UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LIGIANE PAULA DA CRUZ

Transtorno de ansiedade: investigação da adesão à terapêutica medicamentosa

RIBEIRÃO PRETO
2014

LIGIANE PAULA DA CRUZ

Transtorno de ansiedade: investigação da adesão à terapêutica medicamentosa

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana Inocenti Miasso

RIBEIRÃO PRETO
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Cruz, Ligiane Paula da

Transtorno de ansiedade: investigação da adesão à terapêutica medicamentosa. Ribeirão Preto, 2014.

98 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Adriana Inocenti Miasso

1. Transtornos de Ansiedade. 2. Adesão à Medicação. 3. Pacientes Ambulatoriais.

CRUZ, Ligiane Paula da

Transtorno de ansiedade: investigação da adesão à terapêutica medicamentosa

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

EPÍGRAFE

*“Não podemos ter medo de sonhar com grandes ideais.
Triste de quem se acomoda e se apequena com
reduzidos propósitos. A vida é feita de grandes projetos.
O ser humano é chamado para grandes ideais.
Os grandes sonhos nos dão força para superarmos
os pequenos e grandes obstáculos.”*

Padre Léo

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho em especial aos meus pais,
Maurílio e Leida, que acreditaram nos meus sonhos,
e, com muito esforço e dedicação, me apoiaram
e estiveram presentes nesta caminhada.
Sem vocês, nada disso seria concretizado!
Vocês são tudo para mim!*

*Em especial e com muito amor ao meu marido Fernando,
pessoa que sempre esteve ao meu lado e sonhou junto comigo.
Obrigada sempre pelo apoio e carinho!*

*Ao meu irmão Bleise, que, com sua proeza, me impeliu a espelhar-me em seu bom exemplo de
dedicação e competência.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*Agradeço, em primeiro lugar, a Deus e a
Nossa Senhora das Graças,
que me iluminou,
dando força e coragem durante esta caminhada.*

*À minha orientadora, professora Dra. Adriana Inocenti Miasso,
por me acompanhar neste processo desde a graduação,
e por aceitar a me orientar durante a construção
deste trabalho no mestrado.
Agradeço a oportunidade de aprendizado que me proporcionou, as valiosas sugestões
e a paciência neste período.
Meus sinceros agradecimentos!*

AGRADECIMENTOS

Aos meus avós, que, pela experiência de vida, me proporcionaram grandes ensinamentos.

À equipe do Núcleo de Saúde Mental, pelo suporte oferecido durante a elaboração desta pesquisa.

Em especial, à minha grande amiga Ângela Márcia que, além de sempre me apoiar e incentivar, contribuiu com ensinamentos e conselhos valiosos.

Às queridas e eternas amigas Fabíola, Carolina e Tatiane, que acreditaram em meu sonho, contribuíram com sugestões e conselhos em todos esses anos.

À Bruna, não há palavras para agradecer as preciosas sugestões e contribuições com este trabalho. Agradeço pela disposição carinhosa em me ajudar.

À equipe do colégio FAAP. Vocês se revelaram verdadeiros amigos no final desta caminhada.

Aos participantes desta pesquisa, que voluntariamente disponibilizaram seu tempo contribuindo com as entrevistas.

À Kelly, pessoa competente e atenciosa, que colaborou neste trabalho.

A todos os meus amigos que acreditaram em mim, contribuíram de alguma forma para que este trabalho fosse concretizado.

RESUMO

CRUZ, Ligiane Paula da. **Transtornos de ansiedade:** investigação da adesão à terapêutica medicamentosa. 2014. 98 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Este estudo teve como objetivo geral investigar a adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com transtorno de ansiedade atendidas em um serviço de saúde mental comunitário, localizado em município do interior paulista. Estudo retrospectivo, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa. Dados qualitativos foram utilizados para complementar os resultados. A população foi constituída por 161 pessoas com transtorno de ansiedade que atenderam aos critérios de inclusão do estudo. Para a coleta dos dados quantitativos recorreu-se ao teste de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), ao Inventário de Ansiedade de Beck e à técnica de entrevista estruturada, com aplicação de questionário para obtenção de dados referentes ao perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico. Para obtenção dos dados qualitativos, referentes às dificuldades de uma parcela dos sujeitos com relação ao seguimento da terapêutica medicamentosa, foi empregada entrevista semiestruturada gravada (N=32). Para análise dos dados quantitativos foi utilizado o programa SAS® 9 e, para os dados qualitativos, a análise de conteúdo, seguindo os passos propostos por Minayo. Os resultados revelaram que a maioria dos participantes era do sexo feminino (77,6%), na faixa etária entre 41-60 anos (50,3%), cor da pele branca (90,6%), com companheiro (62,1%) e renda familiar mensal de até três salários mínimos (50,7%). Os antidepressivos foram os medicamentos mais prescritos (91,3%). Ressalta-se o uso de ansiolítico por 69,5% dos participantes, apesar de terem iniciado o tratamento há mais de seis meses. A maioria dos participantes (85%) foi considerada aderente ao tratamento medicamentoso. Não houve associação estatisticamente significativa entre esta adesão e as variáveis investigadas neste estudo. Identificou-se alta porcentagem de pacientes com sintomas ansiosos moderados ou severos, apesar da adesão. Destaca-se o fato de 34,1% dos participantes desconhecerem a dose dos medicamentos prescritos. Os depoimentos dos sujeitos revelaram que, apesar da alta porcentagem de adesão, há dificuldades por eles vivenciadas na manutenção do tratamento medicamentoso, as quais foram sintetizadas nas seguintes categorias: “Ter conhecimento insuficiente sobre o diagnóstico e tratamento medicamentoso”, “Estar insatisfeito(a) com os efeitos do tratamento”, “Desejar mais do que uma prescrição”, “Apresentar temores e preocupações relacionadas ao tratamento” e “Identificar impedimentos para seguir a prescrição medicamentosa”. Este estudo sinaliza para aspectos, passíveis de intervenção, que interferem na segurança no tratamento farmacológico de pessoas com transtorno de ansiedade e contribuem para a implementação de estratégias nos serviços de saúde que otimizem a adesão ao tratamento medicamentoso.

Descritores: Transtornos de Ansiedade; Adesão à Medicação; Pacientes Ambulatoriais.

ABSTRACT

CRUZ, Ligiane Paula da. **Anxiety disorders:** an investigation of drug treatment adherence. 2014. 98 f. Dissertation (Master's degree) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2014.

The general objective of this study was to investigate the drug treatment adherence among anxiety disorder patients following treatment at a community mental health center in an upstate São Paulo city. This retrospective, cross-sectional and descriptive study was performed with a quantitative approach. Qualitative data were used to complement the results. The population consisted of 161 people with anxiety disorders who met the inclusion criteria. The quantitative data was collected using the Treatment Adherence Measure (TAM) test, Beck's Anxiety Inventory and structured interviews, applying a questionnaire to obtain demographic, socioeconomic, clinical and pharmacotherapeutic data. A recorded semi-structured interview was conducted (N=32) to obtain qualitative data regarding the difficulty that some participants experienced in following the drug treatment. Quantitative data analysis was performed using SAS® 9, whereas content analysis was used for qualitative data, as proposed by Minayo. Results showed that most participants were women (77.6%), aged between 41 and 60 years (50.3%), white skin (90.6%), with a partner (62.1%) and with a monthly family income of three minimum salaries or less (50.7%). Antidepressants were the most commonly prescribed drugs (91.3%). It is noted that 69.5% of participants used anxiolytics, despite having been undergoing treatment for over six months. Most participants (85%) were considered compliant to the drug treatment. No statistically significant association was found between this adherence and the variables investigated in this study. A high percentage of patients with moderate or severe anxiety symptoms was found, despite their adherence. It is highlighted that 34.1% of participants were unaware of the prescribed medication dose. The participants' reports showed that, despite the high adherence rate, they experience difficulties to maintain the drug treatment, which were summarized into the following categories: "Having insufficient knowledge regarding the diagnosis and drug treatment", "Being dissatisfied with the treatment effects", "Wanting more than a prescription", "Showing fears and worries related to treatment" and "Identify obstacles to following the drug prescription". This study points at aspects, subject to intervention, that affect the safety of the drug treatment of people with anxiety disorders and contribute with the implementation of strategies at health care services that improve the drug treatment adherence.

Descriptors: Anxiety Disorders; Medication Adherence; Outpatients.

RESUMEN

CRUZ, Ligiane Paula da. **Trastornos de ansiedad:** investigación de adhesión a la terapéutica medicamentosa. 2014. 98 f. Disertación (Máster) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Estudio con el objetivo general de investigar la adhesión al tratamiento medicamentoso en personas con trastorno de ansiedad atendidas en un servicio de salud mental comunitario ubicado en municipio del interior paulista. Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, con abordaje cuantitativo. Se utilizaron datos cualitativos para complementar los resultados. La población se constituyó con 161 personas con trastorno de ansiedad que atendieron los criterios de inclusión del estudio. Datos cuantitativos recolectados mediante test de Medida de Adhesión al Tratamiento (MAT), Inventario de Ansiedad de Beck y técnica de entrevista estructurada, aplicándose cuestionario para obtención de datos referentes al perfil demográfico, socioeconómico, clínico y farmacoterapéutico. Para obtener los datos cualitativos, referentes a las dificultades de un grupo de sujetos en relación al seguimiento de la terapéutica medicamentosa, fue empleada entrevista semiestructurada grabada (N=32). Datos cuantitativos analizados mediante programa SAS® 9, y para los datos cualitativos, análisis de contenidos según pasos propuestos por Minayo. Los resultados revelaron que la mayoría de los participantes era de sexo femenino (77,6%), en la faja etaria entre 41-60 años (50,3%), color de piel blanco (90,6%), en pareja (62,1%) e ingresos familiares mensuales de hasta tres salarios mínimos (50,7%). Los antidepresivos resultaron los medicamentos más prescritos (91,3%). Se resalta el uso de ansiolíticos por parte de 69,5% de participantes, a pesar de haber iniciado tratamiento en tiempo mayor a 6 meses. La mayoría de los participantes (85%) fue considerada adherente al tratamiento medicamentoso. No hubo asociación estadísticamente significativa entre tal adhesión y las variables investigadas en el estudio. Se identificó alto porcentaje de pacientes con síntomas de ansiedad moderada o severa, a pesar de la adhesión. Se remarca el hecho de que 34,1% de participantes desconocían las dosis de los medicamentos prescritos. Los testimonios de los sujetos revelaron que, a pesar del alto porcentaje de adhesión, ellos experimentan dificultades para mantener el tratamiento medicamentoso, sintetizadas en las siguientes categorías: “Tener conocimientos insuficientes sobre el diagnóstico y tratamiento medicamentoso”, “Estar insatisfecho/a con los efectos del tratamiento”, “Desear más que sólo una prescripción”, “Presentar temores y preocupaciones relativas al tratamiento” e “identificar impedimentos para seguir la prescripción medicamentosa”. El estudio determina aspectos pasibles de intervención que interfieren en la seguridad del tratamiento farmacológico de personas con trastorno de ansiedad y contribuyen en la implementación de estrategias en los servicios de salud que optimicen la adhesión al tratamiento medicamentoso.

Descriptores: Trastornos de Ansiedad; Cumplimiento de la Medicación; Pacientes Ambulatorios.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas dos participantes do estudo. Ribeirão Preto - SP, 2012.....	36
Tabela 2 - Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os tipos de transtorno de ansiedade. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	38
Tabela 3 - Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os medicamentos antidepressivos e ansiolíticos utilizados no tratamento. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	40
Tabela 4 - Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os medicamentos antipsicóticos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos e anticolinérgicos utilizados no tratamento. Ribeirão Preto - SP, 2012.....	41
Tabela 5 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo classificação dos participantes por meio do Inventário de Ansiedade de Beck. Ribeirão Preto-SP, 2012.....	45
Tabela 6 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas dos participantes do estudo. Ribeirão Preto - SP, 2012.....	46
Tabela 7 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo variáveis clínicas dos participantes do estudo. Ribeirão Preto - SP, 2012.....	48
Tabela 8 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e grau de conhecimento do nome, dose e frequência de administração dos medicamentos utilizados pelos participantes do estudo. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	50
Tabela 9 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e informações sobre o transtorno de ansiedade, medicamento e confiança no acompanhamento médico. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	52
Tabela 10 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e quantidade total de medicamentos utilizados, número de comprimidos ao dia, número de vezes que toma a medicação ao dia e se compra o medicamento quando em falta na rede pública. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	53

Tabela 11 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e aceitação pelos participantes quanto à ingesta de medicamentos diariamente e quanto ao número de vezes que toma o medicamento ao dia. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	54
Tabela 12 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e apoio da família e/ou amigos dos participantes do estudo. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	55
Tabela 13 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e reação desagradável ao medicamento. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	56
Tabela 14 - Regressão Logística Bruta e Ajustada para a estimação do <i>OddsRatio</i> . Ribeirão Preto – SP, 2012.....	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo de alocação dos participantes do estudo. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	28
Figura 2 - Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as classes farmacológicas dos medicamentos em utilização. Ribeirão Preto – SP, 2012.....	39
Figura 3 - Distribuição dos participantes do estudo de acordo com a Classificação do Inventário de Ansiedade de Beck e a adesão à terapia medicamentosa. Ribeirão Preto-SP, 2012.....	44
Figura 4 - Distribuição dos participantes do estudo de acordo com o grau de conhecimento da dose, frequência e nome do medicamento. Ribeirão Preto-SP, 2014.....	51

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Exemplo de paciente não aderente ao tratamento.....	29
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	O Transtorno de Ansiedade	17
1.2	A Adesão à Terapêutica Medicamentosa no Transtorno de Ansiedade	19
2	HIPÓTESE	23
3	OBJETIVOS	25
3.1	Objetivo Geral	25
3.2	Objetivos Específicos	25
4	MÉTODO	27
4.1	Desenho do Estudo	27
4.2	Características do Local de Estudo	27
4.3	População do Estudo	28
4.4	Variáveis do Estudo	28
4.5	Procedimento de Coleta dos Dados	32
4.6	Análise dos Dados	33
4.7	Aspectos Éticos	34
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1	Caracterização dos Participantes do Estudo	36
5.2	Categorias do Transtorno de Ansiedade	38
5.3	Características Farmacoterapêuticas dos Participantes	39
5.4	A Adesão à Terapêutica Medicamentosa	42
5.5	A Adesão à Terapêutica Medicamentosa, Segundo Classificação dos Participantes por Meio do Inventário de Ansiedade de Beck	44
5.6	Adesão à Terapêutica Medicamentosa, Segundo Variáveis Demográficas e Socioeconômicas	46
5.7	Adesão ao Tratamento Medicamentoso Segundo as Variáveis Clínicas	47
5.8	Adesão à Terapêutica Medicamentosa Segundo o Perfil Farmacoterapêutico	50
6	CONCLUSÃO	74
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICE A	88
	APÊNDICE B	90
	ANEXO A	95
	ANEXO B	96
	ANEXO C	97

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Transtorno de Ansiedade

A ansiedade é uma condição caracterizada por manifestações subjetivas e psicológicas do medo. É uma reação normal do organismo diante de perigo, com ativação de mudanças físicas, mentais e de comportamento, sendo adaptativa na geração de respostas a estímulos ameaçadores, de forma a promover segurança (ROCKHILL et al., 2010; EXPERT COMMITTEE ON THE SELECTION AND USE OF ESSENTIAL MEDICINES, 2009).

Há, muitas vezes, uma razão concreta para o indivíduo reagir com ansiedade quando, por exemplo, existe estresse provocado por algum acontecimento externo ou conflito interno, alguma patologia em curso, uma emergência de vida, entre outras (PÉREZ-EDGAR; FOX, 2005; ROCKHILL et al., 2010). Trata-se de uma emoção importante ao ser humano, essencial para seu adequado desempenho (GUIMARÃES, 2010).

Pode-se dizer que os transtornos de ansiedade são diagnosticados quando os quadros ansiosos estão presentes de forma extrema, duradoura e são desproporcionais à situação. Esses quadros são caracterizados por manifestações sistêmicas, como sudorese, taquicardia, xerostomia, medo e insônia; e manifestações cognitivas, por exemplo, apreensão, nervosismo, irritabilidade e desatenção. Embora muitos tipos de sintomas possam ser encontrados nos diferentes transtornos ansiosos, o diagnóstico de um transtorno em particular é realizado com base no tipo de manifestação predominante em cada paciente (RAMOS, 2009).

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2009), os transtornos de ansiedade são subdivididos em categorias, dentre as quais: transtornos fóbico-ansiosos; outros transtornos ansiosos; transtorno obsessivo-compulsivo; reações graves ao estresse e transtornos de adaptação; transtornos dissociativos; transtornos somatoformes e outros transtornos neuróticos (EXPERT COMMITTEE ON THE SELECTION AND USE OF ESSENTIAL MEDICINES, 2009).

Como a comorbidade é comum em pacientes com transtornos de ansiedade, uma avaliação clínica cuidadosa é necessária. Depressão, abuso de álcool ou drogas e transtornos de personalidade são, do ponto de vista psiquiátrico, as condições que mais frequentemente acompanham os transtornos ansiosos (BOFFINO et al., 2008). Em relação aos aspectos clínicos, qualquer condição que possa explicar ao menos parte dos sintomas relatados deve ser investigada. Por exemplo, uma avaliação cardiológica completa em paciente com queixas de

taquicardia e dispneia ou um teste otoneurológico em paciente no qual predominam queixas de tontura são fundamentais (BOFFINO et al., 2008).

Pesquisa realizada nos Estados Unidos da América (EUA) aponta que, em um grupo geral, a prevalência para transtornos de ansiedade representa 18,1% dos transtornos psiquiátricos, sendo a fobia específica o mais prevalente, com 8,7%, seguida por fobia social (6,8%), transtorno de estresse pós-traumático (3,5%), transtorno de ansiedade generalizada (3,1%), transtorno obsessivo-compulsivo (1,0%), transtorno de ansiedade de separação (0,9%) e agorafobia (0,8%). O mesmo estudo revelou que as mulheres apresentam risco significativamente mais alto de desenvolverem um transtorno de ansiedade ao longo da vida (KESSLER et al., 2005). Tal aspecto pode ser justificado pela constante flutuação dos hormônios sexuais femininos, como o estrogênio, que agem na modulação do humor, desde a menarca até a menopausa (COUTO et al., 2010).

Dentre os escassos estudos epidemiológicos que indicam a predominância dos quadros de transtorno de ansiedade na população brasileira, destaca-se o desenvolvido nas cidades de Porto Alegre, São Paulo e Brasília, o qual avaliou 6.470 indivíduos e obteve que os transtornos ansiosos foram os mais prevalentes (17,6%) (RAMOS, 2009).

Os transtornos de ansiedade são considerados um grande problema, podendo atingir um quarto da população mundial (VIANNA, 2008). Além da carga de sofrimento, esses transtornos estão relacionados a elevados custos diretos e indiretos para a economia e são considerados um dos mais debilitantes transtornos psiquiátricos na vida adulta (PÉREZ-EDGAR et al., 2010).

Essa situação é agravada por tratamentos e encaminhamentos inadequados na área de saúde mental (WANG et al., 2002). Muitas vezes, os médicos clínicos deixam de diagnosticar corretamente ou mesmo de encaminhar pessoas com sintomas ansiosos para um adequado tratamento em saúde mental (OHAYON et al., 2000).

De acordo com Mauksch et al. (2001), quando recebem encaminhamento adequado e informações apropriadas em relação à ansiedade, se adequam melhor ao tratamento em relação a outras pessoas. Tais aspectos são particularmente importantes para a adesão dessas pessoas ao tratamento medicamentoso.

1.2 A Adesão à Terapêutica Medicamentosa no Transtorno de Ansiedade

Existem medicamentos que podem ser utilizados para o tratamento dos transtornos de ansiedade, entre eles, os benzodiazepínicos e os antidepressivos (DAVIDSON et al., 2010; SADOCK; SADOCK, 2009).

Os benzodiazepínicos (BZDs), introduzidos na terapêutica na década de 1960, são fármacos que possuem a capacidade de deprimir o Sistema Nervoso Central (SNC) e compõem o grupo mais utilizado no tratamento da ansiedade e insônia. Promovem ações como hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivantes e miorrelaxantes (COELHO et al., 2006; RANG; DALE, 2007).

A eficácia dos benzodiazepínicos é bem documentada nos tratamentos de curta duração, porém o uso prolongado é contraindicado devido aos riscos de efeitos adversos, incluindo a dependência (CASTRO et al., 2013; NIELSEN; HANSEN; GOTZSCHE, 2011; VINKERS; OLIVIER, 2012).

Nos últimos anos, os antidepressivos se estabeleceram como tratamento de primeira linha para as diferentes categorias de transtorno de ansiedade (KOEN; STEIN, 2011; RAVINDRAN; STEIN, 2010). Tais medicamentos tendem a ser bem tolerados, requerem baixa dosagem e geralmente não acarretam risco de abuso e dependência (HOLLANDER; SIMEON, 2004).

É importante destacar que outras modalidades terapêuticas, além da farmacoterapia, também são fundamentais no tratamento dos transtornos ansiosos, destacando-se a terapia cognitiva-comportamental (TCC) (NARDI et al., 2010; NUTT; BALLENGER, 2010). Tal modalidade, associada ao tratamento farmacológico, acelera a melhora dos comportamentos fóbicos, alivia a ansiedade antecipatória e reduz a chance de eventuais recaídas ou diminui seu impacto (DUNLOP; DAVIS, 2008).

Apesar da disponibilidade de uma série de estratégias terapêuticas direcionadas aos transtornos de ansiedade, o manejo dos pacientes que não respondem adequadamente ao tratamento ainda é um desafio na prática clínica (BYSTRISKY, 2006). Nesse contexto, destaca-se um grande problema relacionado ao manejo dessa clientela: a dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso.

Na literatura nacional, pesquisa sobre a adesão e a análise comportamental de pacientes com diagnóstico de transtorno de ansiedade identificou, em uma amostra de 54 pacientes, que 83,3% eram não aderentes aos medicamentos (MONTEIRO, 2001). Na literatura internacional, estudo conduzido nos EUA revelou que 57% dos pacientes com

diagnóstico de transtorno de ansiedade investigados eram não aderentes à terapia antidepressiva (STEIN et al., 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que, em países desenvolvidos, a não adesão a terapias de longo prazo (como ocorre nos transtornos de ansiedade) é de cerca de 50%, sendo que estes valores são superiores em países menos desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2003). No Brasil, por exemplo, trabalhos indicam prevalências de 32,3% a 70,2%, com variações conforme a população de estudo e método de quantificação (ARAÚJO et al., 2010; FRÖLICH; VIGO; MENGUE, 2011).

A OMS define adesão “[...] como o grau de coincidência do comportamento de um indivíduo - tomada da medicação, seguimento da dieta ou alterações do estilo de vida - com as recomendações acordadas com os profissionais de saúde [...]” (WHO, 2003).

Outras considerações semelhantes são encontradas na literatura, a qual define a adesão como o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa em relação ao regime terapêutico proposto (HAYNES et al., 2008).

É importante destacar a necessidade de se considerar a participação ativa do paciente na decisão de aderir ou não ao tratamento farmacológico. Nesse contexto, há algumas mudanças com relação à compreensão dessa adesão. O conceito atual caracteriza-se como um processo no qual os sujeitos envolvidos são influenciados por vários fatores que determinam a continuidade ou descontinuidade do tratamento (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Desse modo, a literatura aponta que a não adesão à terapêutica medicamentosa pode estar relacionada a uma complexidade de fatores ligados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); ao regime terapêutico (tratamento complexo, efeitos colaterais); às características da doença (ausência de sintomas) e ao relacionamento com a equipe de saúde (GARDENIER et al., 2010; POLEJACK; SEIDL, 2010).

Quando se aborda o tema adesão, é também importante ressaltar a dificuldade que os profissionais encontram para demonstrar a eficácia de um tratamento, visto que existem relutâncias para evitar erros na comprovação da eficácia de novas medicações e na comparação dos seus efeitos com as drogas tradicionais ou com o placebo. Por exemplo, um elemento gerador de erro é não identificar se o paciente está tomando a medicação conforme lhe foi prescrita (ROSA; ELKIS, 2007).

Outro importante aspecto a ser abordado são as recaídas decorrentes da não adesão à terapêutica medicamentosa. Os impactos da recaída são diversos e incluem a ruptura psicossocial, utilização de serviços de emergência, necessidade de internação ou de maior

número de consultas para o controle clínico, aumento do custo financeiro para os serviços públicos e para a própria família, desajuste do ambiente familiar, estresse devido ao estado do paciente, que apresenta, algumas vezes, comportamento agressivo ou hostil, o que requer que algum membro da família falte ao trabalho para assumir seus cuidados. Em determinados casos, em consequência às recaídas, o tempo para recuperação torna-se mais longo e a resposta ao tratamento é inferior à esperada (BECHELLI, 2003).

Como já mencionado, os transtornos de ansiedade apresentam prevalência significativa na sociedade, causam sofrimentos pessoais e encargos sociais e tendem a ser crônicos, se não tratados adequadamente. Desse modo, a adesão ao tratamento medicamentoso constitui temática de interesse para a literatura, por ser fator potencialmente modificável na busca de melhor prognóstico desses pacientes (BUSBY; SAJATOVIC, 2010; MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2008).

Todo o contexto descrito sinaliza para a importância de pesquisas sobre a adesão à terapêutica medicamentosa, visando oferecer subsídios para a otimização do tratamento oferecido aos portadores de transtorno de ansiedade.

2 HIPÓTESE

Existem variáveis demográficas, socioeconômicas e farmacoterapêuticas envolvidas na dificuldade dos pacientes com transtorno de ansiedade em aderir ao tratamento medicamentoso.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar a adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com transtorno de ansiedade que realizam acompanhamento em um Serviço de Saúde Mental comunitário.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar os fatores relacionados à adesão à terapêutica medicamentosa prescrita em pessoas com diagnóstico de transtorno de ansiedade.
- Identificar as dificuldades de uma parcela dos participantes deste estudo, referentes ao seguimento da terapia medicamentosa.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de estudo retrospectivo, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa. Destaca-se que dados qualitativos foram utilizados para complementar os resultados de natureza quantitativa.

Diehl (2004) relata que a pesquisa quantitativa, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utiliza-se de técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando maior margem de segurança. A pesquisa qualitativa, por sua vez, descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vivenciados nos grupos e contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos.

As abordagens quantitativas e qualitativas se complementam e possibilitam dimensões mais abrangentes para a concepção de um estudo, capacitando o pesquisador a abarcar a complexidade das temáticas, seja nas ciências humanas ou nas ciências naturais (QUEIROZ, 2006).

4.2 Características do Local de Estudo

O estudo foi realizado em um serviço de Saúde Mental comunitário, pertencente ao Sistema Único de Saúde, localizado no município de Ribeirão Preto. Trata-se de uma unidade de atendimento ambulatorial vinculada ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CSE/FMRP/USP), que oferece assistência em saúde mental gratuita à população da região oeste do município. Foi escolhido como local do estudo por constituir o único Núcleo de Saúde Mental da cidade, por estar localizado na região mais populosa da mesma (atendendo a cerca de 141 mil habitantes, o que corresponde a 25% da população total) e por constituir campo de ensino e pesquisa para os alunos dos cursos de graduação e pós-graduação das faculdades da Universidade de São Paulo, incluindo a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

4.3 População do Estudo

Foram elegíveis todos os pacientes com consulta médica agendada no local de estudo no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2012 e que preencheram os seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico de transtorno de ansiedade (de acordo com a CID-10) (OMS, 2009), estabelecido pelo médico responsável no NSM; ter prescrição de uso contínuo de medicamentos para tratamento do referido transtorno; possuir idade igual ou superior a 18 anos e ser capaz de se comunicar verbalmente em português.

A Figura 1 apresenta o fluxograma do processo de alocação dos participantes para o estudo.

Figura 1 – Fluxograma do processo de alocação dos participantes do estudo. Ribeirão Preto – SP, 2012.

4.4 Variáveis do Estudo

As variáveis selecionadas para este estudo são aquelas que, de acordo com a literatura, podem estar relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso.

- Variável dependente

Grau de adesão ao tratamento medicamentoso: a adesão foi avaliada por meio da aplicação do Teste de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) (Anexo A). Esse instrumento foi desenvolvido e validado por Delgado e Lima (2001), em Portugal.

O referido teste tem como objetivo a detecção do nível de adesão aos tratamentos medicamentosos e é constituído por sete itens, aos quais se responde em uma escala tipo Likert, com as respectivas pontuações: Sempre (1), Quase sempre (2), Com frequência (3), Às vezes (4), Raramente (5) e Nunca (6). O nível de adesão é obtido somando-se os valores de cada item e dividindo-o pelo número total de itens, correspondendo os valores mais elevados a um maior nível de adesão aos respondentes. O valor encontrado após esse procedimento é convertido em escala dicotômica para identificar os pacientes que apresentam adesão ou não adesão ao tratamento medicamentoso.

São considerados como não adesão ao tratamento os valores obtidos de um a quatro, referentes às respostas sempre, quase sempre, com frequência e às vezes. Para a adesão ao tratamento, são considerados os valores cinco e seis, referentes às respostas raramente e nunca, conforme exemplo abaixo:

Questões – MAT	Respostas emitidas pelo paciente
01- Alguma vez o (a) Sr (a) esqueceu de tomar os medicamentos para a depressão?	Às vezes – 4
02- Alguma vez foi descuidado com as horas de tomada dos medicamentos para a depressão?	Quase sempre – 2
03- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a depressão por ter se sentido melhor?	Sempre – 1
04- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a depressão, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?	Sempre – 1
05- Alguma vez o (a) Sr (a) tomou um ou mais comprimidos para a depressão, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?	Sempre – 1
06- Alguma vez interrompeu o tratamento para a depressão por ter deixado acabar os medicamentos?	Nunca – 6
07- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a depressão por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	Com frequência – 3

Quadro 1 – Exemplo de paciente não aderente ao tratamento

Somatória das respostas emitidas pelo paciente = $4+3+1+2+1+5+3= 19$

Somatória das respostas emitidas pelo paciente dividida pelo número de questões: $19/7= 2,71$.

Portanto, para o paciente exemplificado acima, obteve-se valor de 2,71, sendo considerado como não aderente à terapêutica medicamentosa prescrita.

Variáveis independentes

- Variável principal

Para identificar a presença de sintomas de ansiedade nos participantes do estudo (no momento da entrevista), foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck (Anexo B) (BECK et al., 1988). É um questionário sintomático de autorrelato, composto por 21 itens com diferentes alternativas de resposta sobre como o sujeito tem se sentido, e que correspondem a diferentes níveis de gravidade da ansiedade. Os itens incluem sintomas, em graus de intensidade de 0 a 4. Essas afirmações são graduadas para refletir a gravidade do sintoma, de ausente (0) a severo (4), e as pontuações podem variar de 0 a 63.

A soma dos escores dos itens individuais fornece um total, que, por sua vez, constitui um escore dimensional da intensidade da ansiedade, podendo ser classificado nos seguintes níveis: grau mínimo de ansiedade (0-7 pontos), ansiedade leve (8-15 pontos), ansiedade moderada (16-25 pontos) e ansiedade severa (26-63 pontos).

- Variáveis relacionadas ao perfil demográfico e socioeconômico

São apresentadas, abaixo, as variáveis relacionadas ao perfil demográfico e socioeconômico.

Sexo: masculino e feminino.

Faixa etária: verificada por meio do registro no prontuário.

Cor da pele: participantes relataram sua autoclassificação e essa variável foi reclassificada em duas categorias “branca” e “não branca”.

Estado civil: participantes responderam sobre seu estado civil e essa variável foi reclassificada em “com companheiro” e “sem companheiro”.

Ocupação atual: participantes responderam qual sua ocupação atual e essa variável foi reclassificada em “aposentado”, “do lar” e “outros trabalhadores”.

Escolaridade: os participantes relataram o grau de escolaridade até o momento da entrevista e essa variável foi reclassificada em “sem escolaridade”, “fundamental (completo e incompleto)”, “médio (completo e incompleto) ou superior”.

Renda familiar mensal: os participantes relataram sua renda familiar mensal e essa variável foi reclassificada em “até 3 salários mínimos” e “maior ou igual a três salários mínimos”.

- Variáveis clínicas e relacionadas ao perfil farmacoterapêutico

Estão descritas, a seguir, as variáveis clínicas e relacionadas ao perfil farmacoterapêutico.

Tempo de diagnóstico do transtorno: obtido por meio da anotação médica no prontuário e do relato do paciente.

Tipos de tratamento: os participantes foram questionados se estavam, no momento, realizando tratamento somente medicamentoso ou, também, outras modalidades terapêuticas.

Presença de comorbidades: hipertensão arterial, obesidade, doença infecciosa, câncer, doença neurológica e outras.

Uso de outros medicamentos: os participantes foram questionados se utilizavam, de modo contínuo, medicamento para alguma outra doença além do transtorno de ansiedade.

Outro transtorno mental: dado obtido por meio da anotação médica no prontuário e do relato do paciente.

Internação para tratamento do transtorno de ansiedade: dado obtido por meio da anotação médica no prontuário e do relato do próprio paciente.

Informações sobre o transtorno e o medicamento para seu tratamento: os participantes foram questionados se haviam recebido informações a esse respeito. Caso a resposta fosse positiva, era questionado qual o profissional que forneceu a informação.

Confiança no médico: os participantes foram questionados se sentiam ou não confiança no médico responsável pela prescrição dos medicamentos para o transtorno de ansiedade.

Quantidade total de tipos de medicamentos que utiliza/ Número de comprimidos ingeridos diariamente/ Número de vezes que ingere a medicação ao dia: dados obtidos por meio do relato do paciente e da última prescrição médica no prontuário.

Compra a medicação quando falta na rede pública: os participantes responderam se compram a medicação caso a mesma esteja em falta na rede pública.

Aceitação da ingestão e do número de vezes que toma o medicamento ao dia: os participantes foram questionados sobre como se sentem ao ter que tomar os medicamentos todos os dias e quanto a tomar um ou mais medicamentos ao dia.

Apoio da família e/ou amigos no tratamento: os participantes relataram se contam com apoio familiar ou de amigos durante o tratamento.

Reação desagradável à medicação: os participantes foram questionados se a medicação estava causando alguma reação desagradável.

Conhecimento do nome, dose e frequência do medicamento em uso: o grau de conhecimento dos participantes sobre os fármacos prescritos foi classificado por meio de um instrumento

adotado por Stape (1979). Este instrumento indica como converter, para porcentagens, a quantidade (número) de informações que o paciente possui e direciona a categorização desse conhecimento. Pressupõe que o grau de conhecimento de uma pessoa sobre cada aspecto relacionado às medicações (nome, dose e frequência de utilização) pode ser pontuado de 0 a 100% e classificado em intervalos regulares, que representam as seguintes classes: sem conhecimento (0%); muito pouco conhecimento (0% -| %25%); pouco conhecimento (25% -| %50%); conhecimento regular (50% -| %75%) e bom conhecimento (75% -| %100%).

Todas as respostas fornecidas pelos participantes foram comparadas aos dados contidos no prontuário de cada um deles, após a entrevista. Classificou-se a resposta a cada pergunta como certa ou errada, considerando-se os itens avaliados para cada um dos medicamentos prescritos. A resposta "não sei" foi classificada como errada.

4.5 Procedimento de Coleta dos Dados

Para coleta dos dados referentes ao perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico foi empregada a técnica de entrevista estruturada e análise do prontuário do paciente após as entrevistas. Para a coleta dos dados qualitativos, referentes às dificuldades dos sujeitos entrevistados em relação ao seguimento da terapêutica medicamentosa instituída, foi empregada a entrevista semiestruturada, gravada com todos os pacientes atendidos no NSM em estudo, no período de três meses (janeiro a março de 2012).

Foi utilizado como instrumento, além do Teste de Medida de Adesão (MAT) e do Inventário de Ansiedade de Beck, um questionário desenvolvido pela pesquisadora (Apêndice B) do presente estudo, constituído de duas partes. Na primeira, foram investigadas informações sobre o perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico dos participantes e, na segunda, constam informações sobre suas dificuldades relacionadas ao seguimento da terapia medicamentosa. De acordo com as respostas, outras questões foram agregadas com o objetivo de explicitar suas experiências.

Os sujeitos foram convidados a participar do estudo por meio de contato telefônico ou por ocasião do comparecimento ao serviço. As entrevistas foram realizadas no local de estudo, em salas reservadas, de forma a assegurar a privacidade das informações. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 30 minutos. Foram explicados os objetivos do estudo e, após o consentimento verbal em participar da pesquisa, foi solicitado que os participantes

assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme normas da resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) (Apêndice A).

4.6 Análise dos Dados

- Análise quantitativa

Os dados quantitativos relacionados à caracterização, conhecimento e adesão dos participantes ao medicamento foram analisados por meio da estatística descritiva e testes de associação e digitados em uma base estruturada no formato de planilha, no programa Excel. Posteriormente, foram analisados no programa SAS® 9.

Para verificar a associação entre as variáveis independentes e a variável dependente deste estudo, foi utilizado o teste qui-quadrado.

A fim de identificar os fatores de risco para "não adesão" ao tratamento, foi utilizado o método de regressão logística simples e múltiplo para a estimação do *OddsRatio* Bruto e Ajustado (HOSMER; LEMESHOW, 2000). O nível de significância adotado neste trabalho foi de 0,05 ($p < 0,05$).

- Análise qualitativa

Os dados qualitativos, referentes às dificuldades dos pacientes para o seguimento da terapêutica medicamentosa, foram analisados segundo os passos propostos por Minayo (2010):

1. Pré-análise: Agrupamento dos dados qualitativos, incluindo a transcrição das fitas, leitura exaustiva do material e organização dos dados observados durante as entrevistas.
2. Exploração do material: Todo o material obtido foi analisado e reformulado buscando extrair as principais concepções dos participantes a fim de obter categorias empíricas do estudo.
3. Interpretação dos resultados obtidos: ocorreu por meio da articulação do material teórico com o resultado empírico da pesquisa.

Visando preservar o anonimato dos participantes do estudo, seus depoimentos foram identificados com a letra "P" acrescida do número que corresponde à ordem de realização das entrevistas.

4.7 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (protocolo 108/2012) (Anexo C). Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as recomendações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos Participantes do Estudo

Na Tabela 1 são apresentadas as características demográficas e socioeconômicas dos participantes.

Tabela 1 – Características demográficas e socioeconômicas dos participantes do estudo. Ribeirão Preto - SP, 2012

Variáveis	N (n=161)	%
Sexo		
Masculino	36	22,4
Feminino	125	77,6
Faixas etárias		
1º quarto (19-40 anos)	39	24,2
2º quarto (41-60 anos)	81	50,3
3º quarto (61-80 anos)	41	25,5
Cor da pele		
Branca	146	90,7
Não branca	15	9,3
Estado civil		
Com companheiro	100	62,1
Sem companheiro	61	37,9
Ocupação		
Aposentado	25	15,5
Desempregado	14	8,7
Trabalhador com vínculo empregatício	34	21,1
Trabalhador autônomo	25	15,6
Do lar	63	39,1
Escolaridade		
Sem escolaridade	39	24,2
Fundamental (completo e incompleto)	64	39,8
Médio (completo e incompleto) ou superior	58	36,0
Renda familiar mensal*		
Até 3 salários mínimos	70	43,5
Maior ou igual a 3 salários mínimos	68	42,2
Não souberam informar	23	14,3

* Valor do salário mínimo no momento da coleta de dados: R\$ 622.

Dentre os 161 (100%) participantes da pesquisa, a maioria (77,6%) era do sexo feminino, na faixa etária de 41 a 60 anos (50,3%), cor da pele branca (90,6%) e com companheiro (62,1%). Verificou-se maior frequência de pessoas “do lar” (39,1%), com ensino fundamental completo e incompleto (39,7%) e renda familiar mensal de até três salários mínimos (43,5%).

Resultados de revisão sistemática da literatura que se propôs a verificar os índices de prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira evidenciaram que as mulheres são mais acometidas pelos transtornos de ansiedade, de humor e somatoformes, enquanto, nos homens, há maior prevalência dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

A esse respeito, pesquisa realizada nos EUA revelou que as mulheres apresentam um risco significativamente mais elevado de desenvolver, ao longo da vida, transtorno de pânico; transtorno de ansiedade generalizada; transtorno de estresse pós-traumático; transtorno obsessivo compulsivo e fobia social (KINRYS; WYGANT, 2005).

Há várias explicações para essas diferenças entre os gêneros. Além de fatores como maior aceitação cultural do medo e do comportamento de esquiva em mulheres e diferentes padrões adaptativos, os homens tendem a usar substâncias, como a nicotina e o álcool, que podem mascarar a sintomatologia primária (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Ainda são escassos os trabalhos que relacionam distúrbios ansiosos e faixa etária dos pacientes, no entanto a literatura aponta a idade média de início do transtorno no final da terceira década de vida, no caso do pânico, e na infância ou adolescência em se tratando da ansiedade generalizada ou transtorno obsessivo compulsivo (TOWNSEND, 2002). É importante ressaltar que, na presente pesquisa, os participantes possuíam diagnóstico de diferentes tipos de transtorno de ansiedade, podendo variar o tipo de transtorno com a idade.

Em relação ao estado civil e ocupação, estudo que investigou as características e prevalência de sintomas em pacientes com ansiedade grave identificou maior prevalência de ansiedade entre as pessoas casadas e com algum tipo de atividade remunerada. De acordo com o referido estudo, tal resultado pode ser explicado pelo fato de as pessoas casadas e com atividades remuneradas estarem sob maior carga de estressores, tais como manter o emprego, responsabilidades com a família, entre outros (D'EL-REY; POLLACK, 2002). Em concordância com o referido estudo, na presente pesquisa, foi constatada maior prevalência de transtornos de ansiedade em pessoas com companheiro; todavia, em relação à ocupação, observou-se maior porcentagem de participantes sem remuneração (“do lar”).

No que se refere à escolaridade, obteve-se maior frequência de participantes com ensino fundamental (completo ou incompleto). Estudo que verificou a probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de pacientes com transtorno de ansiedade constatou, no entanto, que mais de 43% deles possuíam, pelo menos, o ensino médio incompleto (REIS; GHERARDI-DONATO, 2012).

5.2 Categorias do Transtorno de Ansiedade

A Tabela 2 evidencia os diferentes tipos de transtorno de ansiedade apresentados pelos participantes da pesquisa.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os tipos de transtorno de ansiedade. Ribeirão Preto – SP, 2012

Tipos de Transtorno de Ansiedade	n	%*
Transtorno de pânico	34	21,1
Transtorno misto ansioso e depressivo	34	21,1
Ansiedade generalizada	33	20,4
Transtorno obsessivo-compulsivo	17	10,5
Transtornos fóbico-ansiosos	12	7,4
Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação	11	6,8
Transtornos dissociativos	10	6,2
Transtornos somatoformes	09	5,5
Outros transtornos ansiosos	05	3,1

*A porcentagem é superior a 100%, pois havia participantes com mais de um tipo de transtorno de ansiedade.

Vale ressaltar que quatro participantes apresentaram dois tipos diferentes de transtorno de ansiedade.

As subcategorias que se destacaram quantitativamente foram “transtorno de pânico”, “transtorno misto ansioso e depressivo” (21,1% ambas) e “transtorno de ansiedade generalizada” (20,4%).

Estudo realizado nos EUA, na atenção primária, verificou maior prevalência para transtorno do pânico, corroborando os resultados da presente pesquisa (GOODWIN et al., 2001).

Em âmbito nacional, todavia, pesquisa desenvolvida em um ambulatório de psiquiatria revelou maior prevalência de pacientes com transtorno de ansiedade generalizada e fobia específica (MUNARETTI; TERRA, 2007). De acordo com os autores, o TAG é o segundo transtorno mental mais comum na atenção primária, abaixo apenas da depressão.

O transtorno misto ansioso e depressivo foi introduzido pela décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 2009) e refere-se a casos nos quais o sujeito apresenta, ao mesmo tempo, sintomas ansiosos e depressivos, sem que a intensidade de uns ou de outro seja suficiente para justificar um diagnóstico isolado. De acordo com Papp (2000), alguns autores são contrários à criação do referido diagnóstico, pois desencorajaria o rigoroso raciocínio diagnóstico e também porque seria pouco útil do ponto de vista farmacológico. Weisberg et al. (2005) corroboram essa afirmação ao apontarem que o diagnóstico pode não ser estável ao longo do tempo e levantarem dúvidas sobre sua utilidade.

Nesse contexto, é importante destacar a alta prevalência deste diagnóstico entre os participantes da presente pesquisa. Não se identificou, no Brasil, estudo que tenha investigado a prevalência deste transtorno na população geral. A literatura mostra que, nos EUA, a prevalência do referido transtorno é alta, atingindo até 10% da população geral (SADOCK; SADOCK, 2007).

5.3 Características Farmacoterapêuticas dos Participantes

A Figura 2 evidencia as classes farmacológicas dos medicamentos utilizados pelos participantes do estudo.

Figura 2 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as classes farmacológicas dos medicamentos em utilização. Ribeirão Preto – SP, 2012.

Verificou-se que, dentre os medicamentos prescritos, os antidepressivos tiveram o maior destaque, tendo sido prescritos para 91,3% dos pacientes, seguidos pelos ansiolíticos (69,5%). Tal resultado era previsto, pois, como já mencionado, na atualidade os antidepressivos são os medicamentos mais indicados no tratamento dos transtornos de ansiedade (BRAGA et al., 2010; KOEN; STEIN, 2011; RAVINDRAN; STEIN, 2010).

É importante mencionar a alta porcentagem de participantes em uso de benzodiazepínicos. Para Sorsdahl et al. (2013), a elevada frequência de prescrição de benzodiazepínicos para pessoas com transtorno de ansiedade pode refletir o conhecimento

limitado dos profissionais de saúde acerca das recomendações de tratamento já disponíveis, falta de resposta aos tratamentos de primeira linha ou preferência do paciente devido, possivelmente, às diferenças na velocidade de surgimento dos efeitos terapêuticos e colaterais.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os medicamentos antidepressivos e ansiolíticos utilizados no tratamento. Ribeirão Preto – SP, 2012

Medicamentos antidepressivos	n	%*
Sertralina	61	37,8
Fluoxetina	33	20,4
Imipramina	20	12,4
Amitriptilina	20	12,4
Paroxetina	15	9,3
Clomipramina	13	8,0
Vanlafaxina	5	3,1
Nortriptilina	3	1,8
Citalopram	1	0,6
Medicamentos Ansiolíticos	n	%**
Clonazepam	64	39,7
Diazepam	42	26,0
Bromazepam	7	4,3
Lorazepam	1	0,6

* A porcentagem é superior a 100%, pois havia participantes usando mais de um tipo de medicamento antidepressivo.

**O total não corresponde a 100% pois apenas uma parcela dos participantes utilizava esses medicamentos.

Dentre os antidepressivos, destaca-se a prescrição da sertralina para 61 participantes (37,8%) e da fluoxetina para 33 (20,4%). Tais achados são corroborados pela literatura, a qual revela que os inibidores seletivos da recaptura de serotonina (ISRS) são extremamente eficazes no tratamento dos transtornos de ansiedade (RAVINDRAN; STEIN, 2010).

Especificamente para o transtorno do pânico, com alta prevalência nesta pesquisa, todos os ISRS se mostram eficazes, constituindo a primeira alternativa farmacológica, por serem efetivos no tratamento em longo prazo (SALUM et al., 2009). Hetem e Scalco (2003) mencionam que, para o referido transtorno, a sertralina e a fluoxetina são os ISRS mais utilizados, em concordância com os resultados da presente pesquisa.

Em relação aos ansiolíticos, verificou-se que os benzodiazepínicos foram os mais prescritos, com maior frequência de pacientes em uso de clonazepam (39,7%) e de diazepam (26,0%). Uma possível explicação para a maior frequência de prescrição dos referidos medicamentos é o fornecimento dos mesmos pela rede pública de saúde.

Embora com alta frequência de prescrição nesta pesquisa, os resultados revelaram que os benzodiazepínicos não foram os medicamentos de primeira escolha, corroborando a

literatura sobre a temática (EXPERT COMMITTEE ON THE SELECTION AND USE OF ESSENTIAL MEDICINES, 2009). Em pacientes com transtornos de ansiedade, justifica-se o uso de tais medicamentos somente até início dos efeitos dos antidepressivos, o que ocorre em aproximadamente quatro semanas (DAVIDSON et al., 2010; KOEN; STEIN, 2011). O uso de benzodiazepínicos é indicado por tempo restrito devido à possibilidade de abuso. Tanto o uso terapêutico quanto o uso não médico podem gerar situações de intoxicação, uso nocivo, síndrome de dependência, estado de abstinência, entre outros (PECHANSKY; FUCHS, 2010). Desse modo, é preocupante o fato de 69,5% dos participantes deste estudo estarem em uso desses medicamentos, mesmo após seis meses de início do tratamento com os antidepressivos.

A Tabela 4 permite observar que houve também prescrições de medicamentos antipsicóticos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos e anticolinérgicos, embora em menor frequência.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os medicamentos antipsicóticos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos e anticolinérgicos utilizados no tratamento. Ribeirão Preto - SP, 2012

Medicamentos	n	%*
Antipsicóticos		
Clorpromazina	13	8,0
Haloperidol	8	4,9
Risperidona	2	1,2
Tioridazina	2	1,2
Sulpirida	1	0,6
Quetiapina	1	0,6
Medicamentos Anticonvulsivantes		
Carbamazepina	6	3,7
Ácido Valpróico	5	3,1
Lamotrigina	2	1,2
Medicamentos Anti-histamínico		
Prometazina	7	4,3
Medicamentos Anticolinérgicos		
Biperideno	1	0,6

*O total não corresponde a 100%, pois apenas uma parcela dos participantes utilizava esses medicamentos.

Dentre os antipsicóticos, destaca-se a prescrição da clorpromazina para 13 participantes (8,0%) e do haloperidol para oito (4,9%). Já os anticonvulsivantes mais prescritos foram a carbamazepina para seis participantes (3,7%) e o ácido valpróico para cinco (3,1%). A prometazina foi o único anti-histamínico prescrito (4,3%) e o biperideno o único anticolinérgico (0,6%).

Resultados de estudos sobre transtornos de ansiedade resistentes demonstraram que o uso de antipsicóticos atípicos tem mostrado eficácia associado à ISRS ou a benzodiazepínicos (SIMON et al., 2006; WORTHINGTON et al., 2005). Na presente investigação, os antipsicóticos prescritos em maior porcentagem foram os típicos. A esse respeito, é importante destacar que a rede pública de saúde não fornece antipsicóticos atípicos para pessoas com diagnóstico de transtorno de ansiedade.

Os anticonvulsivantes constituem opção de tratamento bastante promissora para alguns tipos de transtorno de ansiedade, com forte evidência de benefícios, o que os torna uma escolha viável para esse tipo de tratamento (NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2014). Tal informação justifica sua prescrição para uma pequena parcela de participantes desta pesquisa. Estudo revelou que o ácido valpróico, por exemplo, demonstrou resultado positivo quando prescrito para pessoas com transtorno de ansiedade (CORRELL; ROSENKRANG; GRACE, 2005).

No que se refere aos anti-histamínicos e anticolinérgicos, na clínica psiquiátrica podem ser utilizados quando há efeitos colaterais de outros psicofármacos, principalmente daqueles ocasionados pelos antipsicóticos típicos, utilizados por alguns participantes desta pesquisa.

Destaca-se que, na presente investigação, mais de 50% dos entrevistados que receberam prescrição de benzodiazepínicos utilizavam, no mínimo, outro tipo de psicofármaco. Uma dificuldade presente na prática psiquiátrica é a escolha das medicações para os diversos quadros clínicos. Dessa forma, é bastante comum a associação de psicofármacos, o que pode resultar no aumento da possibilidade de interações medicamentosas (COSTA, 2007).

5.4 A Adesão à Terapêutica Medicamentosa

Por meio do Teste de Medida de Adesão (MAT) verificou-se que a maioria dos participantes foi considerada aderente ao tratamento medicamentoso (85,0%). Tal resultado é elevado, pois estudo que investigou a adesão ao tratamento em pacientes com diagnóstico de transtorno de ansiedade revelou que a maioria dos participantes (83,3%) deixou de apresentar pelo menos um comportamento de adesão (MONTEIRO, 2001).

A esse respeito, pesquisa conduzida em um Centro de Atenção Psicossocial identificou que a maioria dos pacientes abandonou a terapêutica medicamentosa no período de 1 a 6

meses, ou seja, houve maior incidência de abandono no início do tratamento (MOLL, 2012). Na presente pesquisa, todos os participantes estavam em tratamento para o transtorno de ansiedade há mais de seis meses. Uma possível explicação para a alta porcentagem de adesão na população em estudo pode ser a utilização de método indireto para avaliar a adesão, com maior probabilidade de superestimação da mesma (MERCEDES, 2013; OSTENBERG; BLASCHKE, 2005).

Destaca-se, ainda, que na aplicação do MAT o participante foi questionado sobre a adesão em relação aos medicamentos para o tratamento do transtorno de ansiedade e não, especificamente, em relação aos antidepressivos. Tal informação é relevante ao se considerar que 69,5% dos entrevistados utilizavam ansiolíticos, podendo, portanto, terem considerado a adesão a tais medicamentos em suas respostas.

A literatura evidencia que há pessoas que apresentam dificuldades para interromper o uso dos benzodiazepínicos devido, em parte, aos sintomas de rebote (WILSON; NUTT, 2007). Muitas ainda têm a percepção de que os benzodiazepínicos produzem efeitos terapêuticos gratificantes e rápidos, favorecendo a adesão aos mesmos (LADER, 2008). No que se refere aos antidepressivos, a literatura evidencia que a adesão tem sido relativamente baixa (FLECK et al., 2009).

É importante ressaltar que 15% dos participantes deste estudo foram considerados não aderentes ao tratamento medicamentoso. As consequências da não adesão podem ser graves para a saúde dos pacientes, pois há risco de complicações ou progressão do transtorno, com consequente necessidade de atendimentos de emergência e, em alguns casos, de internação (ROEBUCK, 2011).

Considerando a alta porcentagem de abandono da terapêutica medicamentosa nos primeiros seis meses de tratamento, conforme já mencionado, ressalta-se a ausência, no país, de oferta de programas que atuem precocemente frente ao diagnóstico de transtorno mental, evidenciando que essa clientela está, muitas vezes, fadada à desassistência (CARDOSO, 2011). A esse respeito, é importante mencionar que dos 294 pacientes com diagnóstico de transtorno de ansiedade, com consulta médica agendada no local de estudo no período da coleta de dados, 48 (16,3%) já haviam abandonado o tratamento (Figura 1).

Os profissionais de saúde devem considerar que após a prescrição do medicamento, o paciente optará pelo comportamento de adesão ou não adesão ao mesmo. Dessa maneira, devem investir na adequada orientação, especialmente no início do tratamento, quando o risco de não adesão é maior, com vistas à autonomia, parceria na terapêutica medicamentosa e maior probabilidade de sucesso terapêutico.

De acordo com a literatura, vários aspectos podem interferir na adesão ao tratamento medicamentoso (FAÉ et al., 2006; MEINERS, 2005; MERCEDES, 2013). Alguns desses fatores foram investigados na presente pesquisa e estão descritos na sequência.

5.5 A Adesão à Terapêutica Medicamentosa, Segundo Classificação dos Participantes por Meio do Inventário de Ansiedade de Beck

Por meio do Inventário de Ansiedade de Beck constatou-se que a maioria dos participantes (50,9%) apresentava grau mínimo de ansiedade, 31,6% ansiedade leve, 14,2% ansiedade moderada e 3,1% ansiedade severa.

Verificou-se que, entre aqueles participantes com sintomas ansiosos leves, a adesão ao tratamento medicamentoso foi mais elevada (92,1%). Destaca-se que, entre os participantes com ansiedade moderada e severa, também houve alta porcentagem (82,1%) de adesão ao tratamento medicamentoso (Figura 3).

Figura 3 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com a Classificação do Inventário de Ansiedade de Beck e a adesão à terapia medicamentosa. Ribeirão Preto-SP, 2012.

Verifica-se, na Tabela 5, que o teste qui-quadrado não mostrou diferença estatisticamente significativa entre a adesão ao tratamento medicamentoso e a presença ou ausência de sintomas de ansiedade ($p = 0,230$).

Tabela 5 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo classificação dos participantes por meio do Inventário de Ansiedade de Beck. Ribeirão Preto-SP, 2012

Variáveis	Adesão		$\chi^2_{(1)}$	valor p
	Sim n (%)	Não n (%)		
Inventário de Beck			2,93	0,230
Mínimo	67(81,7)	15(18,3)		
Leve	47(92,1)	4(7,9)		
Moderada e Severa	23(82,1)	5(17,9)		

(1) Valor crítico do teste qui-quadrado

Em pacientes que aderem ao tratamento medicamentoso, a presença de sintomas ansiosos em intensidade mínima ou leve pode ser explicada, em parte, pela própria adesão. Quanto à alta porcentagem de pacientes com sintomas ansiosos moderados ou severos, apesar da adesão aos medicamentos, é importante considerar a possibilidade de resistência ao tratamento ou seja, o paciente utiliza o medicamento em doses adequadas, mas não apresenta a resposta desejada (MACHADO-VIEIRA; SOARES, 2007).

De acordo com a literatura, a resistência ao tratamento medicamentoso afeta cerca de um em cada três pacientes com transtornos de ansiedade. Desse modo, muitos permanecem com sintomas residuais clinicamente significativos (MENEZES et al., 2007). Tais informações são relevantes, pois a manutenção dos referidos sintomas pode ocasionar prejuízos à qualidade de vida dos pacientes, além de importante impacto para o sistema de saúde, tanto pelo gasto com o tratamento como pela busca mais frequente por atendimento devido à sintomatologia física decorrente dos sintomas ansiosos (BYSTRISKY, 2006).

Os aspectos descritos reforçam a importância de os profissionais de saúde rastream, em pacientes submetidos a tratamento para o transtorno de ansiedade, a presença de sintomatologia, visando à adequação do esquema terapêutico e à adesão ao medicamento. É importante mencionar que, embora as terapias psicológicas sejam importantes para o tratamento dos transtornos de ansiedade, para aqueles pacientes que não apresentam resposta terapêutica satisfatória com o tratamento farmacológico, ela é indispensável (PAULIN; LUZIO, 2009).

Nesse contexto, é necessário que os profissionais de saúde ampliem seus conhecimentos na área da saúde mental, privilegiem a atuação com grupos, intervenções familiares e que suas condutas profissionais tenham um caráter coletivo, integrando as equipes multiprofissionais.

5.6 Adesão à Terapêutica Medicamentosa, Segundo Variáveis Demográficas e Socioeconômicas

A Tabela 6 apresenta as prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas dos participantes do estudo.

Tabela 6 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas dos participantes do estudo. Ribeirão Preto - SP, 2012

Variáveis	Adesão		$\chi^2_{(1)}$	valor p
	Sim n (%)	Não n (%)		
Sexo			0,03	0,845
Masculino	31(86,1)	5(13,9)		
Feminino	106(84,8)	19(15,2)		
Faixas etárias			0,73	0,693
1º quarto (19-40 anos)	34(87,1)	5(12,9)		
2º quarto (41-60 anos)	67(82,7)	14(17,3)		
3º quarto (61-80 anos)	36(87,8)	5(12,2)		
Cor da pele			1,80	0,179
Branca	126(86,3)	20(13,7)		
Não branca	11(73,3)	4(26,7)		
Estado civil			0,91	0,339
Com companheiro	83(83,0)	17(17,0)		
Sem companheiro	54(88,5)	7(11,5)		
Ocupação			0,40	0,191
Aposentado	21 (84,0)	4 (16,0)		
Desempregado	14 (100,0)	0 (0)		
Trabalhador com vínculo empregatício	29 (85,2)	5 (14,8)		
Trabalhador autônomo	18 (72,0)	7 (28,0)		
Do lar	55 (87,3)	8 (12,7)		
Escolaridade			0,06	0,970
Sem escolaridade	33(84,6)	6(15,4)		
Fundamental (completo/incompleto)	55(85,9)	9(14,1)		
Médio (completo/incompleto) ou superior	49(84,4)	9(15,6)		
Renda familiar mensal			0,04	0,944
Até 3 salários mínimos	60 (85,7)	10(14,3)		
Maior ou igual a 3 salários mínimos	58(85,2)	10(14,8)		

(1) Valor crítico do teste qui-quadrado

Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a adesão e as variáveis investigadas, alguns aspectos merecem atenção e devem ser citados.

Verificou-se que a adesão ao tratamento medicamentoso foi superior entre os participantes do sexo masculino (86,1%). Embora a relação entre sexo e adesão não tenha

sido demonstrada de forma consistente na literatura, há estudos conduzidos com pacientes em uso de antidepressivos que também revelaram maior adesão em pessoas do sexo masculino (BURRA et al., 2007; MERCEDES, 2013; SAWADA et al., 2009).

Na presente pesquisa, foram identificadas porcentagens semelhantes de adesão ao tratamento medicamentoso nas diferentes faixas etárias e níveis de escolaridade. Em concordância com esses resultados, estudo revelou que variáveis sociodemográficas, incluindo a idade e o grau de escolaridade, não estavam relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso (GONZÁLES et al., 2005).

Verificou-se maior prevalência de adesão entre os participantes com a cor da pele branca (86,3) em relação aos demais (73,3%). Tais achados estão em acordo com a literatura, a qual revela a cor da pele não branca como um elemento associado à falta de adesão ao medicamento (HO; BRYSON; RUMSFELD, 2009; MERCEDES, 2013).

Quanto à variável estado civil, constatou-se maior porcentagem de adesão entre os participantes sem companheiro (88,5%).

Embora não exista consenso na literatura no que se refere à associação entre tais variáveis, há estudos atuais que revelam maior porcentagem de adesão entre pessoas sem companheiro (SILVA et al., 2012; ZAGO, 2009) e, especificamente, viúvos (MERCEDES, 2013).

Foi possível constatar que a adesão foi superior entre os participantes desempregados (100,0%). A literatura, todavia, aponta o desemprego como fator de abandono ao tratamento (GIROTI et al., 2010; HECK; COSTA; NUNES, 2011). Desse modo, sugere-se que estudos futuros sobre a temática considerem tal variável, visando elucidar sua influência sobre a adesão à terapia medicamentosa em pessoas com transtorno de ansiedade.

5.7 Adesão ao Tratamento Medicamentoso Segundo as Variáveis Clínicas

Observa-se, na Tabela 7, ausência de diferença estatisticamente significativa entre o grau de adesão e as variáveis clínicas investigadas.

Tabela 7 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo variáveis clínicas dos participantes do estudo. Ribeirão Preto - SP, 2012

Variáveis	Adesão		$\chi^2_{(1)}$	valor p
	Sim n (%)	Não n (%)		
Tempo de diagnóstico			0,08	0,956
até 5 anos	49 (85,9)	8 (14,1)		
6 a 10 anos	64 (84,2)	12 (15,8)		
11 anos ou mais	24 (85,7)	04 (14,3)		
Tipos de tratamento			0,85	0,355
Somente com medicamentos	123 (86,0)	20 (14,0)		
Medicamentos + outros	14 (77,7)	04 (22,3)		
Comorbidades clínicas			1,45	0,228
Sim	39 (90,6)	04 (9,4)		
Não	98 (83,0)	20 (17,0)		
Uso de outras medicações			0,15	0,695
Sim	74 (84,0)	14 (16,0)		
Não	63 (86,3)	10 (13,7)		
Outro transtorno mental			0,03	0,861
Sim	32 (84,2)	06 (15,8)		
Não	105 (85,3)	18 (14,7)		
Internação para tratamento da ansiedade			0,51	0,474
Uma ou mais	11 (78,5)	03 (21,5)		
Nenhuma	126 (85,7)	21 (14,3)		

(1) Valor crítico do teste qui-quadrado

Houve maior porcentagem de adesão entre aqueles participantes que realizavam apenas o tratamento medicamentoso (86%) em comparação àqueles que associavam outras modalidades terapêuticas à farmacológica (77,7%). Estudos indicam que intervenções como terapia cognitiva comportamental, terapias focadas na família e psicoeducação podem colaborar para o sucesso da adesão ao tratamento, com redução significativa de recaídas e reinternações (SANTIN; CERESÉR; ROSA, 2005).

Apesar da relevância de tais modalidades terapêuticas na assistência à pessoa com transtorno mental, em especial daquela com transtorno de ansiedade, nenhuma das alternativas terapêuticas é oferecida no serviço em estudo. Destaca-se que apenas 18 participantes (11,2%) foram submetidos a outra modalidade terapêutica, além da farmacológica, sendo oferecida para os mesmos a psicoterapia individual. No local de estudo, há uma psicóloga que realiza psicoterapia individual, principalmente para pacientes crônicos e com maior dificuldade de adesão aos medicamentos. Desse modo, o fato de tais pacientes estarem em acompanhamento pela referida psicóloga sugere que apresentam dificuldade de adesão aos medicamentos e explica, em parte, a menor adesão entre eles.

Nesta pesquisa, mostraram-se aderentes aqueles participantes que possuem algum tipo de comorbidade (90,6%) em relação aos que não a apresentam (83,0%). A literatura revela, todavia, que geralmente o tratamento dos casos com comorbidade é mais trabalhoso e exige conhecimento aprofundado por parte da equipe de saúde, especialmente em relação à psicofarmacologia. Com frequência, a adesão dos pacientes é menor e sua resposta ao tratamento não é tão satisfatória (SANCHES; ASSUNÇÃO; HETEM, 2005).

Destaca-se a alta porcentagem de participantes com comorbidades clínicas (26,7%). É importante mencionar a tendência das pessoas com transtorno de ansiedade em buscar auxílio do clínico geral, cardiologista ou gastroenterologista em detrimento do psiquiatra. Nessas situações, é essencial realizar o diagnóstico diferencial, buscando possíveis causas físicas para cada sintoma relatado; entretanto, a hipótese de transtorno de ansiedade sempre deve ser considerada desde o início, visando ao tratamento adequado (RAMOS, 2009).

Verificou-se uma porcentagem de adesão maior entre os participantes que nunca foram submetidos à internação para tratamento do transtorno de ansiedade (85,7%) em relação àqueles que já foram internados para tal finalidade (78,5%). Não foram identificados estudos que tenham investigado a relação entre as referidas variáveis em pacientes com transtorno de ansiedade; todavia, a própria adesão poderia explicar a menor porcentagem de internação entre os aderentes aos medicamentos.

Considerando a menor porcentagem de adesão aos medicamentos entre os participantes já submetidos à internação psiquiátrica, é importante ressaltar que o período de internação, ou mesmo de reinternação, não deve ser visto apenas como uma forma passiva de prestação de cuidado ao paciente, mas, também, como uma oportunidade de a equipe agir em parceria com o mesmo, favorecendo seu papel ativo no processo de tratamento.

Desse modo, as estratégias de educação para o desenvolvimento do autocuidado, passíveis de serem realizadas durante a internação, somadas a um planejamento eficaz anteriormente à alta, poderão ter impacto importante no comportamento dos pacientes e, por conseguinte, na redução da não adesão ao tratamento e das taxas de novas internações (CASTRO et al., 2010).

Em relação ao uso de outras medicações, mostraram-se aderentes os participantes que não utilizavam outros tipos de medicamentos (86,3%). Tal achado é corroborado pela literatura, a qual revela que a utilização simultânea de múltiplos fármacos é um problema vivenciado no seguimento da terapêutica medicamentosa. A polifarmacoterapia pode aumentar as dificuldades para a autoadministração dos medicamentos prescritos, elevando a possibilidade de não adesão (CRUZ et al., 2011).

5.8 Adesão à Terapêutica Medicamentosa Segundo o Perfil Farmacoterapêutico

O grau de conhecimento dos participantes da pesquisa acerca de alguns aspectos do tratamento medicamentoso também foi investigado. Seus prontuários, no entanto, continham prescrições apenas de psicofármacos, sendo estes, portanto, os únicos considerados nesta pesquisa.

A Tabela 8 apresenta a distribuição dos participantes do estudo de acordo com a adesão ao tratamento medicamentoso e grau de conhecimento da frequência, nome e dose dos medicamentos prescritos.

Tabela 8 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e grau de conhecimento do nome, dose e frequência de administração dos medicamentos utilizados pelos participantes do estudo. Ribeirão Preto – SP, 2012

Variáveis	Adesão		$\chi^2(1)$	valor p
	Sim n (%)	Não n (%)		
Grau de conhecimento do(s) nome(s) do(s) medicamento(s)			2,15	0,142
0 – 0,5	32(78,0)	9(22,0)		
0,51 – 1,0	105(87,5)	15(12,5)		
Grau de conhecimento da(s) dose(s) do(s) medicamentos			0,57	0,448
0 – 0,5	86(83,4)	17(16,6)		
0,51 – 1,0	51(87,9)	7(12,1)		
Grau de conhecimento da frequência do(s) medicamentos			1,09	0,295
0 – 0,5	27(79,4)	7(20,6)		
0,51 – 1,0	110(86,6)	17(13,4)		

(1) Valor crítico do teste qui-quadrado

Evidencia-se que não houve associação significativa entre a adesão ao tratamento medicamentoso e o grau de conhecimento dos participantes a respeito do nome ($p= 0,142$), da dose ($p= 0,448$) e da frequência de administração ($p= 0,295$) das medicações; todavia, alguns aspectos merecem destaque.

Verificou-se, entre os participantes com grau de conhecimento superior a 50% em relação a todos os aspectos investigados, maior frequência de adesão ao tratamento medicamentoso. A literatura corrobora tal resultado ao revelar que o conhecimento adequado do paciente a respeito dos medicamentos que utiliza constitui fator fundamental para a adesão aos mesmos (LEE et al., 2013).

A Figura 4, na sequência, revela o grau de conhecimento dos participantes em relação à dose, frequência e nome dos medicamentos prescritos.

Figura 4 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com o grau de conhecimento da dose, frequência e nome do medicamento. Ribeirão Preto-SP, 2014.

Destaca-se maior grau conhecimento quanto à frequência de administração dos medicamentos, pois 118 (73,2%) participantes apresentaram conhecimento de 76 a 100% a esse respeito, correspondente a “bom conhecimento”.

Chama a atenção o fato de 55 (34,1%) participantes apresentarem 0% de conhecimento sobre a dose dos medicamentos em uso. É indispensável que o paciente conheça a dose dos medicamentos utilizados, tendo em vista as graves consequências que uma dose excessiva pode ocasionar, especialmente naqueles com transtorno de ansiedade, que recebem prescrição de antidepressivos e ansiolíticos.

O conhecimento sobre o nome, dose e frequência de administração dos medicamentos é de vital importância para evitar erros na utilização dos mesmos. O deficit de conhecimento a esse respeito pode assinalar, entre outros aspectos, falhas no processo de educação do paciente por parte dos profissionais de saúde (CRUZ et al., 2011). Nesse contexto, destaca-se a importância de o paciente ser estimulado a exercer papel ativo no seu tratamento medicamentoso, por meio de questionamentos e sugestões, com vistas à ampliação de conhecimento e minimização de erros.

Verifica-se, na Tabela 9, que a informação recebida sobre o transtorno de ansiedade, o medicamento para seu tratamento e a confiança no acompanhamento médico foram variáveis que não estiveram associadas à adesão à terapêutica medicamentosa ($p=0,348$; $p=0,487$ e $p=0,945$, respectivamente).

Tabela 9 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e informações sobre o transtorno de ansiedade, medicamento e confiança no acompanhamento médico. Ribeirão Preto – SP, 2012

Variáveis	Adesão		$\chi^2(1)$	valor p
	Sim n (%)	Não n (%)		
Recebeu informação sobre o transtorno de ansiedade			0,87	0,348
Sim	102(83,6)	20(16,4)		
Não	35(89,7)	4(10,3)		
Recebeu informação sobre o medicamento para o transtorno de ansiedade			0,48	0,487
Sim	93(83,7)	18(16,3)		
Não	44(88,0)	6(12,0)		
Confiança no acompanhamento médico			0,004	0,945
Sim	125(85,0)	22(15,0)		
Não	12(85,7)	2(14,3)		

(1) Valor crítico do teste qui-quadrado

Verifica-se maior porcentagem de adesão entre os participantes que não receberam informação sobre o diagnóstico médico (89,7%), medicamento para tratamento do mesmo (88,0%) e que relataram não confiar no acompanhamento médico (85,7%). Tais achados são surpreendentes, pois pesquisas sobre a temática enfatizam a importância do fornecimento de informações e da confiança e satisfação em relação ao atendimento médico (MODIG et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2007).

Na presente pesquisa foram investigadas a confiança e satisfação com o acompanhamento médico relacionadas à adesão ao tratamento. Assim, ressalta-se a importância dos demais profissionais da saúde no processo de construção de vínculo e acompanhamento dos pacientes. Nesse sentido, a literatura sinaliza para a necessidade de o enfermeiro, junto à equipe interdisciplinar atuante nos serviços de saúde mental, oferecer acolhimento que valorize as condições psicossociais dessas pessoas, visando à conscientização do usuário e de seu familiar quanto à importância da participação efetiva no tratamento proposto. Para tanto, é fundamental valorizar a visão dos próprios usuários em relação ao seu tratamento, com enfoque especial às suas expectativas e na busca por um vínculo que favoreça adotar o serviço como referência (MOLL, 2012).

Neste estudo verificou-se que a quantidade total de medicamentos ($p=0,649$), número de comprimidos ao dia ($p=0,752$), número de vezes que administra a medicação diariamente

($p=0,765$) e a compra do medicamento quando em falta na rede pública ($p=0,449$) não estiveram associadas à adesão à terapêutica medicamentosa (Tabela 10).

Tabela 10 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e quantidade total de medicamentos utilizados, número de comprimidos ao dia, número de vezes que toma a medicação ao dia e se compra o medicamento quando em falta na rede pública. Ribeirão Preto – SP, 2012

Variáveis	Adesão		$\chi^2(1)$	valor p
	Sim n (%)	Não n (%)		
Quantidade total de medicamentos			0,86	0,649
1 medicamento	33(89,1)	4(10,9)		
2 medicamentos	73(84,8)	13(15,2)		
3 ou mais medicamentos	31(81,5)	7(18,5)		
Número de comprimidos diários			0,09	0,752
< ou = 5	128(85,3)	22(14,7)		
6 a 10	9(81,8)	2(18,2)		
Número de vezes que toma a medicação ao dia			0,08	0,765
1 vez	50(86,2)	8(13,8)		
2 vezes ou mais	87(84,4)	16(15,6)		
Compra o medicamento quando em falta na rede pública			1,60	0,449
Sim	57(83,8)	11(16,2)		
Não	18(78,2)	5(21,8)		
Nunca faltou na rede	62(88,5)	8(11,5)		

(1) Valor crítico do teste qui-quadrado

Identificou-se que os sujeitos em monoterapia foram aqueles que apresentaram maior porcentagem de adesão (89,1%). Sobre esse aspecto ainda não há consenso na literatura, todavia vários estudos sobre a temática corroboram tal resultado. Há estudos apontando que a probabilidade do indivíduo não aderir às medicações aumenta com a complexidade do tratamento. Para Leite e Vasconcellos (2003), o elevado número de medicamentos prescritos e o esquema terapêutico complexo estão associados com a não adesão, mesmo quando os medicamentos são fornecidos ao paciente. O tratamento complexo requer do indivíduo maior dedicação e a simplificação do esquema terapêutico facilita a compreensão dos detalhes do tratamento, favorecendo a adesão (FERREIRA; SILVA; BOTELHO, 2004). Nesse contexto, é importante mencionar estudo recente, o qual revelou que, independentemente do grau de complexidade e/ou do número de medicamentos, o comportamento de adesão não se altera (REMONDI, 2012), evidenciando a necessidade de novos estudos que abordem a relação entre as referidas variáveis.

Constatou-se maior frequência de adesão ao tratamento medicamentoso entre os participantes que ingerem quantidade igual ou inferior a cinco comprimidos diários (85,3%) e

entre aqueles que administram o medicamento uma vez ao dia (86,2%). A associação entre a elevada frequência de doses ao longo do dia e a não adesão ao tratamento encontra respaldo na literatura (CHOUDHRY et al., 2011; CORSONELLO et al., 2009).

Verifica-se, também, que houve maior porcentagem de adesão entre os participantes que nunca vivenciaram a falta do medicamento na rede pública (88,5%). O acesso ao medicamento é de fundamental importância no processo de adesão, pois somente o paciente que o adquire pode decidir pela adesão ou não ao mesmo. Estudos apontam que, no Brasil, a dispensação gratuita de remédios é insuficiente, mesmo havendo programas especiais do Ministério da Saúde, como o de medicamentos essenciais ou de alto custo (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010; WHO, 2007).

Os resultados desta pesquisa também revelaram ausência de associação significativa entre a adesão ao tratamento medicamentoso e as variáveis aceitação quanto à ingestão de medicamentos diariamente e aceitação quanto ao número de vezes que toma o medicamento ao dia ($p=0,964$ e $p=0,908$, respectivamente) (Tabela 11).

Tabela 11 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e aceitação pelos participantes quanto à ingestão de medicamentos diariamente e quanto ao número de vezes que toma o medicamento ao dia. Ribeirão Preto – SP, 2012

Variáveis	Adesão		$\chi^2(1)$	valor p
	Sim n (%)	Não n (%)		
Aceitação quanto à ingestão de medicamentos diariamente			0,002	0,964
Bom/indiferente/aceitável	109(85,1)	19(14,9)		
Ruim ou péssima	28(84,8)	5(15,2)		
Aceitação quanto ao número de vezes que toma o medicamento ao dia			0,01	0,908
Bom/indiferente/aceitável	121(85,2)	21(14,8)		
Ruim ou péssima	16(84,2)	3(15,8)		

(1) Valor crítico do teste qui-quadrado

Entre os participantes que consideraram bom/indiferente/aceitável no que se refere à ingestão diária de medicamentos e ao número de vezes que toma o medicamento ao dia, houve maior frequência de adesão ao tratamento medicamentoso (85,1% e 85,2%, respectivamente). Tais achados são corroborados pela literatura (MERCEDDES, 2013). A esse respeito, Silveira e Ribeiro (2005) mencionam que a adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos de reconhecimento e aceitação de suas condições de saúde, da adaptação ativa a essas condições, da identificação de fatores de risco

no estilo de vida, do cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida e desenvolvimento da consciência para o autocuidado.

Na Tabela 12, verifica-se que não houve associação estatisticamente significativa entre o grau de adesão aos medicamentos e o apoio dos familiares e/ou amigos; entretanto, houve maior porcentagem de adesão (86,4%) entre aqueles participantes que mencionaram tal apoio.

Tabela 12 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e apoio da família e/ou amigos dos participantes do estudo. Ribeirão Preto – SP, 2012

Variáveis	Adesão		$\chi^2(1)$	valor p
	Sim n (%)	Não n (%)		
Apoio da família e/ou amigos			0,38	0,532
Sim	89 (86,4)	14 (13,6)		
Não	48 (82,7)	10 (17,3)		

(1) Valor crítico do teste qui-quadrado

A literatura evidencia que as redes de apoio, como a presença da família, amigos e pessoas próximas, são importantes no enfrentamento de dificuldades, especialmente tratando-se de uma patologia crônica, na qual é necessário superar as dificuldades prolongadas. A aproximação entre a família e a equipe de saúde é saudável, tanto para os portadores de doenças crônicas e de seus familiares quanto para a equipe multiprofissional, possibilitando uma assistência direcionada às suas necessidades. Assim, consequentemente, a adesão ao tratamento tenderá a ser mais efetiva (MALDANER et al., 2008).

Gusmão et al. (2009) também mencionam que o comprometimento do cuidador pode influenciar a adesão ao tratamento, ou seja, quanto mais comprometido estiver o cuidador, mais fácil será o tratamento. Além disso, ele deve ser encorajado pela equipe de saúde a intervir no tratamento, sendo elemento ativo neste processo.

Desse modo, a família deve ser incluída e orientada desde o início, de forma que sua participação no tratamento, no controle de recaídas e na melhora da comunicação possa favorecer a manutenção da estabilidade (PELLEGRINELLI; ROSO; MORENO, 2010).

A Tabela 13 permite observar ausência de associação estatisticamente significativa entre a variável reação desagradável à medicação e a adesão ao tratamento ($p=0,236$).

Tabela 13 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e reação desagradável ao medicamento. Ribeirão Preto – SP, 2012

Variáveis	Adesão		$\chi^2(1)$	valor p
	Sim n (%)	Não n (%)		
Reação desagradável à medicação			1,40	0,236
Sim	75(88,2)	10(11,8)		
Não	62(81,5)	14(18,5)		

(1) Valor crítico do teste qui-quadrado

Constatou-se, entre aqueles participantes que apresentaram reação desagradável ao medicamento, maior porcentagem de adesão (88,2%). A literatura, entretanto, mostra que dentre os fatores que facilitam a adesão, sem dúvida alguma, o principal é a ausência de efeitos colaterais dos medicamentos (SILVA; WAIDMAN; MARCON, 2009), sinalizando para a necessidade de novos estudos que investiguem a relação entre tais variáveis. O temor da recaída/recorrência pode ser uma possível explicação para a adesão na presença de efeitos colaterais. A esse respeito, estudo de revisão da literatura sobre a temática destaca a importância de considerar as implicações das crenças e expectativas individuais sobre o transtorno e tratamento (SANTANA; FONTENELLE, 2011).

Além do teste qui-quadrado, foram realizados outros testes para fundamentar a pesquisa.

Abaixo, na Tabela 14, está descrita a realização da Regressão Logística Bruta e Ajustada para a estimação do *OddsRatio*, a fim de verificar possíveis associações na presença de fatores confundidores. Por meio dessas regressões, não foi possível detectar qualquer fator de risco para a não adesão ao tratamento.

Todas as variáveis apresentaram o 1 entre o intervalo de confiança, fazendo com que o *p* fosse sempre menor que 5%, justificando que são independentes a falta de relação entre as variáveis e a adesão. Vale mencionar que algumas variáveis foram reagrupadas visando facilitar a realização dos testes.

Tabela 14 – Regressão Logística Bruta e Ajustada para a estimação do *OddsRatio*. Ribeirão Preto – SP, 2012

(continua)

FATORES DE RISCO PARA NÃO ADESÃO									
Variável	Efeito	Regressão Logística Bruta			Regressão Logística Ajustada				
		OddsRatio Bruto	IC 95%		Valor p	OddsRatio Ajustado	IC 95%		Valor p
Sexo	Masculino vs Feminino	1,11	0,38	3,22	0,85	1,64	0,45	5,98	0,45
Faixas etárias	19-40 anos vs 61-80 anos	1,06	0,28	3,98	0,93	1,18	0,18	7,86	0,86
	41-60 anos vs 61-80 anos	1,50	0,50	4,51	0,46	2,22	0,53	9,31	0,27
Cor da pele	Não branca vs Branca	2,29	0,66	7,90	0,19	1,66	0,38	7,24	0,50
Estado Civil	Com companheiro vs Sem companheiro	1,58	0,61	4,06	0,34	1,40	0,43	4,56	0,57
Escolaridade	Sem escol. vs Ensino médio	1,01	0,33	3,11	0,99	1,95	0,35	10,77	0,44
	Ensino fund. vs Ensino médio	1,12	0,41	3,05	0,82	1,95	0,51	7,47	0,33
Renda Familiar Mensal	Maior ou igual a 3 SM vs Até 3 SM	1,09	0,45	2,63	0,85	0,78	0,26	2,40	0,67
Tempo de diagnóstico	Até 5 anos vs 6 a 10 anos	1,15	0,44	3,03	0,85	1,21	0,30	4,87	0,79
	11 anos ou mais vs 6 a 10 anos	1,13	0,33	3,83	0,78	1,51	0,43	5,30	0,52
Uso de outras medicações	Sim vs Não	1,19	0,49	2,86	0,70	3,00	0,28	32,82	0,37
Grau de conhecimento do(s) nome(s) do(s) medicamento(s)	< ou = 50% vs >50%	1,96	0,78	4,92	0,14	1,44	0,38	5,47	0,60
Grau de conhecimento da(s) dose(s) do(s) medicamento(s)	< ou = 50% vs >50%	1,44	0,55	3,70	0,44	1,21	0,34	4,32	0,77
Grau de conhecimento da frequência do(s) medicamento(s)	< ou = 50% vs >50%	1,68	0,63	4,45	0,29	1,70	0,37	7,82	0,49

Tabela 14 – Regressão Logística Bruta e Ajustada para a estimação do *OddsRatio*. Ribeirão Preto – SP, 2012

(conclusão)

FATORES DE RISCO PARA NÃO ADESÃO									
Variável	Efeito	Regressão Logística Bruta			Regressão Logística Ajustada				
		OddsRatio Bruto	IC 95%		Valor p	OddsRatio Ajustado	IC 95%		Valor p
Aceitação quanto à ingestão de medicamentos todos os dias	Ruim ou péssima vs Bom a aceitável	1,03	0,35	2,98	0,96	0,56	0,10	3,19	0,51
Aceitação quanto ao número de vezes que toma o medicamento ao dia	Ruim ou péssima vs Bom ou indiferente	1,08	0,29	4,03	0,91	1,39	0,19	10,09	0,75
Recebeu informação sobre o Transtorno de Ansiedade	Sim vs Não	1,71	0,54	5,36	0,35	1,64	0,32	8,43	0,55
Recebeu informação sobre o medicamento para o Transtorno de Ansiedade	Sim vs Não	1,41	0,52	3,82	0,49	1,16	0,26	5,18	0,85
Quantidade total de medicamentos	1 medicamento vs 3 ou mais	1,86	0,50	6,99	0,36	1,51	0,22	10,69	0,68
	2 medicamentos vs 3 ou mais	1,27	0,46	3,48	0,65	1,32	0,39	4,40	0,66
Número de vezes que toma a medicação ao dia	2 ou mais vezes vs 1 vez	1,14	0,46	2,87	0,77	0,96	0,29	3,19	0,95
Apoio da família e/ou amigos	Não vs Sim	1,32	0,55	3,21	0,53	1,53	0,49	4,74	0,47
Reação desagradável à medicação	Não vs Sim	1,69	0,70	4,08	0,24	2,10	0,71	6,24	0,18
Escala BECK	Mínimo vsmod/severo	0,97	0,32	2,97	0,96	1,19	0,31	4,60	0,80
	Leve vsmod/severo	2,55	0,63	10,42	0,19	3,32	0,65	16,95	0,15

• DIFICULDADES RELACIONADAS AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Os participantes desse estudo foram convidados a relatar as dificuldades vivenciadas no seguimento do tratamento medicamentoso. A análise dos dados provenientes dos depoimentos sobre tais dificuldades resultou na construção das categorias apresentadas a seguir.

Ter conhecimento insuficiente sobre o diagnóstico e tratamento medicamentoso

Os participantes do estudo afirmaram que a adesão à terapêutica medicamentosa é dificultada pelo conhecimento insuficiente sobre os transtornos de ansiedade e o tratamento farmacológico.

As dúvidas em relação ao transtorno e ao medicamento, bem como sobre o impacto de ambos no futuro, podem ser particularmente difíceis entre pessoas com transtornos de ansiedade, pois indivíduos ansiosos tendem a apresentar intolerância à incerteza, ou seja, sentem maior angústia e dificuldade para lidar com incertezas, imprevisibilidades e situações ambíguas (JACOBY et al., 2014).

É recomendável o fornecimento de explicações claras sobre os efeitos esperados de medicamentos e de como lidar com os problemas que surgem especialmente no início da farmacoterapia, bem como após a adição de qualquer nova medicação (DAVIDSON et al., 2010).

O conhecimento sobre os transtornos de ansiedade e tratamento foi considerado necessário para justificar a necessidade do medicamento e, portanto, fundamentar motivações para a adesão, conforme evidenciam algumas falas:

Ainda está tudo muito obscuro pra mim. (...) é complicado. Você já não está bem, aí você toma um remédio que você nem sabe pra o que que serve e não melhora nada. e você não entende mais nada, vai virando uma bola de neve danada, né? (...) então, aí você fala, poxa, não sei nem direito o que eu tenho, será que esse remédio é pra curar isso mesmo? (P12)

Ah, assim, vou te ser sincera. Ela (médica) receita o remédio só, né? Não explica muito. Acho que faz falta explicar melhor porque depois que a gente não toma, eles (médicos) acham ruim, né? (P13)

A compreensão do paciente sobre a própria medicação é elemento necessário para a promoção de sua segurança e qualidade da atenção à saúde (GOUVEA; TRAVASSOS, 2010). Porém, no presente estudo, foi mencionado pelos pacientes o desconhecimento de seu

diagnóstico, finalidade, utilidade, efeitos e mecanismo de ação dos medicamentos. Vejamos algumas falas:

Sabe, eu tenho dúvida pra que esses remédios funciona? Como eles agem? Entendeu? (...) pra que eles serve pra minha doença, sabe? (P11)

Do remédio mesmo, e eu nem sei direito como que ele age. (P12)

Eu não sei... sei não que que eu tenho (...) Ah, eu não sei pra que serve esses remédios não. (P29)

Não sei te falar o que serve cada remédio que eu tomo, para que serve, sabe? Não sei se eu poderia tomar um só, que eles fariam efeito ou tem que tomar os três pra fazer, sabe. (P32)

O paciente bem informado pode ajudar na prevenção de erros na medicação e outros eventos adversos, mas isso requer orientação adequada por parte dos membros da equipe de saúde. Alguns incidentes, nos quais o paciente ou seus familiares são suficientemente informados, podem ser prevenidos se contarmos com a colaboração efetiva de ambos (COHEN, 2000). Contudo, frequentemente, profissionais de saúde subestimam o interesse de pacientes e cuidadores em receber informações sobre o diagnóstico e o tratamento, como também de participarem ativamente do plano terapêutico (LINHARES; PEDROSA, 2006).

De acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, todo cidadão tem direito a informações, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à sua condição cultural, sobre o próprio estado de saúde, diagnósticos, procedimentos terapêuticos, bem como duração, objetivo, riscos e benefícios (BRASIL, 2006). A informação é um direito do paciente como cidadão, nem sempre plenamente respeitado na atenção à saúde. No presente estudo, emergiram queixas relacionadas a orientações restritas e superficiais, expressas nas falas:

Não sei bem pra que serve esses remédios não... Não adiantou ela me falar que serve pra fobia, né? Ela tem que explicar melhor.(...) ela falou que eu tenho fobia social, mas eu queria entender melhor o que eu tenho, para que serve certinho cada remédio, sabe? (...) mas acho que é meu direito de saber, né? (P7)

Não entendi direito mais pra que que é. Eu não sei bem é o que eu tenho (...) Então, eu não sei pra que eles servem não (...) O Dr. S falou, mas ainda não falou direito entende? (...) porque eu não sei nem falar direto pra você nem pra ninguém assim da minha família o que que eu tenho, sabe? (P14)

Alguns pacientes acreditam que os profissionais não os informaram sobre o transtorno e tratamento por supor que já possuíam conhecimento suficiente. Não relataram, porém,

situações nas quais foram consultados pelos profissionais sobre eventuais informações previamente obtidas.

Ele não orientou sobre os medicamentos não (...) Eu acredito que como ele viu que eu já tomava faz tempo, então ele deu continuidade, né? Acredito eu que não viu a necessidade de falar nada sobre eles (medicamentos). (P4)

Ela só falou que era pra eu tomar aqueles remédios que ela passou, falo os horários pra tomar e pronto. Agora explicar tudo certinho, tal, não explico tanto não (...) Eu acho assim: como eles sabem que eu trabalhei em hospital psiquiátrico, acho que eles pensam que eu sei o que eu devo tomar. (P10)

Ele (médico) só falo assim pra eu usar esses remédios, mas não falou nada a mais que isso não (...) Coitado, às vezes ele ainda não teve tempo de explicar ou achou que eu sabia. (P24)

A informação é um elemento fundamental no cuidado em saúde, entretanto, não se trata de um processo unidirecional. O profissional de saúde deve identificar o conhecimento prévio do cliente, suas preocupações e temas de interesse de forma a ajudá-lo a atribuir um sentido às informações transmitidas, a tomar decisões adequadas e a aderir às orientações (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009). A avaliação das necessidades de educação em saúde de pacientes e familiares é fundamental para que a enfermagem promova ações efetivas no que diz respeito ao desenvolvimento de habilidades.

As dúvidas não sanadas no serviço de saúde podem levar o paciente a procurar elucidações em outras fontes de informação, consideradas às vezes mais claras e acessíveis, embora nem sempre seguras. Essa busca ficou evidente em alguns depoimentos:

Nós juntos (paciente e familiar) pesquisamos lá no Google que nos informou muito bem (risos). Então, assim, me esclareceu bem algumas dúvidas que talvez o Dr. S poderia ter nos informado melhor (...) Ele não me orientou nada assim sobre o medicamento. Só falou mais que eu ia tomar esses remédios, que me ajudaria no que eu tinha (...) acho que nunca é demais explicar melhor sobre os remédios, sobre as ações deles no organismo e também as reações que eles podem dar. (P9)

Eu achava que eu precisava só do diazepam porque o povo fala tanto do Diazepam né, que ele derruba, faz dormir. Até li isso na internet já. Aí, eu meio que acreditei só nele e deixei de tomar o outro remédio. (P15)

Os entrevistados também mencionaram enfrentar dificuldades relacionadas ao déficit de conhecimento da família sobre o transtorno de ansiedade e tratamento. Ressaltaram que a falta de informações pode predispor a família a criticar o paciente, a se apresentar incrédula

em relação ao diagnóstico e veracidade dos sintomas, incompreensão, julgamentos, preocupações, conselhos infundados e estigma. As falas abaixo expressam essa faceta:

Eles me criticam muito. Falam que eu tomo remédio de louco, falam que eu não tenho nada. Eles falam que eu vou é ficar viciada nesses remédios. (P19)

Não, eles só me criticam porque eles acha que eu não tenho nada, sabe? (...) Fala pra mim que depressão e ansiedade é doença de rico. Ele fala: “Ah, passa a beber. Toma uma pinga, que você esquece que tá doente...” Muita gente chega e fala assim que eu fico me entupindo de remédio à toa, sabe. Até na época que eu parei de tomar o remédio, foi um pouco por causa disso também. (P14)

Minha família quase inteira não acreditava bem no que eu tinha. Eu acho que eles pensavam que era frescura minha, sabe? Então, eu nunca pensei que eles fossem me apoiar, e não me apoiaram mesmo. (P28)

É importante envolver e orientar a família no cuidado ao portador de transtorno mental para alcance de melhores resultados no tratamento, o que também favorece a reabilitação e reinserção social dos sujeitos (SILVA; MONTEIRO, 2011).

Estar insatisfeito(a) com os efeitos do tratamento

Outra dificuldade mencionada pelas pessoas com transtornos de ansiedade em relação ao tratamento foi a insatisfação com os efeitos atribuídos ao tratamento medicamentoso, o qual nem sempre proporcionava resultados condizentes com suas expectativas.

Em algumas situações, os pacientes se consideravam insatisfeitos com os efeitos do tratamento farmacológico por considerá-los limitados e estarem pouco convencidos de sua eficácia. Vejamos:

Eu falo que só os remédios não estão adiantando pra mim. (P7)
Ele (medicamento) não está agindo. Está sendo a mesma coisa que tomar água sabe, não tá fazendo efeito. (P12)

Sabe, eu não sei se está funcionando (...)Então assim, eu acho que talvez o remédio não esteja dando conta, sabe. (P22)

O tratamento medicamentoso da ansiedade comumente ocorre por meio do uso de antidepressivos e benzodiazepínicos (DAVIDSON et al., 2010), sendo que uma proporção significativa de pacientes não responde à farmacoterapia de primeira linha de forma satisfatória (KOEN; STEIN, 2011).

Existem características desses fármacos que podem propiciar a insatisfação com a efetividade do tratamento, identificada entre os participantes do estudo.

Os antidepressivos são considerados o tratamento de primeira linha e produzem resultados positivos, mas, usualmente, requerem cerca de quatro semanas para provocar redução de sintomas de ansiedade (DAVIDSON et al., 2010; KOEN; STEIN, 2011). No entanto, sem essa informação, o usuário pode iniciar a avaliação da ação do medicamento no início do tratamento, antes que os efeitos terapêuticos sejam experimentados. Essa percepção está expressa em alguns depoimentos:

Eu tomava. Aí, prestei atenção uns dez dias, mais ou menos, mas aquela ansiedade sabe, aquela agonia, não passava (...) esse remédio que o doutor me passou, é como eu te falei, não valeu de quase nada. Foi a mesma coisa que beber água com açúcar pra mim. (P12)

Então assim, eu tive uma dificuldade muito grande de me adaptar com o remédio né, com a Sertralina. (...) Quando ele me passou o remédio, receitou né, passou uma semana e eu fiquei muito ruim mesmo. (P23)

Os benzodiazepínicos geram efeitos rápidos sobre a redução de sintomas ansiosos, porém produzem tolerância, ou seja, há redução da eficácia ao longo do tempo de uso (VINKERS; OLIVIER, 2012). A queixa de diminuição dos efeitos terapêuticos de benzodiazepínicos esteve presente em alguns relatos:

O clonazepam tá perdendo o efeito dele agora, né? É estranho, né? (...) O clonazepam, ele não tá fazendo efeito não. Esses dias eu tomei dois de uma vez, porque eu queria dormir, olhava no relógio, era dez horas da noite eu não dormia, ficava pra lá e pra cá andando. Eu acho que ele tá é muito fraco. (P5)

Então assim, parece que nem o remédio tá querendo fazer efeito mais, sabe. (P9)

Ao desenvolver tolerância ao benzodiazepínico, o indivíduo precisaria aumentar a dose do medicamento para obter o efeito experimentado previamente. Contudo, com o aumento da dose, ele se expõe ao risco de dependência (NIELSEN; HANSEN; GOTZSCHE, 2011; VINKERS; OLIVIER, 2012). As falas abaixo evidenciam a tendência dos pacientes em aumentar a dosagem:

Acabo tomando dois clonazepam pra eu conseguir relaxar mais pra dormir. (P11)

Ah, eu acabo tomando sim, mesmo que o médico falo pra toma só um, mas acabo tomando outro. (P23)

Tem vez que não faz muito efeito a noite não, né? Ah, é o que eu te falei, eu acabo tomando um a mais. (P24)

O clonazepam que eu acho que ele vai deixando de fazer efeito né, só aquela dose. Eu já cheguei a tomar assim dois a mais pra ver se fazia efeito, né? E fez um efeito melhor. Então, por isso que eu digo que eu acho que o clozapam tá um pouco fraco... (P25)

A insatisfação com o tratamento medicamentoso também foi evidenciada na presença de efeitos colaterais. A gama de efeitos adversos provocada pelos medicamentos pode comprometer a manutenção do tratamento (DAVIDSON et al., 2010). Os efeitos colaterais foram salientados como motivo da descontinuidade do tratamento ou diminuição da dose de medicamentos entre os pacientes entrevistados:

A sertralina, às vezes que deixo de tomar ela, porque ela costuma me dar muito azia, sabe. (P9)

O rivotril, que ela passou pra tomar um à noite e um de manhã. O da noite eu tomo, porque senão eu não durmo, mas o da manhã, nossa bem, me dá um sono. nossa, eu quase caio de sono. Então, esse de manhã, tem dia que eu não tomo não, mas mais por causa do sono que dá. (P7)

Em suas falas, os participantes mencionaram também recorrer a algumas estratégias para redução dos efeitos colaterais que não prejudicam, no entanto, a adesão ao tratamento.

Eu sinto um pouco minha boca seca. já senti mais sabe, hoje sinto menos, mas eu chupo uma balinha, ando sempre com uma garrafinha e água na bolsa, que eu sei que isso é um dos sintomas que esses remédios faz, né? (P4)

A identificação precoce, orientações e intervenções relacionadas aos efeitos colaterais podem contribuir para que o paciente tenha maior repertório de ações para manejo dos mesmos de forma segura.

As expectativas não satisfeitas referentes ao tratamento não se restringem, todavia, aos efeitos do medicamento, como relevado na categoria seguinte.

Desejar mais do que uma prescrição

Outra dificuldade apontada pelos pacientes esteve relacionada à insatisfação com o atendimento oferecido no serviço de saúde. Os entrevistados manifestaram o desejo de que os encontros clínicos não se limitassem à prescrição do medicamento, de forma que obtivessem

mais do que uma “receita”, a qual prevalecia como o foco e a finalidade de muitos dos atendimentos realizados. Vejamos algumas falas nesse sentido:

A consulta é sempre a mesma coisa sabe, a gente vem aqui, espera ter uma coisa a mais assim, uma conversa, ver a médica falar se acha que você tá evoluindo, melhorando né, ou não. E não é isso o que acontece. O que acontece é que ela (médica) só se prende à receita sabe, a ficar receitando remédio, cada vez que eu venho aqui ou ela receita o mesmo remédio sabe, ou ela receita outro. Mas assim, fica só nisso. Eu não tenho um parâmetro pra vê se eu estou evoluindo, se eu vou ter que tomar pra vida toda esse remédio, sabe. Ela não fala nada não, sabe? (P27)

Ele (médico) gosta mais é de uma receitinha mesmo (risos). Coitado, eu gosto muito dele, mas é muito desligado. (P26)

O cuidado humanizado deve partir da compreensão e respeito aos saberes, crenças e cultura dos indivíduos, que dão sustentação à sua forma de perceber o processo de adoecimento e tratamento (BARBOSA et al., 2013).

Na perspectiva dos entrevistados, releva-se a necessidade de estabelecimento de parcerias entre a equipe de saúde e os pacientes, bem como do atendimento humanizado para melhor condução do tratamento.

No que se refere às consultas, os participantes relataram ações mecanizadas e não individualizadas por parte dos profissionais de saúde. Suas falas revelam que não se sentiam verdadeiramente compreendidos e atendidos em suas necessidades individuais e julgavam que o conhecimento a respeito de suas especificidades e singularidades deveria preceder a prescrição:

Acho que falta assim... é... entender melhor o paciente... analisar melhorar antes de já ir receitando os mesmos medicamentos. (P10)

Ela (médica) não explica nem direito o que eu tenho e com os remédios também não fala nada. Pergunta só se eu estou melhor e faz a receita (P29)

É necessário que os profissionais de saúde promovam encontros marcados pela subjetividade e singularidade de sujeitos (BARBOSA et al., 2013). Nas falas dos participantes, apreende-se o desejo de ser escutado e de estabelecer uma interação genuína com o profissional de saúde:

Ele (médico) além de só receitar, não fala comigo, não interage comigo. (...) devia falar pro Dr. O escutar mais a gente é conversar com a gente, não só receitar o remédio, que, às vezes, isso é o de menos. Às vezes, a pessoa precisa é ser mais escutada do que tomar o próprio remédio. (P16)

Desse modo, evidencia-se o desejo do paciente de se perceber envolvido no tratamento e não ser um mero depositário de intervenções. A participação ativa dos pacientes no tratamento contribui para julgamento favorável sobre a segurança qualidade do cuidado prestado (WEINGART et al., 2011).

Eu acho que ela poderia me escutar mais, explicar também dos remédios que ela me passou, porque assim, esses remédios não é brincadeira! Não é em vão né, que eu estou tomando eles. (P11)

O atendimento padronizado, mecanizado e caracterizado pela falta de escuta prejudicou o estabelecimento de relação terapêutica e a confiança no prescritor.

Ele não dava muita bola pro que a gente falava. Então, eu nem contava tudo também pra ele não (...) receitava os mesmos remédios que eu tomo hoje (...) ficava só nisso. (P17)

A falta de confiança no terapeuta e a aliança terapêutica enfraquecida podem comprometer a adesão ao tratamento entre pessoas com transtornos mentais (KANE, 2007; MORITZ et al., 2009).

O vínculo requer uma relação interpessoal estreita entre o profissional de saúde e o usuário, aprofundada no decorrer do tempo, à medida que ambos se conhecem gradativamente e melhor, mediante relações de escuta, diálogo, respeito e confiança (BRUNELLO et al., 2010).

A adesão ao tratamento é resultante de um esforço colaborativo entre o profissional da saúde e o paciente. A promoção da adesão deve considerar, portanto, a perspectiva, subjetividade, necessidades e motivações do paciente (REINERS et al., 2008).

Ressalta-se que o atendimento restrito à prescrição medicamentosa e excessivamente direcionado para essa finalidade pode prejudicar a adesão ao medicamento, demonstrando-se pouco produtivo. Por vezes, o próprio monitoramento da adesão e as opiniões sobre o medicamento são menosprezados.

Então, acho que ele devia me escutar mais, né? (...) ele (médico) “bateu o pé” falou que era aquele remédio, e que não ia trocar (...) ele devia ter visto melhor. Até fiquei meio triste depois com ele porque se o médico vem, passa um remédio, e a gente depois volta e fala que não tá boa, ele, no mínimo, tem que escutar, né, o que eu estou passando (...) ao invés de eu ficar boa, o remédio me derrubava mais, parece que me deixava mais pra baixo (...) Aí eu parei de tomar a Sertralina por conta própria porque eu não aguentava mais não. (...) Só assim, queria que ele (médico) tivesse acreditado mais em mim né? (P23)

Não fica explicando nada não (...) É assim, ele receitou, depois nem perguntou mais como que eu tô tomando, só pergunta mais se eu estou bem e só. (P25)

A insatisfação com a equipe de saúde esteve relacionada ao desejo do paciente em ter suas necessidades valorizadas. Tratar todos os pacientes com a mesma doença de forma impessoal parece ser uma variável que contribui para pior adesão ao tratamento. Faz-se importante a individualização do tratamento, considerando as peculiaridades de cada caso (LINHARES; PEDROSA, 2006).

Os entrevistados também ressaltaram a necessidade de que o tratamento não se restrinja aos medicamentos e inclua estratégias e modalidades terapêuticas que possam contribuir para o alcance de melhores resultados no controle da ansiedade:

Sabe, eu tenho consciência que eu tinha que caminhar, fazer um esporte, fazer alguma coisa e não só ficar tomando remédio, sabe. (P30)

Também se queixaram da falta de humanização expressa por meio de atrasos no horário do atendimento e carência de estrutura física adequada para os clientes.

Uai, era pra atender mais rápido lá fora, nas consultas. Nossa, pelo amor de Deus, não deixar esperando daquele jeito lá não! Aquilo lá é desumano. (P7)

Aqui não tem banheiro, mas eu acho que teria que ter (...) Eu, pra falar verdade, já até vi paciente fazendo xixi sentado lá no banco lá fora. Então eu acho que tinha que ter um banheiro aqui. (P11)

Lá fora na sala de espera, tem um ventilador lá que eles vive falando que tá queimado, que não tá funcionando, né? E a gente vive pedindo pra eles ligarem (...) eles podiam mandar arrumar aquele ventilador. (P18)

Eles deixa o povo esperando muito lá fora. E assim sabe, eu vejo que o povo começa a ficar nervoso né, bravo mesmo (...) Às vezes, eu vejo muita gente chegar a ficar ansiosa, sabe... (...) Então eles podia chamar mais rápido lá de fora... (P20)

Considerando as características do próprio transtorno de ansiedade, é importante que os usuários reconheçam o serviço de saúde como fonte satisfatória e habitual de atenção às suas necessidades de saúde. Para isso, os profissionais necessitam conhecê-los e se responsabilizar continuamente pelo cuidado à sua saúde, com base em um serviço adequadamente organizado (MARTINS, 2006).

Faz-se então necessário um olhar mais atento por parte dos profissionais de saúde para as reais necessidades do sujeito que convive com um transtorno de ansiedade, levando em

conta seus anseios e dúvidas, a fim de se obter sucesso no tratamento e consequente melhora em sua qualidade de vida.

Apresentar temores e preocupações relacionados ao tratamento

O tratamento medicamentoso foi verbalizado como alvo de temores e preocupações vivenciados pelas pessoas com transtornos de ansiedade. A esse respeito, a literatura revela que o conteúdo do pensamento desses indivíduos pode ser focado em interesses orientados para o futuro, que se manifestam como preocupação e antecipação de ameaças físicas ou psicológicas (HENDRIKSET et al., 2014).

Enquanto alguns pacientes preocupavam-se com os riscos e efeitos prejudiciais dos medicamentos, considerados “fortes” ou perigosos”, outros questionavam a presença de princípios ativos no medicamento:

Eu tava até com medo desse remédio não tá fazendo efeito por ter no meio, eh, como é que fala? Farinha, sabe. Igual a gente dava antigamente para os pacientes que era viciados nos remédios, né? Teve uns dias que eu nem tomei, porque já não tava quase fazendo efeito mesmo, e ainda eu coloquei isso na minha cabeça... ixi... ninguém tirava. Então aí eu pensei... meu Deus... será que esse remédio não tem alguma coisa errada não. (P10)

Eles (medicamentos) são muito fortes, né? Só pode ser. (P16)

A dúvida que eu tenho do Clonazepam é assim se ele põe a minha saúde em risco, se eu posso continuar tomando ele por muito tempo, que ele não vai me fazer mal entendeu? (P23)

Eu li a bula de todos os remédios que ela me passou (...) esses remédios aí ó, que é perigoso. (P30)

Foram identificados, em alguns relatos, temores e preocupações relacionados a tornar-se dependente de medicamentos que “viciam”. Tal preocupação pode estar relacionada a informações obtidas sobre benzodiazepínicos, que apresentam risco de dependência (NIELSEN; HANSEN; GOTZSCHE, 2011; VINKERS; OLIVIER, 2012). Porém, a percepção de que os fármacos “viciam” pode ser extensiva a outros tipos de medicamentos.

Eu não sei, mas esses remédio, muito remédio assim é até perigoso te virar vício né, fica dependente, e aí minha fia não sei não... é assim, e de se pensar né... (P13)

Porque assim, eu sei que esses remédio tudo vicia, entendeu?(P15)

Mais assim, às vezes eu até deixo de tomar de vez em quando o Diazepam, (...) mas nem por isso que eu não deixo de me sentir bem. Me sinto bem sim. É só mais pra não viciar entende? (P21)

Os relatos evidenciam ainda a presença de temores e insegurança quanto à possibilidade de os sintomas retornarem devido à perda da efetividade do medicamento:

Mais assim, eu tenho muito medo de eu voltar ficar como antes. É a minha insegurança, né? (P3)

Eu só fico na minha cabeça com medo de piorar, com medo que o remédio não vai dá certo... (...) Ah, não sei se é trauma, de quando eu fiquei sem tomar, eu fiquei muito ruim (...) tenho medo assim, tipo, de mais pra frente, quando eu for ficando mais velha, do remédio não ter mais o efeito que tem hoje entendeu... e eu não conseguir ficar boa mais. (P15)

A única coisa que eu tenho assim é um pouco de medo de voltar a ficar (...) apassar por tudo que eu passei (...) Tenho medo desses remédios parar de fazer um bom efeito e eu ficar ruim de novo. (P30)

Também emergiram preocupações relacionadas à necessidade de manter o tratamento indefinidamente, pois desejavam ter uma vida “mais natural” e não necessitar do medicamento “a vida inteira” para controlar a ansiedade. Vejamos algumas falas nesse sentido:

Eu pra te ser bem sincero, tenho vontade, esperança, né? (...) de um dia parar de tomar esses remédios, mais assim, não sei se isso será possível (...) é vontade de ter uma vida mais natural sabe? (...) conseguir controlar assim as ansiedades. (P2)

Ah (...) eu gostaria de parar de tomar (...) porque eu sei que esses remédios pra vida toda não vão me fazer bem, assim (...) não queria que tivesse que tomar a vida inteira, né? É ruim. (P31)

Identificar impedimentos para seguir a prescrição medicamentosa

Os participantes referiram dificuldades que impossibilitavam o seguimento rigoroso da prescrição medicamentosa e diziam respeito às limitações na aptidão para administração do próprio medicamento, falta de acesso aos remédios e desconhecimento do esquema terapêutico prescrito.

O desempenho de alguns pacientes na condução da administração dos próprios medicamentos era prejudicado principalmente por esquecimento e pela dificuldade em manter a pontualidade. Vejamos:

Às vezes esqueço de tomar, de vez em quando, quando eu acabo dormindo mais cedo. Quando eu estou cansado, eu pego no sono e esqueço, né? (P1)

Ah, assim, esses negócios de ter que tomar no horário certinho eu acho que não consigo não, sabe. (P6)

Só com o horário né, que eu não tomo sempre certinho no mesmo horário, sabe. (P7)

Eu não lembro. A cabeça dá aquele branco. Aí, às vezes, eu vou lembra só no outro dia. E aí isso me deixa ruim, né? Porque no outro dia eu não amanheço muito bem não. Que nem ontem à noite mesmo eu esqueci de tomar. (P14)

Geralmente eu esqueço o da tarde porque eu tenho que tomar dois de manhã, um a tarde e dois à noite. Aí o da tarde tem dia que eu esqueço. (P16)

Às vezes eu esqueço de tomar (...) Eu acho que não faz tanta diferença assim esquecer um dia ou outro... (P19)

Indivíduos ansiosos tendem a apresentar atenção prejudicada, bem como prejuízos no funcionamento executivo e memória episódica (VYTAL et al., 2012); além disso, os ansiolíticos também podem provocar alterações de memória (BRUNTON, 2007). A literatura registra que o esquecimento é uma importante causa de não adesão ao tratamento, negligenciada em muitos estudos (MORITZ et al., 2009).

Destaca-se que alguns participantes mencionaram recorrer a estratégias para seguimento da prescrição, tais como orientações verbais e escritas, táticas e dispositivos para facilitar a organização e memorização, bem como a adaptação ao horário do medicamento.

Eu acho que fazer um esqueminha pro paciente tomar o remédio, assim, numa folha de papel mesmo, facilita muito. (P10)

Eu, às vezes, dou uma confundida, mas assim, de vez em quando. Aí, ponho tudo lá na mesa, escrevo no papel os horários que eu tenho que tomar e assim vou levando. (P16)

Eu confundia um pouco os horários e os remédios, porque eu também tomo outros, né? Aí, ela (médica) e essa outra enfermeira que eu te falei, elas montaram um negocinho pra mim, pra eu não confundir os remédios. Na época também eu não tava com a cabeça muito boa sabe... aí elas fizeram uns potinhos de um jeito legal pra eu lembrar de tomar... (P17)

Eu não esqueço de toma mais de jeito nenhum. Porque assim fica do lado do galão de água lá de casa, sabe? Aí assim que eu vo beber água eu já vejo se tá no horário e já tomo. E deixo também uns dentro aqui da bolsa, por caso eu saio né, vou muito no meu irmão, aí eu tomo por lá mesmo. (P20)

Ele (médico) passou pra eu tomar à noite, mas já cheguei até a tomar às quatro, cinco horas da tarde, na hora que eu lembro. (P26)

O apreendido em relação ao déficit de conhecimento sobre o esquema prescrito por meio dos depoimentos dos participantes coaduna-se com os resultados quantitativos do presente estudo. Foi identificado desconhecimento sobre o nome, posologia, efeitos terapêuticos e colaterais e cuidados relacionados aos fármacos. Vejamos alguns depoimentos que evidenciam esta dificuldade:

Às vezes eu esqueço dos nome ah, uns nome complicados. (P21)

Não lembro nunca as miligrama deles, né? Não consigo gravar. (P26)

Não sei os nomes tem hora. Hoje eu lembrei pra te falar, mas tem dia que me foge os nomes, me dá uma dúvida né, e aí, eu acabo decorando pela cor do remédio às vezes. (P5)

A literatura assinala que a polifarmácia torna complexos os esquemas terapêuticos e favorece o uso inadequado de medicamentos (REMONDI et al., 2014; RIBEIRO et al., 2008), conforme identificado no presente estudo.

Eu tomo muito remédio, né (...) estou com um pouco de dificuldade de adequar os horários dos remédios que eu tomo, de todos os remédios que eu tomo. São dez remédios por dia. (P10)

Eu não lembro. É muito remédio também, nossa! Eu tenho um monte de problema. Às vezes eu também estou ocupada, fazendo as coisas, e passa da hora, aí não lembro de tomar. (P13)

Falhas no fornecimento de medicamentos também influenciaram a descontinuidade do tratamento farmacológico, como corroboram outros estudos (NICOLINO et al., 2011; REMONDI et al., 2014).

Quando não tem o remédio no posto e eu não posso comprar, bem. Nossa, sabe. não dá pra ficar tirando o dinheiro que já é curto e contatinho pra pagar as contas, pra ficar pagando esses remédios... porque é caro sabe... então acho que é obrigação do governo de dar, sabe. (P5)

Ah... teve aquela vez que atrapalhou sim... quando não tinha o remédio no posto. eu também não fui atrás, porque também não tinha dinheiro pra comprar. (P21)

Agora, quando não teve o remédio na farmácia, igual eu te falei, eu parei de tomar né? (...) É, umas três vez aconteceu, né? (P24)

Alguns dos fatores que podem influenciar na adesão dos pacientes com transtornos de ansiedade são passíveis de intervenção. Desse modo, o conhecimento produzido por este estudo pode auxiliar no planejamento de ações estratégicas para promover os elementos que contribuem para o comportamento de adesão ao medicamento, minimizando fatores que prejudicam o sucesso do tratamento.

6 CONCLUSÃO

Neste estudo, a maioria dos participantes foi considerada aderente ao tratamento medicamentoso. Destaca-se que a utilização de método indireto para avaliação da adesão pode ter contribuído para tal resultado.

É importante mencionar a parcela de participantes não aderente aos medicamentos. A possibilidade de não adesão constitui aspecto que deve ser valorizado e consequentemente investigado e trabalhado desde o início pela equipe de saúde em parceria com o paciente e com os familiares, elaborando ações individualizadas de forma a promover soluções às dificuldades por eles enfrentadas.

Não houve associação estatisticamente significativa entre a adesão aos medicamentos e as variáveis investigadas. Destaca-se, todavia, a maior frequência de adesão entre os participantes do sexo masculino, com cor da pele branca, sem companheiro, desempregados, que realizavam apenas o tratamento medicamentoso, com comorbidades, não submetidos à internação para tratamento do transtorno de ansiedade, que não receberam informação sobre o diagnóstico médico e sobre o medicamento para o tratamento do mesmo, relataram não confiar no acompanhamento médico, em monoterapia, que nunca vivenciaram a falta do medicamento na rede pública e mencionaram contar com apoio familiar.

Vale ressaltar a alta porcentagem de participantes com ansiedade moderada e severa, apesar da adesão aos medicamentos, indicando possível resistência ao tratamento e necessidade de rastreamento desses indivíduos com vistas à adequação do esquema medicamentoso e implementação de terapias psicossociais, promovendo a manutenção do tratamento.

A alta porcentagem de participantes em uso de benzodiazepínicos, mesmo após seis meses de início do tratamento com os antidepressivos, evidencia a necessidade de reflexão/conhecimento dos profissionais de saúde sobre as recomendações de tratamento disponíveis para pessoas com transtornos de ansiedade.

Constatou-se maior frequência de adesão entre os participantes com maior conhecimento sobre seu esquema terapêutico; todavia, uma alta porcentagem deles desconhecia a dose dos medicamentos em uso, o que pode ser, entre outros fatores, reflexo de uma comunicação improdutiva entre profissionais de saúde e paciente, como mostraram os depoimentos dos participantes deste estudo.

Os dados qualitativos desta pesquisa revelaram que, apesar da alta porcentagem de adesão aos medicamentos pelos participantes, há dificuldades por eles vivenciadas na

manutenção da terapêutica, as quais foram expressas nas seguintes categorias: “Ter conhecimento insuficiente sobre o diagnóstico e tratamento medicamentoso”, “Ficar insatisfeito(a) com os efeitos do tratamento”, “Desejar mais do que uma prescrição”, “Apresentar temores e preocupações relacionadas ao tratamento” e “Identificar impedimentos para seguir a prescrição medicamentosa”.

Verifica-se que a adesão ao tratamento medicamentoso é um processo complexo e dinâmico e, portanto, conhecer os conteúdos objetivos e subjetivos do sujeito permite otimizar estratégias voltadas para suas reais necessidades. Desse modo, as expectativas e crenças sobre a doença e seu tratamento são características a serem valorizadas no tratamento de pacientes com transtornos de ansiedade.

A complexidade da temática e a escassez de estudos sobre a mesma revelam que a adesão aos medicamentos constitui um problema que merece outras investigações.

Considerando que essa adesão é um fator potencialmente modificável, este estudo traz contribuições ao sinalizar para aspectos relevantes que devem ser sistematicamente investigados e considerados pelos profissionais de saúde na assistência à pessoa com transtorno de ansiedade em tratamento medicamentoso.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

ARAÚJO, M. F. M. et al. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 361-367, 2010.

BARBOSA, G. C. et al. Política nacional de humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 66, n. 1, p. 123-127, 2013.

BECHELLI, L. P. C. Long-acting antipsychotics in the maintenance treatment of schizophrenia: part I. Foundations of its development, benefits and acceptance level in different countries and cultures. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 341-349, 2003.

BECK, A. T. et al. The beck anxiety inventory. **J. Consult. Clin. Psychol.**, Washington, v. 56, p. 893-897, 1988.

BOFFINO, C. C. et al. Fear of heights: cognitive performance and postural control. **Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.**, Berlin, v. 259, n. 2, p. 114-119, 2008.

BRAGA, J. E. F. et al. Ansiedade patológica: bases neurais e avanços na abordagem psicofarmacológica. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, João Pessoa, v. 14, n. 2, p. 93-100, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.

BRUNTON, L. L. **Goodman & Gilman as bases farmacológicas da terapêutica**. 11. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2007.

BURRA, T. A. et al. Predictors of self-reported antidepressant adherence. **Behav. Med.**, Washington, v. 32, n. 4, p. 127-134, 2007.

BUSBY, K. K.; SAJATOVIC, M. Review: patient, treatment, and systems-level factors in bipolar disorder nonadherence: a summary of the literature. **CNS Neurosci. Ther.**, Oxford, v. 16, n. 5, p. 308-315, 2010.

- BYSTRISKY, A. Treatment-resistant anxiety disorders. **Mol. Psychiatry**, Houndmills, v. 11, n. 9, p. 805, 2006.
- CARDOSO, L. Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1146-1154, 2011.
- CASTRO, G. L. G. et al. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. **Rev. Interdisciplin. Estud. Exp. Anim. Hum.**, Juiz de Fora, v. 6, n. 1, p. 112-123, 2013.
- CASTRO, R. A. et al. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 225-231, 2010.
- CHOUDHRY, N. K. et al. The implications of therapeutic complexity on adherence to cardiovascular medications. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 171, n. 9, p. 814-822, 2011.
- COELHO, F. M. S. et al. Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 63, n. 5, p. 196-200, 2006.
- COHEN, M. R. **Medication errors**. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2000.
- CORRELL, C. M.; ROSENKRANG, J. A.; GRACE, A. A. Chronic cold stress alters prefrontal cortical modulation of amygdala neuronal activity in rats. **Biol. Psychiatry**, New York, v. 58, n. 5, p. 382-391, 2005.
- CORSONELLO, A. et al. Regimen complexity and medication nonadherence in elderly patients. **Ther. Clin. Risk Manag.**, Albany, v. 5, n. 1, p. 209-216, 2009.
- COSTA, M. K. D. O raciocínio psicofarmacológico na prática clínica. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 504-516, 2007.
- COUTO, M. T. et al. Men in primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, 2010.
- CRUZ, L. P. et al. Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 944-952, 2011.
- D'EL-REY, G. J. F.; POLLACK, P. N. Ansiedade grave: características, prevalência de sintomas e procura de tratamento profissional em uma amostra de pessoas. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 6, n. 2, p. 129-132, 2002.
- DAVIDSON, J. R. et al. A psychopharmacological treatment algorithm for generalized anxiety disorder (GAD). **J. Psychopharmacol.**, Oxford, v. 24, n. 1, p. 3-26, 2010.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para validação concorrente de uma de adesão aos tratamentos. **Psicol. Saúde Doenças**, Lisboa, v. 2, n. 2, p. 81-100, 2001.

DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2004.

DUNLOP, B. W.; DAVIS, P. G. Combination treatment with benzodiazepines and SSRIs for comorbid anxiety and depression: a review. **Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry**, Memphis, v. 10, n. 3, p. 222-228, 2008.

EXPERT COMMITTEE ON THE SELECTION AND USE OF ESSENTIAL MEDICINES, 17., 2009, Geneva. **Relatórios técnicos...** Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/en/>. Acesso em: 20 jan. 2014.

FAÉ, A. B. et al. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 32-36, 2006.

FERREIRA, S. M. B.; SILVA, A. M. C.; BOTELHO, C. Tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil (1998-2000): distribuição espacial. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 13, n. 3, p. 175-184, 2004.

FLECK, M. P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Rev. Bras Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, p. S7-S17, 2009. Suplemento 1.

FRÖLICH, S.; VIGO, A.; MENGUE, S. S. Association between the morisky medication adherence scale and medication complexity and patient prescription knowledge in primary health care. **Latin Am. J. Pharmacy**, Buenos Aires, v. 30, n. 7, p. 1348-1354, 2011.

GARDENIER, D. et al. Social support and adherence: differences among clients in an AIDS day health care program. **J. Assoc. Nurses AIDS Care**, Philadelphia, v. 21, n. 1, p. 75-85, 2010.

GIROTI, S. K. et al. Profile of patients with tuberculosis and factors related to the treatment abandonment. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 271-277, 2010.

GONZÁLEZ, J. et al. Adherence to mental health treatment in primary care clinic. **J. Am. Board Fam. Pract.**, Waltham, v. 18, n. 2, p. 87-96, 2005.

GOODWIN, R. et al. Panic and suicidal ideation in primary care. **Depress. Anxiety**, New York, v. 14, n. 4, p. 244-246, 2001.

GOUVEA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1061-1078, 2010.

GUIMARÃES, F. S. **Hipnóticos e ansiolíticos**: farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

GUSMÃO, J. L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev. Bras. Hipertens.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

HAYNES, R. B. et al. Intervention for enhancing medication adherence. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2008.

HECK, M. A.; COSTA, J. S.; NUNES, M. F. Tuberculosis treatment drop out prevalence and associated factors in Sapucaia do Sul County (RS). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 478-485, 2011.

HENDRIKSET, S. M. et al. Disorder-specific cognitive profiles in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. **BMC Psychiatry**, London, v. 14, n. 96, p. 1-9, 2014.

HETEM, L. A. B.; SCALCO, M. Z. Farmacoterapia. In: HETEM, L. A. B.; GRAEFF, F. G. (Ed.). **Transtornos de ansiedade**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. p. 329-347.

HO, P.M.; BRYSON, C. L.; RUMSFELD, J. S. Medication adherence – its importance in cardiovascular outcomes. **Circulation**, Dallas, v. 119, n. 23, p. 3028-3035, 2009.

HOLLANDER, E.; SIMEON, D. **Transtornos de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, 2000.

JACOBY, R. J. et al. How is the beads task related to intolerance of uncertainty in anxiety disorders? **J. Anxiety Disord.**, Elmsford, v. 28, n. 6, p. 495-503, 2014.

KANE, J. M. Treatment adherence and long-term outcomes. **CNS Spectr.**, New York, v. 12, n. 10, p. 21-26, 2007. Supplement 17.

KESSLER, R. C. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch. Gen. Psychiatr.**, Chicago, v. 62, n. 6, p. 617-627, 2005.

KINRYS, G.; WYGANT, L. E. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, p. s43-s50, 2005. Suplemento 2.

KOEN, N.; STEIN, D. J. Pharmacotherapy of anxiety disorders: a critical review. **Dialogues Clin. Neurosci.**, Neuilly-sur-Seine, v. 13, n. 4, p. 423-437, 2011.

LADER, M. Effectiveness of benzodiazepines: do they work or not? **Expert Rev. Neurother.**, London, v. 8, n. 8, p. 1189-1191, 2008.

LEE, S. K. et al. Predictors of medication adherence in elderly patients with chronic diseases using support vector machine models. **Healthc. Inform. Res.**, Seoul, v. 19, n. 1, p. 33-41, 2013.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LINHARES, M. B. M.; PEDROSA, G. B. **Temas em psicologia pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MACHADO-VIEIRA, R.; SOARES, J. C. Transtornos de humor refratários a tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, p. S48-S54, 2007. Suplemento 2.

MALDANER, C. R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 647-653, 2008.

MARTINS, P. G. **Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde no município de Uberaba**: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção. 2006. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MAUKSCH, L. B. et al. Mental illness, functional impairment, and patient preferences for collaborative care in an uninsured, primary care population. **J. Fam. Pract.**, New York, v. 50, n. 1, p. 41-47, 2001.

MEINERS, M. M. M. A. **Revisão bibliográfica para a identificação de programas e projetos nacionais. Plano de ação para melhoria da adesão ao tratamento dos portadores de DM e HA**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

MENEZES, G. B. et al. Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 55-60, 2007.

MERCEDES, B. P. C. **Adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com depressão unipolar**. 2013. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. B.; PEDRÃO, L. J. Bipolar affective disorder and medication therapy: identifying barriers. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 739-745, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MODIG, S. et al. Frail elderly patients experiences of information on medication. A qualitative study. **BMC Geriatr.**, London, v. 12, n. 46, 2012. doi: 10.1186/1471-2318-12-46.

MOLL, M. F. O abandono ao tratamento entre pacientes assistidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **J. Nurs. Health**, Pelotas, v. 2, n. 1, p. 18-27, 2012.

MONTEIRO, M. E. S. **Adesão ao tratamento psiquiátrico**: análise comportamental de pacientes com diagnóstico de transtornos de ansiedade. 2001. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

MONTESCHI, M.; VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. Terapêutica medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 709-718, 2010.

MORITZ, S. et al. Cure or curse? Ambivalent attitudes towards neuroleptic medication in schizophrenia and non-schizophrenia patients. **Mental Illness**, Pavia, v. 1, n. 1, p. 4-9, 2009.

MUNARETTI, C. L.; TERRA, M. B. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 108-115, 2007.

NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. **Transtorno de ansiedade social**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2014.

NARDI, A. E. et al. Tapering clonazepam in patients with panic disorder after at least 3 years of treatment. **J. Clin. Psychopharmacol.**, Baltimore, v. 30, p. 290-293, 2010.

NICOLINO, P. S. et al. Schizophrenia: adherence to treatment and beliefs about the disorder and the drug treatment. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 708-715, 2011.

NIELSEN, M.; HANSEN, E. H.; GOTZSCHE, P. C. What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors. **Addiction**, Abingdon, v. 107, n. 5, p. 900-908, 2011.

NUTT, D.; BALLENGER, J. **Transtornos de ansiedade**: transtorno do pânico e transtorno de ansiedade social. Rio de Janeiro: Med Line, 2010.

OHAYON, M. M. et al. Differentiating DSM-IV anxiety disorders in the general population: comorbidity and treatment consequences. **Can. J. Psychiatr.**, Ottawa, v. 45, n. 2, p. 166-172, 2000.

OLIVEIRA, E. C. et al. Verificação e análise do conhecimento e adesão à terapêutica medicamentosa prescrita durante a alta hospitalar. **Rev. Cientif. Faminas**, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID-10**. 10. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 353, n. 5, p. 487-497, 2005.

PAPP, L. A. Anxiety disorders: somatic treatment. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. (ed.). **Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. cap. 15.

PAULIN, T.; LUZIO, C. A. The psychology in public health: challenges for action and training. **Rev. Psicol. UNESP.**, Assis, v. 8, n. 2, p. 98-109, 2009.

PECHANSKY, F.; FUCHS, F. D. Fármacos de uso não médico. In: FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. (Ed.). **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 758-778.

PELLEGRINELLI, K. B.; ROSO, M. C.; MORENO, R. A. A relação entre a não adesão ao tratamento e falsas crenças de pacientes bipolares e seus familiares. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 183-184, 2010.

PÉREZ-EDGAR, K.; FOX, N. A. Temperament and anxiety disorders. **Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.**, Philadelphia, v. 14, p. 681-706, 2005.

PÉREZ-EDGAR, K. et al. Variations in the serotonin-transporter gene are associated with attention bias patterns to positive and negative emotion faces. **Biol. Psychol.**, Amsterdam, v. 83, n. 3, p. 269-271, 2010.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV+/AIDS: desafios e possibilidades. **Cien. Saude Colet.**, v. 15, n.1, p. 1201-1208, 2010.

QUEIROZ, L. R. S. Pesquisa quantitativa e pesquisa qualitativa: perspectivas para o campo da etnomusicologia. **Rev. Progr. Pós-Grad. Musica Univ. Fed. Paraíba**, João Pessoa, n. 2, p. 87-98, 2006.

RAMOS, R. T. Transtornos de ansiedade: a prática clínica em doenças reumáticas. **RBM Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 66, n. 11, p. 365-374, 2009.

RANG, H. P.; DALE, M. M. **Farmacologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

RAVINDRAN, L. N.; STEIN, M. B. The pharmacologic treatment of anxiety disorders: a review of progress. **J. Clin. Psychiatr.**, Memphis, v. 71, n. 7, p. 839-854, 2010.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2299-2306, 2008. Suplemento 2.

REIS, L. N.; GHERARDI-DONATO, E. C. S. Distúrbios de ansiedade em um ambulatório de saúde mental – probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 10, p. 153-170, 2012.

REMONDI, F. A. **Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo e fatores associados**: estudo de base populacional. 2012. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

REMONDI, F. A. et al. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 126-136, 2014.

RIBEIRO, A. Q. et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 724-732, 2008.

ROCKHILL, C. et al. Anxiety disorders in children and adolescents. **Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care**, St. Louis, v. 40, n. 4, p. 66-99, 2010.

ROEBUCK, M. C. Medication adherence leads to lower health care use and costs despite increased drug spending. **Health Aff.**, Millwood, v. 30, n. 1, p. 91-99, 2011.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde**: ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROSA, M. A.; ELKIS, H. Adesão em esquizofrenia. **Rev. Psiqu. Clin**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 189-192, 2007.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Kaplan & Sadock compêndio de psiquiatria**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

_____. **Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry**. 9. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

SALUM, G. A. et al. Transtorno do pânico. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 86-94, 2009.

SANCHES, R. F.; ASSUNÇÃO, S.; HETEM, L. A. B. Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. **Rev. Psiqu. Clín.**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 71-77, 2005.

- SANTANA, L.; FONTENELLE, L. F. A review of studies concerning treatment adherence of patients with anxiety disorders. **Patient Prefer. Adherence**, Auckland, v. 5, p. 427-439, 2011.
- SANTIN, A.; CERESÉR, K.; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 105-109, 2005.
- SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.
- SAWADA, N. et al. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review. **BMC Psychiatry**, London, v. 9, n. 38, 2009. doi:10.1186/1471-244X-9-38.
- SILVA, A. L. C. N.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S. Adesão e não-adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 62, n. 2, p. 213-220, 2009.
- SILVA, K. V. L. G.; MONTEIRO, A. R. M. A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1237-1242, 2011.
- SILVA, T. F. C. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. **J. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 4, p. 242-251, 2012.
- SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2005.
- SIMON, N. M. et al. An open-label trial of risperidone augmentation for refractory anxiety disorders. **J. Clin. Psychiatr.**, Memphis, v. 67, n. 3, p. 381-385, 2006.
- SORSDAHL, K. et al. Treatment of anxiety disorders by psychiatrists from the American Psychiatric Practice Research Network. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 136-141, 2013.
- STAPE, D. D. B. **O conhecimento do paciente com alta hospitalar sobre a continuidade do seu tratamento**. 1979. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.
- STEIN, M. B. et al. Antidepressant adherence and medical resource use among managed care patients with anxiety disorders. **Psychiatr. Serv.**, Arlington, v. 57, n. 5, p. 673-680, 2006.
- TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VIANNA, R. **Avaliação dos níveis de ansiedade de uma amostra de escolares no Rio de Janeiro através da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC- VB)**. 2008. 139 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

VINKERS, C. H.; OLIVIER, B. Mechanisms underlying tolerance after long-term benzodiazepine use: a future for subtype-selective receptor modulators? **Adv. Pharmacol. Sci.**, v. 2012, n. 416864, 2012. doi:10.1155/2012/416864.

VYTAL, K. et al. Describing the interplay between anxiety and cognition: from impaired performance under low cognitive load to reduced anxiety under high load. **Psychophysiology**, Madison, v. 49, n. 6, p. 842-852, 2012.

WANG, P. S. et al. Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. **Am. J. Public Health**, New York, v. 92, n. 1, p. 92-98, 2002.

WEINGART, S. N. et al. Hospitalized patient's participation and its impact on quality of care and patient safety. **Int. J. Qual. Health Care**, Oxford, v. 23, n. 3, p. 269-277, 2011.

WEISBERG R. B. et al. Is anyone really MAD?: the occurrence and course of mixed anxiety-depressive disorder in a sample of primary care patients. **J. Nerv. Ment. Dis.**, Baltimore, v. 193, n. 4, p. 223-230, 2005.

WILSON, S.; NUTT, D. Management of insomnia: treatments and mechanisms. **Br. J. Psychiatr.**, London, v. 191, n. 1, p. 195-197, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003.

_____. **WHO-AIMS report on mental health system in Brazil**. Brasília, DF: WHO; Ministério da Saúde, 2007.

WORTHINGTON, J. J. et al. Aripiprazole as an augmentor of selective serotonin reuptake inhibitors in depression and anxiety disorder patients. **Int. Clin. Psychopharmacol.**, London, v. 20, n. 1, p. 9-11, 2005.

ZAGO, A. C. **Adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários dos CAPS em Pelotas, RS, com transtornos de humor e esquizofrenia**. 2009. 56 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2009.

APÊNDICE A**Termo de consentimento livre e esclarecido*****ESCLARECIMENTO PARA O PACIENTE***

*Eu, **Ligiane Paula da Cruz**, enfermeira, mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Transtorno de Ansiedade: investigação da adesão à terapêutica medicamentosa”. Para realizar este estudo, eu preciso realizar entrevistas com pessoas que sofrem de ansiedade e que fazem tratamento nos serviços de saúde. Este estudo poderá ajudar a compreender as dificuldades dessas pessoas quanto ao uso dos medicamentos prescritos para auxiliar em seu tratamento. Por isso, acredito que o (a) Senhor (a) seja uma pessoa que pode informar sobre este assunto. Sendo assim, convido o (a) Senhor (a) a participar desse projeto de pesquisa que será desenvolvido no Núcleo de Saúde Mental.*

Para isso irei fazer algumas perguntas para o (a) Senhor (a), sendo que uma parte da entrevista será gravada, realizada em uma sala reservada no próprio Núcleo de Saúde Mental. Nessa entrevista, o Sr (a) será questionado sobre a forma como utiliza os medicamentos prescritos pelo médico do Núcleo de Saúde Mental, sobre dificuldades para o seguimento do tratamento medicamentoso e sobre sua satisfação com a equipe de saúde e tratamento. O tempo estimado para a realização da entrevista é de 40 a 50 minutos. Irei consultar seu prontuário para conhecer os medicamentos que o Sr (a) utiliza, seu tempo de tratamento e outros aspectos relacionados ao seu diagnóstico e tratamento. Vou utilizar as respostas de todos os participantes para estudar e entender melhor como é, para vocês, conviver com o Transtorno de Ansiedade e com a necessidade de utilizar medicamentos em seu tratamento e verificar como nós enfermeiros podemos ajudá-los. As fitas contendo as gravações ficarão guardadas sob minha responsabilidade durante cinco anos e após esse período serão inutilizadas. Se o (a) Senhor (a) concordar em participar, eu garanto que seu nome não vai aparecer neste trabalho em nenhum momento, que o (a) senhor (a) não vai precisar pagar nada e também não vai receber dinheiro para participar; que sua participação na pesquisa é espontânea e que ela não vai influenciar no seu direito de atendimento aqui no serviço e o (a) senhor (a) poderá desistir de participar do estudo quando quiser, de acordo com a sua vontade. Os riscos decorrentes da participação na pesquisa serão mínimos. Caso após avaliação das respostas dadas perceba-se que algum tipo de ajuda ou tratamento para seu estado emocional seja necessário, serão dadas as orientações devidas e necessárias, conforme sua vontade. Eu prometo também tirar qualquer dúvida que o (a) senhor (a) tiver. Caso o (a) senhor (a) compareça ao NSM apenas para fins da pesquisa, será fornecido vale transporte e alimentação.

Acreditamos que os resultados do presente estudo poderão contribuir para melhorar a qualidade da assistência às pessoas com transtornos de ansiedade, como é o caso do (a) senhor (a), principalmente

no que se referem ao uso seguro de medicamentos pelas mesmas. Se aceitar participar, vou pedir que assine uma folha como essa, que diz que aceita participar do projeto de pesquisa, e também o(a) senhor(a) receberá, para guardar, uma cópia do termo assinada por mim e pela orientadora desta pesquisa.

Termo de Consentimento Livre, Após Esclarecimento	
<p>Eu,</p> <p>Entendi e ouvi da pesquisadora o que ela vai fazer no projeto de pesquisa: “<i>Transtorno de Ansiedade: investigação da adesão à terapêutica medicamentosa</i>”, e eu <u>ACEITO</u> participar dessa pesquisa. Eu entendi que posso interromper ou parar a minha participação no estudo a qualquer hora em que eu quiser, sem precisar explicar o porquê e que isso não vai atrapalhar o tratamento oferecido nesse serviço de saúde mental. Sei que meu nome não vai aparecer no trabalho final, que não vou ter gastos e que não vou receber dinheiro para participar do estudo.</p> <p>Ribeirão Preto, de de 20.....</p> <p>_____ Assinatura (ou impressão digital) e n° Documento de identificação</p>	
<p>_____ Ligiane Paula da Cruz (CPF 366.343.098-76) Orientanda- Nível mestrado</p> <p>_____ Adriana Inocenti Miasso (CPF 20277835801) Orientadora</p> <p>Ligiane Paula da Cruz: ligianepaula@gmail.com Contato: (16) 36331545 ProfªDrª Adriana InocentiMiasso: amiasso@eerp.usp.br Contato: (16) 36023418 Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário. Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902</p>	

APÊNDICE B

Instrumento de coleta de dados

PARTE 1 - Caracterização do perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico:

Variáveis sociodemográficas

1. Identificação (iniciais): _____ 2. N. de matrícula na UBS: _____

3. Data Nasc.: _____ Idade: _____

4. Sexo: 1- Masc† 2- Fem†

5. Estado Civil

1- Solteiro†

2- Casado†

3- Viúvo†

4- Separado/divorciado†

5- Amasiado/união consensual†

6- Outros†

6. Cor da pele:

1. Branca†

2. Negra†

3. Amarela†

4. Parda†

7. Ocupação

1. Aposentado †

2. Desempregado†

3. Trabalhador com vínculo empregatício†

4. Trabalhador autônomo†

5. Do Lar†

6. Outros†

8. Escolaridade

1. Analfabeto†

2. Sabe ler e escrever†

3. Ensino Fundamental Completo†

4. Ensino Fundamental Incompleto

5. Ensino Médio Completo†

5. Ensino Médio Incompleto

6. Ensino Superior Completo†

7. Ensino Superior Incompleto†

8. Pós-Graduação

9. Não sabe†

9. Renda familiar mensal. (em reais) _____

10. Quantas pessoas dependem dessa renda? _____

Variáveis clínicas e relacionadas ao perfil farmacoterapêutico:

1. Há quanto tempo o(a) Sr(a) tem o TA? _____ (anos completos)

2. Qual(is) o(s) tipo(s) de tratamento(s) que o(a) Sr(a) faz para o Transtorno de Ansiedade?

1. Somente medicamentoso

2. Medicamentoso + outras modalidades terapêuticas? Quais? _____

3. O(a) Sr(a) possui algum tipo de problema de saúde (doença) além do T.Ansiedade?

Sim

Não

1. Pressão alta

☐
☐

2. Obesidade

☐
☐

3. Doença infecciosa

☐
☐

4. Câncer

☐
☐

5. Doença neurológica ☐ ☐
6. Outro transtorno mental ☐ ☐ Se sim, qual diagnóstico? _____
7. Outra ☐ ☐ Se sim, qual diagnóstico? _____

4. O(a) Sr(a) toma medicamento contínuo para alguma outra doença além do Transtorno de Ansiedade?

1. Sim 2. Não

5. Já foi internado para tratamento do Transtorno de Ansiedade?

1. Sim 2. Não

Se sim, quantas vezes foi internado? _____

Data da última internação: _____

6. Medicamentos utilizados

Cópia da prescrição médica referente ao dia da entrevista		
Nome	Dose/dia	Frequência

Medicamentos mencionados pelo paciente		
Nome	Dose/dia	Frequência

Quantidade total de tipos de medicamentos: _____

Número total de comprimidos por dia: _____

Número de vezes que toma medicamentos ao dia: _____

Conhecimento do(s) nome(s) do(s) medicamento(s): ☐ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não

Conhecimento da(s) dose(s) do(s) medicamento(s): ☐ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não

Conhecimento do(s) horário(s) do(s) medicamento(s): ☐ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não

7. Onde o (a) Sr(a) obtém o(s) medicamento(s) que utiliza para o Transtorno de Ansiedade?

	Sim	Não
1. Recursos próprios	☐	☐
2. Farmácia da rede pública	☐	☐
3. Hospital público	☐	☐
4. Outro _____	☐	☐

8. Alguma vez aconteceu de o(a) Sr(a) não obter o medicamento para o Transtorno de Ansiedade, na rede pública?

1. Sim↑ 2. Não↑

9. Se sim, quando o(a) Sr(a) não adquire o medicamento na rede de saúde, o(a) Sr(a) compra?

1. Sim↑ 2. Não↑

10. Como é para o(a) Sr(a) tomar medicamentos todos os dias?

1. Bom
2. Indiferente
3. Aceitável
4. Ruim
5. Péssimo

11. Como o(a) Sr(a) se sente ao tomar dois ou mais medicamentos, ou até mesmo tomar um medicamento mais de uma vez ao dia?

1. Bem
2. Indiferente
3. Ruim
4. Péssimo

12. O(a) Sr(a) recebeu informações sobre o Transtorno de Ansiedade?

1. Sim↑
2. Não

Se sim, por favor responda a questão 13 e 14, se não, pule para a15.

13. O Sr(a) ficou satisfeito com a explicação que recebeu sobre sua doença?

1. Sim↑
2. Não

14. Qual foi o profissional de saúde que forneceu informações ao Sr(a) sobre a doença?

	Sim	Não
1. Médico	☐	☐
2. Enfermeiro	☐	☐
3. Aux/Téc de enfermagem	☐	☐
4. Assistente social	☐	☐
5. Farmacêutico	☐	☐
6. Outros _____	☐	☐

15. O(a) Sr(a) recebeu alguma informação sobre o(s) medicamento(s) prescrito(s) para o TA?

1. Sim↑
2. Não

Se sim, por favor responda as questões 16, 17 e 18, se não, pule para a19.

16. O Sr(a) ficou satisfeito com a explicação que recebeu sobre os medicamentos?

1. Sim↑
2. Não

17. Qual foi o profissional de saúde que forneceu informações ao Sr(a) sobre o(s) medicamento(s) para o Transtorno de Ansiedade?

	Sim	Não
1. Médico	☐	☐
2. Enfermeiro	☐	☐
3. Aux/Téc de enfermagem	☐	☐
4. Assistente social	☐	☐
5. Farmacêutico	☐	☐
6. Outros _____	☐	☐

18. O(a) Sr(a) sentiu confiança/segurança nas informações fornecidas em relação a(os) medicamento(s) para o Transtorno de Ansiedade?

1. Sim↑
2. Não

19. O(a) Sr(a) sente confiança no médico que o acompanha?

1. Sim ↑ 2. Não

20. O(a) Sr(a) sentiu-se motivado pela família ou amigos a estar tomando o(s) medicamento(s) prescrito(s)?

1. Sim ↑ 2. Não

21. O(a) Sr(a) necessita de alguém para ajudá-lo(a) a tomar o(s) medicamento(s) para o Transtorno de Ansiedade?

1. Sim ↑ 2. Não

22. O(a) Sr(a) alguma vez já sentiu reações desagradáveis que julgou serem referentes ao(s) medicamento(s) para o Transtorno de Ansiedade?

1. Sim ↑ 2. Não ↑

23. Desde que iniciou o tratamento para o TA alguma vez parou de tomar os medicamentos prescritos?

1. Sim ↑ 2. Não

Se sim, quantas vezes _____

Por quê?

24. Alguma vez utilizou dose maior do que a prescrita dos medicamentos?

1. Sim ↑ 2. Não

Se sim, de qual(is) medicamento(s)? _____

Com qual frequência _____

Qual o motivo? _____

PARTE 2 – Dificuldades dos pacientes referentes ao seguimento da terapia medicamentosa e satisfação dos mesmos acerca da equipe de saúde e medicamentos em uso. Novas questões serão acrescentadas com o intuito de esclarecer e fundamentar a experiência, de acordo com as respostas dos participantes.

1- Qual sua opinião sobre o atendimento oferecido pela equipe de saúde do NSM? Explique.

2- Está satisfeito com o tratamento medicamentoso? Acha que ele está funcionando? Por quê?

3- Está satisfeito com as orientações que recebeu da equipe de saúde do NSM sobre os medicamentos que você está utilizando? Por quê?

4- Tem dúvidas sobre algum dos medicamentos que utiliza? Quais?

5- Tem sugestões para melhorar o atendimento oferecido pelo NSM? Quais?

6- Fale sobre as dificuldades que você enfrenta para que possa usar corretamente os medicamentos prescritos pelo médico psiquiatra.

7 – Você utiliza algum medicamento sem prescrição médica?

Se sim, qual(is) medicamento(s) _____

Como faz para adquirir? _____

ANEXO A**Teste de medida de adesão ao tratamento (MAT)****1) Alguma vez o(a) Sr(a) esqueceu de tomar os medicamentos para o Transtorno de Ansiedade?**

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2) Alguma vez foi descuidado com as horas de tomada dos medicamentos para o Transtorno de Ansiedade?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para o Transtorno de Ansiedade por ter se sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para o Transtorno de Ansiedade, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5) Alguma vez o(a) Sr(a) tomou um ou mais comprimidos para o Transtorno de Ansiedade, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6) Alguma vez interrompeu o tratamento para o Transtorno de Ansiedade por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para o Transtorno de Ansiedade por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

ANEXO B**Escala de Ansiedade de Beck**

Data: ____/____/____

Checado por: _____

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	4
	Ausente	Suave, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável, mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensações de calor				
3. Tremor nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de acontecimentos ruins				
6. Confuso ou delirante				
7. Coração batendo forte e rápido				
8. Inseguro (a)				
9. Apavorado (a)				
10. Nervoso (a)				
11. Sensação de sufocamento				
12. Tremor nas mãos				
13. Trêmulo (a)				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado (a)				
18. Indigestão ou desconforto abdominal				
19. Desmaios				
20. Rubor facial				
21. Sudorese (não devido ao calor)				

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; et al. Na Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-897.

0-7: grau mínimo de ansiedade

8-15: ansiedade leve

16-25: ansiedade moderada

26-63: ansiedade severa

ANEXO C

Comitê de Ética

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 108/2012

Ribeirão Preto, 20 de junho de 2012.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 150ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de junho de 2012.

Protocolo CAAE: 00825412.6.0000.5393

Projeto: Transtorno de Ansiedade: investigação da adesão à terapêutica medicamentosa.

Pesquisadores: Adriana Miasso
Ligiane Paula da Cruz

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Adriana Miasso
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Ribeirão Preto, 08 de março de 2012.

DECLARAÇÃO

Declaramos que a pesquisadora **LIGIANE PAULA DA CRUZ**, apresentou o projeto de Pesquisa intitulado: **“TRANSTORNO DE ANSIEDADE INVESTIGAÇÃO DA ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA”**, para apreciação sendo aprovado no Núcleo de Saúde Mental do CSE-Sumarezinho-FMRP-USP. A Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa aguarda as questões éticas a serem apreciadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa para que se inicie o desenvolvimento do mesmo.

Prof.ª Dra. Nereida Kilza da Costa Lima
Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa
CSE-FMRP-USP

Ilma. Senhora.

Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso (Orientadora)
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP