimento fundamentado ou esclarecido. Assim sendo, torna-se indispensável proteger os direitos e liberdades das pessoas que participem em estudos.

Estes procedimentos são guiados por regras internacionais e nacionais, relativamente às pessoas e no que respeita à sua proteção, tendo contribuído para tal o Código de Nuremberg (1947), a Declaração de Helsínquia, saída da 18ª Assembleia da Associação Médica Mundial, (1964) com as diretrizes estabelecidas na primeira e nas revisões sucessivas, entre outros (WIKIPÉDIA, 2012).

Mediante estes factos foi solicitada à participante, a concordância por meio da assinatura do protocolo do consentimento informado (apêndice I) tendo o cuidado de no início da entrevista e numa linguagem acessível e cuidada, explicar-lhe em que consistia este estudo e mostrando disponibilidade para esclarecer dúvidas, sendo garantido o anonimato tal como consta da alínea d) do Artigo 85º do Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo do dever do sigilo, a manutenção do anonimato da pessoa, sempre que o seu caso for usado entre outras situações, em investigação (Ordem do Enfermeiros, 2003) (Apêndice 5), e o direito de desistência em qualquer fase do estudo, não sendo prejudicada por isto.

O preenchimento do guião da entrevista foi feito pela participante e o pesquisador transcreveu na íntegra os relatos e experiências vividos pela participante face ao regime terapêutico que tem que cumprir no seu dia-a-dia na presença da entrevistada para não correr o risco de não perceber a caligrafia no momento da transcrição do conteúdo da mesma. Foi-lhe pedido consentimento para proceder à gravação da entrevista que desde logo recusou.

4.8 – CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE DO ESTUDO

Iremos proceder à caracterização da mulher que foi alvo do nosso estudo.

Estes dados foram observados pela investigadora e fornecidos pela doente no momento da entrevista, conseguida tendo por base os instrumentos de colheita de dados: história clínica psiquiátrica e exame estado mental (apêndice III).

4.8.1 - História clínica psiquiátrica

A história clínica é a história de vida da doente contada para o profissional de saúde nas suas próprias palavras e sob seu próprio ponto de vista. Muitas vezes, também inclui informações obtidas de outras fontes (KAPLAN; SADOCK, 2004).

A participante do nosso estudo é uma mulher com 42 anos de idade, casada, operária fabril, atualmente de baixa por incapacidade temporária devido à sua patologia. Possui como habilitações literárias o 12º ano de escolaridade.

Do agregado familiar fazem parte o marido e dois filhos do sexo masculino respetivamente com 16 e 14 anos, estudantes. Os recursos financeiros são escassos, habitando numa casa modesta mas, com boas condições de habitabilidade e acessibilidade sendo o rendimento mensal do agregado familiar prejudicado devido às “baixas médicas” frequentes.

Para Vieira (2010), são os seguintes os parâmetros de avaliação:

- **Antecedentes pessoais**

História de depressão diagnosticada há 4 anos e inicialmente seguida pelo médico de família. Vários internamentos no serviço de psiquiatria. Refere sensivelmente três a quatro por ano.

- **História de doença atual**

Doente com sintomatologia depressiva, arrastada e recidivante apesar das várias terapêuticas instituídas. Refere falta de motivação para as tarefas diárias, adinamia, dificuldade de concentração, falta de memória e choro fácil, queixas mais notadas a partir das últimas duas semanas. Foca também algumas queixas somáticas: alterações do trânsito gastrointestinal, artralguas, sente “a cabeça vazia.

- **Antecedentes familiares**

Não existem familiares, pelo menos do seu conhecimento, com história de patologia do foro psiquiátrico. Mãe saudável e pai com diabetes tipo 2. Dois irmãos do sexo masculino saudáveis.

- **Exame físico**

Não existem comorbilidades.

4.8.2 – Exame do estado mental

Consiste na avaliação do estado mental, que é uma avaliação mental do utente no momento do exame, com base nas observações que foram feitas durante a entrevista (MELLO, 2008).

O exame do estado mental é a pesquisa sistemática de sinais e sintomas de alterações do funcionamento mental, durante a entrevista psiquiátrica. As informações são adquiridas através da observação direta da aparência do doente, da anamnese, bem como do relato de familiares e outros informantes como amigos, colegas ou até mesmo autoridades policiais (CORDIOLI; ZIMMERMANN; KESSLER, 2004).

São os seguintes os itens a serem avaliados:

- **Aparência**

Idade aparente superior à real; aspeto cuidado. Expressão facial triste. Aspeto físico normolíneo.

- **Comportamento e Atividade Psicomotora**

Postura corporal tensa; sem alteração da atividade psicomotora; ligeira ansiedade.

- **Atitude para com o Examinador**

Colaborante

- **Humor e afetos**

Humor: depressivo

Afeto: superficial

- **Discurso**

Discurso coerente, por vezes com ligeiro aumento de latência do tempo das respostas.

- **Percepção**

Sem alteração da percepção

- **Pensamento**

Sem alteração

- **Cognição**

Consciência: sem alteração

Orientação: orientado

Memória: sem alteração

Atenção: sem alteração

- **Impulsividade**

Refere que por vezes tem dificuldade em controlar os impulsos; por vezes humor irritável.

- **Juízo crítico**

Insight total

- **Funções psicofisiológicas**

Sono alterado, refere dormir cerca de 4 horas

Apetite por vezes aumentado e diminuição da libido

4.9 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados na investigação qualitativa fenomenológica tem como principal objetivo evidenciar os enunciados significativos e realçar as unidades de sentido e a essência da experiência vivida pela pessoa (FORTIN, 2009).

Assim, optámos pela análise de conteúdo, tendo em conta o discurso real da participante e como referido atrás, a sequência da análise do conteúdo da entrevista, a preconizada por Bardin (1977), de modo a produzir um sistema de categorias, subcategorias e indicadores.

A análise de conteúdo e segundo Bardin (1977, p.31) é:

O conjunto de técnicas de análise das comunicações (qualitativos ou não) que aposta no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade do seu objeto visa obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores e conhecimentos relativos às condições de variáveis inferidas na mensagem (Bardin, 1977, p.31).

A técnica de análise de conteúdo pressupõe algumas etapas, definidas por Bardin (1977), como: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos resultados.

Estas etapas podem ser classificadas e segundo Oliveira (2008), em:

-Primeira etapa onde são desenvolvidas as intervenções de preparação para a análise propriamente dita consistindo no processo de escolha mediante a análise dos documentos dando origem à elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final.

- Segunda etapa diz respeito à exploração do material ou codificação dos dados “brutos” sendo transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais possibilitam a descrição exata das particularidades pertinentes no conteúdo do texto.

- Terceira etapa que corresponde ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, procurando-se destacar as informações fornecidas pela análise, através de quantificação simples permitindo apresentar os dados em diagramas, figuras, modelos etc.

Estas categorias de análise surgiram através dos dados obtidos, e foram sendo reformuladas até terminar toda a categorização.

A análise qualitativa dos dados foi feita manualmente pela investigadora por se tratar de um só elemento em estudo nesta investigação.

**PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE, DISCUSSÃO DOS RESULTADOS
E CONCLUSÃO**

5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para a apresentação e análise dos dados obtidos através de entrevista (apêndice IV), procedemos à categorização dos dados, criando categorias, subcategorias e indicadores conforme referenciado no método de análise dos dados, descritas de seguida e apresentadas no esquema 1: diagrama de categorias; subcategorias e indicadores:

1ª CATEGORIA:

Fatores que influenciam o comportamento de adesão ao regime terapêutico.

1ª Subcategoria: Fatores económicos, sociais e culturais

Indicadores: Apoios sociais e familiares; recursos económicos.

2ª Subcategoria: Serviços e profissionais de saúde

Indicadores: Consultas médicas: horários e duração das consultas; relação terapêutica: profissional de saúde/doente

3ª Subcategoria: Tratamento

Indicadores: Complexidade do tratamento; efeitos secundários.

2ª CATEGORIA:

Estratégias usadas no comportamento de adesão ao regime terapêutico.

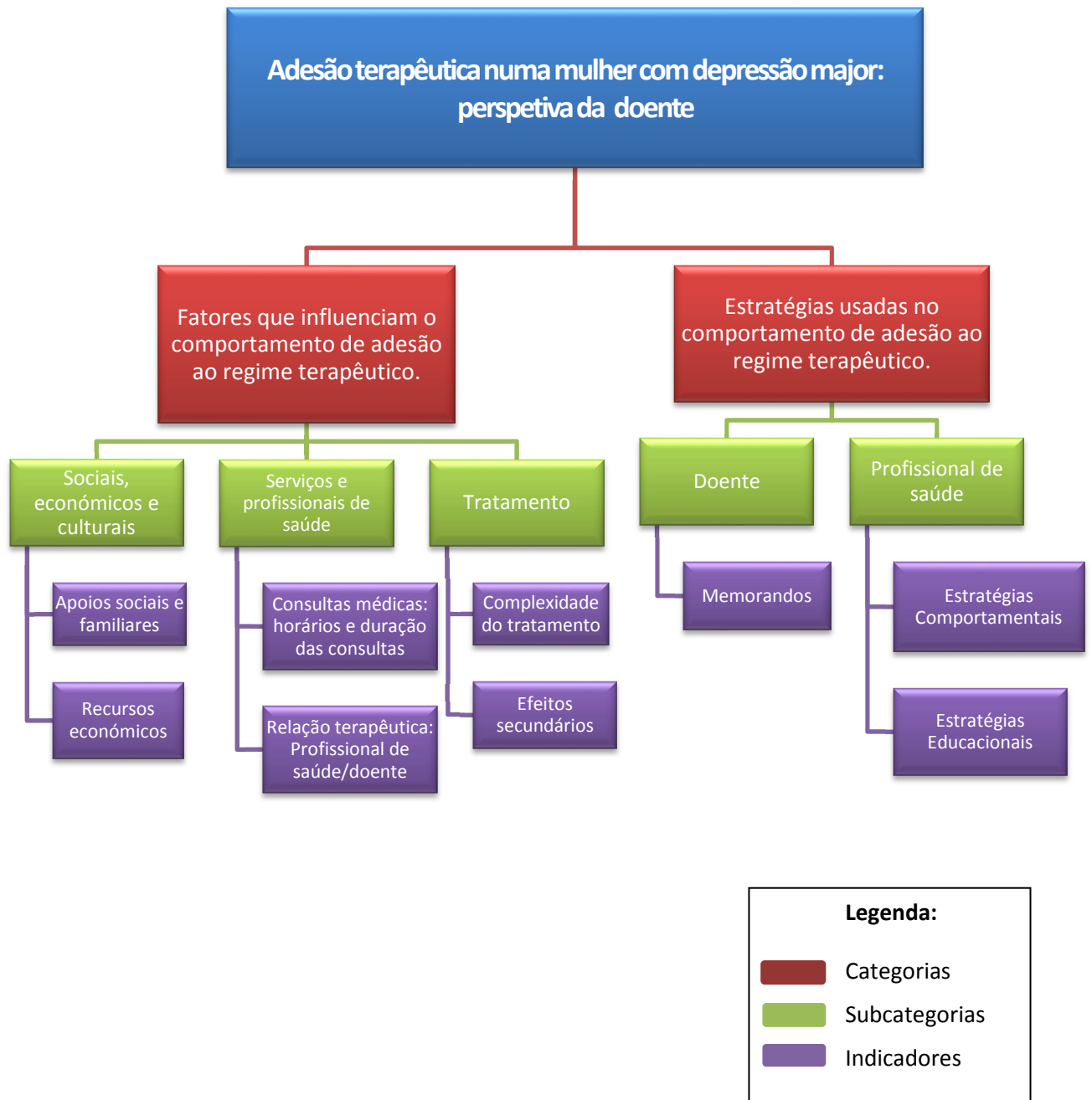
1ª Subcategoria: Estratégias usadas pela doente

Indicadores: Memorandos

2ª Subcategoria: Estratégias usadas pelo profissional de saúde

Indicadores: Estratégias comportamentais; estratégias educacionais

ESQUEMA 1 – Diagrama de Categorias, Subcategorias e Indicadores.



Como referenciado anteriormente, este estudo incidiu sobre uma doente com o diagnóstico de depressão major, cujos dados foram recolhidos através de uma entrevista semiestruturada. Cada questão foi analisada tendo em consideração o discurso da entrevistada, procedendo-se à sua transcrição na íntegra, relatando a experiência real desta mulher face ao comportamento de adesão ao regime terapêutico.

5.1– FATORES QUE INFLUENCIAM O COMPORTAMENTO DE ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO.

Torna-se indispensável a compreensão dos fatores que podem estar relacionados com os comportamentos de adesão ao regime terapêutico (SILVA, 2008).

Estes comportamentos podem ser de natureza variada e podem estar relacionados com o doente, com a doença, com o tratamento, com as crenças e hábitos de vida, com os serviços de saúde, com os profissionais de saúde (GUSMÃO; JR. 2006).

Também a OMS (2003), aponta um conjunto de cinco fatores que podem influenciar a adesão ao regime terapêutico: fatores sociais, económicos e culturais; fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde; fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades; fatores relacionados com o tratamento; fatores relacionados com a pessoa doente.

Neste enquadramento, houve todo o interesse em perceber quais os fatores que influenciam o comportamento de adesão ao regime terapêutico da doente e se este comportamento tem implicações na sua saúde mental.

Assim, as questões colocadas à doente no guião da entrevista dão resposta a esta temática, emergindo a categoria: fatores que influenciam o comportamento de adesão ao regime terapêutico e conseqüentemente as subcategorias: fatores sociais, culturais e económicos; fatores relacionados com os serviços de saúde e os profissionais de saúde; fatores relacionados com o tratamento e respectivos indicadores.

Para facilitar a análise dos resultados para cada subcategoria e respectivos indicadores, transcrevemos na íntegra as respostas dadas pela doente.

5.1.1 – Fatores sociais, económicos e culturais

Os fatores socioeconómicos são mencionados na literatura como preditores relevantes do grau de adesão por parte dos doentes a um determinado regime terapêutico.

O baixo nível de escolaridade, mas sobretudo o baixo rendimento, o desemprego ou a falta de estabilidade no emprego podem constituir barreiras importantes e significativas no comportamento de adesão à terapêutica (CABRAL; SILVA, 2009).

Os mesmos autores (2009), referem ainda as dificuldades económicas para a aquisição dos medicamentos assim como o isolamento social e acessibilidades geográficas.

Por outro lado, a cultura influencia o estilo de vida das pessoas, condicionando a conduta em relação à promoção da saúde, à prevenção da doença e à adesão ao tratamento (WHO, 2002).

Dentro dos fatores sociais, o suporte social ou apoio social pode agir como potencializador de um estado de saúde que também pode estar associado a aspetos negativos, podendo, assim, influenciar a saúde dos indivíduos e as respostas às situações de crise (GOMES, 2008).

De acordo com as respostas dadas pela doente, os apoios sociais e familiares, e os recursos económicos são os fatores que prejudicam a sua adesão ao tratamento que apresentamos de seguida.

5.1.1.1 – Apoios sociais e familiares

As pessoas que possuem redes de sociabilidade limitadas, fracos apoios familiares, têm mais probabilidade de encontrar dificuldades para cumprirem as indicações dadas pelo profissional de saúde em relação a um determinado regime terapêutico (SARAFINO, 1990; BISHOP, 1994; HAYNES; MCKIBBON; KANANI, 1996; LEVY; FELD, 1999; VERMEIRE, et al., 2001, citado por CABRAL; SILVA, 2009).

Face à questão “Que motivos ou dificuldades sente para não aderir ao regime terapêutico?”, a resposta, transcrita de seguida, levou-nos a identificar esse indicador.

“ A maior parte das vezes não tomo os medicamentos. Sabe, lá em casa o meu marido acha que eu não preciso deles, que me fazem mal, que não vê melhoras nenhuma, não me dá apoio... a minha família acha que não estou doente que sou é manhosa e que não quero trabalhar mas não é verdade. Eu não me sinto bem. Depois quando regresso ao trabalho, os meus colegas não me apoiam muito, eles acham que sou maluca por estar internada num hospital. Acabo por me afastar e ficar sozinha. Acho que não me compreendem, deixo de tomar...”.

A resposta vai de encontro ao que diz por Cabral; Silva (2009, p. 5), num estudo feito em Portugal:

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 precaridade habitacional, o núcleo familiar funcional ou não, uma boa relação conjugal, assim como um bom suporte das redes sociais, podem influenciar o seu comportamento (CABRAL; SILVA, 2009, p.5)

Os apoios sociais e familiares como facilitadores ou não da adesão ao regime terapêutico podem ser inseridos no nosso ponto de vista nos relacionamentos interpessoais

considerados por Cunha (2010), num estudo em que demonstrou que a questão da adesão e a não adesão ao tratamento na depressão está dependente de fenómenos multifactoriais, considerando três aspetos fundamentais: aspetos intrapessoais, relacionamentos interpessoais e o contexto do tratamento.

A precaridade ou ausência de suporte social afetivo bem como a percepção por parte da doente de que esse apoio é insuficiente, podem contribuir para o não cumprimento das indicações dadas pelo profissional de saúde.

Para Symister; Friend (2003), o suporte social, também denominado apoio social, é muito importante para a pessoa portadora de uma patologia crónica pois de uma maneira geral, uma pessoa com um bom suporte social terá maior probabilidade de apresentar um bom ajustamento mental e físico contribuindo assim para uma melhor adesão aos tratamentos.

5.1.1.2 – Recursos económicos

No que diz respeito a este indicador, surgem questões que podem estar relacionadas com influências externas:

Perante a necessidade de cumprir determinado regime terapêutico farmacológico, o ser humano é confrontado com comprar ou não, de acordo com a sua capacidade financeira. Surgem então períodos em que acontece a não adesão, coincidentes com a fase do mês em que não existe capacidade financeira, até à altura em que recebe novamente a sua reforma (Silva, 2008, p.146).

Para o mesmo autor (2008), as pessoas preferem utilizar os recursos económicos para fazer face a outras necessidades em vez de comprar a terapêutica, não cumprindo assim na íntegra o regime terapêutico.

Mediante a experiência relatada pela doente face á questão “Que motivos ou dificuldades sente para não aderir ao regime terapêutico?”, reconhecemos este indicador:

“Às vezes não compro os medicamentos quando eles acabam... como passo muito tempo de baixa, o dinheiro não dá para tudo, tenho dois filhos a estudar, o meu marido, o que ganha não dá para tudo então prefiro comprar as coisas para comer e para o dia-a-dia e então só vou tomando os que ainda tenho em casa, porque também não quero comprar fiado e alguns medicamentos são caros.”

Isto vai de encontro ao que diz um estudo efetuado em Portugal por Cabral; Silva, (2009), que cerca de 18,3% dos doentes não compram os medicamentos por falta de dinheiro.

Para Silva (2008), os recursos económicos dos doentes estão diretamente associados ao ambiente externo, ou seja, são fatores extra pessoais que influenciam negativamente o ser humano levando-o ao não cumprimento do regime terapêutico.

Para as famílias, o fato de seu familiar doente necessitar de tomar medicamentos diariamente, faz com que o orçamento familiar fique mais reduzido podendo levar a um desgaste físico e emocional tanto do doente como do restante agregado familiar, facilitando assim a não adesão (SPADINI; SOUZA, 2006).

5.1.2 – Fatores relacionados com os serviços de saúde e os profissionais de saúde

A principal razão da existência dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde é contribuir para melhorar e promover o bem-estar e a saúde das pessoas considerando as suas necessidades e carências de forma a evitar ou a minimizar as situações de doença aguda ou crónica.

A OMS (2006), reconhece como fatores facilitadores de adesão, os relacionados com os serviços de saúde e os profissionais de saúde. Neste contexto, o caráter inter e multidisciplinar da intervenção, características do serviço de assistência, a abordagem cuidadosa do profissional de saúde no diagnóstico e na prescrição, a relação entre o profissional e o doente, a capacidade de diálogo e negociação por parte do profissional e do próprio serviço, permitindo alguma flexibilidade de horários, prazos e datas para consultas, podem contribuir de forma bastante significativa para motivar o doente a aderir ao regime terapêutico.

No nosso estudo, a resposta dada pela nossa participante, à questão “Que motivos ou dificuldades sente para não aderir ao regime terapêutico?” mediante o guião da entrevista, remeteu-nos para dois indicadores, um facilitador de não adesão e outro facilitador de adesão, que apresentamos de seguida.

5.1.2.1 – Consultas médicas: horários e duração das consultas

Quando nos referimos à adesão ao tratamento ou às prescrições médicas, delas fazem parte o tratamento medicamentoso e todas as outras recomendações que visem a promoção e manutenção da saúde.

O facto de a doente em estudo mencionar que por vezes não cumpre o calendário no que respeita às marcações das consultas leva-nos a admitir que esta também é uma forma

de não adesão, conforme está descrito na literatura por nós consultada, em que Brannon et al., 2003 citado por Cabral; Silva (2009), diz que a não adesão ao tratamento ocorre quando os comportamentos dos doentes não coincidem com as recomendações dos profissionais de saúde não só relativamente às prescrições terapêuticas medicamentosas, como também ao não cumprimento das indicações que dizem respeito às alterações nos hábitos e estilos de vida no sentido de adotar práticas e hábitos saudáveis, não comparecerem a consultas marcadas ou não realizarem exames de diagnóstico prescritos.

Leite; Vasconcelos (2003), 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.

A experiência vivida pela participante do estudo e mediante a questão “Os serviços de saúde que frequenta correspondem às suas expectativas?” é a seguinte:

“Às vezes também falto às consultas porque elas são na hora do trabalho e o patrão não quer que eu falte...Já falto tanto... quando estou de baixa. Elas podiam ser mais no final da tarde, sabe, quando saísse do trabalho, deveria haver consultas. São sempre de manhã... Outras vezes, não vou lá fazer nada...É tão rápida, só me muda os comprimidos...Não me dá tempo para fazer perguntas... Parece que não têm paciência... Por vezes tenho que ficar muito tempo à espera para ser atendida, perco uma manhã toda.”

As instituições de saúde por vezes são uma barreira que influencia o comportamento de adesão ao regime terapêutico na medida em que as políticas de saúde existentes, o acesso aos serviços de saúde, o tempo de espera, o tempo de atendimento, não são muito flexíveis, levando o doente por vezes a não comparecer às consultas ou aos tratamentos (GUSMÃO; JR., 2006).

Alguns serviços de saúde possuem horários desadequados às necessidades dos doentes, com pouca oferta de consultas e outros serviços; profissionais de saúde sobrecarregados de trabalho, sem incentivos ao seu desempenho, sem formação e treino específicos na gestão de doenças crónicas e em adesão ao regime terapêutico, que não dispensem a devida atenção à relação que estabelecem com a pessoa, são fatores que dificultam a adesão (MACHADO, 2009).

A facilidade de acesso às consultas, ou a diminuição do número de consultas nos doentes cumpridores, constituem um tipo de encorajamento à manutenção da adesão à terapêutica.

Por outro lado, o tempo que o profissional de saúde “gasta com o doente”, ou seja o tempo que o profissional demora a fazer a consulta também pode pesar na decisão do comportamento de adesão, porque a satisfação do doente em relação com a consulta e a

recordação da informação fornecida, assim como a compreensão do doente em relação ao regime terapêutico, podem fazer toda a diferença (BENNETT, 2002).

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 (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

5.1.2.2 – Relação terapêutica: profissional de saúde/doente

A relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o doente, para alguns autores, é vista como o ponto fulcral do comportamento de adesão ao regime terapêutico.

Outros tratam esta questão com uma importância extrema, achando mesmo que a adesão ao tratamento é determinada unicamente pelo poder do profissional de saúde, mediante a aliança terapêutica estabelecida, em fazer com que o doente obedeça às prescrições e através da confiança que o doente deposita na prescrição e na equipa de saúde.

Giorgi (2006); Oliveira et al. (2007), referem que a relação terapêutica que se estabelece entre o doente e o profissional de saúde na transmissão de informação principalmente no que diz respeito sobre a forma de cumprir corretamente o regime terapêutico é de extrema importância para o sucesso do mesmo.

Ambos estabelecem uma relação na qual vão interagir o saber de ambos: o saber das crenças profissionais e o saber de crenças leigas em que a comunicação que se estabelece entre ambos vai influenciar as decisões e expectativas do doente (OGDEN, 2004).

Assim se existir uma má relação entre ambos, ela vai contribuir para dificultar por parte do doente a exposição das suas dúvidas e opiniões, relativamente ao tratamento perpetuando os falsos conceitos que têm em relação aos tratamentos que têm que cumprir.

O relato da doente, em relação à questão “O profissional de saúde ouve o que tem para lhe dizer e sente que ele atribui importância àquilo que diz?”, foi o seguinte:

“Os senhores enfermeiros que trabalham nos serviços que eu frequento, falam bastante comigo e incentivam-me a tomar os comprimidos e a fazer outras coisas como por exemplo alimentação saudável, praticar exercício físico, não fumar... só coisas boas e que eu nem sempre cumpro... quando estou mais em baixo, não me apetece fazer nada... Eu gosto de conversar com eles, de perguntar coisas, eles são simpáticos e só querem o meu bem...às vezes, com o médico não consigo desabafar porque penso que me vai criticar por não cumprir o que ele quer... Com eles eu consigo tirar as minhas dúvidas, como por exemplo se os medicamentos engordam, se deixam de

fazer efeito... Sinto que me querem ajudar... Ainda é uma das poucas coisas que me ajudam quando penso em desistir dos tratamentos... mas mais tarde, deixo-os mesmo e depois quando pioro lá vou eu de novo para as urgências, ficando internada muitas vezes.”

Por vezes os doentes podem garantir que cumprem todas as indicações em relação à adesão terapêutica, o que por vezes não corresponde à realidade devido ao medo de serem criticados pelo profissional de saúde, de sentirem que desapontaram o técnico (SIMÃO, 2009).

A relação enfermeiro-cliente através da comunicação verbal e não-verbal permite por parte do doente, perceber qual a sensibilidade do profissional de saúde relativamente ao seu problema, assim como a qualidade da supervisão exercida, contribuindo desta forma para melhorar a adesão ao regime terapêutico (CAMERON, 1996 citado por FRANCO et al., 2007).

O contacto frequente dos enfermeiros com os doentes faz com que a partilha de experiências, a revelação de detalhes e significados, permitam um conhecimento mais real e verdadeiro do doente e família nos processos de saúde doença, dando a possibilidade ao enfermeiro de executar planos de ação adequados e úteis (MELEIS, 2005).

Neste contexto, a relação terapêutica que se estabelece entre enfermeiro-doente é de extrema importância na prestação dos cuidados de enfermagem, e em particular no comportamento de adesão ao regime terapêutico, podendo por si só, contribuir significativamente para a obtenção de ganhos em saúde.

5.1.3 – Fatores relacionados com o tratamento

Como constatamos através da literatura consultada, um dos fatores que podem influenciar a adesão ao regime terapêutico, está relacionado com o tratamento.

Dentro destes, os mais significativos dizem respeito à sua duração, à sua complexidade e efeitos secundários.

Para Bugalho; Carneiro, 2004; Giorgi, 2006; Machado, 2009 citado por Dias et al. (2011), a frequência das doses, a duração do tratamento, a realização de alterações frequentes na medicação, a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação, são fatores que interferem na adesão ao tratamento.

Também a falta de informação e/ou entendimento acerca do uso da medicação pode conduzir a uma série de problemas, mal entendidos, e consequentes comportamentos desajustados por parte dos doentes relativamente ao uso de medicação (GORDON, 2007 citado por SIMÃO, 2009).

Os doentes aderem mais facilmente aos tratamentos menos complexos e se as indicações forem simples de entender e não obrigarem a mudanças significativas nas rotinas do dia-a-dia (BRANNON; FEIST, 1997; GOLDBERG, et al., 1998 citado por CABRAL; SILVA, 2009).

Para os mesmos autores (1997; 1988; 2009), os efeitos secundários também podem dificultar o comportamento de adesão e o incumprimento é menor se a terapêutica não provocar muitos efeitos secundários negativos e se houver uma melhoria imediata dos sintomas da doença.

5.1.3.1 – Complexidade do tratamento

A prescrição de regimes terapêuticos mais simples, geralmente é facilitadora da adesão.

O facto de os doentes terem de cumprir um determinado regime terapêutico, três a quatro tomas diárias em vez de por exemplo, uma toma diária, faz com que diminua a adesão ao tratamento (SILVA; CARVALHO, 2007).

As prescrições, em simultâneo, de vários medicamentos, assim como muitas tomas diárias podem contribuir para uma menor aderência ao tratamento farmacológico. O tipo de medicamento, forma de administração, e manuseamento também pode prejudicar a adesão (CABRAL; SILVA, 2009).

A complexidade e cronicidade do regime terapêutico, ou seja, o fato de o doente por vezes ter de tomar medicação por longos períodos de tempo e/ou, durante toda vida, associado ao transtorno que pode causar no seu dia-a-dia, exigindo da parte do doente um grande empenho, podem também ser motivo de abandono (SILVA; CARVALHO, 2007).

A participante do estudo, em relação à questão “É fácil para si cumprir as indicações dadas pelos profissionais de saúde?”, referiu:

“Não é fácil. Aborrece-me tomar tantos comprimidos. Tenho que tomar várias vezes ao dia. Se fosse só uma vez por dia, era mais fácil...às vezes até me esqueço... Se fosse outra pessoa a dar-mos, se calhar era mais fácil... mas em casa não me dão apoio...quando estou no trabalho, não me dá jeito tomá-los e também não quero que os meus colegas vejam. Às vezes só tomo à noite os de dormir, porque sem eles, não durmo... e depois, tenho que os tomar durante meses seguidos”.

Em relação a este relato, relacionado com a dificuldade que a doente sente em cumprir o regime terapêutico, devido à sua complexidade, Bugalho; Carneiro (2004, p.85) referem:

Que se deve ajustar ou adaptar as horas da medicação às rotinas do doente, através da associação entre a toma da medicação e uma hora diária fixa, uma refeição, uma atividade ou um ritual (incorporar um memorando comportamental a uma atividade, não o transformando numa entidade separada). Caso não se verifique sucesso na primeira tentativa, devem-se identificar outros eventos relevantes no dia-a-dia do doente e moldar o esquema aos anteriores (BUGALHO; CARNEIRO, 2004, p.85).

Ley (1997), sugere que os profissionais de saúde prescrevam dentro do possível tratamentos simples, que confirmem que o doente compreendeu o seu regime terapêutico e envolvam pessoas significativas no tratamento.

Meichenbaum; Turk (1987) citados por Simão (2009), refere que o facto de os doentes não tomarem a quantidade dos medicamentos recomendados ou seja, tomar só uma parte dos mesmos, também é uma forma de não-adesão ao tratamento.

5.1.3.2 – Efeitos secundários

Um dos problemas mais associados aos antidepressivos que mais discussão tem criado ao longo dos anos relaciona-se com os efeitos secundários. Qual a taxa de presença entre os utentes de cuidados de saúde mental? Qual a real intensidade? Quais os riscos associados a eles? Todas estas questões devem estar presentes na mente dos profissionais de saúde ao prescreverem e aconselharem, assim como certamente na lista de preocupações dos doentes que tomam antidepressivos (SOURE, 2010).

Segundo dados estatísticos cerca de 30 a 80% dos doentes que tomam antidepressivos, apresentam efeitos secundários graves que os impedem de realizar as suas tarefas diárias, os impedem de manter a sua atividade profissional e os prejudicam nas suas relações familiares e sociais.

Um estudo feito por Goethe et al. (2007), nos Estados Unidos relata que os efeitos secundários da medicação antidepressiva são um dos fatores que contribui para a descontinuação do tratamento.

A experiência vivida pela nossa doente, tendo em consideração a questão “Como se sente em relação à medicação que toma?” é a seguinte:

“Nunca faço um tratamento completo, geralmente só durante o primeiro mês, porque na maioria das vezes, sinto-me mal com os medicamentos. A coisa que mais me angustia é engordar muito... sinto-me muito triste, não gosto de mim... ainda fico pior da depressão...também me dão muito sono, só me apetece dormir e depois não faço nada em casa e no trabalho também não rendo... depois, não tenho vontade de estar com o meu marido...compreende? Ele diz que são os comprimidos que me fazem isto, fica zangado. Eu acho que é da doença mas ele acha que são os

comprimidos e também não gosta de me ver tão gorda... e depois quando me sinto melhor, deixo de tomar.”

Isto vem de encontro ao referenciado na literatura em que Kinzl (2009), refere que o impacto que o antidepressivo induz na disfunção sexual é significativo e afeta negativamente a qualidade de vida, autoestima e o relacionamento com o parceiro.

Para muitos autores, a vida sexual destes doentes também é afetada na medida em que a disfunção sexual é um sintoma comum de depressão. Apesar de diminuição da libido ser a mais relatada, dificuldades com a excitação, resultando em secura vaginal em mulheres e disfunção erétil em homens, orgasmos ausentes ou atrasados são também predominantes. Estes transtornos sexuais, também são associados aos efeitos secundários de alguns antidepressivos, contribuindo assim para a interrupção dos tratamentos.

O aumento de peso provocado pelo uso prolongado de alguns antidepressivos pode levar o doente a abandonar o tratamento, sendo portanto um efeito secundário significativo no tratamento da depressão.

A obesidade é, atualmente, um sério problema de saúde pública e qualquer ganho de peso associado ao uso de antidepressivos pode significar aumento no risco à saúde da população (PEIXOTO et al., 2008).

A imagem corporal é um aspeto importantíssimo para as mulheres com o diagnóstico de depressão. Interfere com a sua autoestima e pode ser um fator de descontinuação do tratamento farmacológico, porque existe a percepção por parte delas que os antidepressivos proporcionam aumento de peso (SOURE, 2010).

Cintra; Guariento; Miyasaki (2010), referem que há estudos que nos dizem que o medo que os doentes sentem em relação aos efeitos secundários causados pelos medicamentos é um dos fatores para a não adesão às prescrições, sendo em alguns casos estes efeitos secundários, não compreendidos pelos doentes.

5.2 - ESTRATÉGIAS USADAS NO COMPORTAMENTO DE ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO.

Em doentes que sofrem de patologias mentais, existem intervenções que foram criadas com a finalidade de aumentar a adesão aos tratamentos e existem evidências que podem ser eficazes. Mesmo assim, as mais eficazes demonstram resultados modestos no comportamento de adesão e sua relação com a saúde mental.

Nos doentes com patologias crónicas, os métodos atuais são complexos necessitando de grande disponibilidade de tempo por parte dos profissionais de saúde e dos doentes e os resultados obtidos, não são muito sólidos (BUGALHO; CARNEIRO, 2004).

Mesmo assim, e para os mesmos autores (2004), o tempo dispendido, não deve reduzir o empenho dos profissionais de saúde em criar estratégias de forma a reforçar o comportamento de adesão dos doentes ao regime terapêutico.

As estratégias ou intervenções devem ser mantidas de maneira a que o doente possa adquirir um grau satisfatório de adesão e de forma duradoura.

Não existe um único tipo de intervenção que seja eficaz para aumentar a adesão dos doentes às prescrições. As intervenções que combinam aspetos comportamentais, afetivos e cognitivos, tendem a ser mais eficazes do que se forem aplicadas separadamente e estas devem ser definidas tendo em conta as características individuais de cada doente (ALMEIDA, 2007).

Se as estratégias adotadas pelos profissionais são importantes para aumentar a adesão à terapêutica, as adotadas pelos doentes também contribuem de igual forma para fortalecer o comportamento de adesão (BUGALHO; CARNEIRO, 2004).

5.2.1 – Estratégias usadas pela doente

As estratégias usadas pelos doentes para promover e manter uma boa adesão à terapêutica, como mencionado anteriormente, são de extrema importância na medida em que vão proporcionar um alívio dos sintomas e evitar recaídas e consequentemente melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Mas, estas estratégias também irão depender da perceção que o doente tem em relação ao seu estado de saúde, ou seja, se a gravidade atribuída à doença e aos seus sintomas é suficiente para adotar medidas que visem uma melhoria da condição de adesão.

Nesta perspectiva, a doença será vista como um dilema e as estratégias usadas pela pessoa na tentativa de o resolver ou eliminar, vão determinar o seu comportamento (PETRIE; PENNEBAKER, 2004).

5.2.1.1 – Memorandos

A utilização de estratégias destinadas a integrar nas rotinas diárias as terapêuticas, facilitam e melhoram a adesão.

No decorrer da nossa entrevista, identificámos apenas como estratégias usadas pela doente, memorandos.

Os memorandos são uma das estratégias utilizadas pelos doentes e, como o nome indica, têm como função, lembrar ou alertar os dentes que têm medicação para tomar em determinadas horas (BUGALHO; CARNEIRO, 2004).

Assim, quando lhe colocamos a questão “Utiliza estratégias para aderir e cumprir o regime terapêutico quando tem dificuldade em seguir integralmente as indicações do profissional de saúde? Quais?”, a doente refere:

“É raro fazer alguma coisa para tomar a medicação. Eu por vezes, no início dos tratamentos, quando estou pior, ainda os ponho em cima da mesa da cozinha para não me esquecer quando estou a comer, ou quando estou no trabalho, tenho uma caixinha para os preparar com os horários das refeições mas, quando me sinto melhor, nem isto faço. Penso sempre que já estou boa e que não preciso deles... os tratamentos são tão longos. Eu não quero é tomá-los. Acho sempre que esta doença passa sem tomar remédios e que não é grave, mas acabo sempre por ficar outra vez na mesma passado algum tempo e lá vou eu outra vez ao médico”.

O ajuste do horário da medicação às rotinas do doente pode ser obtido por exemplo, através da associação entre a toma da medicação e uma hora fixa, por exemplo as horas das refeições.

A informação visual, colocada em locais estratégicos e visíveis, permite recordar as horas da toma da terapêutica, assim como as caixas de contagem e distribuição dos comprimidos (BUGALHO; CARNEIRO, 2004).

Todas as estratégias que os doentes possam utilizar para manterem ou aumentarem a adesão ao regime terapêutico, serão úteis principalmente nos doentes em que a má adesão é voluntária.

5.2.2 – Estratégias usadas pelo profissional de saúde

Os profissionais de saúde devem estar atentos para o problema da não adesão ao regime terapêutico prescrito e adquirir formas ou técnicas que lhes possibilitem incentivar os doentes a aderir aos tratamentos por eles prescritos.

Para melhorar a adesão à terapêutica, o profissional de saúde deve estabelecer uma relação de empatia com o doente, família ou o prestador informal de cuidados, tendo em conta as características socioculturais e a necessidade de apoio psicossocial (MACHADO, 2009).

Nesta perspectiva e segundo o mesmo autor (2009), o enfermeiro devido à sua proximidade com os doentes, pelo facto de estarem presentes em todos os contextos da prestação de cuidados, possuem uma posição privilegiada para implementarem estratégias eficazes que visem a melhoria da adesão. Destas estratégias fazem parte a educação para a saúde e intervenções de enfermagem “no âmbito do ensinar”, permitindo à pessoa alterar os seus comportamentos, baseados nos valores, crenças e desejos individuais, constituindo assim, o seu projeto de saúde.

Do conteúdo da nossa entrevista, mediante a experiência da nossa doente em estudo, sobre esta problemática, identificámos estratégias comportamentais e estratégias educacionais, utilizadas pelo profissional de saúde na tentativa de melhorar o seu comportamento de adesão, que passamos a descrever.

5.2.2.1 – Estratégias comportamentais

O profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, para dotar os doentes ou os seus cuidadores de conhecimentos e capacidades para que sejam proactivos na obtenção do seu projeto de saúde, implementa métodos de ensino-aprendizagem, facultando conhecimentos e informações, para que possam adquirir competências de forma a modificar os seus comportamentos e ajustá-los à sua condição de saúde (OLIVEIRA, 2011).

Para o mesmo autor (2011), os métodos de informação e comunicação podem influenciar de forma bastante significativa o comportamento de adesão ao regime terapêutico.

Surge então a necessidade de ajustar a informação às carências do doente de maneira a que esses conhecimentos sejam usados para alcançarem ganhos em saúde.

As estratégias ou intervenções comportamentais são um exemplo disso e, os enfermeiros como elementos ativos e participativos das equipas multidisciplinares são um elemento chave para implementar programas com o objetivo de minimizar ou solucionar a problemática da não adesão à terapêutica nos doentes mentais (RAMOS, 2010).

A participante do estudo face à questão “E o profissional de saúde usa estratégias para a incentivar a cumprir? Quais?”, mencionou o seguinte:

“Quando vou às consultas e o médico e o enfermeiro dão conta que eu não faço o que me recomendaram, tomam algumas medidas, como por exemplo: quando me queixo que são muitos medicamentos e muitas vezes ao dia, o médico dá-me menos e escreve num papel tudo o que devo fazer, o enfermeiro diz-me sempre que quando eu tiver alguma dúvida e pensar em não tomar os medicamentos, para telefonar e me aconselhar. Falam também para não faltar às consultas e até

escrevem num papel para eu não me esquecer. Eu por vezes até faço isto tudo, porque eles também se esforçam e eu também tento com que eles fiquem contentes...”

Este testemunho vai de encontro ao que diz Bugalho; Carneiro (2004), que as intervenções comportamentais têm como objetivos principais: associar à prática diária mecanismos de adaptação; facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos; otimizar a comunicação e o aconselhamento; simplificar os regimes terapêuticos; envolver os doentes no tratamento; fornecer memorandos e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação.

Ainda os mesmos autores (2004), referem que para facilitar a adesão à terapêutica, todos os profissionais se devem envolver principalmente nas patologias do foro psiquiátrico onde os níveis de adesão estão claramente associados e afetados pela doença.

Para Henriques, (2006), as intervenções comportamentais passam por:

- Aumento da comunicação e aconselhamento;
- Simplificação dos esquemas terapêuticos;
- Envolvimento dos doentes no seu tratamento;
- Memorandos.

Todo e qualquer tipo de intervenção ou sugestões sugeridas devem ser discutidos com os doentes de forma a alcançar um consenso para que se alcance o objetivo que é o de promover a adesão ao regime terapêutico.

5.2.2.2 – Estratégias educacionais

As estratégias educacionais à semelhança das estratégias comportamentais têm como objetivo aumentar a adesão do doente às prescrições feitas pelo profissional de saúde.

Estas intervenções visam aumentar os conhecimentos dos doentes sobre a sua doença e o tratamento, possibilitando assim a compreensão da necessidade de estes cumprirem ou aderirem às prescrições.

Peterson (2003), diz que este tipo de intervenções devem ser usadas sobretudo em doentes que pretendem cumprir o prescrito pelo profissional de saúde mas, que possuem pouca informação e aqueles que possuem má adesão voluntária porque não percebem quais os verdadeiros riscos da doença e os benefícios das terapêuticas.

Elas podem ser feitas através de informação oral, escrita, audiovisual e informatizada, através de programas educacionais individuais ou em grupo. O ensino pode

ser de transmissão oral e/ou escrita, sob a forma de panfletos e de filmes, entre outros métodos (MACHADO, 2009).

O testemunho da participante, em resposta à questão “E o profissional de saúde usa estratégias para a incentivar a cumprir? Quais?”, foi:

“Quando estou internada, os Srs. enfermeiros fazem umas reuniões onde falam sobre muitas coisas como por exemplo a importância dos medicamentos, o que é a depressão, a importância do exercício físico, sobre o tabaco, etc. Fazem tipo um filme e no final dão-nos uns papéis escritos sobre aquilo que vimos. Acho que isto é útil para nós e quando vou embora, tenho vontade de cumprir tudo. Mas depois não sei o que me acontece, acabo por desistir e deixo os medicamentos.”

As intervenções de enfermagem são fundamentalmente no âmbito do “educar, ensinar, instruir e treinar” (MACHADO, 2009, p.58).

Como nos diz a literatura e de acordo com Bugalho; Carneiro (2004), as intervenções educacionais, passam por fornecer informação acerca da terapêutica e da doença através informação oral, escrita, audiovisual através de programas educacionais individuais ou em grupo sob a forma de panfletos e de filmes, entre outros métodos. A clareza e a objetividade da linguagem, que deve ir de encontro ao nível cultural e cognitivo do doente e ser de fácil memorização. Assim, a educação é uma medida simples e vital destinada a melhorar a adesão à medicação.

Segundo os mesmos autores (2009), as estratégias que conciliam as intervenções comportamentais e educacionais, têm maior êxito do que se forem aplicadas separadamente. As intervenções associadas adaptadas a cada doente melhoram a adesão às prescrições.

Elas devem ser mantidas de forma permanente de maneira a que os doentes possam recorrer às mesmas sempre que seja necessário.

6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo tem como questão principal: **A mulher com depressão major adere ao regime terapêutico instituído?**

A partir desta questão, surgiram as seguintes questões secundárias:

Que fatores interferem no comportamento de adesão da doente ao regime terapêutico?

O profissional de saúde usa estratégias para promover a adesão ao regime terapêutico por parte da doente?

A doente usa estratégias para aderir ao regime terapêutico?

Para responder a estas questões traçamos os seguintes objetivos:

- Identificar fatores que interferem no comportamento de adesão da doente ao regime terapêutico.

- Conhecer as estratégias usadas pelos profissionais de saúde no comportamento de adesão da doente ao regime terapêutico.

- Conhecer as estratégias utilizadas pela doente para aderir ao regime terapêutico.

Neste capítulo iremos proceder à discussão dos resultados, tendo por base os objetivos propostos, comparando-os com estudos e relatos de diversos especialistas apresentados no capítulo de fundamentação teórica.

OBJETIVO 1 - Identificar fatores que influenciam o comportamento de adesão da doente ao regime terapêutico.

A problemática da adesão/não adesão ao regime terapêutico relaciona-se com vários fatores, por vezes difíceis de explicar de forma absoluta.

No entanto, os estudos existentes sobre este tema identificam um amplo conjunto de fatores que estão associados ao não cumprimento total das prescrições efetuadas pelos profissionais de saúde.

Como relatam Bugalho; Carneiro (2004, p. 10), “é um problema de etiologia multifatorial, que se verifica em todas as situações em que existe autoadministração do tratamento, muitas vezes independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos de saúde” (BUGALHO; CARNEIRO, 2004, p. 10)

De acordo com estudos existentes sobre a problemática da adesão terapêutica evidenciam que um dos principais problemas com que o sistema de saúde se depara é o abandono ou o incorreto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de

saúde, cujas consequências se refletem tanto na morbidade como na mortalidade (MARGATO, 2010).

Então, o grau de adesão ao regime terapêutico está dependente de vários fatores que podem interagir entre si de forma negativa ou positiva, influenciando os doentes a não aderirem ou a aderirem aos tratamentos propostos.

Assim, através da descrição feita pela participante do estudo, identificámos como fatores que influenciam a sua adesão à terapêutica os **fatores socioeconómicos e culturais**, os **fatores relacionados com os serviços de saúde e profissionais de saúde** e os **fatores relacionados com o tratamento**.

Dentro dos fatores socioeconómicos e culturais os que a doente aponta como dificultadores do seu comportamento foram os apoios sociais e familiares e os recursos económicos.

De facto esta mulher não pode contar com os apoios da família, nomeadamente do marido, pois a perceção dele em relação à sua doença e ao seu tratamento é de desvalorização, não compreendendo que a esposa está doente e achando que não é necessário cumprir um determinado regime terapêutico diário. O mesmo sentimento é partilhado pelos restantes familiares.

Por outro lado os recursos sociais ou redes sociais, neste caso o grupo de amigos e colegas de trabalho são fracos ou inexistentes contribuindo para o isolamento social, como refere a doente, afastando-se dos mesmos.

Este aspeto está de acordo com o que diz Symister; Friend (2003), que refere que a importância do suporte social ou apoio social para a pessoa portadora de uma patologia crónica é crucial, porque de uma maneira geral, uma pessoa com um bom suporte social terá maior probabilidade de apresentar um bom ajustamento mental e físico contribuindo assim para uma melhor adesão.

Constatamos assim que a doente, possui fracos recursos sociais e familiares como facilitadores da adesão ao regime terapêutico o que vai ao encontro do estudo realizado em Portugal por Cabral; Silva (2009, p. 5), que diz:

O meio social no qual a pessoa se encontra inserida pode também contribuir para o processo de adesão ou não adesão ao regime terapêutico. O núcleo familiar funcional ou não, uma boa relação conjugal, assim como um bom suporte das redes sociais, podem influenciar o seu comportamento de adesão aos tratamentos (CABRAL; SILVA, 2009, p.5).

Quanto aos recursos económicos, eles também são um fator de risco dificultando a adesão desta mulher à terapêutica medicamentosa. Como ela refere, os recursos

económicos são baixos levando-a a optar pela não aquisição dos mesmos em detrimento de outros bens essenciais.

De facto o mesmo estudo efetuado em Portugal e referenciado anteriormente refere que um dos motivos da não adesão aos regimes terapêuticos é também a falta de dinheiro.

Da pesquisa por nós efetuada, podemos concluir que os doentes mediante dificuldades financeiras optam sempre por deixar para segundo plano a compra dos medicamentos a não ser que tenham a perceção de que a sua vida está dependente da toma dos mesmos, o que não é o caso da nossa doente pois, numa certa altura da entrevista até refere “que a doença não é grave e que se cura sem remédios”.

No que diz respeito aos fatores relacionados com os serviços de saúde e os profissionais de saúde as maiores dificuldades sentidas pela doente como facilitadoras neste caso de não adesão, são as consultas médicas e dentro destas, os horários e duração das mesmas. Para ela, o facto de ter de faltar ao trabalho para ir às consultas, associadas ao facto do tempo que o médico despende no seu atendimento, são fatores desencorajadores para o seu cumprimento.

De acordo com Machado (2009), alguns serviços de saúde possuem horários desadequados às necessidades dos doentes, com pouca oferta de consultas e outros serviços; profissionais de saúde sobrecarregados de trabalho, sem incentivos ao seu desempenho, sem formação e treino específicos na gestão de doenças crónicas e em adesão ao regime terapêutico, que não dispensam a devida atenção à relação que estabelecem com a pessoa.

Apesar da adesão à consulta não significar uma não adesão à terapêutica, as faltas frequentes podem constituir um fator de alerta para uma menor adesão à mesma (BUGALHO; CARNEIRO, 2004).

Ainda relativamente aos fatores relacionados com os serviços de saúde e os profissionais de saúde, os descritos pela nossa doente, remete-nos para a importância da relação terapêutica existente entre profissional de saúde/doente como fator facilitador de adesão.

De facto, ao longo da entrevista conseguimos identificar como facilitador do comportamento de adesão desta mulher às prescrições terapêuticas, a relação terapêutica que se estabelece entre os dois. A orientação dada à doente por este profissional de saúde possibilita um aumento da adesão à terapêutica, pelo menos em alguns momentos da doença.

A possibilidade de a doente se pronunciar acerca das suas dúvidas sobre os tratamentos e a disponibilidade dos enfermeiros ou outros profissionais de saúde para os

escutarem revelaram-se decisivas em estudos empíricos realizados recentemente em Espanha (LORIENTE-ARÍN; SERRANO-DEL-ROSAL, 2009).

No entanto, podemos considerar que apesar da aliança terapêutica e da boa relação existente entre ambos, esta relação pode ser facilitadora da adesão mas, não perpetuadora porque a doente acaba por abandonar a terapêutica mais cedo ou mais tarde, o que quer dizer que por si só e usada isoladamente não tem grande utilidade, neste caso concreto.

Por último, os fatores por nós identificados prendem-se com os relacionados com os tratamentos e dentro destes os relacionados com a complexidade e efeitos secundários dos mesmos.

A experiência relatada pela nossa participante em relação a estes dois aspetos é deveras bastante negativa. Se conseguíssemos transcrever a expressão facial e toda a comunicação não-verbal transmitida quando se referiu ao facto de o seu aumento de peso estar relacionado com os tratamentos, seria uma mais-valia para depressa compreendermos que esta mulher dificilmente cumprirá o tratamento porque sente a sua imagem corporal e a sua autoestima verdadeiramente afetadas, contribuindo ainda mais para agravar o seu estado depressivo.

Como referenciado na fundamentação teórica por Soure (2010), a imagem corporal é um aspeto importantíssimo para as mulheres com o diagnóstico de depressão. Interfere com a sua autoestima e pode ser um fator de descontinuação do tratamento farmacológico, porque existe a perceção por parte delas que os antidepressivos proporcionam aumento de peso.

Por outro lado, a disfunção sexual atribuída aos efeitos secundários da terapêutica, prejudica o seu relacionamento conjugal, indo de encontro ao que diz Kinzl (2009), que o impacto que o antidepressivo induz na disfunção sexual é significativo e afeta negativamente a qualidade de vida, autoestima e o relacionamento com o parceiro.

Quanto à complexidade dos tratamentos, por ser um tratamento prolongado, associado à necessidade de várias tomas durante o dia, contribui para que a doente opte por não tomar na maior parte dos casos ou, tomando apenas alguns, como ela própria refere.

O facto de se tratar de tratamentos muito prolongados, associados a várias tomas ao dia, prejudica a adesão por parte da doente, levando ao seu abandono precoce.

De tudo o que foi exposto podemos concluir que todos os fatores identificados funcionam como fatores que potenciam, no caso concreto da nossa participante, um comportamento de não adesão.

OBJETIVO 2 - Conhecer a influência das estratégias usadas pelos profissionais de saúde no comportamento de adesão da doente ao regime terapêutico.

As estratégias ou intervenções usadas pelos profissionais de saúde para conseguir obter sucesso a nível do comportamento de adesão, devem ser dirigidas especificamente a cada doente, depois de devidamente identificadas as causas que estão na origem do problema.

Os profissionais podem e devem recomendar técnicas ajustadas que visem a alteração de comportamentos de forma a promoverem e manterem os níveis de adesão dos doentes às prescrições.

Neste estudo e face ao descrito pela doente, verificámos a existência de dois tipos de estratégias usadas pelos profissionais de saúde: **estratégias comportamentais e estratégias educacionais.**

O facto de os profissionais de saúde usarem algumas estratégias, elas não são de todo eficazes de modo a que a nossa doente adira às prescrições. Realmente ela afirma que são úteis em algum momento da doença mas, não constituem um fator perpetuador no seu comportamento de adesão.

Isto vem de encontro ao que diz Bugalho; Carneiro (2004), num estudo realizado em Portugal, em que as estratégias que conciliam intervenções comportamentais e intervenções educacionais têm mais probabilidade de sucesso do que as que são usadas individualmente mas, nenhuma delas tem uma eficácia absoluta em todas as doenças e em todos os doentes.

Podemos deduzir que estas estratégias influenciam o comportamento de adesão da doente às prescrições mas, durante apenas um período da doença e não de forma permanente ou duradoura acabando a mesma por abandonar a terapêutica mais cedo ou mais tarde, sendo mesmo uma questão de tempo.

Segundo a OMS (2006), as estratégias motivacionais, as informações adequadas e continuadas assim como a aplicação continuada das mesmas serão um fator decisivo para melhorar a adesão à terapêutica mas, no caso da nossa doente, isso não se verifica porque não é assídua às consultas agendadas, como refere ao longo da entrevista.

OBJETIVO 3 - Conhecer a influência das estratégias utilizadas pela doente para aderir ao regime terapêutico.

À semelhança das estratégias usadas pelos profissionais de saúde para minimizar ou solucionar o problema da adesão à terapêutica por parte dos doentes do foro psiquiátrico, as estratégias usadas pelos doentes têm a mesma finalidade pois, sendo a depressão major uma doença crónica e complexa em termos de gestão dos

comportamentos relacionados com as indicações prescritas, requer da parte da pessoa doente um enorme esforço.

Embora os profissionais de saúde possam informar, motivar, convencer, as decisões cabem sempre aos doentes (SOUSA, 2003).

Neste caso em particular, a nossa doente apenas recorre **aos memorandos** numa fase mais aguda da doença como forma de não se esquecer da toma diária da medicação.

Para Bugalho; Carneiro (2004), o doente tem que adotar estratégias de maneira a evitar e a prevenir o esquecimento da toma da medicação, recorrendo a memorandos, tais como a utilização de caixas de contagem com a medicação diária distribuída, informação visual, colocada em locais estratégicos e visíveis.

Como vimos no relato da doente face às estratégias usadas pela própria e sua influência na adesão, podemos afirmar que além de serem insignificantes (usa só memorandos), só as mantem numa fase “pior” da doença. Ela própria refere que quando se sente melhor as abandona.

Isto vem de encontro ao que diz Cabral; Silva (2009), num estudo feito em Portugal que cerca de metade dos portugueses abandona a terapêutica logo que se sentem melhores ou porque os tratamentos são longos. Tanto o sentirem-se melhor como o fato de se sentirem pior podem contribuir para a falta de adesão ao regime terapêutico.

Desta forma podemos deduzir que as poucas estratégias usadas pela doente não influenciam o seu comportamento de adesão de forma a perpetuá-lo, à semelhança das estratégias usadas pelos profissionais de saúde, referidas anteriormente.

Apenas influencia o seu comportamento no início do tratamento, quando se sente pior, porque à medida que vai ocorrendo uma melhoria dos sintomas, ela deixa de aderir aos tratamentos proporcionando recaídas.

7 – CONCLUSÃO

Face ao caráter fenomenológico deste estudo, estudámos a problemática da adesão ao regime terapêutico numa mulher depressiva, segundo a sua perspectiva e tendo por base a sua experiência vivida.

A pouca aceitação e a não adesão aos tratamentos antidepressivos, conforme a revisão da literatura nos indica, continua a ser um impedimento ao tratamento da depressão major. Esta questão tem vindo a ser largamente discutida, nomeadamente os fatores que interferem neste comportamento e estratégias a adotar para promover, melhorar e manter uma boa adesão às prescrições do profissional de saúde.

Assim, relativamente à questão de investigação “A mulher com depressão major adere ao regime terapêutico instituído?”, podemos concluir que não. Face à sua experiência relatada na entrevista, trata-se de uma mulher que não cumpre os tratamentos durante o período de tempo indicado pelo profissional de saúde, adotando-os só na fase inicial da doença, abandonando-os devido a vários fatores, proporcionando-lhe recaídas constantes com procura excessiva dos serviços de saúde.

Se considerarmos o conceito de adesão ao regime terapêutico segundo a OMS (2006) em que diz que a adesão será algo mais do que seguir as instruções do profissional de saúde estando esta dependente da adoção e manutenção de um comportamento terapêutico, podemos reforçar a conclusão de que a nossa doente é não aderente aos tratamentos propostos.

Quanto ao primeiro objetivo, ou seja a identificar fatores que influenciam o comportamento de adesão da doente ao regime terapêutico, verificámos três grupos de fatores: fatores sociais, económicos e culturais, fatores relacionados com os serviços e profissionais de saúde e fatores relacionados com o tratamento.

Relativamente aos primeiros a doente refere como dificultadores ou preditores de não adesão os fracos apoios sociais e familiares e os baixos rendimentos familiares existentes, motivando o abandono precoce das prescrições.

Os relacionados com os serviços de saúde e profissionais, aponta os relacionados com os serviços, a dificuldade em comparecer às consultas agendadas, devido à incompatibilidade dos horários e as características das consultas como fator influenciador de não adesão.

Os relacionados com os profissionais de saúde nomeadamente a relação terapêutica, profissional de saúde/doente como fator facilitador de adesão mas que por si só não constitui fator perpetuador dessa mesma adesão.

Por último, os fatores relacionados com os tratamentos, nomeadamente a complexidade dos mesmos e efeitos secundários como preditores de não adesão.

Neste ponto gostaríamos de acrescentar o facto de a doente deixar transparecer no momento da entrevista através do seu testemunho escrito e da sua expressão facial, serem estes os principais aspetos ou motivos de não adesão, nomeadamente os efeitos secundários como aumento de peso e disfunção sexual, que interferem bastante com a sua autoestima, a sua qualidade de vida e o seu relacionamento conjugal.

No que diz respeito ao segundo objetivo, conhecer a influência das estratégias dos profissionais de saúde usadas no comportamento de adesão da doente ao regime terapêutico, foram identificadas estratégias comportamentais e estratégias educacionais.

Embora a doente se refira a elas como bastante úteis na modificação do seu comportamento, elas não funcionam como perpetuadoras para que mantenha um comportamento de adesão continuado.

De facto, as estratégias usadas em simultâneo, têm segundo a literatura, maior probabilidade de aumentar a taxa de adesão do que se forem usadas separadamente mas, neste caso, apesar de serem úteis em algum momento da doença, não constituem fator de adesão, influenciando o comportamento da doente ao longo de todo o tempo que seria necessário manter o tratamento.

Portanto podemos concluir que não influenciam o comportamento de adesão.

Relativamente ao último objetivo, conhecer a influência das estratégias utilizadas pela doente para aderir ao regime terapêutico, elas também não influenciam o comportamento da mesma, porque à semelhança das anteriores e para além de serem reduzidas, só funcionam na fase mais aguda da doença, acabando por as não utilizar continuamente, optando pelo abandono das recomendações dos profissionais de saúde.

Mediante os resultados alcançados pensamos ter dado resposta aos objetivos por nós definidos no início desta investigação.

No entanto, referimos algumas dificuldades sentidas, nomeadamente com o processo de colheita de dados através da entrevista semiestruturada, não sendo autorizada a sua gravação por parte da participante do estudo, obrigando-nos à transcrição de toda a entrevista na presença da doente, para não cometermos erros de interpretação por incompreensão da caligrafia.

Por outro lado, a inexistência de estudos feitos em Portugal sobre a adesão à terapêutica na mulher com depressão, impossibilitou-nos de relacionarmos os resultados por nós obtidos.

É importante salientar que as conclusões deste estudo não podem ser extrapoladas, pois analisam um caso: a experiência de uma mulher com o diagnóstico de depressão major face à adesão ao seu regime terapêutico.

No nosso entender, seria crucial a realização de um estudo sobre esta problemática, a nível nacional, uma vez que a dimensão deste problema só poderá ser avaliada de forma global e cientificamente fundamentada, quando forem efetuados estudos epidemiológicos representativos do país, abrangendo especificamente a adesão terapêutica na mulher com depressão major.

A importância atribuída aos profissionais de saúde, nomeadamente ao enfermeiro, como elementos ativos e participativos da equipa de saúde, mediante a sua proximidade com os doentes podem e devem implementar estratégias que visem a alteração de comportamentos e melhorar a adesão dos doentes mentais.

Neste sentido também sugerimos que os serviços de saúde, não só os hospitalares mas também os cuidados de saúde primários, implementem programas de sessões de educação para a saúde sobre os benefícios, efeitos secundários e importância da terapêutica, com a finalidade de antecipar a eficácia do regime terapêutico prescrito. Estas sessões, nomeadamente nos serviços de internamento devem abranger não só os doentes internados, mas também os doentes tratados em ambulatório e seus familiares ou prestador de cuidado informal, e que manifestem interesse em aderir.

O papel dos profissionais neste processo é o de promoção da adesão à terapêutica por parte dos doentes, processo contínuo e a longo prazo, respeitando e apoiando a autonomia e as escolhas dos doentes, tornando-os participantes ativos no processo de tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFONSO, Pedro - **Será depressão ou simplesmente tristeza?** Publicações Universitárias e Científicas, Cascais, 2004, 1.^a Edição-ISBN: 9789728818241.
- ALCOBIA, Armando – Qual o impacto farmacoeconómico da adesão terapêutica? Revista Mundo Farmacêutico, Lisboa Ano 8, nº48 (Setembro/Outubro 2010,) p.14.
- ALMEIDA, Helcia Oliveira [et al.] - Adesão a tratamentos entre idosos. Revista Comunicação em Ciências da Saúde. 18 (1). Brasília (Janeiro/Março 2007) - p. 57-67.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM-IV-TR: **Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais**. 4.^a ed. revisão de texto. Lisboa: Climepsi, 2002. p. 325-336- ISBN 972-796-020-0.
- BARDIN, Laurence - **Análise de conteúdo** – 1977 -Lisboa: Ed. 70 – ISBN: 9789724415062.
- BARROS, Ana Isa veiga – **Estudo da prevalência de perturbações depressivas nos doentes da consulta externa do H.A.N. “ Extensão Trindade de 2004-2008-** [Em linha] - [Consult. em 12 de Janeiro de 2012] – Disponível em WWW: <URL: <http://hdl.handle.net/123456789/271>>.
- BATISTA, Makilium Nunes; BATISTA, Adriana Said Daher; OLIVEIRA Maria das Graças – Depressão e género: porque as mulheres deprimem mais que os homens? – Revista Temas em Psicologia – 1999, vol. 7 nº2, p. 143-156- ISSN 1413- 389X.
- BENNETT, Paul - **Introdução clínica à psicologia da saúde** - 2002. Lisboa: Climepsi Editores – ISBN: 9789727960330.
- BROWN, C. [et al.] – Beliefs about antidepressant medications in primary care patients: relationship to self-reported adherence. Med Care. 2005 Dec; 43(12):1203-7.University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA 15213, USA. [Em linha] – [Consult. em 23 de fevereiro de 2012] – Disponível em WWW. <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16299431>>.
- BUGALHO, António; CARNEIRO, António Vaz - **Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas**. 2004. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Faculdade de medicina de Lisboa. ISSN:1074-308.

-CABRAL, Manuel Villaverde; SILVA, Pedro Alcântara - **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.

-CATELA, Alda Isabel - Viver a adesão ao regime terapêutico: experiências vividas do doente submetido a transplante cardíaco - Revista Pensar Enfermagem Vol. 14 N.º 2, 2º Semestre de 2010: p. 39-54.ISSN 0872-8844.

-CINTRA, Fernanda Aparecida; GUARIENTO, Maria Helena; MIYASAKI, Lilian Akemi- Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. Revista Ciências e Saúde Coletiva, p.15, (supl. 3): ISBN: 3507-3515, 2010.

-CORDIOLI, Aristides V.; ZIMMERMANN Heloisa H. ; KESSLER Félix – **Rotina de avaliação do estado mental-** [Em linha] - 2004- [Consult. em 18 de Fevereiro de 2012] - Disponível em WWW: <URL: <http://www.ufrgs.br/psiq/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20Mental.pdf>>.

-COSTA, Carlos António da - **A saúde da mulher**. Ano III Numero 38 – [Em linha]. Maio de 2006. Última revisão: Junho de 2009. [Consult. em 08/11/2011]- Disponível em WWW: <URL: http://www.drCarlos.med.br/artigo_038.html>.

-COSTA, Eduardo Lacerda Machado Barbot - **Depressão: consumo de antidepressivos em Portugal e na Europa**. [Em linha] - 2010 - Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências Farmacêuticas.p.27. [Consult. em 28 de Janeiro de 2012] - Disponível em WWW: <URL:<http://www.acs.min-saude.pt/pns/acessibilidade-ao-medicamento/consumo-de-medicamentos-ansioliticos-hipnoticos-e-sedativos-e-antidepressivos-no-mercado-do-sns-em-ambulatorio/>>.

-CUNHA, Marines de Fátima – **Adesão e não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão** -2010 – ID: 9466345, Version: 1.0.

-DALGALARRONDO, Paulo - **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**, Artmed, Porto Alegre, 2000.ISBN: 85-7307-595-3.

-DEMARBRE, Véronique de - Adherencia terapêutica. Una signatura pendiente en el campo de la psicología de la salud. 1994. Revista Anuário de Psicologia, 61, p. 71-77.

-DEMYTTENAERE, Koen – Adesão ao tratamento antidepressivo.University Hospital Gasthuisberg Lovaina, Bélgica – Revista Int. J. Psych. Clin. Pract. 2001;5,Supl 1; p.29-35 Volume III nº5 Novembro/Dezembro 2001.

- DIAS, António Madureira [et al.] - Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. 2011 – Revista Millennium, 40: p. 201-219. ISSN 0873-3015.
- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU. Viseu – **Guia de elaboração de trabalhos escritos**. 1996. Acessível na Biblioteca da Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal.
- FANCHER, T. L.; KRAVITZ R. L. - **In the clinic. Depression**. Ann Intern Med, 2010. 152(9): ITC51-15; quis ITC55-16. [Em linha] – [Consult. em 05 de Março de 2012] – Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20439571>>.
- FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, D. L. 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
- FRANCO, José Nelson Correia [et al.] - Adesão ao regime terapêutico: importância da relação enfermeiro - cliente. Revista Portuguesa de Enfermagem. ISSN 0873-1568. Nº 10 (Abril, Maio, Junho 2007), p.19-23.
- GABRIEL, Adel; VIOLATO, Claudio – Knowledge of and attitudes towards depression and adherence to treatment: the antidepressant adherence scale (AAS). Revista Affect Disord. 2010 Nov: 126(3): p.388-94.
- GEFFEN, EC. [et al.] – **The decision to continue or discontinue treatment: experiences and beliefs of users of selective serotonin-reuptake inhibitors in the initial months-a qualitative study** – 2010. Res Social Adm Pharm. 2011 Jun; 7(2):134-50. Epub 2010 Jun 7. Division of Pharmacoepidemiology and Pharmacotherapy, Faculty of Science, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences (UIPS), Utrecht University, PO Box 80082, 3508 TB, Utrecht, The Netherlands.[Em linha] - [Consult. em 12 de Janeiro de 2012] – Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21272543>>.
- GEFFEN, EC. [et al] – **Patients perceptions and illness severity at start of antidepressant treatment in general practice**. Int J Pharm Pract. 2010 Aug; 18(4):217-25. Division of Pharmacoepidemiology and Clinical Pharmacology, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, Faculty of Science, Utrecht University, Utrecht.[Em linha] – [Consult. em 16 de Fevereiro de 2012] – Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20636673>>.
- GELDER, Michael; MAYOU, Richard; COWEN, Philip - **Tratado de psiquiatria"**- Guanabara Koogan. 2006 - Rio de Janeiro. Ed.4- ISBN: 9788527712163.
- GIORGI, Dante Marcelo Artigas - Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Revista Brasileira de Hipertensão. 13 (1). (Janeiro/Março 2006). p. 47-50.

- GOETHE, J.W. [et al.] – Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: side effects and other factors that influence medication adherence. Revista J Clin Psychopharmacol. 2007- Oct; 27(5):451-8. Burlingame Center for Psychiatric Research and Education, the Institute of Living/Hartford Hospital, Hartford, CT 06106, USA. [Em linha] – [Consult. em 25 de Novembro de 2011] – Disponível em WWW: <URL: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17873676>.
- GOMES, M.E.C. - **Qualidade de vida e diabetes: variáveis psicossociais**. 2008 - Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação na Universidade do Porto.
- GONÇALVES, Bruno; FAGULHA, Teresa – Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar – Revista portuguesa clínica geral, 2004.20: p.13-27.
- GUSMÃO, Josiane Lima de; JR. Décio Mion - Adesão ao tratamento – conceitos – Revista Brasileira de Hipertensão vol.13 (1): p.23-25, 2006.
- GUSMÃO, Ricardo M. [et al.] - O peso das perturbações depressivas: aspetos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. Ata Médica Portuguesa 2005; 18: p.129-146-Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Lisboa.
- HENRIQUES, Maria Adriana Pereira – **Adesão ao regime terapêutico em idosos** - 2006. Programa de doutoramento em enfermagem-revisão sistemática da literatura. [Em linha] – [Consult. em 30 de Janeiro de 2012] – Disponível em WWW: <URL: www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174305.PDF>.
- INFOPÉDIA, (2003-2012) - **Método Científico**. In Infopédia. [Em linha]. 2003-2012. Porto: Porto Editora. [Consult. em 13 de Janeiro de 2012]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.infopedia.pt/\\$metodo-cientifico](http://www.infopedia.pt/$metodo-cientifico)>.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL- **Depressão** – 2011- [Em linha]. [Consult. em 25 de Janeiro de 2011] – Disponível em WWW: <URL: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/complete-index.shtml>>.
- KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. ; GREBB, Jack A. - **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7ª ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997. 1169 - ISBN 85-7307-211-3.
- KAPLAN, Harold I.; SADOCK Benjamim J. ; – **Manual de psiquiatria clínica**. 2ª Edição, Rio de Janeiro: Artmed. 2004. ISBN – 0-7817-5033-4.

- KINZL, J.F. – Major depressive disorder, antidepressants and sexual dysfunction. IN. Neuropsychiatry. 2009; 23(2): p.134-138. Dept. für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Psychosomatische Medizin.
- LEE, Saebom [et al.] - **Depression research: where are we now?** - 2010. Mol Brain 3: 8.
- LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa – Adesão terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. 2003 - Revista Ciências e Saúde Coletiva, 8 (3): p.775-782.
- LEVENTHAL, H.; DIFENBACH, M.; LEVENTHAL, E. - Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. 1992. Cognitive Therapy and research, 16(2), p. 143-163.
- LEY, Philip, - Professional non- compliance: a neglected problem. 1981- British Journal of Clinical Psychology, 20, p.151-154.
- LEY, Philip. – Compliance among patients. West & C. McManus (Eds).1997- Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine-p.281-285. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- LIN, EH., [et al.] - The role of the primary care physician in patient's adherence to antidepressant therapy. 1995. Med Care 33: p.67-74.
- LORIENTE-ARÍN, N.; SERRANO-DEL-ROSAL, R. - Hable con los doentes, no para ellos. Análisis de las fuentes de confianza del acto médico. Revista Internacional de Sociología, 2009. 67 (2), p.309-328.
- MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão o Regime Terapêutico**: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros. Instituto de Educação e Psicologia - [Em linha]. 2009. [Consult. 29 Dezembro 2011]. Disponível em WWW: <URL: [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese de Mestrado - Adesão ao Regime Terapêutico - Representações das pessoas com IRC sobre o cont.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%Aautico%20-%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf)>, p.49.
- MARGATO, Carlos - A propósito da adesão à terapêutica - Revista Sinais Vitais, ISSN 0872-0844. - Nº 91 (Junho 2010), p.4.
- MARIN, David – Maximizar a adesão dos doentes à terapêutica- Revista Hematooncologia, Lisboa ISSN 1647-2691. -nº11 (Outubro 2010), p.22.
- MARTINS, Lurdes – **Entrevista semiestruturada** – [Em linha].2004. [Consult. em 04 de Dezembro de 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.slideshare.net/mlurdesmartins/entrevista-semi-estruturada>>.

- MELEIS, Afat – **Theoretical nursing: development and progress**. 3ª Ed. Philadelphia: JB Lippincott Co, 2005. ISBN 0-7817-5767-3.
- MELLO, Inaia Monteiro – **Enfermagem psiquiátrica e saúde mental na prática** – Atheneu, São Paulo, 2008. ISBN: 9788573799774.
- MUZINA, D. [et al] - **Rate of non-adherence prior to upward dose titration in previously stable antidepressant users**. 2010. Medco Health Solutions, Inc., Franklin Lakes, NJ, EUA. [Em linha] – [Consult. em 03 de Março de 2012] – Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20950862>>.
- OGDEN, Jane - **Psicologia da saúde**. Lisboa. 1999 - Climepsi Editores. ISBN: 9727960928.
- OGDEN, Jane - **Psicologia da saúde**. 2004 - (2ª ed.) Lisboa: Climepsi. ISBN: 972-796-092-8.
- OLIVEIRA, Cristina de Oliveira – Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização – Revista de Enfermagem, UERJ, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):p.569-576. ISSN: 0871-0775.
- OLIVEIRA, Ernani Coimbra de [et al.] – Verificação e análise do conhecimento e adesão à terapêutica medicamentosa prescrita durante a alta hospitalar. 2007 - Revista Científica da Faminas. 3 (1). Muriaé. p. 54-76.
- OLIVEIRA, Patrícia - **Enquadramento teórico** – [Em linha]. 2011- [Consult. em 30 de Janeiro de 2012]. Disponível em WWW: <URL: repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/.../7/CAPITULO%201.pdf>.
- OMS - **Relatório mundial da saúde: saúde mental: nova compreensão, nova esperança**. 2002, Lisboa: Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde, 2001.p. 58.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários**. Portugal: Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Classificação internacional para a prática de enfermagem**. 2005 - (CIPE versão 1.0). Ordem dos Enfermeiros: Lisboa-ISBN 978-85-60187-04-1.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Guia para atenção e manejo integral de usuários de drogas vivendo com HIV/AIDS na América Latina e Caribe**. Organização Pan-Americana da Saúde Washington, D.C.: OPAS, 2006. ISBN 92 75 32675 0.

- PAPROCKI, Jorge - Adesão ao tratamento farmacológico em psiquiatria -Pré-Congresso Brasileiro de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), organizado pela Associação Mineira de Psiquiatria (AMP), em Belo Horizonte, publicado no jornal "O RISCO DA AMP", Setembro de 2009. p.25-27.
- PARKER, D. G.; Wilhcm, K. - Influencias artificiosas sobre las diferencias de los sexos en la depression. 1995 - International Psychiatry Today, 5, p. 1-6.
- PEDRO, L.; PAIS RIBEIRO, J. - **Adesão ao tratamento: perspectiva dos médicos, enfermeiros e fisioterapeutas em meio hospitalar**. A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança/ 5º Congresso Nacional de Psicologia de Saúde. Lisboa, 2004. - ISBN 972-8400-65-9. - p.713-718.
- PEIXOTO, Helicinia Giordana Espíndola [et al.] – Antidepressivos e alterações no peso corporal. Revista de Nutrição v.21 n.3 Campinas maio/jun. 2008. p.32-34.
- PEREIRA, Arlete Mendes; SANTOS, Evely Moreira dos – Tratamento em saúde mental: aderência à terapêutica medicamentosa e principais reações adversas dos psicofarmacoterápicos. 2011- Revista Saúde e Beleza. p. 21-29.
- PETERSON AM; Takiya L; Finley R. - **Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence**. Am J Health Syst Pharmacol 2003; 60:657-665.
- PETRIE, K. J.; PENNEBAKER, J. W - **Health related cognitions**. In S. Sutton, A. Baum & M. Johnston (Eds.), The Sage handbook of Health Psychology 2004-p.127-142. New York: Sage.
- POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernardette P. – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: artes Médicas, 2004.ISBN: 85-7307-984-3.
- PORTAL DA SAÚDE - **Tratamento da depressão** – [Em linha]. 2010. [Consult. em 11 de Janeiro de 2011]. Disponível em: WWW: <URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depresao.htm>>.
- PORTAL DA SAÚDE - **DEPRESSÃO** – Enciclopédia da Saúde. [Em linha]. 2010. [Consult. em 16 de Novembro de 2011] – Disponível em WWW: <URL: <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressao.htm>>.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental - **Plano Nacional de saúde mental 2007-2016: Resumo Executivo** [Em linha]. Lisboa: CNSM, 2008. [Consult. 18 de Novembro de 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016__resumoexecutivo.pdf>.
- RAMOS, Albano Jorge Caseiro – O problema da adesão terapêutica medicamentosa em doentes mentais. – Revista Hospitalidade. ISSN 0871-0090. Ano 74, nº287 (Janeiro/Março 2010), p.48-52.
- SAJATOVIC, Martha [et al] – **Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherence with medication**. -Compr Psychiatry. 2011 May-Jun; 52(3):280-7. Epub 2010 Sep 1. Department of Psychiatry, Case Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, OH 44106, USA. [Em linha] – [Consult. Em 21 de Janeiro de 2012] – Disponível em WWW: <URL: <http://www.mendeley.com/research/illness-experience-reasons-nonadherence-among-individuals-bipolar-disorder-poorly-adherent-medication/>>.
- SARAFINO, Edward P. - **Health psychology: biopsychosocial interactions**.1990- New York: John Wiley.
- SAVOIE-ZAJC, L. – **A Entrevista semidirigida** - in B. Gauthier (dir.), *Investigação social: da problemática à colheita de dados*, 2003- Loures, Lusociência.
- SCHAFFER, Susan D.; YOON, Saun-JL – **Evidence based methods to enhance medication adherence**. The Nurse Practitioner. 26:12, 2001. 44-54.
- SILVA, Mário João Ribeiro – **O ser humano e a adesão ao regime terapêutico – um olhar sistémico sobre o fenómeno**. Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem, 2008.
- SILVA, Marta Sofia Souto; CARVALHO, José Carlos Marques - Adesão ao regime terapêutico no doente esquizofrénico - Diagnóstico e intervenções de enfermagem -Revista Sinais Vitais. ISSN 0872-0844. - Nº 95 (Março, 2011), p. 41-45.
- SIMÃO, Ana Rita Esteves - **Adesão às prescrições/recomendações médicas por parte de idosos institucionalizados e em centros de dia: um estudo exploratório** - 2009. MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA - Secção de Psicologia Clínica e Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença.

- SOURE, Francisco de – **Antidepressivos e efeitos secundários**- [Em linha]. 2010- [Consult. em 29 de Janeiro de 2012]. Disponível em: WWW: <URL: <http://oficinadepsicologia.blogs.sapo.pt/26217.html>>.
- SOUSA, Maria Rui Miranda Grilo Correia de – **Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2-2003** - Dissertação ao mestrado de educação, área de especialização de educação para a saúde, apresentada na universidade do Minho, instituto de educação e psicologia.
- SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello - A doença mental sob o olhar de doentes e familiares. Revista da Escola de Enfermagem da USP - [Em linha]. 40:1 (2006), p. 123-127. [Consult. em 18 de Novembro de 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/228.pdf>>.
- SYMISTER, P.; FRIEND, R. - The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator. 2003 - Health Psychology, 22 (2), p.123-129.
- TEIXEIRA, J. Marques - A Depressão e a mulher na sociedade moderna. Psiquiatria em Revista – Vol. II, nº3, 1998-p.54-67.
- TOUNIER, M. [et al.] - Duration of antidepressant drug treatment and its determinants in France. Encephale. 2011 May; 37 Sup. 1. p.36-41. Epub 2010 Aug 30. Unité Inserm U657, University Victor-Segalen-Bordeaux 2, 146, rue Léo-Saignat, 33076 Bordeaux cedex, France.
- VERAS, A.B.; NARDI, A.G. – **Como Diagnosticar e Tratar Depressão na mulher** - Medicina do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Copyright Moreira Jr. Editora. 2008- p.154-163.
- VIEIRA, Caetano – **História clínica psiquiátrica**- [Em linha] - 2010. [Consult. em 12 de Fevereiro de 2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://pt.shvoong.com/medicine-and-health/1799412-hist%C3%B3ria-cl%C3%ADnica-psiquiatria/#ixzz1ojWsHyUw>>.
- WADE, AG; HARING, J. – A review of costs associated with depression and treatment noncompliance: the potential benefits of online support. CPS Research, Glasgow, UK in Clin Psychopharmacol, and 2010 Sep: 25(5): p.288-96.
- WEISSMAN, M. M. [et al.]– Cross- national epidemiology of major depression and bipolar Disorder. JAMA 276 (4):p. 293-9, 1996.

-WEISSMAN, M. M.; Olfson. M. - Depression in women: implication for health care research. 1995 - Revista Science. p.269.799-801.

-WHO –**Active ageing: a policy framework**. Geneva. [Em linha]. 2002. [Consult. em 26 de Janeiro de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.euro.who.int> – WHO/NMH/NPH/02.8>.

-WIKIPÉDIA, Enciclopédia livre. **Declaração de Helsínquia** - [Em linha]. 2012- [Consult. em 10 de Janeiro de 2012]. Disponível em WWW: <URL: http://pt.wikipedia.org/wiki/Declara%C3%A7%C3%A3o_de_Helsinque>.

-WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Adherence to long-term therapies – evidence for action**. [Em linha]. 2006 - [Consult. em 28 de Dezembro de 2011]. Disponível em WWW: <URL: who.int>.

-ZIVINC, K. [et al.] – **Antidepressant adherence after psychiatric hospitalization among VA patients with depression**. In *Adm Policy Ment Health*. 2009 Nov; 36(6):406-15. Epub 2009 Jul 16. Department of Veterans Affairs, Health Services Research and Development (HSR&D) Center of Excellence, Serious Mental Illness Treatment Research and Evaluation Center (SMITREC), Ann Arbor, MI, USA. [Em linha] – [Consult. em 05 de Março de 2012] – Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19609666>>.

APÊNDICES

APÊNDICE I

CONSENTIMENTO INFORMADO

TEMA DO ESTUDO: “Adesão Terapêutica numa Mulher com Depressão Major: Perspetiva da Doente”.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____

aceito de minha livre vontade, participar neste estudo intitulado “Adesão terapêutica numa mulher com depressão major: perspetiva da doente” realizado pela Enfermeira Maria de Lurdes Monteiro de Figueiredo sob a orientação da Prof. Carla Cruz, Professora na escola Superior de Saúde de Viseu no âmbito da tese de mestrado integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que estou a participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei também conhecimento que, de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto.

Por isso, consinto a participação no estudo, respondendo a todas as questões propostas e permito que estas informações sejam utilizadas em futuros estudos, podendo desistir de participar a qualquer momento, sem que daí resulte qualquer prejuízo para o meu tratamento.

Toda a informação obtida nesta investigação será estritamente confidencial e a identidade do doente não será revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa não relacionada com esta investigação sem autorização prévia por escrito do participante.

Assinaturas,

Participante: _____

Investigador: _____

(Nome completo do investigador)

Viseu, _____, de _____, 2011

Agradecida pela sua colaboração.

APÊNDICE II
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1 – Idade: _____

2 - Estado civil:

1 Solteira 2 Casada 3 União de facto 4 Viúva

5 Divorciada 6 Outro Qual: _____

3 - Escolaridade:

1 Analfabeta

2 Sabe ler e escrever

3 1º Ciclo do ensino básico (4ª classe)

4 2º Ciclo do ensino básico (ensino preparatório)

5 3º Ciclo do ensino básico (9º ano)

6 Ensino secundário (12º ano)

7 Ensino superior

8 Outro Qual _____

4 - Profissão: _____

5 - Situação profissional:

1 Empregada 2 Desempregada 3 Doméstica

4 Estudante 5 Reformada 6 Outra Qual? _____

6 – QUEM FAZ PARTE DO SEU AGREGADO FAMILIAR

APÊNDICE III

HISTÓRIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA E EXAME DO ESTADO MENTAL

HISTÓRIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

Para Vieira (2010), são os seguintes os parâmetros de avaliação:

Antecedentes pessoais
História de doença atual
Antecedentes familiares
Exame físico

EXAME ESTADO MENTAL

Para CORDIOLI; ZIMMERMANN; KESSLER (2004), os parâmetros a avaliar são:

Aparência
Comportamento e Atividade Psicomotora
Atitude para com o Examinador
Humor e afetos
Discurso
Percepção
Pensamento
Cognição: Consciência, Orientação, Memória, Atenção
Impulsividade
Juízo crítico
Funções psicofisiológicas

APÊNDICE IV
GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1 – Há quanto tempo tem necessidade de cumprir um regime terapêutico diário?

- 2 – Cumpre sempre e na totalidade as indicações dadas pelo profissional de saúde em relação ao regime terapêutico diário?

- 3 – É fácil para si cumprir as indicações dadas pelos profissionais de saúde?

- 4 – Como se sente em relação à medicação que toma?

- 5 – Quando se sente melhor ou pior altera a prescrição?

- 6 – Que motivos ou dificuldades sente para não aderir ao regime terapêutico?

- 7 – O profissional de saúde ouve o que tem para lhe dizer e sente que ele atribui importância àquilo que diz?

- 8 – Os serviços de saúde que frequenta correspondem às suas expetativas?

- 9 – Utiliza estratégias para aderir e cumprir o regime terapêutico quando tem dificuldade em seguir integralmente as indicações do profissional de saúde? Quais?

- 10 – E o profissional de saúde usa estratégias para a incentivar a cumprir? Quais?

APÊNDICE V
TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1 – Há quanto tempo tem necessidade de cumprir um regime terapêutico diário?

R: “Desde que o médico me disse que sofria de uma depressão e foi mais ou menos há quatro anos.”

2 – Cumpre sempre e na totalidade as indicações dadas pelo profissional de saúde em relação ao regime terapêutico diário?

R: “Nem sempre isso acontece, ou quase nunca. Só faço o que eles dizem às vezes.”

3 – É fácil para si cumprir as indicações dadas pelos profissionais de saúde?

R: “ Não é fácil. Existem muitas coisas na minha vida que não ajudam nada. Aborreço-me tomar tantos comprimidos. Tenho que tomar várias vezes ao dia. Se fosse só uma vez por dia, era mais fácil...às vezes até me esqueço... Se fosse outra pessoa a darmos, se calhar era mais fácil... mas em casa não me dão apoio...quando estou no trabalho, não me dá jeito tomá-los e também não quero que os meus colegas vejam. Às vezes só tomo à noite os de dormir, porque sem eles, não durmo... e depois, tenho que os tomar durante meses seguidos.”

4 – Como se sente em relação à medicação que toma?

R: “Às vezes não me sinto nada bem. Alguns medicamentos acho que me fazem mal. São muito fortes, o médico tem que os trocar e dar-me outros.”

Nunca faço um tratamento completo, geralmente só durante o primeiro mês, porque na maioria das vezes, sinto-me mal com os medicamentos. A coisa que mais me angustia é engordar muito... sinto-me muito triste, não gosto de mim... ainda fico pior da depressão...também me dão muito sono, só me apetece dormir e depois não faço nada em casa e no trabalho também não rendo... depois, não tenho vontade de estar com o meu marido...compreende? Ele diz que são os comprimidos que me fazem isto, fica zangado. Eu acho que é da doença mas ele acha que são os comprimidos e também não gosta de me ver tão gorda... e depois quando me sinto melhor, deixo de tomar.”

5 – Quando se sente melhor ou pior altera a prescrição?

R: "Geralmente é o que faço. Muitas vezes só tomo alguns, os de dormir é que é raro deixar de tomar, os da depressão, principalmente quando já me sinto bem, deixo de os tomar. "

6 – Que motivos ou dificuldades sente para não aderir ao regime terapêutico?

R: "A maior parte das vezes não tomo os medicamentos. Sabe, lá em casa o meu marido acha que eu não preciso deles, que me fazem mal, que não vê melhoras nenhuma, não me dá apoio... a minha família acha que não estou doente que sou é manhosa e que não quero trabalhar mas não é verdade. Eu não me sinto bem. Depois quando regresso ao trabalho, os meus colegas não me apoiam muito, eles acham que sou maluca por estar internada num hospital. Acabo por me afastar e ficar sozinha. Acho que não me compreendem, deixo de tomar..."

Às vezes não compro os medicamentos quando eles acabam... como passo muito tempo de baixa, o dinheiro não dá para tudo, tenho dois filhos a estudar, o meu marido, o que ganha não dá para tudo então prefiro comprar as coisas para comer e para o dia-a-dia e então só vou tomando os que ainda tenho em casa, porque também não quero comprar fiado e alguns medicamentos são caros."

7 – O profissional de saúde ouve o que tem para lhe dizer e sente que ele atribui importância àquilo que diz?

R: "Sim, principalmente os senhores enfermeiros que trabalham nos serviços que eu frequento, falam bastante comigo e incentivam-me a tomar os comprimidos e a fazer outras coisas como por exemplo alimentação saudável, praticar exercício físico, não fumar... só coisas boas e que eu nem sempre cumpro... quando estou mais em baixo, não me apetece fazer nada... Eu gosto de conversar com eles, de perguntar coisas, eles são simpáticos e só querem o meu bem... às vezes, com o médico não consigo desabafar porque penso que me vai criticar por não cumprir o que ele quer... Com eles eu consigo tirar as minhas dúvidas, como por exemplo se os medicamentos engordam, se deixam de fazer efeito... Sinto que me querem ajudar... Ainda é uma das poucas coisas que me ajudam quando penso em desistir dos tratamentos... mas mais tarde, deixo-os mesmo e depois quando pioro lá vou eu de novo para as urgências, ficando internada muitas vezes."

8 – Os serviços de saúde que frequenta correspondem às suas expectativas?

R: "Nem por isso. Por vezes também falto às consultas porque elas são na hora do trabalho e o patrão não quer que eu falte... Já falto tanto... quando estou de baixa. Elas podiam ser mais no final da tarde, sabe, quando saísse do trabalho, deveria haver consultas. São sempre de manhã... Outras vezes, não vou lá fazer nada... É tão rápida, só me muda os comprimidos... Não me dá tempo para fazer perguntas... Parece que não têm paciência... Por vezes tenho que ficar muito tempo à espera para ser atendida, perco uma manhã toda."

9 – Utiliza estratégias para aderir e cumprir o regime terapêutico quando tem dificuldade em seguir integralmente as indicações do profissional de saúde? Quais?

R: "É raro fazer alguma coisa para tomar a medicação. Eu por vezes, no início dos tratamentos, quando estou pior, ainda os ponho em cima da mesa da cozinha para não me esquecer quando estou a comer, ou quando estou no trabalho, tenho uma caixinha para os preparar com os horários das refeições mas, quando me sinto melhor, nem isto faço. Penso sempre que já estou boa e que não preciso deles... os tratamentos são tão longos. Eu não quero é tomá-los. Acho sempre que esta doença passa sem tomar remédios e que não é grave, mas acabo sempre por ficar outra vez na mesma passado algum tempo e lá vou eu outra vez ao médico".

10 – E o profissional de saúde usa estratégias para a incentivar a cumprir? Quais?

R: "Quando vou às consultas e o médico e o enfermeiro dão conta que eu não faço o que me recomendaram, tomam algumas medidas, como por exemplo: quando me queixo que são muitos medicamentos e muitas vezes ao dia, o médico dá-me menos e escreve num papel tudo o que devo fazer, o enfermeiro diz-me sempre que quando eu tiver alguma dúvida e pensar em não tomar os medicamentos, para telefonar e me aconselhar. Falam também para não faltar às consultas e até escrevem num papel para eu não me esquecer. Eu por vezes até faço isto tudo, porque eles também se esforçam e eu também tento com que eles fiquem contentes..."

Quando estou internada, os enfermeiros fazem umas reuniões onde falam sobre muitas coisas como por exemplo a importância dos medicamentos, o que é a depressão, a importância do exercício físico, sobre o tabaco, etc. Fazem tipo um filme e no final dão-nos uns papéis escritos sobre aquilo que vimos. Acho que isto é útil para nós e quando vou

embora, tenho vontade de cumprir tudo. Mas depois não sei o que me acontece, acabo por desistir e deixo os medicamentos.”