UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

BRUNA PAIVA DO CARMO MERCEDES

Adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com depressão unipolar

Ribeirão Preto
2013

BRUNA PAIVA DO CARMO MERCEDES

Adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com depressão unipolar

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa 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
2013

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.

Mercedes, Bruna Paiva do Carmo
Adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com depressão unipolar. Ribeirão Preto, 2013.
123 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. Depressão. 2. Adesão à Medicação. 3. Pacientes Ambulatoriais. 4. Satisfação do Paciente.

MERCEDES, BRUNA PAIVA DO CARMO

Adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com depressão unipolar

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

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

“Essência de vidro”

“Quando os nossos pés descalços se colocam diante das duras pedras do sofrimento...

Quando a fragilidade de nossa condição nos leva a trilhar o inevitável caminho das sombras...

Quando a vida nos revelar que somos portadores de uma essência de vidro...

É importante que a gente se livre da pressa e da facilidade das respostas prontas...

Porque diante da dor sofrida, mais vale um silêncio, uma pausa, que uma palavra inoportuna...

Sabedoria é um dom divino”.

Padre Fábio de Melo

DEDICATÓRIA

Este trabalho não é mérito apenas de uma pessoa, mas também de vocês: Pai e Mãe – pessoas excepcionais e que me ensinaram a sempre trilhar o caminho do bem e jamais desistir dos meus sonhos. Fizeram-me acreditar que eu era capaz, mesmo quando todos diziam para eu desistir, ou ir pelo caminho mais fácil. Jamais poderei retribuir tudo o que fizeram e ainda fazem por mim! Muito Obrigada Helio e Vera!!!!! Amo vocês!

Meu marido Gustavo, pessoa simplesmente maravilhosa e que sempre me apoiou nas minhas escolhas. Meu amor, você sempre acreditou mais em mim do que eu mesma. Seu apoio e incentivo diário ao longo desse trabalho foram, sem dúvida, uma inspiração para que ele se concretizasse. Obrigada por fazer parte da minha caminhada e estar ao meu lado alegrando os meus dias! Amo você!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

"Suba o primeiro degrau com fé. Você não tem que ver toda a escada. Você só precisa dar o primeiro passo". Martin Luther King

A Deus, meu pai amado e protetor, por sempre me sustentar nos momentos difíceis e por me dar forças e sabedoria para levantar e prosseguir após cada queda. Pai, sem tua presença eu não teria feito nada e nem chegado até aqui!

À minha orientadora Adriana, pelas sábias orientações, conversas, ensinamentos, paciência e por ter se dedicado tanto a este trabalho, corrigindo atentamente cada parágrafo. Sua competência e profissionalismo sempre me fizeram admirá-la, pois, apesar de tudo, nunca perdeu sua essência simples e sempre teve compaixão pelo próximo, um exemplo de profissional e pessoa a ser seguido. Obrigada por tudo e em especial por sempre acreditar em mim!!!

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos, Helen e Alan, que apesar da distância sempre se fizeram presentes de alguma forma e por acreditarem em mim; vocês também tornaram esse trabalho possível de ser concretizado. Muito Obrigada!

À minha avó Julia, eita vó..a senhora foi sempre um porto seguro na minha vida e sempre se fez presente na minha caminhada!

À minha tia Lúcia, meu tio Toninho, tio Décio, Carlinhos e José: pessoas que sempre se mostraram presentes demais nessa caminhada e sempre me apoiaram! Obrigada!

Às professoras Adriana Kátia, Zezé Clapis, Conceição e Sueli Nogueira: pessoas que, além de brilhantes profissionais, se tornaram amigas! Agradeço por terem contribuído para o meu crescimento acadêmico e pessoal!

À minha amiga Laiane, mulher de garra e determinação, um exemplo de superação a ser seguido. Obrigada por sempre me ouvir, aconselhar e ensinar pacientemente na vida acadêmica, e sem dúvida na minha vida pessoal!! Obrigada por sua amizade, a você minha amiga: minha eterna gratidão!

Ao meu amigo Léo, sem você esse trabalho não teria se concretizado: caminhamos juntos em todas as etapas dele, e mais do que participar da minha vida acadêmica, faz parte da minha vida pessoal e isso é uma honra! Obrigada meu querido amigo pelas sábias conversas e por sua valiosa amizade!

Às minhas queridas e especiais amigas Sandra Souza e Carolina Lemos, pessoas que me acompanharam nessa árdua e prazerosa caminhada, sempre presente nos momentos bons ou não e que contribuíram demais para minha vida pessoal e profissional. Obrigada por estarem ao meu lado e sempre me ouvirem pacientemente!!

Aos meus queridos amigos, Drieli, Juliana Guima, Emily, Carla, Leandro (Manaus) e Glauco, que de alguma forma estiveram ao meu lado dando apoio e incentivo nessa caminhada e por todo carinho: vocês fizeram parte da minha vida não só acadêmica, mas também pessoal!!

À Grazi e Juliana Minutti. Meninas, vocês fizeram esse trabalho se tornar real e me ensinaram muito ao longo dele, obrigada!

Às amigas Ligiane e Maristela, cada uma de vocês se fez presente em um dado momento desse trabalho, porém, ambas foram, sem dúvidas, primordiais para que ele se concretizasse. Obrigada pelos conselhos e por me ouvirem reclamar (rs)!

À minha amiga Laís Mara, que além de estar ao meu lado ao longo de todas as etapas desse trabalho, me ouvindo e aconselhando, contribuiu valiosamente na construção dele! Muito obrigada por sua dedicação!

À minha querida amiga Taíse, obrigada por sua amizade ao longo de todos esses anos, por seu carinho e paciência em sempre me ouvir atentamente!

Ao meu primo Anderson, pessoa essencial na finalização desse trabalho, minha eterna gratidão!

Ao meu primo Edilson e sua família, pessoas muito importantes na minha caminhada de vida e que, apesar da distância, sempre estiveram presentes! Obrigada pelo carinho!

A toda equipe do Núcleo de Saúde Mental: Ivan, Israel, Marli, Luiza, Karina, Marcos, Flávio e, em especial, à minha amiga e conselheira Ângela Marcia, pessoa brilhante e que tornou possível o desenvolvimento desse trabalho, minha eterna gratidão! Obrigada!

A Kelly, um exemplo de pessoa a ser seguido e que contribuiu muito na elaboração desse trabalho, obrigada pela paciência e pelos ensinamentos!

A Angélica, pessoa maravilhosa, obrigada pelas conversas e em especial por me acolher em sua casa!

À bibliotecária Glória, pela dedicação e ajuda nas referências desse trabalho!

A todos os pacientes que, mesmo diante de todos os seus problemas e dificuldades, se disponibilizaram a participar desse trabalho que tanto contribuiu para o meu aprendizado e crescimento!

A toda equipe da FAAP, que, apesar do pouco tempo de convivência, mostraram-se amigos, não só me ouvindo, mas também dando apoio na finalização desse trabalho!

A todos os amigos da Enfermagem Psiquiátrica e àqueles que posso ter apenas esquecido de mencionar o nome, mas que tenho imenso carinho!

À banca examinadora pelas valiosas contribuições no desenvolvimento desse trabalho e pela dedicação para que ele se concretizasse!

Muito Obrigada!!!!!!!!!!!!!!!!

RESUMO

MERCEDES, Bruna Paiva do Carmo. **Adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com depressão unipolar**. 2013. 123 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Este estudo teve como objetivo investigar a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão unipolar atendidos em um Núcleo de Saúde Mental, localizado em um município do interior paulista. Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, descritivo e com abordagem quantitativa. No entanto, dados qualitativos também foram utilizados para complementar os resultados. A população foi constituída por 168 pacientes com depressão unipolar que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Para a coleta dos dados quantitativos foi empregada a técnica de entrevista estruturada, com a utilização de um questionário para os dados referentes ao perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico, do teste de Medida de Adesão ao Tratamento – MAT e do Inventário de Depressão de Beck. Já para a coleta dos dados qualitativos foi aplicada a técnica de entrevista semi-estruturada gravada, realizada apenas em uma parcela dos pacientes do estudo (N=27). Para análise dos dados quantitativos foi utilizado o aplicativo Stata (versão 10.2) e para os dados qualitativos a Análise Temática, conforme proposta por Minayo. Os resultados revelaram que a maioria dos pacientes era do sexo feminino (84,5%), com idade acima de 50 anos (75%), com a cor da pele branca (76,8%), casada (57,1%) e com renda familiar menor que dois salários mínimos e meio (60,1%). Verificou-se, ainda, que a maioria dos pacientes (71%) foi considerada aderente ao tratamento medicamentoso. Identificou-se maior frequência de adesão aos medicamentos em pacientes sem depressão ou com depressão leve/moderada ($p = 0,031$), viúvos ($p = 0,029$), com cor da pele branca ($p = 0,020$), que realizavam apenas tratamento medicamentoso ($p = 0,034$), que receberam informação sobre o tratamento para depressão ($p = 0,030$) e que compravam o medicamento quando o mesmo estava em falta na rede pública ($p = 0,016$). Observou-se importante déficit de conhecimento dos pacientes em relação ao nome, dose e frequência de administração dos medicamentos, havendo maior porcentagem de adesão entre os pacientes que apresentaram de 51 a 100% de conhecimento em relação à frequência de administração dos medicamentos prescritos ($p = 0,001$). Os depoimentos dos sujeitos da pesquisa resultaram na elaboração de quatro categorias que revelam as principais dificuldades por eles vivenciadas no seguimento da terapêutica medicamentosa: “os sintomas da depressão”, “efeitos limitados e desgastantes da medicação e a polifarmacoterpia”, “a necessidade de apoio” e “pouco conhecimento sobre a depressão e o tratamento”. Constatou-se que, embora a maioria dos pacientes estivesse satisfeita com a equipe de saúde e tratamento, seus depoimentos revelavam déficit de conhecimento sobre os medicamentos, dúvidas e queixas relacionadas ao atendimento. Espera-se que os resultados desta pesquisa forneçam subsídios para se repensar as estratégias de intervenção utilizadas nos serviços de saúde direcionadas à adesão ao tratamento medicamentoso por pessoas com depressão unipolar, visando o seu sucesso terapêutico.

Descritores: Depressão; Adesão à Medicação; Pacientes Ambulatoriais; Satisfação do Paciente.

ABSTRACT

MERCEDES, Bruna Paiva do Carmo. **Drug treatment adherence in patients with unipolar depression**. 2013. 123 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

The objective of this study was to investigate adherence to drug treatment in patients with unipolar depression followed at a Mental Health Center of a city in Upstate São Paulo. This retrospective, cross-sectional, descriptive study was performed using a quantitative approach. Nevertheless, qualitative data were also used to complement the results. The study population consisted of 168 patients with unipolar depression, who complied with the established inclusion and exclusion criteria. The quantitative data were collected by means of structured interviews, using a questionnaire for demographic, socioeconomic, clinical and pharmacotherapeutic data, the Measurement of Adherence to Treatment – MAT and the Beck's Depression Inventory. The qualitative data, on the other hand, were collected using recorded semi-structured interviews, which were performed with only part of the sample (N=27). The quantitative data analysis was performed using the Sata application (version 10.2), while qualitative data were submitted to Thematic Analysis, as proposed by Minayo. The results revealed that most patients were women (84.5%), older than 50 years of age (75%), of white skin (76.8%), married (57.1%) and with a family income of less than 2.5 minimum salaries (60.1%). It was also observed that most patients (71%) adhered to the drug treatment. Patients with the best treatment adherence, were those with mild/moderate or no depression ($p = 0.031$), widowed ($p = 0.029$), of white skin ($p = 0.020$), whose treatment was only drug-based ($p = 0.034$), who had been instructed regarding the depression treatment ($p = 0.030$) and who bought the medication even when the public health service was unable to supply ($p = 0.016$). An important knowledge deficit was observed among the patients regarding the name, dose and administration frequency of the drugs, with better adherence among patients who presented 51 to 100% knowledge regarding the administration frequency of the prescribed drugs ($p = 0.001$). Based on the study subjects' reports, four categories were obtained to describe the main difficulties they faced in following the drug treatment: "the symptoms of depression", "limited and wearing effects of the drugs and polypharmacotherapy", "the need for support" and "little knowledge about depression and its treatment". It was found that, regardless of most patients being satisfied with the health team and the treatment, their reports revealed knowledge deficit regarding the drugs, as well as questions and complaints related to the service. It is expected that the present study results serve as the basis to reconsider the intervention strategies used by health services aiming at achieving drug treatment adherence in people with unipolar depression, with a view to a successful treatment outcome.

Descriptors: Depression; Medication Adherence; Outpatients; Patient Satisfaction.

RESUMÉN

MERCEDES, Bruna Paiva do Carmo. **Adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes con depresión unipolar**. 2013. 123 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Este estudio objetivó investigar la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes con depresión unipolar atendidos en un Núcleo de Salud Mental, ubicado en municipio del interior paulista. Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, con abordaje cuantitativo. No obstante, también fueron utilizados datos cualitativos para complementar los resultados. La población se constituyó de 168 pacientes con depresión unipolar, que atendían los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Datos cuantitativos recolectados mediante entrevista estructurada, utilizando un cuestionario para datos relativos al perfil demográfico, socioeconómico, clínico y fármaco-terapéutico, test de Medida de Adhesión al tratamiento – MAT– e Inventario de Depresión de Beck. Para recolectar los datos cualitativos, fue aplicada la técnica de entrevista semiestructurada grabada, realizada solamente en una porción de los pacientes del estudio (N=27). Los datos cuantitativos fueron analizados utilizando la aplicación Stata (versión 10.2) y, para los datos cualitativos, el Análisis Temático, según la propuesta de Minayo. Los resultados expresaron que la mayoría de los pacientes era de sexo femenino (84,5%), con edad superior a 50 años (75%), de piel blanca (76,8%), casadas (57,1%) y con ingresos familiares inferiores a dos y medio salarios mínimos (60,1%). Se verificó también que la mayoría de los pacientes (71%) fue considerada adherente al tratamiento farmacológico. Se identificó mayor frecuencia de adhesión farmacológica en pacientes sin depresión o con depresión leve/moderada (p=0,031), viudos (p=0,029), de piel blanca (p=0,020), realizando sólo tratamiento farmacológico (p=0,034), que recibieron información sobre el tratamiento de la depresión (p=0,030) y que compraban su medicamento cuando el mismo estaba en falta en la red pública (p=0,016). Se observó importante déficit de conocimiento de los pacientes acerca del nombre, dosis y frecuencia de administración de los medicamentos, existiendo mayor porcentaje de adhesión entre los pacientes que presentaron de 51 a 100% de conocimiento sobre la frecuencia de administración de los medicamentos prescriptos (p=0,001). Los testimonios de los sujetos de la investigación resultaron en la elaboración de cuatro categorías, que revelaron las principales dificultades experimentadas por ellos en el seguimiento de la terapia medicamentosa: “los síntomas de la depresión”, “efectos limitados y desgastantes de la medicación y la poli-farmacoterapia”, “la necesidad de apoyo” y “escaso conocimiento sobre la depresión y su tratamiento”. Se constató que, a pesar de que la mayoría de los pacientes estuviera satisfecha con el equipo de salud, sus testimonios expresaron déficit de conocimientos sobre los medicamentos, dudas y quejas respecto de la atención. Se espera que los resultados de esta investigación ofrezcan ayuda para reconsiderar las estrategias de intervención utilizadas en los servicios de salud, orientadas a la adhesión al tratamiento farmacológico de personas con depresión unipolar, apuntando al éxito terapéutico.

Descriptores: Depresión; Cumplimiento de la Medicación; Pacientes Ambulatorios; Satisfacción del Paciente.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas dos sujeitos do estudo. Ribeirão Preto - SP, 2013..... 48

Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com os medicamentos antidepressivos e ansiolíticos utilizados no tratamento. Ribeirão Preto – SP, 2013..... 51

Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com os medicamentos antipsicóticos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos e anticolinérgicos utilizados no tratamento. Ribeirão Preto - SP, 2013..... 54

Tabela 4 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo o Inventário de Beck. Ribeirão Preto-SP, 2013..... 57

Tabela 5 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Ribeirão Preto - SP, 2013..... 59

Tabela 6 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo perfil clínico dos sujeitos do estudo. Ribeirão Preto - SP, 2013... 62

Tabela 7 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e grau de conhecimento do nome, dose e frequência de administração dos medicamentos utilizados pelos sujeitos do estudo. Ribeirão Preto – SP, 2013..... 66

Tabela 8 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e informações sobre o medicamento para depressão, confiança na informação recebida, satisfação com informação recebida sobre o medicamento e aceitação do número de vezes que toma medicamento. Ribeirão Preto – SP, 2013..... 68

Tabela 9 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e informações sobre a depressão, satisfação com a informação recebida sobre a depressão e confiança no acompanhamento médico. Ribeirão Preto – SP, 2013..... 70

Tabela 10 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e uso de outros medicamentos, quantidade total de medicamentos utilizados, número de comprimidos e aquisição do medicamento na falta na rede pública. Ribeirão Preto – SP, 2013..... 71

Tabela 11 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e reação desagradável ao medicamento. Ribeirão Preto – SP, 2013..... 72

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo de alocação dos participantes do estudo. Ribeirão Preto - SP, 2013..... 38

Figura 2 - Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com as classes farmacológicas dos medicamentos em utilização. Ribeirão Preto – SP, 2013..... 51

Figura 3 - Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com a adesão ao tratamento medicamentoso. Ribeirão Preto - SP, 2013..... 55

Figura 4 - Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo a classificação dos pacientes a partir do Inventário de Beck. Ribeirão Preto-SP, 2013..... 57

Figura 5 - Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com o grau de conhecimento do nome, dose e frequência de administração dos medicamentos..... 66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Exemplo de paciente não aderente ao tratamento..... 40
Quadro 2 - Exemplo de paciente aderente ao tratamento..... 40

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
AVI	Anos Vividos com Incapacidade
AVAIs	Anos de Vida Perdidos Ajustados com Incapacidade
TDM	Transtorno Depressivo Maior
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças
iMAOs	Inibidores da Monoaminaoxidase
ADTs	Antidepressivos Tricíclicos
ISRSs	Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina
MAO	Monoaminaoxidase
5-HT	5-hidroxitriptamina
NA	Noradrenalina
DA	Dopamina
IRSN	Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina
NSM	Núcleo de Saúde Mental
MAT	Teste de Medida de Adesão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18
1.1 PANORAMA GERAL DA DEPRESSÃO UNIPOLAR 19
1.2 DEPRESSÃO UNIPOLAR E TRATAMENTO FARMACOLÓGICO 22
1.3 ADESÃO E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO 26

2 HIPÓTESE 31

3 OBJETIVO 33

4 MÉTODOS 35
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO 36
4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO 37
4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO 38
4.3.1 Variável dependente 38
4.3.2 Variáveis independentes 41
4.3.2.1 Variável principal 41
4.3.2.2 Variáveis demográficas e socioeconômicas 41
4.3.2.3 Variáveis relacionadas ao perfil farmacoterapêutico e clínico 42
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS 44
4.5 PROCESSAMENTO DOS DADOS 45
4.6 ANÁLISE DOS DADOS 45
4.6.1 Análise estatística 45
4.6.2 Análise qualitativa 45
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 46

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 47
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO 48
5.2 CARACTERIZAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA DOS PACIENTES DO ESTUDO 50
5.3 ADESÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO 55
5.4 A ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES A PARTIR DO INVENTÁRIO DE BECK 56

5.5 ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO, SEGUNDO VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DOS SUJEITOS DO ESTUDO..... 58

5.6 ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E VARIÁVEIS CLÍNICAS DOS SUJEITOS DO ESTUDO..... 62

5.7 ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO, SEGUNDO O PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DOS SUJEITOS DO ESTUDO..... 65

5.8 DIFICULDADES RELACIONADAS AO SEGUIMENTO DA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA..... 74

5.8.1 Satisfação com a equipe de saúde: a gratidão pelo tratamento "gratuito"..... 85

6 CONCLUSÕES..... 88

REFERÊNCIAS..... 92

APÊNDICE A..... 114

APÊNDICE B..... 115

ANEXO A..... 120

ANEXO B..... 121

ANEXO C..... 122

1 INTRODUÇÃO

1.1 PANORAMA GERAL DA DEPRESSÃO UNIPOLAR

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que uma em cada quatro pessoas no mundo irá experimentar uma condição de saúde mental ao longo da vida (WHO, 2012). Esta estatística faz parte do quadro de doenças crônicas não transmissíveis, que representam um problema de saúde global, além de uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. Tal prevalência se deve à depressão, às psicoses e aos transtornos atribuíveis ao uso inadequado do álcool (SCHMIDT et al., 2011). Sua incidência recai especialmente sobre países de baixa e média renda (WHO, 2005).

As estimativas da Organização Mundial da Saúde são preocupantes no que se refere aos transtornos psiquiátricos, principalmente à depressão. De acordo com um levantamento da instituição, a depressão afeta mais de 340 milhões de pessoas em todo o mundo e gera graves consequências, como o prejuízo funcional e altas taxas de morbidade e mortalidade, além disso, estima-se que, até 2030, a depressão ocupe o primeiro lugar como principal causa de anos perdidos por incapacidade, caracterizando-se um grave problema de saúde pública (WHO, 2009). Atualmente, a depressão é a principal causa de incapacidade, quando medida pelo AVI (Anos Vividos com Incapacidade), e a segunda causa de AVAIs (Anos de Vida Perdidos Ajustados com Incapacidade) entre as pessoas na faixa etária de 15 a 44 anos, para ambos os sexos (WHO, 2012).

Uma metanálise com 23 estudos que abordaram a prevalência e incidência de depressão identificou a prevalência desta, sendo em torno de 4,1% em um ano e 6,7% em toda a vida (WARAICH et al., 2004). Porém, estes dados contrastam com o principal estudo norte-americano sobre o tema, que encontrou, respectivamente, 6,6% em um ano e 16,2% em toda a vida (KESSLER et al., 2003).

De acordo com dados publicados na *World Health Survey* (WHO, 2010), no levantamento mundial de saúde do ano de 2003, 18,8% dos brasileiros referiram ter sido diagnosticados com depressão unipolar nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, porém, em outro estudo, realizado em dez países desenvolvidos e oito países em desenvolvimento, obteve-se como resultado a maior prevalência de depressão na região metropolitana de São Paulo (KESSLER et al., 2010). Verifica-se, assim, que a depressão unipolar está bastante presente entre a população brasileira, podendo resultar em sérios prejuízos para o paciente, além do custo elevado para a economia do país.

A depressão unipolar acomete pessoas de todos os gêneros, idades e origens (WHO, 2012). A literatura revela, todavia, que é mais frequente a ocorrência do primeiro episódio na

adolescência e início da vida adulta, e entre as mulheres, principalmente, devido às alterações hormonais (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2002; SARTORIUS, 2005).

Diante deste contexto é relevante conceituar e caracterizar a depressão unipolar para o melhor entendimento da construção do objeto de estudo desta pesquisa. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a depressão unipolar é um transtorno mental comum, que se apresenta com humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa, diminuição da concentração e energia, baixa autoestima e distúrbios do sono ou apetite. Este problema pode vir a se tornar crônico ou recorrente e resultar em deficiências substanciais na capacidade do indivíduo para cuidar de suas responsabilidades diárias (WHO, 2012).

Vale ressaltar que a depressão unipolar pode ser subdividida em três classificações: depressão leve, moderada e grave, além da depressão com sintomas psicóticos. Na depressão leve geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença dos mesmos, mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades. Na forma moderada da depressão usualmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina. Já na depressão grave, a grande maioria dos sintomas é marcante e angustiante, tipicamente a perda da autoestima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e os atos suicidas são comuns e observa-se, em geral, uma série de sintomas "somáticos" (OMS, 2008).

A depressão pode classificar-se ainda como transtorno depressivo maior (TDM), nesse caso o DSM-IV-TR especifica que pelo menos cinco dos nove sintomas apresentados anteriormente, de acordo com os critérios diagnósticos citados pela Organização Mundial de Saúde, devem estar presentes e, obrigatoriamente, um deles é o humor deprimido. O TDM caracteriza-se por episódios depressivos maiores únicos ou recorrentes. Desse modo, o transtorno depressivo maior pode corresponder aos diagnósticos de episódio depressivo ou de transtorno depressivo recorrente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000; BAUER et al., 2009).

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10), nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão (leve, moderado ou grave), o paciente apresenta rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade (OMS, 2008). A depressão pode apresentar-se ainda na forma de episódio depressivo grave com sintomas psicóticos, sendo este acompanhado de alucinações, ideias delirantes, lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, desidratação ou ainda de

desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo (OMS, 2008).

Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio (BRUCE et al., 2004; CIECHANOWSKI et al., 2004; CONWELL; DUBERSTEIN, 2001; OLIÊ; COSTA E SILVA; MACHER, 2005; SARTORIUS, 2005; WHO, 2012). Ressalta-se que o suicídio é uma trágica fatalidade associada com a perda de cerca de 850.000 vidas a cada ano (WHO, 2012). A literatura aponta que a relação entre suicídio e depressão é estreita, sendo aquele, ainda hoje, considerado, por muitos, um sintoma ou uma consequência desta. De fato, a associação entre eles ainda constitui um importante dado replicado na literatura psiquiátrica (VIEIRA; SARAIVA; COUTINHO, 2010).

Vale destacar que os episódios depressivos podem ocorrer, também, no contexto do transtorno afetivo bipolar. Este se caracteriza por um ou mais episódios maníacos ou hipomaníacos, geralmente alternados com um ou mais episódios depressivos. Embora sejam utilizados os mesmos critérios diagnósticos para as depressões bipolar e unipolar, elas são tratadas de modo diferente do ponto de vista farmacológico (THASE, 2006).

Conforme descrito, a depressão é uma condição crônica associada a níveis altos de incapacitação funcional e a persistência dos sintomas está ainda relacionada ao aumento das taxas de recaídas e do risco de suicídio (BENEDETTI et al., 2008; FLECK et al., 2003, 2009; VERSIANI, 2004), além do grave sofrimento psíquico e físico que pode levar à má evolução de doenças clínicas concomitantes (MOUSSAVI et al., 2007; TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005). É de se considerar que o impacto social da depressão inclui tanto a incapacidade individual quanto o fardo familiar associado ao transtorno (PAULIN; REIS; RODRIGUES, 2008). Há, ainda, um significativo comprometimento nos aspectos ocupacionais e em outras áreas de funcionamento, por exemplo, no âmbito financeiro (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; MURRAY; LOPEZ, 1996).

O impacto econômico atribuído à depressão é muito alto. O custo total de gastos com o referido transtorno mental cresce a cada ano, situação que vem sendo agravada pelo fato de ainda haver um baixo investimento em saúde mental, com metade dos indivíduos com depressão não tendo acesso ao tratamento adequado. No Reino Unido, por exemplo, o gasto com a depressão é maior do que com a diabetes e a hipertensão arterial sistêmica juntos (SCOTT; DICKEY, 2003).

Anualmente, a depressão acarreta gasto econômico estimado em 83 bilhões de dólares nos Estados Unidos (DONOHUE; PINCUS, 2007) e 118 bilhões de euros na Europa (SOBOCKI et al., 2006), uma vez que os pacientes deprimidos apresentam grandes limitações

para desempenhar suas atividades cotidianas, levando-os a procurar mais os serviços de saúde.

Segundo divulgação da Organização Mundial de Saúde, os recursos disponíveis para a saúde mental são insuficientes, distribuídos desigualmente e utilizados de forma ineficaz. Na maioria dos países, menos de 2% dos fundos de saúde são gastos com a saúde mental. Como resultado, a grande maioria das pessoas com transtornos mentais não recebem nenhum cuidado (WHO, 2012). O custo *per capita* anual de cada cidadão deprimido nos EUA é de seis mil dólares. No Brasil não foram encontradas estimativas acerca do custo social desta doença, o que pode demonstrar a fragilidade na construção de indicadores nacionais a este respeito (CUNHA, 2006). Evidencia-se, desse modo, que a depressão unipolar requer um olhar mais atento por parte dos órgãos governamentais, das instituições responsáveis pelo cuidado em saúde e das universidades, uma vez que a sua ocorrência, em algumas ocasiões, está atrelada a eventos estressores que acontecem na vida rotineira das pessoas.

1.2 DEPRESSÃO UNIPOLAR E TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

No que se refere ao tratamento da depressão unipolar, faz-se necessário que o mesmo considere a multiplicidade de fatores inter-relacionados ao processo depressivo. O tratamento deve levar em conta a complexidade do ser humano e, assim, prover medidas que compreendam a dimensão biológica, psicológica e social da pessoa que apresenta este quadro psicopatológico (CUNHA, 2006).

Desse modo, o tratamento da depressão unipolar compreende manejos de diferentes ordens, os quais têm por objetivos: melhorar a qualidade de vida, diminuir a necessidade de hospitalização, minimizar o risco de suicídio e reduzir as reincidências das crises depressivas, ou seja, eliminar sintomas, recuperar a capacidade funcional e social e impedir a recorrência da doença (WANNMACHER, 2004).

Quanto ao tratamento farmacoterapêutico, foco desta investigação, vale mencionar que existem diversas teorias neuroquímicas e diferentes tipos de fármacos usados para o tratamento da depressão unipolar, pois sua causa específica ainda não é conhecida, há achados sugerindo que a doença possua fisiopatologia multifatorial (PREDA et al., 2012). Existem evidências de que fatores somáticos, genéticos e ambientais estejam envolvidos com a doença, destacando-se, especialmente, os distúrbios na função hipotalâmica e de neurotransmissão (BRASIL, 2012).

A teoria monoaminérgica clássica da depressão propõe que ela seja causada pela diminuição da noradrenalina cerebral, proposta feita por Schildkraut e Kety na década de 60, e uma diminuição da serotonina, posteriormente proposta por Lapin e Oxenkrug (GRAEFF; GUIMARÃES, 2005; SADOCK; SADOCK, 2007). Assim, os medicamentos utilizados no tratamento da depressão são classificados com base no neurotransmissor e no receptor envolvido em seu mecanismo de ação, e atualmente conta com os inibidores da monoaminaoxidase (iMAOs), com os antidepressivos tricíclicos (ADTs), os inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRSs), e os antidepressivos atípicos (STAHL, 2002; USALA et al., 2008).

Os iMAOs estiveram entre os primeiros fármacos introduzidos clinicamente como antidepressivos, mas foram superados pelos tricíclicos e outros tipos de antidepressivos, cujas eficácias clínicas foram consideradas melhores e cujos efeitos colaterais, em geral, são menores do que os dos iMAOs. Seu mecanismo de ação consiste na inibição da enzima monoamina oxidase (MAO), que é responsável pela degradação de 5-HT (5-hidroxitriptamina), noradrenalina (NA) e dopamina (DA). Alguns iMAOs podem ter efeito inibitório sobre a recaptação noradrenérgica e serotoninérgica, assim como ação simpaticomimética direta. Os principais efeitos colaterais dos iMAOs incluem hipotensão, tremores, excitação, insônia, aumento do apetite e consequente ganho de peso, além de boca seca, visão embaçada e retenção urinária. A interação com outros fármacos e alimentos é o problema mais grave dos iMAOs e é o principal fator que causou declínio do seu uso clínico. Uma das principais interações consiste na sua reação com alimentos contendo tiramina, um exemplo é seu uso concomitante com a ingestão de queijo, que pode levar o paciente a uma intensa crise hipertensiva. Tais reações podem ocorrer até duas semanas após a interrupção do tratamento, porém, esse tipo de reação ocorre com o uso de iMAOs irreversíveis. Os principais representantes desta classe no Brasil são a selegilina e a tranilcipromina (BRASIL, 2012; HIRSCH; BIRNBAUM, 2012; PAULIN; REIS; RODRIGUES, 2008; RANG et al., 2007; SAIZ RUIZ; MONTES RODRÍGUEZ, 2005).

Os ADTs ainda são amplamente usados, seu mecanismo de ação consiste em reduzir a recaptação de 5-HT e NA, aumentando a disponibilidade desses neurotransmissores na fenda sináptica. Seus principais efeitos colaterais incluem sedação, confusão e falta de coordenação motora. Tais efeitos ocorrem nos pacientes com depressão nos primeiros dias de tratamento, mas tendem a ir desaparecendo em torno de uma ou duas semanas, quando de fato se desenvolve o efeito antidepressivo. Porém, após esse período, podem causar boca seca, visão embaçada, constipação, retenção urinária, dificuldade de concentração, ganho de peso,

disfunção sexual, entre outros efeitos. A superdosagem destes medicamentos pode causar arritmias ventriculares. Alguns antidepressivos dessa classe são a imipramina, a amitriptilina, clomipramina, nortriptilina, desipramina, a maprotilina, entre outros (MIRANDA et al., 2010; RANG et al., 2007; SAIZ RUIZ; MONTES RODRÍGUEZ, 2005).

Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) são o grupo de antidepressivos mais comumente prescrito, pois apresentam uma menor probabilidade de causar reações adversas do que os ADTs e os iMAOs, além de serem tão eficazes quanto os mesmos para tratar de depressão moderada, mas, provavelmente, menos eficazes que os ADTs para tratar de depressão grave. Seu mecanismo de ação consiste em inibir a recaptação de 5-HT na fenda sináptica, aumentando a disponibilidade da monoamina e, consequentemente, a atividade serotoninérgica; por serem seletivos não exercem ação sobre NA e DA. Entre os seus efeitos colaterais mais comuns estão as náuseas, anorexia, cefaleia, insônia e redução da libido. Apesar dos efeitos colaterais que podem aparecer, eles são mais bem tolerados que as demais classes, visto que possuem melhor perfil de segurança, e mesmo em casos de superdosagem apresentam baixa toxicidade. Os principais medicamentos dessa classe incluem a fluoxetina, a fluvoxamina, a paroxetina, a sertralina, o citalopram e o escitalopram (PREDA et al., 2012; RANG et al., 2007; SILVA; ANDRADE, 2008). Por serem bem tolerados e não diferirem quanto à eficácia quando comparados aos demais antidepressivos, os ISRS constituem atualmente a primeira linha de tratamento (BRASIL, 2012).

Os antidepressivos atípicos formam um grupo heterogêneo de medicamentos, não possuem mecanismo de ação comum e atuam principalmente como antagonistas não seletivos dos receptores pré-sinápticos. Entre eles estão os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN). Os dois medicamentos que representam essa classe são a venlafaxina e a duloxetina, sendo o primeiro um potente inibidor da recaptação de 5-HT e de NA, com baixa atividade sobre a DA (HIRSCH; BIRNBAUM, 2012; SAIZ RUIZ; MONTES RODRÍGUES, 2005). Os efeitos colaterais da venlafaxina caracterizam-se por náusea, vômito, insônia, vertigem e cefaleia (SAIZ RUIZ; MONTES RODRÍGUES, 2005). Os dois primeiros sintomas tendem a desaparecer com o decorrer de sua utilização; em altas doses pode ocorrer elevação transitória dose-dependente da pressão arterial, devendo-se, portanto, monitorá-la durante o tratamento, uma vez que em pacientes hipertensos o uso deve ser limitado (SAIZ RUIZ; MONTES RODRÍGUES, 2005; STOPPE, 2006). A duloxetina inibe a recaptação de 5-HT e de NA, com atividade equilibrada entre as duas aminas (SAIZ RUIZ; MONTES RODRÍGUES, 2005). Os efeitos adversos mais comuns são náusea, constipação e

boca seca, podendo ainda ocorrer prurido, diarreia, vômito, disfunção sexual e alterações do sono (HIRSCH; BIRNBAUM, 2012).

Existem ainda outros antidepressivos que não se enquadram em nenhuma das classes farmacológicas citadas acima, como a mirtazapina, a bupropiona e a trazodona. Os efeitos colaterais mais comuns da mirtazapina são alteração do sono, boca seca, aumento do apetite e ganho de peso; já os efeitos colaterais mais observados na bupropiona são cefaleia, insônia, ansiedade, irritabilidade, distúrbios visuais, boca seca, constipação, náusea e perda de apetite (HIRSCH; BIRNBAUM, 2012). A trazodona apresenta como efeitos colaterias a sedação, hipotensão ortostática, náusea, arritmias cardíacas e, raramente, pode causar priapismo (HIRSCH; BIRNBAUM, 2012; STOPPE, 2006).

Entretanto, mesmo com todo o aparato farmacológico disponível, há pacientes que ainda necessitarão de outras modalidades terapêuticas para o sucesso do tratamento para depressão unipolar, seja como um tratamento primário ou adjuvante à farmacoterapia. A psicoterapia frequentemente é a modalidade mais empregada e efetiva nos três graus de depressão: leve, moderada ou grave. Sua efetividade na depressão é tão ou mais relevante do que a farmacoterapia ou outros tipos de intervenções psicológicas (LEBOW, 2012). A literatura revela que essa modalidade de tratamento tem apresentado benefícios adicionais notáveis, uma vez que pode apresentar uma resposta mais duradoura em comparação com o tratamento farmacológico, além de poder proporcionar um efeito protetor quanto às recorrências do transtorno (HOLLON et al., 2005).

Atualmente, existem muitos tipos de psicoterapias e que são baseadas em evidências, como: psicoterapia cognitiva e comportamental, psicoterapia psicodinâmica, psicoterapia interpessoal e entrevista motivacional, sendo as três primeiras as mais indicadas para o tratamento da depressão unipolar (LEBOW, 2012).

Constata-se que embora a farmacoterapia seja a intervenção mais frequentemente utilizada no cuidado a esses pacientes, os tratamentos psicossociais podem representar importante alternativa, em especial na redução dos sintomas de depressão leve e moderada (WOLF; HOPKO, 2008). Outro aspecto relevante é o fato de que muitos pacientes encontram dificuldades para seguir corretamente o tratamento medicamentoso prescrito, com consequente piora dos sintomas do transtorno, e isso se deve, entre outros aspectos, ao tempo necessário para a obtenção dos benefícios com o medicamento. Desse modo, a associação de outra modalidade terapêutica ao tratamento farmacológico pode ser importante estratégia para evitar a não adesão ao mesmo, principalmente durante as primeiras semanas de tratamento.

1.3 ADESÃO E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Desde 1950 consistentes evidências têm sido obtidas acerca da efetividade do tratamento farmacológico nas depressões. Os medicamentos antidepressivos têm reduzido a morbidade e melhorado o desfecho clínico de milhares de casos de depressão em todo o mundo (LIMA; SOUGEY; VALLADA-FILHO, 2004).

Apesar dos resultados positivos, os antidepressivos apresentam algumas limitações, pois seus efeitos terapêuticos, no que se refere aos sintomas subjetivos da depressão, começam apenas depois de duas a seis semanas, porém, os efeitos colaterais surgem no início do tratamento (BRASIL, 2012; RATES, 2001; SADOCK; SADOCK, 2007; STUART; LARAIA, 2001). Desse modo, na prática terapêutica, o tempo de latência para o início do efeito antidepressivo pode estar associado à redução da adesão do paciente ao tratamento, figurando como um importante fator na desistência do tratamento com antidepressivos, principalmente na presença de efeitos colaterais (CUNHA; GANDINI, 2009; LEHNE, 2003).

Mesmo com os benefícios ocasionados pelo uso dos medicamentos, a literatura aponta que a adesão aos antidepressivos tem sido relativamente baixa, em torno de 40 a 90% em diferentes estudos, com uma média de 65% (FLECK et al., 2009). As taxas de interrupção são maiores no primeiro mês do tratamento (CUNHA; GANDINI, 2009).

Entende-se 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). Pode também ser definida como um conjunto de comportamentos, tais como: tomar a medicação, seguir dietas ou executar mudanças de hábitos de vida que coincidam com o regime terapêutico prescrito (ALMEIDA et al., 2007). Leite e Vasconcelos (2003) referem que há adesão quando são seguidas pelo menos 80% das prescrições no seu total.

Silveira e Ribeiro (2005, p. 95), ao refletirem sobre o significado etimológico da palavra adesão, descrevem-na como “junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo”. Desse modo, a adesão ao tratamento consistiria num processo multifatorial estruturado mediante uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado, que considera a frequência, a constância e a perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Esta definição poderia mediar a reflexão de que o vínculo entre profissional e paciente seria um fator estruturante e de consolidação do processo de adesão (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Todavia, um aspecto relevante a ser mencionado, quando se aborda a adesão, consiste na complexidade encontrada pelos profissionais para conseguir demonstrar a eficácia de um tratamento, pois existem dificuldades para evitar os erros na comprovação da eficácia de novas medicações e na comparação dos seus efeitos com as drogas tradicionais, ou com o placebo. Um dos fatores geradores de erro, que nem sempre recebe a devida consideração, recai sobre o fato de identificar, exatamente, se o paciente está tomando a medicação conforme lhe foi prescrita (ROSA; ELKIS, 2007).

A não adesão é considerada, atualmente, como a principal causa para o aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde (TELLES-CORREIA et al., 2008). Assim, não aderir ao regime terapêutico influencia diretamente no sucesso dos tratamentos, o que implica ainda em custos significativos em termos médicos e sociais. Estima-se que 30 a 50% dos pacientes, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico (VERMEIRE et al., 2001).

Alguns estudos sobre adesão em doenças crônicas demonstram que frequentemente pacientes deixam de tomar as medicações ou nem mesmo iniciam o seu uso, pois consideram seus efeitos insatisfatórios ou presenciam seus efeitos colaterais indesejáveis (BALDESSARINI; PERRY; PIKE, 2008; FARIA, 2008; MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009; TSCHONER; FLEISCHHACKER; EBENBICHLER, 2009). É necessário, porém, que as medicações apresentem poucos efeitos adversos para que ocorra boa adesão ao tratamento, sendo estes fatores intrinsicamente relacionados aos distintos antidepressivos (BRASIL, 2012).

As medicações antidepressivas têm sido consideradas como eficazes no tratamento de todos os graus de depressão, promovendo melhora ou até mesmo eliminando os sintomas (AKERBLAD, 2007; FLECK et al. 2003; MARQUES, 2000). Evidencia-se que esses fármacos auxiliam na manutenção e prevenção de recorrência em qualquer ambiente de tratamento e em pacientes com ou sem doenças físicas concomitantes (MARQUES, 2000).

Na fase aguda, o paciente inicia o tratamento com o objetivo de alcançar a remissão dos sintomas. Essa fase dura de seis a doze semanas e quando o tratamento é bem sucedido o paciente retorna a um estado praticamente isento de sintomas. Aconselha-se dar continuidade ao tratamento, pois o risco de recidiva dos sintomas é muito alto nos primeiros quatro a seis meses após a recuperação, sendo que um dos maiores erros no tratamento da depressão unipolar é a falha em continuar seguindo-o por um período suficiente. Em geral, essa fase dura de quatro a nove meses. Por último, recomenda-se a fase de manutenção, que visa evitar

a reincidência ou retorno de um novo episódio da doença (FLECK et al., 2009; STUART, 2002).

Para que a farmacoterapia promova algum efeito terapêutico é necessário o transcurso de um período de pelo menos duas semanas. Destaca-se ainda que, para que ocorra a redução expressiva dos sintomas, os antidepressivos devem ser utilizados por pelo menos quatro semanas. Além disso, é necessário atingir as doses terapêuticas sem ultrapassar as doses toleradas pelo paciente e garantir a adesão ao tratamento (BRASIL, 2004, 2011). A literatura revela que os pacientes que respondem ao tratamento com antidepressivos devem dar-lhe continuidade utilizando a mesma dosagem por um período mínimo de 9 a 12 meses (FLECK et al., 2003; SADOCK; SADOCK, 2007; STUART; LARAIA, 2001). Para Reiners (2008), um dos fatores que justificam a baixa adesão ao medicamento é a duração do tratamento, pois, muitas vezes, é difícil segui-lo de forma regular.

É fato a existência de vários fatores contribuintes para o uso inadequado dos psicotrópicos. Dentre tais fatores está a deficiência no diagnóstico para depressão, bem como para o tratamento adequado (ARANTES, 2007). O subdiagnóstico está presente em todos os níveis de atenção, podendo chegar a 50-60% em cuidados primários. Tal aspecto aponta para a necessidade de instrumentalizar os profissionais para a identificação e tratamento precoces já na atenção primária, pois menos de 25% das pessoas afetadas (em alguns países menos de 10%) recebem tratamento, e isso se deve às barreiras para o atendimento eficaz, que incluem a falta de recursos, a falta de provedores treinados e o estigma social associado aos transtornos mentais (BRASIL, 2012; SILVA; FUREGATO; COSTA JUNIOR, 2003; WHO, 2012). Com o diagnóstico precoce os medicamentos antidepressivos e a psicoterapia são eficazes para 60-80% das pessoas afetadas, com possibilidade de tratamento na atenção primária (WHO, 2012).

Nos estudos de adesão à terapêutica medicamentosa também estão presentes os casos em que o tratamento afeta a relação com a atividade profissional, como medicamentos que causam sonolência em guardas-noturnos, ou em casos nos quais afetam a vida social, como a indicação da não utilização de bebidas alcoólicas (GOLDBERG; COHEN; RUBIN, 1998; LEITE et al., 2002, MIASSO, 2006).

O conhecimento disponível ao paciente sobre a doença e o tratamento, sua percepção e eventual preocupação em relação ao diagnóstico, ao prognóstico e à evolução, ao tempo de duração e à gravidade da doença, bem como possíveis experiências repetidas com hospitalizações são, também, fatores de extrema importância, no que se refere ao uso correto dos medicamentos (DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001; MIASSO, 2006).

É fato que a adesão ao tratamento é um fenômeno complexo e influenciado por vários fatores, sendo que a crença do paciente acerca do medicamento pode ser a chave em relação à adesão à terapia medicamentosa, pois muitas vezes o paciente não acredita que precisa do medicamento. Tal aspecto pôde ser confirmado em estudo que acompanhou, durante um ano, 95 pacientes com prescrição de antidepressivos e constatou que 68% deles interromperam o tratamento e que a probabilidade de adesão era menor quando os pacientes acreditavam que não necessitavam de cuidados psiquiátricos ou que seus problemas eram pequenos (GONZÁLEZ et al., 2005).

Ressalta-se que, frequentemente, os pacientes tomam decisões sobre tomar ou não um medicamento baseados nas informações que recebem sobre o mesmo (GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009). Para Faria (2008), devido à complexidade que envolve o fenômeno da adesão, todos os aspectos relacionados à mesma devem ser levados em consideração, pelos profissionais de saúde.

Por meio de um estudo bibliográfico sobre adesão e não adesão de pessoas a distintos tratamentos de saúde foi possível notar que as concepções sobre o assunto contidas nas pesquisas encontraram uma perspectiva limitada e reduzida do papel do paciente no seu processo de tratamento, uma vez que ele passa a ser visto como um sujeito submisso tanto ao profissional quanto ao serviço de saúde, e não propriamente como um sujeito ativo e participante no processo de conviver com a doença e o tratamento (REINERS et al., 2008). O estudo de Reiners et al. (2008), retrata ainda, que a maior parte de responsabilidade pela adesão/não adesão ao tratamento é conferida ao paciente, sendo imprescindível que os profissionais e serviços de saúde atuem como corresponsáveis nesse processo, uma vez que somente abordam a questão da adesão/não-adesão sob suas perspectivas, ignorando as do paciente, ou seja, deixam de considerar a variabilidade e negam a legitimidade dos comportamentos que diferem de suas prescrições. Desse modo, há que se considerar essa questão sob outra ótica, não deixando de levar em conta a subjetividade do paciente, assim como suas necessidades e dificuldades, mais do que a precisão com que eles seguem as recomendações que lhes são prescritas.

Nesse contexto, vários estudos trazem como questão central o papel do profissional de saúde na adesão ao tratamento. Esses estudos mostram que um dos fatores decisivos para a adesão ao tratamento é a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no médico (MARINKER; SHAW, 2003; NEMES et al., 2009; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; TEIXEIRA; PAIVA; SHIMMA, 2000).

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito constitui um dos problemas mais frustrantes para a equipe de saúde mental (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003). A prática profissional mostra que, muitas vezes, a não adesão à terapia medicamentosa resulta em reinternação hospitalar. Tal aspecto reforça a importância da equipe de saúde em articular saberes e integralizar práticas para tentar diminuir a não adesão destes pacientes ao tratamento e juntamente com os próprios pacientes diagnosticar problemas e possibilidades que resultem em uma melhor qualidade de vida.

Diante do exposto, percebe-se no Brasil uma carência de ações voltadas para a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com diagnóstico de depressão. Desta maneira, é necessário desenvolver ações que contribuam para prevenção dos agravos em pacientes com o referido diagnóstico decorrentes do uso inadequado de medicamentos. Acredita-se que este trabalho tenha sua relevância social, pois permitirá promover intervenções que otimizem a adesão e, talvez, melhorem o controle do transtorno e os possíveis prejuízos que poderá acarretar na vida pessoal e profissional do sujeito. Ainda, a partir do conhecimento das causas de não adesão ao medicamento, é possível sensibilizar a equipe de saúde a buscar estratégias e novas formas do processo de trabalho para uma melhor adesão do paciente ao tratamento.

2 HIPÓTESE

Os pacientes com diagnóstico de depressão unipolar têm dificuldade para adesão ao tratamento medicamentoso e há variáveis sociodemográficas, econômicas e farmacoterapêuticas que podem interferir nesse processo de adesão.

3 OBJETIVO

Investigar a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão unipolar, que realizam acompanhamento em um Serviço de Saúde Mental comunitário.

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, descritivo e com abordagem quantitativa, fundamentado na avaliação, por meio de métodos indiretos, da adesão ao tratamento medicamentoso, em pacientes com depressão unipolar. Ressalta-se que dados qualitativos também foram utilizados neste estudo para complementar os resultados de natureza quantitativa. O estudo retrospectivo tem a característica de iniciar o trabalho a partir da variável dependente e fazer um olhar para traz, buscando a causa ou influência do objeto em questão. Esse tipo de estudo geralmente é transversal, no qual a coleta de dados se dá em um período do tempo, e os fenômenos em estudo são obtidos durante um período de coleta de dados, sendo apropriado para descrever a situação o *status* do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo. Seu cunho descritivo tem por finalidade observar, descrever e documentar os aspectos referentes à situação em estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para a análise dos dados referentes à adesão e ao conhecimento dos sujeitos do estudo em relação à terapêutica medicamentosa prescrita e aos sintomas de depressão, foi utilizada a abordagem quantitativa e a análise das dificuldades dessas pessoas foi norteada pela abordagem qualitativa.

Quando se escolhe trabalhar com a abordagem quantitativa ou qualitativa, mais importante do que nomear o método, é ter o conhecimento sobre sua utilidade e adequação ao objeto que se propõe estudar (DESLANDES; ASSIS, 2002). A combinação entre a abordagem quantitativa e a qualitativa não pode ser pensada como de oposição ou de contrariedade. A primeira tem como objetivo trazer a tona dados, indicadores e tendências observadas, que devem ser utilizadas para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados classificando-os e tornando-os inteligíveis por meio dos estudos de variáveis. Já a segunda, se aprofunda na complexidade de fenômenos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados capazes de serem abrangidos intensamente. Sendo assim, as duas abordagens permitem que as relações sociais possam ser analisadas nos seus diferentes aspectos: a pesquisa quantitativa pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa (MINAYO; SANCHES, 1993), como é o caso desta pesquisa.

4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido em um Núcleo de Saúde Mental (NSM) 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 Joel Domingos Machado, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo – CSE/FMRP/USP. A unidade oferece assistência em saúde mental gratuita à população da região Oeste, e consiste no único NSM do município, localizando-se em sua região mais populosa (cerca de 141 mil habitantes, correspondendo a 25% da população total). Vale acrescentar que o NSM oferece campo de estágio para os alunos de graduação e pós-graduação das faculdades da Universidade de São Paulo, incluindo a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP - USP.

A população alvo foi constituída pelos pacientes que tiveram consulta médica agendada no NSM, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2011.

Processo de alocação dos participantes

Os critérios de **inclusão** dos participantes no estudo foram:

1. Ter diagnóstico de depressão unipolar, estabelecido pelo médico responsável no NSM;
2. Apresentar prescrição de uso contínuo de medicamentos para tratamento da depressão;
3. Possuir idade igual ou superior a 18 anos;
4. Expressar-se verbalmente em português.

Os critérios de **exclusão** foram:

1. Presença de comorbidades psiquiátricas;
2. Não ser capaz de expressar-se verbalmente em português.

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

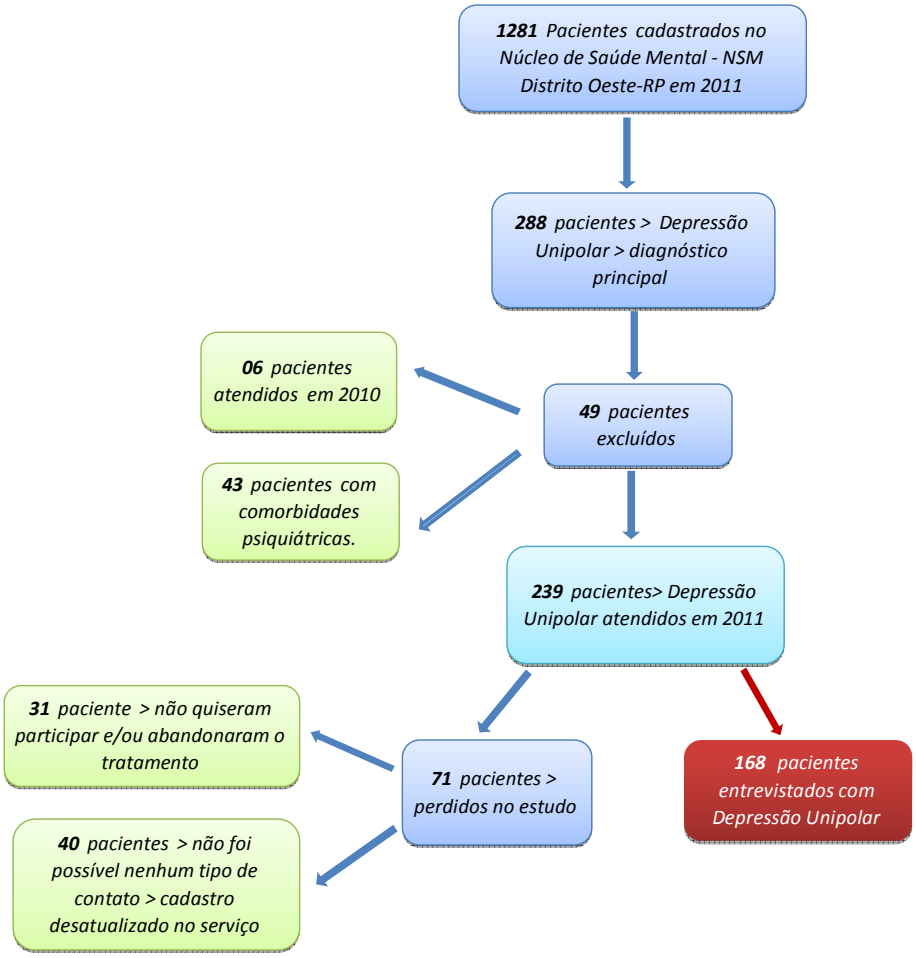

Figura 1 – Fluxograma do processo de alocação dos participantes do estudo. Ribeirão Preto - SP, 2013.

4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis selecionadas para esse estudo foram aquelas correlacionadas com a adesão ao tratamento medicamentoso, conforme literatura disponível.

4.3.1 Variável dependente

- Grau de adesão: O grau de adesão foi definido pela aplicação do **Teste de Medida de Adesão (MAT)** (Anexo A).

O teste de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) foi desenvolvido, adaptado e validado por Delgado e Lima (2001) em Lisboa, Portugal. O referido teste é composto por

sete itens, dos quais o primeiro, o segundo, o terceiro e o quarto foram adaptados de Morisky, Green e Levine (1986), o sexto, adaptado de Ramalhinho (1994) e o sétimo de Shea et al. (1992). O instrumento é usado para identificar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito. Aproximadamente, a metade dos pacientes entrevistados no estudo de Delgado e Lima (2001), respondeu às questões numa escala dicotômica (sim = 0 ou não = 1) e o restante respondeu numa escala de Likert de seis pontos (que variava de sempre = 1 a nunca = 6). Nos dois casos, os sete itens foram combinados numa nova variável, cujo valor expressa o nível de adesão ao tratamento. No caso da resposta na escala dicotômica, o nível de adesão resulta da simples adição dos valores de cada item. Já no caso da escala de Likert, obtém-se o nível de adesão somando os valores de cada item e dividindo-se pelo número de itens. Em ambos os casos, quanto maior o valor obtido, maior é o nível de adesão.

Além disso, no estudo de Delgado e Lima (2001), observou-se, em diversas condições de resposta, a consistência interna do MAT e a sua validade concorrente por meio do critério de contagem de comprimidos. O MAT apresentou uma boa consistência interna ($p < 0,001$), na condição de resposta, na forma de escala de Likert. Em termos de validade concorrente, a medida de adesão apresentou correlações elevadas em qualquer condição de resposta. A resposta em forma de escala de Likert revelou maior sensibilidade (0,77) e especificidade (0,73) para captar os diversos comportamentos de adesão ao tratamento.

O teste de MAT, composto por sete questões, foi utilizado neste estudo para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso do paciente com depressão unipolar. Para cada questão, seguem as respostas do tipo Likert, com as suas respectivas pontuações: Sempre (1), Quase sempre (2), Com frequência (3), Às vezes (4), Raramente (5) e Nunca (6). Após a obtenção dos dados, as respostas de cada questão do MAT são somadas e divididas pelo número total de questões. O valor encontrado após esse procedimento é convertido numa escala dicotômica. Essa escala dicotômica é construída 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 entre cinco e seis, referentes às respostas raramente e nunca, conforme exemplo a seguir:

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+2+1+1+1+6+3= 18
Somatória das respostas emitidas pelo paciente dividida pelo número de questões: 18/7= 2,57.

Na conversão para escala dicotômica, os valores de um a quatro (sempre, quase sempre, com frequência e às vezes) são considerados como não adesão ao tratamento medicamentoso; e para os valores cinco e seis (raramente e nunca), como adesão ao tratamento medicamentoso. Portanto, o paciente exemplificado acima, que obteve valor de 2,57, foi considerado como não aderente à terapêutica medicamentosa prescrita.

Outro exemplo pode ser visto no quadro a seguir:

Questões - MAT	**Respostas emitidas pelo paciente**
01- Alguma vez o (a) Sr. (a) esqueceu de tomar os medicamentos para a depressão?	Nunca – 6
02- Alguma vez foi descuidado com as horas de tomada dos medicamentos para a depressão?	Raramente – 5
03- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a depressão por ter se sentido melhor?	Raramente – 5
04- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a depressão, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?	Nunca – 6
05- Alguma vez o (a) Sr. (a) tomou um ou mais comprimidos para a depressão, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?	Nunca – 6
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?	Nunca – 6

Quadro 2 – Exemplo de paciente aderente ao tratamento
Somatória das respostas emitidas pelo paciente = 6+5+5+6+6+6+6= 40
Somatória das respostas emitidas pelo paciente dividida pelo número de questões: 40/7= 5,71.

Na conversão para escala dicotômica, os valores de um a quatro (sempre, quase sempre, com frequência e às vezes), são considerados como não adesão ao tratamento medicamentoso; e para os valores cinco e seis (raramente e nunca), como adesão ao tratamento medicamentoso. Portanto, o paciente exemplificado acima, que obteve valor de 5,71, foi considerado como aderente à terapêutica medicamentosa prescrita.

4.3.2 Variáveis independentes

4.3.2.1 Variável principal

Para identificar a presença de sintomas de depressão nos participantes do estudo (no momento da entrevista) foi utilizado o **Inventário de Depressão de Beck** (Anexo B). O referido Inventário foi criado por Aaron T. Beck e traduzido no Brasil por Gorestein e Andrade (BECK et al., 1961; GORESTEIN; ANDRADE, 1998). É uma escala sintomática de auto-relato, composta por 21 itens com diferentes alternativas de resposta a respeito de como o sujeito tem se sentido, e que correspondem a diferentes níveis de gravidade da depressão. Os itens incluem sintomas e atitudes; cada um com quatro afirmações em graus de intensidade de zero a três. Estas afirmações são graduadas para refletir a gravidade do sintoma, de neutro (0) até intensidade máxima (3), e as pontuações podem variar de zero a 63.

A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que por sua vez constitui um escore dimensional da intensidade da depressão, que pode ser classificado nos seguintes níveis: mínimo, leve, moderado ou grave.

A escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo, sendo recomendados cortes com diferentes valores entre amostras de pacientes com transtorno afetivo e amostras não diagnosticadas (BECK; STEER; GARBIN, 1998). Para amostras de pacientes com transtorno afetivo, como é o caso deste estudo, recomenda-se escores de 10 a 18 para detectar depressão leve a moderada, de 19 a 29 para depressão moderada a grave e acima de 30 para depressão grave.

4.3.2.2 Variáveis demográficas e socioeconômicas

Sexo - foram considerados participantes de ambos os sexos;

Faixas etárias - a idade dos participantes, em anos completos, foi calculada a partir da fórmula: $\frac{(\text{data da entrevista} - \text{data de nascimento})}{365{,}25}$. Esta variável foi tratada em quatro categorias correspondentes aos quartis da distribuição;

Cor da pele - os participantes foram questionados sobre sua auto-classificação em relação à cor da pele e esta variável foi tratada em três categorias: "branca", "negra" e "parda";

Estado civil - os participantes foram questionados sobre sua condição civil e classificados em: "solteiros", "casados", "viúvos" ou "separados/divorciados";

Ocupação - os participantes foram questionados sobre sua ocupação atual e classificados em: "aposentados", "desempregados", "autônomos", "trabalho com vínculo", "do lar" e "outros";

Escolaridade - os participantes foram questionados sobre o grau de escolaridade alcançado e, posteriormente, classificados em: "analfabetos/sabe ler", "nível fundamental (incompleto + completo)" e "nível médio ou superior";

Renda familiar mensal - os participantes foram questionados sobre a renda familiar total, posteriormente, esta variável foi reclassificada em salários mínimos (SM) e tratada sob a forma dicotômica: "≤ 2,5 SM" e "> 2,5 SM".

4.3.2.3 Variáveis relacionadas ao perfil farmacoterapêutico e clínico

Conhecimento do nome, dose e frequência de utilização do medicamento – Para categorizar o grau de conhecimento do paciente em relação aos medicamentos utilizados, empregou-se um instrumento já adotado por Miasso (2002) e Stape (1979). De acordo com esse instrumento, o grau de conhecimento pode ser categorizado de 0 a 100% em cinco intervalos de classes:

0%	sem conhecimento
0% ¬ 25%	muito pouco conhecimento
25% ¬ 50%	pouco conhecimento
50% ¬ 75%	regular conhecimento
75% ¬ 100%	bom conhecimento

Esse instrumento foi utilizado com o intuito de categorizar o grau de conhecimento do paciente em relação aos seguintes aspectos: nome, dose e frequência de utilização dos medicamentos prescritos pelo médico.

Nesse instrumento, a resposta de cada pergunta é classificada como certa ou errada, considerando-se cada medicamento prescrito para o paciente. A resposta "não sei" é classificada como errada. Desse modo, se forem prescritos 10 medicamentos para um paciente e esse souber informar corretamente o nome de 6 destes, será considerado que o grau de conhecimento do paciente foi de 60% em relação aos nomes dos medicamentos. Assim, procede-se dessa forma para as demais variáveis relacionadas ao medicamento.

A avaliação desta variável foi realizada considerando as informações fornecidas pelo entrevistado que, em seguida, foram conferidas com aquelas presentes no prontuário do mesmo.

Quantidade total de tipos de medicamentos que utiliza/ Número total de comprimidos ingeridos por dia/ Número de vezes ao dia que se administra medicamentos - os participantes foram questionados sobre os tipos de medicamentos que utilizam, número total de comprimidos e de vezes que os utilizam diariamente. Após isso, foi realizada uma consulta à última prescrição médica no prontuário do paciente;

Aparecimento de algum efeito colateral - os participantes foram questionados sobre o aparecimento de efeitos colaterais devido ao uso dos medicamentos;

Aquisição do medicamento na rede pública - os pacientes foram questionados sobre a forma como adquirem o medicamento para seu tratamento e como procede quando está em falta na rede pública;

Tempo de doença - coletado de acordo com a data referida pelo profissional médico no prontuário do paciente;

Tempo de tratamento para a depressão - coletado de acordo com data referida pelo profissional médico no prontuário do paciente;

Comorbidades - foram consideradas as comorbidades não psiquiátricas (hipertensão arterial, obesidade, doença infecciosa, câncer, doença neurológica e outras) referidas pelos pacientes;

Tratamento medicamentoso para outras doenças - os pacientes foram questionados sobre o uso de medicamentos contínuos para outras doenças, além da depressão, e tais informações foram confirmadas pelo receituário médico;

Informação sobre a depressão - o paciente foi questionado se havia recebido informação sobre a depressão e, em caso afirmativo, sobre qual profissional havia lhe fornecido a mesma;

Satisfação com a informação - o paciente foi questionado sobre sua satisfação com a informação recebida sobre a depressão;

Informação sobre o medicamento para depressão - o paciente foi questionado se havia recebido informação a respeito dos medicamentos que utiliza e, em caso afirmativo, sobre qual profissional havia lhe fornecido a mesma;

Satisfação com a informação - o paciente foi questionado sobre sua satisfação com a informação recebida sobre os medicamentos que utiliza.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

Para a coleta dos dados referentes ao perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico foi empregada a técnica de entrevista estruturada. Para a obtenção dos dados relacionados às dificuldades dos pacientes para o seguimento da terapia medicamentosa e da satisfação dos mesmos acerca da equipe de saúde e medicamentos em uso, foi utilizada a entrevista semiestruturada gravada com todos os pacientes atendidos no NSM em estudo, no período de três meses (janeiro-março de 2011).

Visando assegurar que as questões fossem formuladas a todos os pacientes de forma padronizada, foi utilizado como instrumento, além do Teste de Medida de Adesão (MAT) (Anexo A) e do Inventário de Depressão de Beck (avaliação de variável clínica) (Anexo B), um questionário desenvolvido pela pesquisadora (Apêndice B) constituído de duas partes: a) na primeira parte foram investigados dados referentes ao perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico do paciente; b) a segunda parte, aplicada apenas aos pacientes atendidos no NSM no período de janeiro a março de 2011, consta de dados referentes às dificuldades dos pacientes relacionadas ao seguimento da terapêutica medicamentosa e da satisfação dos mesmos acerca da equipe de saúde e dos medicamentos em uso. Vale ressaltar, que as questões norteadoras presentes na segunda parte do instrumento serviram apenas para direcionar os pontos do estudo explorados. Novas questões foram acrescentadas com o intuito de esclarecer e fundamentar a experiência, de acordo com as respostas dos participantes.

As entrevistas foram realizadas com os pacientes no NSM, em horário compatível para ambos, após o contato telefônico prévio. No contato inicial (no NSM ou por telefone) fez-se uma breve explicação da pesquisa e solicitou-se sua participação e, quando não era possível ao paciente participar da entrevista no momento da abordagem inicial, era agendando um horário para a aplicação do instrumento. Ao comparecerem na instituição para a entrevista,

eram lhes explicados os objetivos do estudo e, após o consentimento verbal em participar da pesquisa, era solicitado aos mesmos que assinassem o termo de consentimento pós-esclarecido, conforme normas da resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). As entrevistas foram realizadas nas dependências do NSM individualmente e em sala reservada, assegurando a privacidade do paciente, bem como das informações por ele fornecidas.

4.5 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Após a realização das entrevistas, a fim de organizar o material obtido, foi criado um banco de dados no Programa Microsoft Excel 2010. Foi realizada dupla digitação dos dados, para evitar possíveis erros, bem como o cruzamento entre a primeira e a segunda digitação para analisar a consistência e veracidade dos dados obtidos. Posteriormente, foram transportados para o aplicativo Stata (versão 10.2). E então, agrupados em categorias e analisados estatisticamente, por meio de tabelas, obedecendo ao tipo de variável estudada e às normas de um estudo descritivo e transversal.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

4.6.1 Análise estatística

Estimativas brutas para proporções foram calculadas para as variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e relacionadas ao perfil farmacoterapêutico, a associação global univariada entre a adesão nas categorias das variáveis independentes foi avaliada por meio do teste qui-quadrado, e o nível de significância adotado foi $\alpha = 0,05$ – todos os resultados foram gerados por meio do aplicativo Stata, versão 10.2.

4.6.2 Análise qualitativa

A análise qualitativa dos dados coletados embasou-se nos passos propostos por Minayo (2004):

1º Ordenação dos dados: reunir o material obtido durante o trabalho de coleta de dados, que inclui transcrição das fitas, releitura do material, organização dos relatos em ordem, ou seja, início de classificação; organizar os dados de observação (anotações realizadas durante ou após as entrevistas);

2º Classificação dos dados: nessa fase inclui-se a leitura repetida e exaustiva do conteúdo transcrito das entrevistas (leitura flutuante), que permite apreender as ideias centrais que tentam transmitir e que ajudam a estabelecer as categorias empíricas do estudo;

3º Análise final: quando se articula o material teórico e o empírico (resultado da pesquisa); essa articulação está orientada pelo objetivo do estudo.

Dessa maneira, as entrevistas foram transcritas e, em seguida, realizou-se uma primeira leitura dos depoimentos, com a finalidade de se alcançar uma visão geral do conteúdo obtido. Depois de todo o material organizado, lido e relido, foi possível identificar os temas que emergiram dos depoimentos dos pacientes e, posteriormente, analisá-los com subsídio da literatura sobre o objeto de estudo, tendo o intuito de atingir as propostas da referida investigação.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo e foi protocolado sob o nº 380/CEP/CSE-FMRP-USP (Anexo C). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) (Apêndice A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

A escolha das variáveis demográficas e socioeconômicas justifica-se pela influência direta que elas podem apresentar sobre os resultados clínicos e na adesão do paciente com depressão unipolar.

Dentre os 168 (100%) sujeitos com diagnóstico de depressão unipolar entrevistados, a maioria era do sexo feminino (84,5%), com idade acima de 50 anos (75%) (idade mínima de 18 anos e máxima de 80 anos), com a cor da pele branca (76,8%), casada (57,1%) e com renda familiar menor que dois salários mínimos e meio (60,1%). Verificou-se maior porcentagem de sujeitos com ensino fundamental (incompleto ou completo) (39,3%), seguidos dos analfabetos e dos que sabem ler (33,9%). As ocupações mais frequentes eram de "aposentados" (36,4%) e "do lar" (30,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características demográficas e socioeconômicas dos sujeitos do estudo. Ribeirão Preto - SP, 2013

(continua)

Variáveis	N (n=168)	%
Sexo		
Masculino	26	15,5
Feminino	142	84,5
Faixas etárias		
1º quarto (≤ 50 anos)	42	25,0
2º quarto (51-59,7 anos)	42	25,0
3º quarto (59,8-66,2 anos)	42	25,0
4º quarto (≥ 66,3 anos)	42	25,0
Cor da pele		
Branca	129	76,8
Negra	11	6,5
Parda	28	16,7
Estado civil		
Solteiro(a)	20	11,9
Casado(a)	96	57,1
Viúvo(a)	23	13,7
Separado(a)/divorciado(a)	29	17,3
Escolaridade		
Analfabeto + sabe ler	57	33,9
Fundamental (inc+comp)	66	39,3
≥ Médio	45	26,8
Sexo		
Renda familiar*		
≤ 2,5 SM	89	60,1
> 2,5 SM	59	39,9

Tabela 1 – Características demográficas e socioeconômicas dos sujeitos do estudo. Ribeirão Preto - SP, 2013

(conclusão)

Variáveis	N (n=168)	%
Ocupação		
Aposentado(a)	61	36,4
Desempregado(a)	02	1,2
Com vínculo empregatício	34	20,2
Do lar	52	30,9
Outros	19	11,3

* 20 participantes não souberam informar a renda familiar

Resultados de estudos epidemiológicos desenvolvidos em diferentes nações, culturas e etnias, revelaram que a depressão é em torno de duas vezes mais prevalente em mulheres do que em homens (JUSTO; CALIL, 2006; SEEDAT et al., 2009; SZÁDÓCZKY et al., 2007), corroborando os resultados desta pesquisa. Uma pesquisa desenvolvida com idosos também revelou maior porcentagem de depressão no sexo feminino (VAZ, 2009). Destaca-se estudo atual, conduzido por Lopez et al. (2011), o qual constatou que as mulheres apresentaram probabilidade três vezes maior de desenvolver depressão quando comparadas aos homens.

Vários fatores são apontados na literatura como plausíveis para explicar maior prevalência de depressão no sexo feminino, como: fatores psicossociais, fatores anatômicos e neuroquímicos, fatores hormonais e genéticos, além de traços de personalidade (GOODWIN; GOTLIB, 2004; GRIGORIADIS; ROBINSON, 2007; MARCUS, 2009). Vale destacar que, atualmente, os fatores biológicos têm sido considerados como principal motivo da alta prevalência da depressão no sexo feminino (BOING et al., 2012; SOUZA et al., 2012), especialmente, devido às mudanças hormonais que ocorrem nas mulheres durante as etapas de sua vida reprodutiva.

De acordo com Flores e Mengue (2005), tal aspecto pode também estar relacionado ao maior cuidado e atenção, por parte das mulheres, com o aparecimento de problemas de saúde, melhor conhecimento sobre estes e maior utilização dos serviços de saúde pelas mesmas.

A maioria dos sujeitos desse estudo está acima dos cinquenta anos de idade. Estudos apontam que a depressão pode ter início em qualquer idade, até mesmo na infância ou na adolescência, entretanto, há dois picos, na terceira e na quinta décadas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000; ANGST; PREISIG, 1995). Pesquisa recente, desenvolvida por Kessler et al. (2010), constatou que no Brasil, ao longo de 12 meses, os pacientes com faixa etária entre 50 a 64 anos de idade representaram 9,1% daqueles com depressão. No mesmo estudo, esse acompanhamento também foi realizado na Espanha, sendo

identificado que 5,4% dos pacientes, na mesma faixa etária, apresentavam depressão, porcentagem inferior àquela identificada no Brasil.

Embora tenha sido observado neste estudo que 76,8% dos pacientes com depressão possuíam cor da pele branca, não se identificou na literatura estudos que tenham investigado uma possível associação entre variáveis dessa natureza.

Em relação ao estado civil, obteve-se que a maioria dos pacientes com depressão era casada. Ainda não há consenso na literatura sobre possível associação entre depressão e estado civil, pois se identifica tanto estudo que indica maior prevalência de depressão entre indivíduos que vivem com companheiro (LOPEZ et al., 2011), quanto aquele que revela menor prevalência de depressão entre sujeitos casados (PAPADOPOULOS et al., 2005).

No que se refere à renda familiar mensal, a literatura revela que os sujeitos com classe social mais baixa apresentam um risco maior para desenvolver depressão (CORSO et al., 2009), o que pode, em parte, justificar a baixa renda da população deste estudo.

Quanto à escolaridade, obteve-se que apenas 26,8% dos pacientes possuíam ensino médio ou superior. Tal resultado também foi observado em estudo que avaliou o impacto dos sintomas depressivos na qualidade de vida dos usuários da rede básica de saúde, constatando-se que 72% dos pacientes tinham estudado até o ensino fundamental (CORSO et al., 2009). Não há consenso na literatura a esse respeito, pois uma pesquisa, conduzida por Cunha e Gandini (2009), revelou que a média de anos de estudo entre os sujeitos com diagnóstico médico de depressão foi compatível ao ensino médio, evidenciando a necessidade de estudos que investiguem possíveis associações entre tais variáveis.

Quanto à ocupação, constatou-se que a maior prevalência foi de sujeitos aposentados. Não é possível afirmar que tal conclusão seja decorrente do diagnóstico de depressão. Uma possível explicação para esse dado é o fato de 50% dos pacientes possuírem idade igual ou superior a 59,8 anos. A esse respeito, é importante ainda considerar o grande prejuízo que a depressão vem acarretando na sociedade, estando entre uma das principais causas de incapacidade, quando medida pelo AVI e AVAIs (WHO, 2009, 2012).

5.2 CARACTERIZAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA DOS PACIENTES DO ESTUDO

A Figura 2 revela que os antidepressivos foram os medicamentos mais prescritos para os pacientes (100%), seguidos dos ansiolíticos (69%).

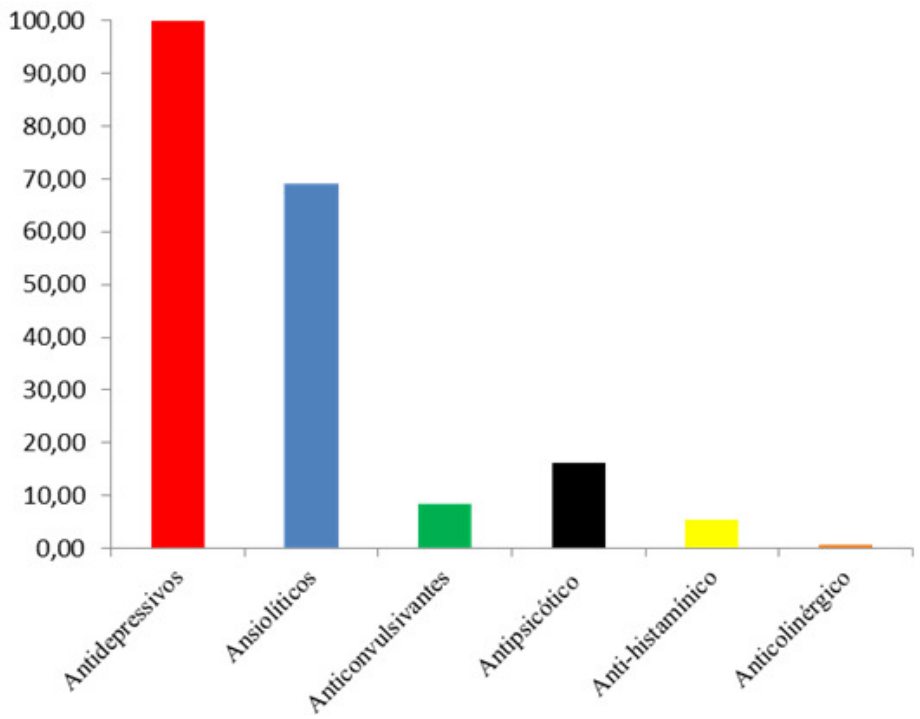

Figura 2 – Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com as classes farmacológicas dos medicamentos em utilização. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Identificou-se que a sertralina foi o antidepressivo escolhido para a maioria dos sujeitos do estudo (51,8%), seguida da fluoxetina, que foi prescrita para 28,6% dos pacientes. Em relação aos ansiolíticos, verificou-se a prescrição exclusiva dos benzodiazepínicos, havendo maior frequência de pacientes em uso de clonazepam (36,3%) e de diazepam (25%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com os medicamentos antidepressivos e ansiolíticos utilizados no tratamento. Ribeirão Preto – SP, 2013

(continua)

Medicamentos Antidepressivos	**n**	**%**
Setralina	87	51,8
Fluoxetina	48	28,6
Amitriptilina	17	10,1
Imipramina	15	8,9
Clomipramina	06	3,6
Nortriptilina	04	2,4
Venlafaxina	03	1,8

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com os medicamentos antidepressivos e ansiolíticos utilizados no tratamento. Ribeirão Preto – SP, 2013

(conclusão)

Medicamentos Antidepressivos	**n**	**%**
Paroxetina	02	1,2
Trazodona	02	1,2
Mirtazapina	01	0,6
Medicamentos Ansiolíticos	**n**	**%**
Clonazepam	61	36,3
Diazepam	42	25,0
Bromazepam	06	3,6
Lorazepam	03	1,8
Nitrazepam	03	1,8
Alprazolam	01	0,6
Flurazepam	01	0,6

Em concordância com os achados deste estudo, os antidepressivos são os medicamentos de primeira escolha para o tratamento de pacientes com depressão unipolar, e são classificados com base no neurotransmissor e no receptor envolvido em seu mecanismo de ação (STAHL, 2002; USALA et al., 2008). Verificou-se, nessa pesquisa, predominância da prescrição de inibidores seletivos de receptação da serotonina (ISRSs). Possíveis explicações para esse resultado são a alta eficácia e, relativamente, os poucos efeitos colaterais desses medicamentos em comparação com os antidepressivos tricíclicos (SERRETTI; ARTIOLI, 2004) e o fornecimento dos mesmos (fluoxetina e sertralina) pela rede pública de saúde. Ainda, o uso de ISRSs está associado ao menor índice de abandono de tratamento comparado com os tricíclicos (ANDERSON; NUTT; DEAKIN, 2000).

Destaca-se a utilização de antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina, climipramina e nortriptilina) por 25% dos pacientes. A literatura revela que para episódios depressivos graves é importante considerar o uso destes medicamentos (FLECK et al., 2009). Entretanto, pacientes com depressão grave tem maior risco de suicídio, e já foi evidenciado que os antidepressivos tricíclicos aparecem frequentemente quando há esse tipo de tentativa, causando um maior gasto nas internações hospitalares por intoxicação, comparadas àquelas por ISRSs (RAMCHANDANI et al., 2000).

Verificou-se que os benzodiazepínicos também foram medicamentos utilizados com bastante frequência no tratamento da depressão. Esses medicamentos são importantes na fase

inicial do tratamento, uma vez que o antidepressivo apresenta certo tempo de latência para o inicio dos benefícios em relação aos sintomas subjetivos da depressão e consequente melhora na qualidade de vida do sujeito, porém, os efeitos colaterais já surgem logo nos primeiros dias de uso, incluindo prejuízos no sono (BRASIL, 2012; RATES, 2001; SADOCK; SADOCK, 2007; STUART; LARAIA, 2001).

Apesar dos benefícios da utilização de alguns tipos de ansiolíticos no início do tratamento, devem ser consideradas as possíveis interações medicamentosas. A esse respeito, destaca-se que 25% dos pacientes estavam em uso concomitante de antidepressivos e do ansiolítico diazepam. Tal associação é potencialmente perigosa, pois o diazepam é substrato da enzima CYP 2C19 (CUPP; TRACY, 1998), que promove metabolização hepática desse composto. A fluoxetina, por exemplo, pode aumentar as concentrações de diazepam por inibição de seu metabolismo (LEVY, 1995). Já a associação entre diazepam e amitriptilina pode gerar o aumento da concentração desta última, com prejuízos na atenção e na psicomotriciadade (MARCOLIN; CANTARELLI; GARCIA JUNIOR, 2004).

Em relação aos benzodiazepínicos, é importante também a orientação ao paciente sobre o risco de dependência quanto ao uso prolongado. Estudo que avaliou a orientação médica sobre os efeitos colaterais desse tipo de medicamento revelou que elevado número de pacientes utilizavam os benzodiazepínicos, e que o índice de orientação médica sobre o risco de tolerância era baixo, apontando para falta de preocupação do médico quanto a esse efeito indesejável (AUCHEWSKI et al., 2004). Destaca-se que outros profissionais, além do médico, também devem se responsabilizar pela orientação ao paciente, visando o uso racional dos psicofármacos, incluindo o enfermeiro e farmacêutico.

Embora com menor frequência, os sujeitos do estudo receberam prescrição de medicamentos antipsicóticos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos e anticolinérgicos. Em relação aos antipsicóticos, houve maior frequência na prescrição da clorpromazina (8,3%) e do haldol (5,9%). O ácido valpróico e a carbamazepina foram os anticonvulsivantes mais prescritos (4,16% e 3%, respectivamente). A prometazina foi o único anti-histamínico prescrito para os sujeitos do estudo (5,3%) e o biperideno (anticolinérgico) foi prescrito para apenas um paciente (0,6%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com os medicamentos antipsicóticos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos e anticolinérgicos utilizados no tratamento. Ribeirão Preto - SP, 2013

Medicamentos Antipsicóticos	**N**	**%**
Clorpromazina	14	8,3
Haldol	10	5,9
Levomepromazina	02	1,2
Sulpirida	01	0,6
Risperidona	01	0,6
Quetiapina	01	0,6
Medicamentos Anticonvulsivantes	**n**	**%**
Ácido Valpróico	07	4,16
Carbomazepina	05	3,0
Fenobarbital	03	1,8
Topiramato	01	0,6
Lamotrigina	01	0,6
Medicamento Anti-histamínico	**n**	**%**
Prometazina	09	5,3
Medicamento Anticolinérgico	**n**	**%**
Biperideno	01	0,6

Cerca de 15% dos pacientes com depressão pode apresentar sintomas psicóticos, como delírios e alucinações (DEL PORTO, 1999). Logo, pode ser necessário o uso de antipsicóticos, medicamentos que podem atenuar tais sintomas (SCHATZBERG et al., 2009).

Resultados de estudos revelam, ainda, que há situações nas quais o paciente apresenta uma resposta parcial ao antidepressivo, sendo a potencialização com outros fármacos uma possível estratégia para aumentar a eficácia do tratamento. O uso de antipsicóticos atípicos em doses baixas resulta em aumento significativo da resposta aos antidepressivos e, desse modo, são cada vez mais indicados no tratamento da depressão refratária (BARBEE; CONRAD; JAMHOUR, 2004; SARIN; DEL PORTO, 2009). Ressalta-se, todavia, que nesse estudo os antipsicóticos prescritos com maior frequência foram os típicos.

Alguns anticonvulsivantes também podem ser utilizados para potencializar o efeito dos antidepressivos (GOODMAN; GILMAN, 2006; KATZUNG, 2010), contudo, são mais utilizados em pacientes com diagnóstico de depressão bipolar com a finalidade de evitar a virada maníaca (VALIENGO; JESUS; ZANETTI, 2009).

A prometazina tem propriedades H1 histaminérgicas, antimuscarínicas e sedativas (GOODMAN; GILMAN, 2006; KATZUNG, 2010). Em psiquiatria, é o medicamento mais utilizado no tratamento das manifestações extrapiramidais distônicas agudas, devido ao seu efeito anticolinérgico central, superando o biperideno (FROTA, 2003). Os antipsicóticos, principalmente os típicos, utilizados pelos pacientes desse estudo, podem ocasionar tais manifestações extrapiramidais de modo acentuado, com indicação do uso dos referidos medicamentos (prometazina ou biperideno). Ainda, em associação com o haloperidol, por exemplo, a prometazinna apresenta bons resultados no controle de comportamento agressivo, principalmente em pacientes agitados (BALDACARA et al., 2011).

Levando-se em consideração que o paciente pode não responder efetivamente ao tratamento inicial proposto, novas medidas terapêuticas podem ser propostas, como a associação de dois antidepressivos ou até mesmo a associação de outras classes farmacológicas (BRASIL, 2012; FLECK et al., 2009), como foi o caso dos pacientes desse estudo. As desvantagens dessas associações residem na interação entre as drogas e na redução da aderência ao tratamento, em virtude da adição de mais um medicamento (KELLER, 2005).

5.3 ADESÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A Figura 3 apresenta a distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com a adesão ao tratamento medicamentoso. Pela aplicação do teste de Medida de Adesão (MAT), constatou-se que a maioria dos pacientes (71%) foi considerada aderente ao tratamento medicamentoso.

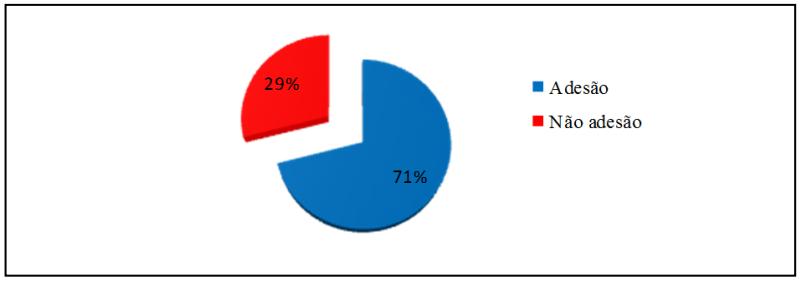

Figura 3 – Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com a adesão ao tratamento medicamentoso. Ribeirão Preto - SP, 2013.

Resultados de estudos que avaliaram a taxa de adesão ao tratamento medicamentoso para o transtorno depressivo apontaram baixa adesão, que variou de 40% a 90% em diferentes estudos, com média de 65% (CRAMER; ROSENBECK, 1998; FLECK et al., 2009). Tal média é inferior à porcentagem de pacientes aderentes identificada nesta pesquisa (71%).

Destaca-se que na presente pesquisa foi utilizado o método indireto para verificar a adesão, com maior probabilidade de superestimação da adesão (LEITE; VASCONCELOS, 2003; OSTENBERG; BLASCHKE, 2005). Vale mencionar que o paciente que se declara não aderente ao tratamento medicamentoso certamente está dizendo a verdade. Todavia, quando o paciente informa que está utilizando a medicação conforme a prescrição, nem sempre a adesão é garantida (OSTENBERG; BLASCHKE, 2005).

Ressalta-se que 29% dos pacientes desta pesquisa foram considerados não aderentes ao tratamento medicamentoso. Tal resultado merece atenção devido aos prejuízos que a não adesão, e consequente presença de sintomatologia depressiva, podem trazer para a qualidade de vida do sujeito, bem como os custos para a sociedade (CUNHA; GANDINI, 2009).

Em relação a não adesão, vale ressaltar que, em torno de 1/3 dos pacientes interrompem o tratamento medicamentoso no primeiro mês e aproximadamente 45% não ultrapassam o terceiro mês de tratamento, mesmo diante de todos os benefícios que esse pode lhe propiciar (BULTMAN; SVARSTAD, 2000; NEMEROFF, 2003). Levando-se em consideração essa propensão ao abandono do tratamento pelos pacientes depressivos, identificada na literatura e na presente pesquisa, faz-se necessário ensinar sobre a doença e encorajar os sujeitos, em especial nas primeiras semanas de tratamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2010; RUBENSTEIN et al., 2004).

Sabe-se que a não adesão ao tratamento antidepressivo pode estar relacionada a diferentes fatores relativos ao profissional de saúde, ao próprio tratamento, à doença e ao paciente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2010; NEMES et al., 2009). Alguns desses fatores foram investigados neste estudo e estão descritos na sequência.

5.4 A ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES A PARTIR DO INVENTÁRIO DE BECK

Por meio da aplicação do Inventário de Beck, no dia da entrevista, pôde-se constatar que 16,1% dos pacientes não apresentavam sintomas depressivos, 34,5% apresentavam depressão leve a moderada, 32,1% estavam com depressão moderada a grave e 17,3% com depressão grave. Verificou-se que entre aqueles pacientes sem sintomas depressivos e com depressão leve a moderada a adesão ao tratamento medicamentoso foi mais elevada (78,8%), quando comparada àqueles com depressão moderada a grave e grave (63,9%) (Figura 4).

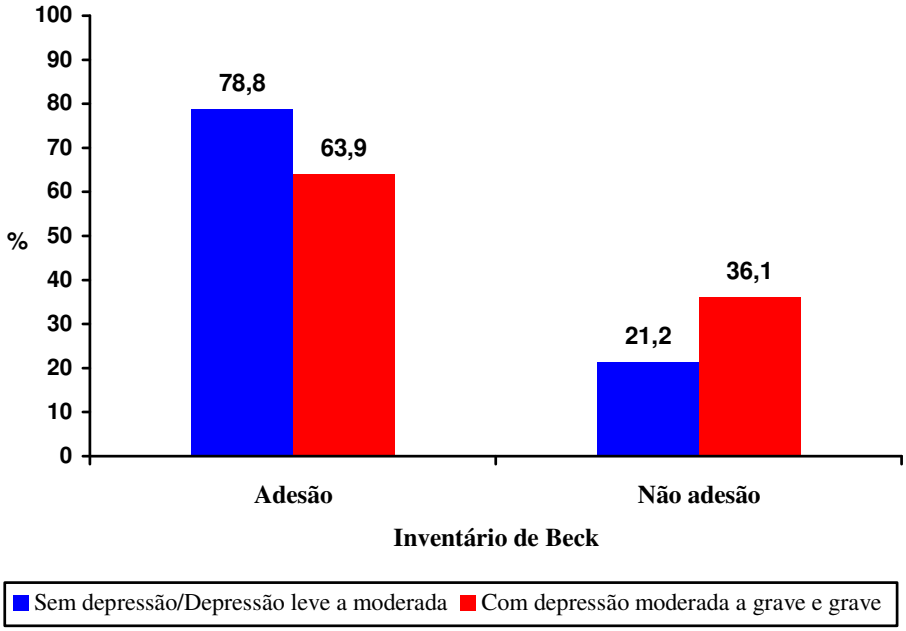

Figura 4 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo a classificação dos pacientes a partir do Inventário de Beck. Ribeirão Preto-SP, 2013.

Lima e Fleck (2011), ao investigarem sintomas depressivos em uma amostra de pacientes com diagnóstico de depressão unipolar em uso contínuo de medicamentos, identificaram que 42% dos indivíduos ainda apresentavam sintomas graves, 68% apresentavam sintomas moderados e apenas 25% apresentavam remissão completa dos sintomas, em concordância com a alta porcentagem de pacientes com sintomas depressivos identificada na presente pesquisa. Destaca-se que, no estudo citado, apenas 9% dos pacientes realizaram tratamento adequado para depressão.

No presente estudo, o teste qui-quadrado mostrou diferença estatisticamente significativa (p = 0,031) entre a adesão ao tratamento medicamentoso e apresentar ou não sintomas depressivos (Tabela 4).

Tabela 4 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo o Inventário de Beck. Ribeirão Preto-SP, 2013

Variáveis	Adesão		$\chi^{2(1)}$	valor p
	Sim n (%)	Não n (%)		
Escala de Beck			4,65	0,031
Sem depressão/depressão leve a moderada	67 (78,8)	18 (21,2)		
Com depressão moderada a grave e grave	53 (63,9)	30 (36,1)		

(1) Qui-quadrado da razão de verossimilhança

Em pacientes que aderem ao medicamento, a ausência de sintomas depressivos ou a presença em intensidade leve a moderada pode ser explicada, em parte, pela própria adesão.

Entre os pacientes com depressão moderada a grave e grave, houve alta porcentagem, (63,9%), de adesão ao tratamento medicamentoso. Há possibilidade de parte destes pacientes estarem em fase inicial do tratamento medicamentoso, aspecto não investigado nesta pesquisa. Há que se considerar, ainda, a possibilidade de resistência (falta de resposta a três diferentes tratamentos farmacológicos) ao tratamento, ou seja, o paciente utiliza o medicamento em doses adequadas, mas não obtém a resposta desejada (MACHADO-VIEIRA; SOARES, 2007; PHILLIPS; NIERENBERG, 1994). Vale mencionar que a não adesão ao tratamento pode constituir fator de risco para o desenvolvimento da resistência farmacológica (MACHADO-VIEIRA; SOARES, 2007).

Destaca-se, todavia, que a não adesão foi maior entre os pacientes com depressão moderada a grave e grave (36,1%). A literatura aponta como fatores ligados a não adesão a própria sintomatologia da depressão, incluindo prejuízos na concentração e a falta de motivação e energia, que podem afetar sua disposição e capacidade de continuidade ao tratamento (CUNHA; GANDINI, 2009; DIMATTEO; LEPPER; CROGHAN, 2000). Tal aspecto aponta para a necessidade de a equipe de saúde orientar o cuidador/familiar sobre a gravidade e as consequências da sintomatologia da depressão e a necessidade de supervisão da terapêutica medicamentosa do paciente para efetivação do tratamento.

5.5 ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO, SEGUNDO VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Em relação às variáveis demográficas e socioeconômicas, os resultados revelaram que não houve diferença estatisticamente significativa entre a adesão e as variáveis de sexo (p= 0, 492), idade (p= 0,195), ocupação (p = 0,715), escolaridade (p = 0,460) e renda familiar (p = 0,835) (Tabela 5).

Tabela 5 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Ribeirão Preto - SP, 2013

Variáveis	Adesão		$\chi^{2(1)}$	valor p
	Sim n (%)	Não n (%)		
Sexo			0,47	0,492
Masculino	20 (76,9)	06 (23,1)		
Feminino	100 (70,4)	42 (29,6)		
Faixas etárias			4,70	0,195
1º quarto (≤ 50 anos)	28 (66,7)	14 (33,3)		
2º quarto (51-59,7 anos)	30 (71,4)	12 (28,6)		
3º quarto (59,8-66,2 anos)	27 (64,3)	15 (35,7)		
4º quarto (≥ 66,3 anos)	35 (83,3)	07 (16,7)		
Estado civil			10,83	0,029
Solteiro	09 (45,0)	11 (55,0)		
Casado	74 (77,1)	22 (23,9)		
Viúvo	18 (78,3)	05 (21,7)		
Separado/ divorciado	19 (65,5)	10 (34,5)		
Cor da pele			7,86	0,020
Branca	99 (76,7)	30 (23,3)		
Negra	07 (63,6)	04 (36,4)		
Parda	14 (50,0)	14 (50,0)		
Ocupação			2,90	0,715
Aposentado	44 (72,1)	17 (27,9)		
Desempregado	01 (50,0)	01 (50,0)		
Trabalho com vínculo	12 (63,2)	07 (36,8)		
Autônomo	10 (66,7)	05 (33,3)		
Do lar	37 (71,1)	15 (28,9)		
Pensionistas	16 (84,2)	03 (15,8)		
Escolaridade			1,55	0,460
Analfabeto/ sabe ler e escrever	44 (77,2)	13 (22,8)		
Fundamental (incomp + compl)	46 (69,7)	20 (30,3)		
≥ Médio	30 (66,7)	15 (33,3)		
Renda familiar			0,04	0,835
≤ 2,5 SM	65 (73,0)	24 (27,0)		
> 2,5 SM	44 (74,6)	15 (25,4)		

(1) Qui-quadrado da razão de verossimilhança

Embora não tenha sido identificada diferença estatisticamente significativa entre a adesão e as referidas variáveis, alguns aspectos merecem ser mencionados.

Foi possível constatar que a adesão ao tratamento medicamentoso foi superior entre os sujeitos do sexo masculino (76,9%), entre aqueles com idade acima de 66 anos (83,3%), pensionistas (84,2%) e nos indivíduos "analfabetos/sabe ler e escrever" (77,2%). Em relação à renda familiar, a porcentagem de adesão foi semelhante entre os sujeitos que vivem com mais de dois salários mínimos e meio por mês (74,6%) e aqueles com renda familiar inferior ou igual a esse valor (73%). Estudo conduzido por Gonzáles et al. (2005), identificou que variáveis sociodemográficas, incluindo a idade e o grau de escolaridade, não estavam relacionadas à adesão ao tratamento com antidepressivos, em concordância com os resultados dessa pesquisa. De acordo com os autores, porém, os pacientes são menos aderentes se forem do sexo masculino e ocuparem uma baixa classe socioeconômica, em discordância com os resultados deste estudo.

Verifica-se que uma relação entre sexo e adesão não foi demonstrada de maneira consistente na literatura. Há estudos que mencionam que a adesão é maior entre as mulheres, dentre outros fatores, devido à atenção dada pelas mesmas no que se refere ao aparecimento de problemas de saúde (BLANSKI; LENARDT, 2005; FLORES; MENGUE, 2005). Outros estudos apontam o sexo masculino como associado ao maior risco de não adesão aos antidepressivos (DEMYTTENAERE et al., 1998; GOETHE et al. 2007). Há pesquisas que corroboram os achados deste estudo ao revelar maior adesão aos antidepressivos por pacientes do sexo masculino (BURRA et al., 2007; SAWADA et al., 2009).

Em relação à idade nesse estudo, 75% dos pacientes possuíam idade igual ou superior a 51 anos, havendo maior adesão entre os idosos. Também não há consenso na literatura quanto à relação entre idade e adesão. Há estudos que revelam comprometimento na adesão entre idosos devido a fatores como deficiências sensoriais e declínio cognitivo, contribuindo, respectivamente, para dificuldade de leitura de bulas e instruções e para a não compreensão e esquecimento da prescrição (GONÇALVES et al., 2002; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; ROTH; IVEY, 2005; ROZENFELD, 2003; SOUZA; SANTOS; SILVEIRA, 2009). Estudos que investigaram a adesão ao tratamento medicamentoso em idosos também não identificaram uma relação entre os níveis de adesão à terapêutica e a idade ou o sexo (FREIRE, 2009; HENRIQUES, 2006; ROCHA et al., 2008; SOUSA et al., 2011).

No que se refere à ocupação, verificou-se maior porcentagem de adesão entre os pensionistas, embora não tenham sido identificados, na literatura, estudos que demonstrem relação entre a adesão aos medicamentos em pacientes com depressão e ser pensionista. Destaca-se, todavia, que a maior frequência de não adesão ao tratamento foi entre os desempregados. Assim, a literatura corrobora esse resultado ao apontar o desemprego como

um preditor do abandono ao tratamento (GIROTI et al., 2010; HECK; COSTA; NUNES, 2011). Uma possível explicação seria a dificuldade financeira para adquirir o medicamento ou, quando o mesmo é fornecido pela rede pública, por haver dificuldades financeiras para se locomover até o serviço de saúde para as consultas e para a aquisição do medicamento.

A maior prevalência de adesão, nesse estudo, entre os sujeitos analfabetos ou que sabiam ler e escrever são discrepantes na literatura sobre a temática, a qual revela que pacientes com maior escolaridade são mais aderentes ou persistentes na terapia com antidepressivos (NWOKEJI et al., 2012). A esse respeito, Guedes et al. (2005) explicam em seu estudo que deficiências na formação escolar podem dificultar a assimilação de orientações dispensadas pelos profissionais de saúde e influenciar na percepção da gravidade da doença, levando à aquisição de informações incompletas sobre aspectos necessários para manter ou melhorar seu bem-estar. Destaca-se que uma parcela importante dos participantes dessa pesquisa era idosa e "analfabeta/sabe ler e escrever" e, embora não tenha sido objetivado nesta pesquisa, foi possível observar, durante as entrevistas, que a maioria dos idosos recebia ajuda de familiares para conduzir a terapêutica medicamentosa. Tal aspecto pode, em parte, explicar esse resultado.

De acordo com WHO (2003), tanto o baixo grau de escolaridade quanto o baixo nível socioeconômico podem influenciar negativamente a adesão, aspectos estes não identificados na presente pesquisa.

Nesse estudo houve diferença estatisticamente significativa entre a adesão ao tratamento medicamentoso e as variáveis de estado civil ($p = 0,029$) e cor da pele ($p = 0,020$). Quanto à variável de estado civil, observou-se maior prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso entre os sujeitos viúvos (78,3%). A maior prevalência de não adesão foi entre os solteiros (55%). Segundo WHO (2003), o estado civil, entre outras variáveis, não tem sido claramente associado à adesão. Na literatura, não se identificou consenso a respeito da associação entre tais variáveis, pois há estudos que apontam maior porcentagem de adesão entre pessoas que possuem companheiro (ARAÚJO; GARCIA, 2006; FREIRE, 2009) e outros que revelam maior porcentagem de adesão entre pessoas sem companheiro (SILVA et al., 2012; ZAGO, 2009).

A prevalência de adesão entre os sujeitos com a cor da pele branca (76,7%) foi maior quando comparada aos negros (63,9%) e pardos (50%), em concordância com a literatura, a qual menciona a raça não branca como fator associado ao abandono da medicação (HO; BRYSON; RUMSFELD, 2009).

5.6 ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E VARIÁVEIS CLÍNICAS DOS SUJEITOS DO ESTUDO

A investigação sobre informações clínicas dos sujeitos do estudo revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre a adesão aos medicamentos e as variáveis de tempo de diagnóstico (p = 0,669), hipertensão arterial sistêmica (p = 0,104), obesidade (p = 0,054), doença neurológica (p = 0,918), presença de comorbidades (p = 0,542) e internação para o tratamento da depressão (p = 0,853). Os resultados revelaram associação estatisticamente significativa entre a adesão ao tratamento medicamentoso e tipos de tratamento realizados pelo paciente (p = 0,034). (Tabela 6).

Tabela 6 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo perfil clínico dos sujeitos do estudo. Ribeirão Preto - SP, 2013

Variáveis	Adesão			
	Sim n (%)	Não n (%)	$\chi^{2(1)}$	valor p
Tempo de diagnóstico			1,56	0,669
≤ 3 anos	24 (68,6)	11 (31,4)		
4 a 6 anos	35 (76,1)	11 (23,9)		
7 a 10 anos	37 (74,0)	13 (26,0)		
> 10 anos	24 (64,9)	13 (35,1)		
Tipos de tratamento			4,48	0,034
Só com medicamentos	113 (73,9)	40 (26,1)		
Medicamentos + outros	07 (46,7)	08 (53,3)		
Hipertensão arterial sistêmica			2,64	0,104
Sim	74 (76,3)	23 (23,7)		
Não	46 (64,8)	25 (35,2)		
Obesidade			3,73	0,054
Sim	25 (59,5)	17 (40,5)		
Não	95 (75,4)	31 (24,6)		
Doença neurológica			0,01	0,918
Sim	07 (70,0)	3 (30,0)		
Não	113 (71,5)	45 (28,5)		
Presença de comorbidades			0,37	0,542
Sim	74 (69,8)	32 (30,2)		
Não	46 (74,2)	16 (25,8)		
Internação para tratamento da depressão			0,03	0,853
Sim	24 (72,7)	09 (27,3)		
Não	96 (71,1)	39 (28,9)		

(1) Qui-quadrado da razão de verossimilhança

Estudo revela que, em indivíduos com condições médicas é mais prevalente o surgimento de transtornos depressivos do que na população geral. Além da maior prevalência, a presença da depressão aumenta a morbidade e a mortalidade associadas à condição médica concomitante e, como consequência, tem-se a piora da qualidade de vida, além do uso excessivo do sistema de saúde e aumento dos custos (FRAGUÁS, 2009).

Nesse estudo, também chama a atenção a alta porcentagem de pacientes com depressão e comorbidades clínicas (106/ 63,1%), com destaque para a hipertensão arterial sistêmica (97/ 57,7%). Estudos apontam que diversas doenças estão claramente associadas à depressão, incluindo as doenças cardiovasculares (TELLES-CORREIA et al., 2009; TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005). De acordo com Jonas e Lando (2000), a hipertensão arterial sistêmica parece ocorrer mais em pacientes com sintomas depressivos e ansiosos.

Nesse contexto, destaca-se que alguns antidepressivos utilizados para tratar a depressão podem aumentar o risco cardiovascular devido às suas propriedades cardiotóxicas, mesmo em níveis terapêuticos, como é o caso dos antidepressivos tricíclicos (efeito na pressão arterial, frequência cardíaca e na condução do impulso elétrico no miocárdio) (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005). A literatura, entretanto, sugere que a depressão tem sido associada ao aumento da agregação plaquetária, e que antidepressivos inibidores da recaptura de serotonina tem proporcionado benefício extra por estarem associados à redução da ativação plaquetária, não havendo estudos que tenham avaliado a dimensão real do referido benefício (ALVES; FRÁGUAS; WAJNGARTEN, 2009).

Verificou-se na presente pesquisa a maior frequência de não adesão ao tratamento medicamentoso entre os pacientes com diagnóstico de obesidade. Estudo que investigou a relação entre depressão e obesidade identificou que pessoas obesas tinham 55% mais chances de desenvolver depressão ao longo do tempo, enquanto as pessoas deprimidas tinham em torno de 58% mais chances de se tornarem obesas (LUPPINO et al., 2010).

Estudos mostram que a obesidade e a depressão podem ter uma relação causal, com possibilidade de associação bidirecional (BARRY; PIETRZAK; PETRY, 2008; MATHER et al., 2009). Para Markowitz, Friedman e Arent (2008), a abordagem tradicional da obesidade ou da depressão, sem considerá-las como comorbidades, resulta em limitação do tratamento, pois há situações nas quais o tratamento para uma condição pode agravar a outra. Nesse caso a dieta, especialmente quando realizada com repetidos insucessos, pode piorar o humor e, inversamente, o ganho de peso consiste em efeito colateral de muitos dos tratamentos farmacológicos para a depressão, o que pode em parte justificar a menor porcentagem de adesão em pacientes com a referida comorbidade. Faz-se importante que tais pacientes sejam

encorajados para comportamentos que melhorem ambas as condições, incluindo a realização de atividade física, técnicas para redução de estresse, modificação de estilo de vida e não apenas fazer dieta ou utilizar medicação (MARKOWITZ; FRIEDMAN; ARENT, 2008).

De acordo com a literatura, pacientes com doenças clínicas e depressão têm maior risco de não aderirem às recomendações médicas (DIMATTEO; LEPPER; CROGHAN, 2000), em concordância com os resultados desta pesquisa. Verificou-se na presente pesquisa, todavia, exceção para os pacientes com hipertensão arterial sistêmica, havendo maior porcentagem de adesão entre os portadores de tal doença. Uma possível explicação para este resultado pode ser o investimento, na atenção primária, em programas de educação do paciente para o tratamento adequado da hipertensão, incluindo o uso adequado dos medicamentos, com possíveis reflexos para a valorização do tratamento de outras doenças concomitantes.

Verificou-se uma porcentagem muito semelhante de adesão aos medicamentos entre os pacientes já submetidos à internação para tratamento da depressão (72,7%) e entre aqueles que nunca foram internados com tal finalidade (71,1%). Não foram identificados estudos que tenham investigado tal relação entre as referidas variáveis em pacientes com diagnóstico de depressão. A relação entre adesão e internação foi investigada no âmbito de outras doenças crônicas, como é o caso do estudo desenvolvido por Brito, Szwarcwald e Castilho (2006), o qual revelou que entre os pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) que tinham histórico de internação, a interrupção do tratamento medicamentoso foi superior àqueles sem o devido histórico, em discordância com os resultados desta pesquisa.

Também foi identificada porcentagem muito semelhante de adesão ao tratamento medicamentoso entre os indivíduos com, 70%, e sem, 71,5%, doença neurológica concomitante. Não se identificou estudos que tenham investigado a adesão aos medicamentos em pacientes com as referidas comorbidades. Sabe-se, todavia, que grande parte dos pacientes que possuem doenças neurológicas com acometimento do sistema nervoso central, com frequência, apresenta depressão. Tal comorbidade pode resultar dos tratamentos antiepiléticos farmacológicos e cirúrgicos a que são submetidos tais indivíduos (KANNER, 2003).

Nessa pesquisa, verificou-se que, entre os pacientes que realizavam apenas o tratamento medicamentoso, 73,9% eram aderentes aos medicamentos e 53,3% daqueles que utilizavam medicamentos e outras modalidades terapêuticas foram considerados não aderentes aos medicamentos, em discordância com a literatura sobre a temática (CARDOSO et al., 2011; WOLF; HOPKO, 2008). O teste qui-quadrado mostrou associação estatisticamente significativa entre as referidas variáveis ($p = 0,034$) (Tabela 7). Nesse estudo, apenas 15

(8,9%) pacientes foram submetidos à outra modalidade terapêutica, além da farmacológica e, para todos, a modalidade terapêutica adotada foi a psicoterapia individual. Vale ressaltar que uma possível explicação para a menor adesão destes pacientes pode ser o fato de que os mesmos, conforme rotina do serviço em estudo, estão realizando psicoterapia individual com psicóloga do próprio serviço, justamente por serem considerados crônicos e com grande dificuldade de adesão ao tratamento.

É importante mencionar que dados consistentes, advindos de ensaios clínicos, sugerem que intervenções psicossociais e farmacológicas, no cuidado primário, possuem eficácia comparável na redução dos sintomas de depressão leve a moderada (WOLF; HOPKO, 2008). Desse modo, embora a farmacoterapia seja a intervenção mais utilizada no cuidado primário, os tratamentos psicossociais podem representar uma importante alternativa, principalmente ao se considerar as características do referido transtorno.

A duração média de um episódio depressivo é entre 16 e 20 semanas, e em torno de 12% dos pacientes tem um curso crônico sem remissão dos sintomas (SOUERY et al., 2007). Ainda, para muitos, um episódio inicial de depressão evolui para uma doença crônica recorrente e debilitante com comprometimentos significativos e difusos da função psicossocial (HIRSCHFELD et al., 2000; JUDD et al., 2000; POWELL et al., 2008). Na presente pesquisa, 87 (51,8%) pacientes possuíam tempo de diagnóstico igual ou superior a sete anos. Verifica-se, assim, que o tratamento a ser seguido poderá perdurar por anos ou até mesmo para a vida toda, aspecto que reforça a importância das terapias psicossociais associadas à terapia farmacológica no tratamento da depressão.

5.7 ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO, SEGUNDO O PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Nessa pesquisa, também foi investigado o grau de conhecimento dos sujeitos acerca de alguns aspectos do seu tratamento medicamentoso. Vale ressaltar que as prescrições, realizadas pelos médicos do local em estudo, continham apenas medicamentos psicofármacos e, portanto, apenas os referidos medicamentos foram considerados na presente pesquisa.

A Tabela 7 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 em uso. A Figura 5, na sequência, mostra o grau de conhecimento dos sujeitos do estudo em relação à dose, frequência e nome dos medicamentos prescritos.

Tabela 7 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e grau de conhecimento do nome, dose e frequência de administração dos medicamentos utilizados pelos sujeitos do estudo. Ribeirão Preto – SP, 2013

Variáveis	Adesão			
	Sim n (%)	Não n (%)	$\chi^{2(1)}$	valor p
Grau de conhecimento do(s) nome(s) do(s) medicamento(s)			0,17	0,683
0 - 0,5	44 (73,3)	16 (26,7)		
0,51- 1,0	76 (70,4)	32 (29,6)		
Grau de conhecimento da(s) dose(s) do(s) medicamentos			0,80	0,370
0 - 0,5	79 (69,3)	35 (30,7)		
0,51- 1,0	41 (75,9)	13 (24,1)		
Grau de conhecimento da frequência do(s) medicamentos			11,0	0,001
0 - 0,5	39 (57,4)	29 (42,6)		
0,51- 1,0	81 (81,0)	19 (19,0)		

(1) Qui-quadrado da razão de verossimilhança

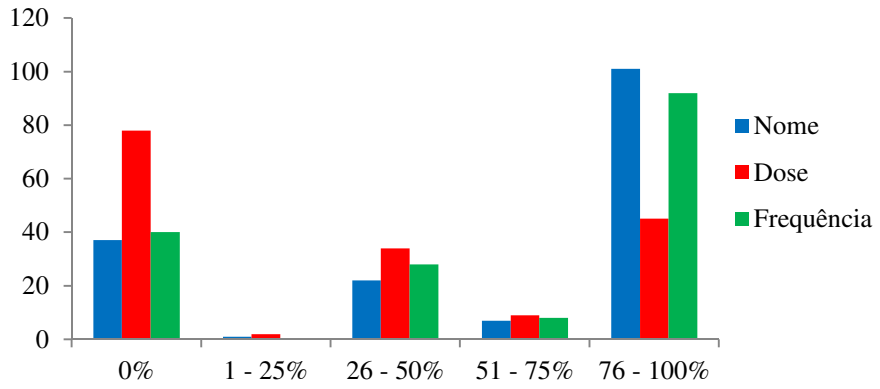

Figura 5 – Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com o grau de conhecimento do nome, dose e frequência de administração dos medicamentos.

O adequado nível de conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos que utilizam é considerado fator essencial para a adesão ao tratamento medicamentoso (BURGE et al., 2005; LEE et al., 2013). Para Gabriel e Violato (2010), o conhecimento pobre sobre os antidepressivos pode resultar na dificuldade dos pacientes em aceitá-los e aderi-los.

Nessa pesquisa, os resultados revelaram associação global entre o conhecimento da frequência de administração dos medicamentos e a adesão ao tratamento medicamentoso pelos pacientes (p= 0,001). Observa-se que 81% dos pacientes, que apresentaram grau de

conhecimento de 51 a 100% a esse respeito, aderem ao tratamento medicamentoso (Tabela 7). O comportamento de adesão ao medicamento pode, em parte, explicar esse resultado, pois o fato de ser aderente pode facilitar a fixação dos horários de administração dos mesmos.

Destaca-se que 68 (40,5%) pacientes foram classificados na categoria de 0 a 50% para o grau de conhecimento quanto à frequência de utilização dos medicamentos indicativos de sem conhecimento, muito pouco conhecimento e pouco conhecimento. Tal aspecto é relevante, pois a falta de conhecimento a esse respeito poderá ocasionar, principalmente naqueles pacientes que utilizam várias doses diárias, tanto omissões de doses como extra doses, devido à confusão de horários.

Embora, como evidenciado na Tabela 7, a aplicação do teste qui-quadrado não tenha mostrado associação significativa entre adesão à terapêutica medicamentosa e conhecimento do nome ($p = 0,683$) e da dose do medicamento ($p = 0,370$), alguns aspectos relevantes merecem ser mencionados.

Constata-se que houve maior conhecimento dos sujeitos do estudo em relação ao nome dos medicamentos, pois 108 (64,3%) deles apresentaram conhecimento de 51 a 100% a esse respeito.

Destaca-se, todavia, o fato de 60 (35,7%) participantes apresentarem conhecimento de 0 a 50% a respeito do nome, indicativos de sem conhecimento, muito pouco conhecimento e pouco conhecimento. Ressalta-se que, o conhecimento em relação ao nome da medicação que se faz uso é essencial para que o paciente saiba diferenciá-lo no momento da compra e utilização, bem como informar sobre os mesmos por ocasião de internações, exames, reações adversas, alergias, entre outros (CRUZ et al., 2011).

Embora a prática de prescrição dos medicamentos pelo nome genérico seja legalizada, ainda não se tornou regra no meio médico. Nesse estudo, aceitou-se como resposta correta aquela que identificasse corretamente o medicamento prescrito, tanto pelo nome genérico como por qualquer nome comercial. Sabe-se que o conhecimento do nome genérico do medicamento proporciona ao paciente facilidade de identificação do mesmo e significativa redução de gastos quando é preciso comprá-lo (BLATT et al., 2012; VALENTIM, 2003). Sabe-se, ainda, que a diversidade de nomes atribuídos a um mesmo medicamento pode gerar enganos no domicílio, no momento da sua administração (MIASSO, 2002).

Observa-se, ainda, na Figura 5, que o menor grau de conhecimento foi em relação à dose, destacando-se que 46,4% dos entrevistados apresentaram 0% de conhecimento a esse respeito. Em relação à dose dos medicamentos, foram consideradas corretas as respostas que identificavam a quantidade, em unidades de medida (grama, miligrama e mililitro), a ser

administrada em cada horário ou em um período de 24 horas, de acordo com a prescrição médica. Considera-se indispensável que o paciente conheça a dose dos medicamentos que utiliza, tendo em vista as graves consequências que uma dose excessiva de medicamentos pode acarretar, principalmente na população em estudo, que em sua totalidade utiliza antidepressivo. Destaca-se que, no Brasil, os antidepressivos situam-se entre os três primeiros grupos de medicamentos que levam à intoxicação aguda (RIOS et al., 2005).

Outros estudos com portadores de transtornos mentais também revelaram escassez de conhecimento dos mesmos sobre os aspectos da terapêutica medicamentosa, investigados na presente pesquisa (CARDOSO et al., 2011; CRUZ et al., 2011).

Os resultados revelaram associação significativa entre as variáveis de adesão ao tratamento medicamentoso e informação sobre o medicamento para a depressão (p= 0,030). Houve maior porcentagem de adesão entre os pacientes que receberam a referida informação (77,8%) quando comparados àqueles que não a receberam (62,3%). Constatou-se que a confiança na informação recebida sobre o medicamento, a satisfação com a referida informação e a aceitação quanto ao número de vezes ao dia que toma o medicamento foram variáveis que não estiveram associadas à adesão ao tratamento medicamentoso (p=0,089; p=0,083 e p=0,073, respectivamente) (Tabela 8).

Tabela 8 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e informações sobre o medicamento para depressão, confiança na informação recebida, satisfação com informação recebida sobre o medicamento e aceitação do número de vezes que toma medicamento. Ribeirão Preto – SP, 2013

(continua)

Variáveis	**Adesão**		$\chi^{2(1)}$	**valor p**
	Sim n (%)	**Não n (%)**		
Recebeu informações sobre o medicamento para depressão			4,71	0,030
Sim	77 (77,8)	22 (22,2)		
Não	43 (62,3)	26 (37,7)		
Confiança na informação recebida			4,84	0,089
Sim	68 (77,3)	20 (22,7)		
Não	09 (81,8)	02 (18,2)		
Não recebeu	43 (62,3)	26 (37,7)		
Satisfação com informação recebida sobre o medicamento			4,97	0,083
Sim	67 (77,0)	20 (23,0)		
Não	10 (83,3)	02 (16,7)		
Não recebeu	43 (62,3)	26 (37,7)		

Tabela 8 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e informações sobre o medicamento para depressão, confiança na informação recebida, satisfação com informação recebida sobre o medicamento e aceitação do número de vezes que toma medicamento. Ribeirão Preto – SP, 2013

(conclusão)

Variáveis	Adesão		$\chi^{2(1)}$	valor p
Aceitação quanto ao número de vezes que toma medicamento			6,98	0,073
Bom	12 (85,7)	02 (14,3)		
Indiferente	66 (77,6)	19 (22,4)		
Ruim	31 (59,6)	21 (40,4)		
Péssimo	11 (64,7)	06 (35,3)		

(1) Qui-quadrado da razão de verossimilhança

Destaca-se que 69 (41,1%) pacientes não receberam qualquer orientação sobre os medicamentos que lhes foram prescritos para depressão, o que pode, em parte, explicar o déficit de conhecimento por eles apresentado sobre os aspectos da terapêutica medicamentosa investigados no presente estudo. Vários estudos enfatizam a importância da orientação do paciente sobre seu tratamento medicamentoso como aspecto relevante para a promoção da adesão ao mesmo (GIORGI, 2006; GORDON; SMITH, DHILLON, 2007; MODIG et al., 2012; MOEN et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2007).

A aquisição de conhecimento é também importante para que o paciente seja capaz de ter um papel ativo no que concerne ao seu tratamento, participando das decisões a ele relacionadas. De acordo com Keohane e Shanahan (2009), o conhecimento gera no paciente um sentimento de controle e amplia sua capacidade em lidar com a sua doença.

Verifica-se que, dos 99 pacientes que receberam informação sobre o medicamento para depressão, 88,9% confiaram na informação recebida e 87,9% ficaram satisfeitos com a referida informação. A confiança no profissional de saúde e nos medicamentos em uso é de grande importância para a promoção da adesão aos medicamentos (FARIA, 2008). Contudo, ela pode contribuir para que o paciente não questione sua terapia, por acreditar que o médico saiba o que é melhor para ele (MODIG et al., 2012). Há, ainda, a possibilidade de o paciente não pedir esclarecimentos por temer seu embaraço diante do reconhecimento de não haver entendido a informação, ou, ainda, por medo de ser repreendido (MIASSO, 2006). Este aspecto pode ser agravado pela escassez de informações fornecidas aos pacientes pelos profissionais de saúde e pelo fato de o paciente frequentemente priorizar as informações relacionadas ao diagnóstico médico em detrimento daquelas sobre os medicamentos prescritos (SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000). Para Lyra Junior et al. (2006), o tempo da consulta

não é suficiente para que o paciente compreenda a prescrição, considerando a falta de informação como causa de não adesão.

Os profissionais de saúde devem estar cientes de que o paciente é o protagonista quando o assunto é a adesão ao tratamento medicamentoso. É ele quem decide pela adesão ou não ao medicamento (MOURÃO-JÚNIOR; SOUZA, 2010). Desse modo, os profissionais devem fornecer-lhes todas as informações necessárias para que possam reconhecer a importância do uso do medicamento prescrito para mudança em seu estado de saúde.

Verifica-se, na Tabela 9, que a informação recebida sobre a depressão, a satisfação com a referida orientação, bem como a confiança no acompanhamento médico foram variáveis que não estiveram associadas à adesão à terapêutica medicamentosa (p=0,921; p=0,966 e p=0,690, respectivamente). Destaca-se que a maioria dos pacientes (58,9%) não recebeu qualquer informação sobre o seu diagnóstico médico.

Tabela 9 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e informações sobre a depressão, satisfação com a informação recebida sobre a depressão e confiança no acompanhamento médico. Ribeirão Preto – SP, 2013

Variáveis	**Adesão**			
	Sim	**Não**		
	n (%)	**n (%)**	χ^2	**valor p**
Recebeu informações sobre a depressão			0,01(1)	0,921
Sim	49 (71,0)	20 (29,0)		
Não	71 (71,7)	28 (28,3)		
Satisfação com a informação recebida sobre a depressão			0,06(2)	0,966
Sim	38 (70,4)	16 (29,6)		
Não	11 (73,3)	04 (26,7)		
Não recebeu	71 (71,7)	28 (28,3)		
Confiança no acompanhamento médico			0,31(2)	0,690
Sim	115 (71,9)	45 (28,1)		
Não	05 (62,5)	03 (37,5)		

(1) Qui-quadrado da razão de verossimilhança
(2) Teste exato de Fisher

A forma como o paciente compreende sua enfermidade e a sua relação com ela parece ter relação com a adesão ou não ao tratamento medicamentoso (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Desse modo, o não reconhecimento da depressão como doença constitui importante fator relacionado a não adesão aos medicamentos (CUNHA; GANDINI, 2009). Duailibi e Santos (2005) mencionam que a falsa crença de que os sintomas da depressão são irreais podem desencorajar o paciente a iniciar ou a se manter em tratamento, principalmente, devido à vergonha ou preconceito. Ainda, a percepção de maior gravidade da doença está associada à melhor adesão, mesmo em tratamentos mais longos (SILVESTRE–BUSTO et al., 2001).

Há evidências, também, de que quanto maior o grau de conhecimento do paciente acerca de sua doença, maior a sua adesão ao tratamento (JARDIM, 2001). Os aspectos mencionados são relevantes, pois, caso o paciente não tenha informações a respeito da doença e de como tratá-la, não poderá apresentar os comportamentos necessários para o controle desta (MALERBI, 2001; PIRES JÚNIOR; MENGUE, 2005).

Considerando a dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso pelos pacientes depressivos, faz-se necessário suporte adequado, com orientações sobre a doença e encorajamento dos pacientes, principalmente nas primeiras semanas de tratamento (RUBENSTEIN et al., 2004).

A Tabela 10, a seguir, revela que não houve associação significativa entre a adesão ao tratamento medicamentoso e as variáveis de outros medicamentos de uso contínuo (p=0,692), quantidade total de medicamentos (p=0,551), número de comprimidos (p=0,402) e número de vezes que toma medicamento ao dia (p=0,787). Foi verificada diferença significativa entre as variáveis de adesão ao tratamento medicamentoso e de compra do medicamento quando o mesmo está em falta na rede pública (p= 0,016).

Tabela 10 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e uso de outros medicamentos, quantidade total de medicamentos utilizados, número de comprimidos e aquisição do medicamento na falta na rede pública. Ribeirão Preto – SP, 2013

Variáveis	**Adesão**			
	Sim	**Não**		
	n (%)	**n (%)**	χ^2	**valor p**
Outros medicamentos de uso contínuo			0,16(1)	0,692
Sim	89 (70,6)	37 (29,4)		
Não	31 (73,8)	11 (26,2)		
Quantidade total de medicamentos			1,19(1)	0,551
1	21 (75,0)	07 (25,0)		
2	64 (68,1)	30 (31,9)		
3 ou +	35 (76,1)	11 (23,9)		
Número de comprimidos			1,82(1)	0,402
0,5 a 2,0	48 (77,4)	14 (22,6)		
2,5 a 3,5	30 (66,7)	15 (33,3)		
4 ou +	42 (68,8)	19 (31,2)		
Número de vezes que toma medicamento ao dia			0,37(2)	0,787
1	30 (69,8)	13 (25,0)		
2	78 (72,9)	29 (27,1)		
3	12 (66,7)	06 (33,3)		
Compra quando falta na rede pública			5,80(1)	0,016
Sim	108 (75,0)	36 (25,0)		
Não	12 (50,0)	12 (50,0)		

(1) Qui-quadrado da razão de verossimilhança

(2) Teste exato de Fisher

Não se verificou consenso na literatura no que se refere à relação entre adesão e número de medicamentos utilizados diariamente pelo paciente. Há estudos que revelam que a polifarmácia constituiu uma das principais dificuldades para a adesão do paciente ao tratamento farmacológico (GAZALLE et al., 2007; LEITE; VASCONCELLOS, 2003), e outros que apontam maior porcentagem de adesão em pacientes em seguimento da polifarmacoterapia (LEE et al., 2013; SERNA, 2010; SHALANSKY; LEVY, 2002).

O número de comprimidos diários e o número de vezes ao dia em que se toma o medicamento também são citados na literatura como fatores que podem interferir na adesão ao tratamento medicamentoso. Para Colombrini, Lopes e Figueiredo (2006), para cada comprimido ingerido o risco da não adesão aumenta em 12%. A esse respeito, a literatura também revela que quanto mais simples o esquema terapêutico maior é a adesão ao tratamento (OSHIRO; CASTRO; CYMROT, 2010).

No presente estudo, constatou-se que houve maior porcentagem de adesão entre os pacientes que compram medicamentos quando os mesmos estão em falta na rede pública (75%) em comparação com aqueles que não os compram (50%). Este achado não é corroborado pela literatura, que evidencia que quanto maior o custo final da medicação, pior é a adesão do paciente a mesma (GOLDMAN; JOYCE; ZHENG, 2007; KENNEDY; TULEU; MACKAY, 2008). Uma possível explicação para esse resultado pode ser o baixo custo dos medicamentos utilizados pela grande maioria dos pacientes desse estudo, aliado ao fato de que o paciente que apresenta o comportamento de aderir ao medicamento possa priorizar sua compra, na ausência do acesso ao mesmo na rede pública.

A Tabela 11 revela que apesar de não ter ocorrido diferença significativa entre o grupo de aderentes e não aderentes quanto à variável de reação desagradável ao medicamento (p = 0,061), pôde-se constatar que, entre as pessoas que não apresentaram efeitos colaterais ao medicamento houve maior porcentagem de adesão, (75,8%), quando comparadas àquelas que apresentaram tais efeitos, (61,5%).

Tabela 11 – Prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso e reação desagradável ao medicamento. Ribeirão Preto – SP, 2013

Variáveis	**Adesão**			
	Sim n (%)	**Não n (%)**	$\chi^{2(1)}$	**valor p**
Reação desagradável ao medicamento			3,51	0,061
Sim	32 (61,5)	20 (38,5)		
Não	88 (75,8)	28 (24,2)		

(1) Qui-quadrado da razão de verossimilhança

Vários estudos mencionam os efeitos colaterais dos medicamentos como importante fator de não adesão aos mesmos (COHEN et al., 2010; DIAZ et al., 2004; FORTNEY et al., 2011; MACLAUGHLIN et al., 2005). O ganho de peso, a disfunção sexual e as alterações no sono são efeitos colaterais associados a não adesão aos antidepressivos, principalmente nas fases iniciais do tratamento (LINDEN et al., 2000; ZAJECKA, 2000). Destaca-se a dificuldade na atividade sexual como importante efeito colateral apontado pelos usuários desse tipo de medicamento (COHEN et al., 2010; FORTNEY et al., 2011).

Sabe-se, entretanto, que os efeitos colaterais muitas vezes são transitórios, podendo diminuir ou cessar com o decorrer do tempo e uso contínuo do medicamento (CORDIOLI, 2002). Este aspecto revela a importância da ação educativa dos profissionais da saúde visando minimizar a não adesão ao medicamento relacionada à presença de reações adversas. Nesse contexto, o enfermeiro e farmacêutico clínico poderiam prever intervenções em conjunto com o médico, alertando-o de tais efeitos ocasionados ao paciente, bem como sobre a possível necessidade de substituição do medicamento, quando outras estratégias para redução de efeitos colaterais falharem.

A esse respeito, estudos têm revelado que as informações aos pacientes sobre os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos são muitas vezes deficientes (GORDON; SMITH; DHILLON, 2007; MOEN et al., 2009). Estudo identificou que a problemática dos efeitos colaterais nunca era discutida com os pacientes, e isso ocorria não apenas no momento da prescrição, mas também quando os pacientes questionavam sobre o assunto. Os autores consideram como possível explicação para esse comportamento, o medo dos médicos de que os pacientes não utilizem os medicamentos caso conheçam seus efeitos colaterais (GORDON; SMITH; DHILLON, 2007).

Em relação à adesão medicamentosa em pacientes com depressão, um aspecto importante a ser considerado é que, além de vivenciar os efeitos colaterais dos medicamentos, a literatura evidencia que em torno de 35% destes pacientes não respondem aos antidepressivos, mesmo após atingir doses e duração adequadas de tratamento (RIBEIRO et al., 2009; YUKIZAKI et al., 2007). Ainda, para 10% dos pacientes, o quadro depressivo persiste apesar de várias intervenções medicamentosas (YUKIZAKI et al., 2007).

Desse modo, é importante enfatizar que outras modalidades terapêuticas, além da medicamentosa, são fundamentais no tratamento da depressão, visando uma recuperação completa e melhor qualidade de vida do paciente (BIO; SOUZA; MORENO, 2011). A psicoterapia, com suas diferentes abordagens, pode ser utilizada tanto como tratamento primário quanto como adjuvante à farmacoterapia no tratamento da depressão (LEBOW,

2012). A psicoeducação consiste em outra modalidade terapêutica com eficácia bem estabelecida no tratamento da depressão (COLOM; LAM, 2008).

A seguir, apresentam-se os resultados e a discussão referentes aos dados qualitativos do presente estudo. Os sujeitos que participaram desta etapa da pesquisa foram todos aqueles atendidos no NSM no período de janeiro a março de 2011 (três meses), resultando num total de 27 entrevistados. Essa etapa teve como objetivo central compreender as dificuldades da pessoa com depressão, no que concerne ao seguimento da terapêutica medicamentosa e a satisfação da mesma frente à equipe de saúde que a assiste e a terapêutica medicamentosa instituída. Destaca-se que os dados qualitativos têm apenas a finalidade de complementar aqueles de natureza quantitativa.

5.8 DIFICULDADES RELACIONADAS AO SEGUIMENTO DA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

A análise dos dados qualitativos relacionados às dificuldades enfrentadas pelos pacientes no seguimento da terapêutica medicamentosa resultou na construção das seguintes categorias: “Os sintomas da depressão”, “Efeitos limitados e desgastantes da medicação e a polifarmacoterapia”, “A necessidade de apoio” e “Pouco conhecimento sobre a depressão e o tratamento”.

Os sintomas da depressão

A depressão é considerada uma condição crônica e sua sintomatologia e evolução resultam em altos níveis de incapacitação funcional (BENEDETTI et al., 2008; FLECK et al., 2003; VERSIANI, 2004).

Desse modo, a sintomatologia da depressão, especialmente quando aliada aos estressores do cotidiano, foi uma dificuldade enfrentada pelos pacientes no seguimento da terapêutica medicamentosa. O paciente deprimido pode vivenciar desesperança, avolição, falta de energia e iniciativa, lentidão, falta de concentração, desejo de morrer, menor sensação de autocontrole e dificuldade para tomar decisões:

> *Falta de motivo pra viver. Não tem ânimo, você não tem coragem de fazer nada (...) o corpo não obedece. É como se a cabeça não tivesse mais*

> *autoridade sobre mim (...) é como se eu tivesse numa cadeira de rodas. Um deficiente, ele é obrigado a estar na cadeira de roda. O depressivo não! Ele não pode ver uma cadeira de roda que ele senta e fica e não tem vontade de levantar (...) eu não tinha força pra levantar um braço, eu não andava (...) a depressão eu acho que é isso. Ela me irrita tanto, é um inimigo que eu não consigo ver e ela me derruba, ela me prejudica, ela me faz mal. (S9)*

> *Sinto aquela tristeza e choro também... aí quero ficar isolada, quero só ficar sozinha e é assim que eu sinto. E outra coisa que também piorou um pouco, porque eu que fazia meu serviço, minhas coisas tudo dentro de casa, eu saia mexia com banco, mexia com tudo do meu marido e de repente eu fiquei doente e não posso mais fazer nada.(...) eu me sinto inútil com isso. (S6)*

> *Tudo isso, toda essa situação que eu tô que eu num consigo fazer as coisas como antes eu fazia, eu tomava decisão eu ia e fazia as coisas, limpava a casa várias vezes na semana isso eu não tenho mais vontade de fazer. (S15)*

A depressão, além de gerar sofrimento para quem a vivencia, pode ocasionar mudanças nas rotinas, hábitos e costumes da família:

> *Por que eu já tive depressão de cair de cama, de não comer e ficar sem comer e ficar fraquinha (...) amoleceu meus nervos todos. Meu marido precisou sair de férias pra me ajudar a ir ao banheiro. (S11)*

Esse relato ressalta a influência limitadora dos sintomas depressivos na vida do paciente e dos sujeitos que com ele convivem. O impacto social da depressão inclui tanto a incapacidade individual como o fardo familiar associado ao transtorno (PAULIN; REIS; RODRIGUES, 2008). A literatura revela que é difícil avaliar e quantificar a sobrecarga de quem convive com um portador de transtorno mental, mas é certo que as famílias sofrem privações, incluindo aquelas de ordem econômica, por não contar com um integrante familiar inteiramente produtivo (MOURA, 2005).

Os sintomas da depressão podem comprometer o desempenho do paciente em diversas atividades e, consequentemente, para a autoadministração dos medicamentos prescritos:

> *Se meu estômago fica ruim aí, eu não consigo (tomar o medicamento), né? Porque se eu tomar, eu vou vomitar, mas não por causa dele (medicamento), por causa dos sintomas. Porque quando eu fico nervosa, aí já não sinto vontade de comer. (S10)*

O paciente sintomático pode ficar mais propenso a não aderir à prescrição medicamentosa, tanto interrompendo o uso de fármacos prescritos quanto ingerindo medicações sem prescrição. A medicação pode ser utilizada, inclusive, como um instrumento para tentativas de suicídio:

> *Às vezes eu experimentei se eu conseguia (interromper o uso dos medicamentos), eu gosto de experimentar porque às vezes não precisa ficar tomando e fica tomando. Eu experimentei... (S25)*
>
> *(...) eu precisava sim (apoio da família), pra mim não fazer burrada com eles (medicamentos), porque é uma arma na minha mão (...) (S1)*
>
> *(...) quando me ataca que eu vejo que me ataca mais, eu tomo dois comprimido, ai eu tomo três "uns par" de tempo ai eu vejo que melhora ai eu continuo com dois outra vez. (S13)*
>
> *Eu não comia, não dormia, eu chorava muito. Às vezes me dava aquele estado de nervoso e eu começava a ter vontade de quebrar tudo, eu tomava muito remédio, porque aí, eu ia nos remédios sabe? (...) Várias vezes eu tive que ir para lá (hospital) fiquei várias vezes internada lá pra pode controlar a medicação que eu tomava em excesso. (S19)*

Os sintomas da depressão podem resultar em graves sofrimentos psíquicos e físicos, podendo levar até mesmo ao suicídio (CHACHAMOVICH et al., 2009; OLIÊ; COSTA E SILVA; MACHER, 2005). A literatura aponta a estreita relação entre o suicídio e a depressão, sendo o primeiro, ainda hoje, considerado, por muitos, um sintoma ou uma consequência da segunda. De fato, a associação entre eles ainda constitui um importante dado replicado na literatura psiquiátrica (BRUCE et al., 2004; CIECHANOWSKI et al., 2004; CONWELL; DUBERSTEIN, 2001; OLIÊ; COSTA E SILVA; MACHER, 2005; SARTORIUS, 2005; VIEIRA; SARAIVA; COUTINHO, 2010; WHO, 2012).

Desse modo, o paciente sintomático requer atenção especial em relação ao uso de medicamentos, pois caso os interrompa ou os utilize de forma inadequada, os sintomas podem ser intensificados, sendo o suicídio o pior desfecho para as pessoas com a referida doença (CHACHAMOVICH et al., 2009; OLIÊ; COSTA E SILVA; MACHER, 2005).

Destaca-se, ainda, que sintomas residuais, gravidade dos sintomas e, em alguns casos, a não adesão aos medicamentos deles resultantes são fatores associados ao maior risco de recaída e recorrência da depressão (FLECK et al., 2009; MACHADO-VIEIRA; SOARES, 2007; MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011). Desse modo, o paciente com depressão precisará de constante ajuda para lidar com os sintomas da doença para, consequentemente, ter subsídios para efetuar as mudanças necessárias em seus comportamentos, haja visto que, na maioria das vezes, o mesmo encontra-se desmotivado e achando-se incapaz (BUGALHO; CARNEIRO, 2004; MACHADO, 2009).

Verifica-se, também, que a pessoa com depressão vivencia o impacto da sintomatologia do transtorno em seu cotidiano, e que o medicamento pode constituir importante oportunidade para atenuar os sintomas depressivos e suas consequências. Todavia,

o paciente percebe que o tratamento farmacológico possui fragilidades e que também lhe proporciona experiências negativas.

Efeitos limitados e desgastantes da medicação e a polifarmacoterapia

Os pacientes expressaram ambivalência em relação à terapêutica medicamentosa, traduzida como uma prática árdua, "necessária" em seu cotidiano e, simultaneamente, uma possibilidade de "melhora" da sintomatologia do transtorno. Desse modo, embora fosse necessário, e útil para aliviar os sintomas, o tratamento medicamentoso contínuo era desgastante e nem sempre proporcionava resultados condizentes com as expectativas dos pacientes, tendo em vista que o controle da doença se configura como um processo demorado, que exige comprometimento e disciplina:

> *Eu tenho que conviver com eles (medicamentos), então é bom né? É horrível, mas ao mesmo tempo acaba sendo bom tomar o remédio porque aí a gente melhora. (S23).*
>
> *Eu sinto que é uma obrigação né, se eu quero sarar e ter as minhas coisas que eu tenho, tenho essa obrigação de tomar... (S5).*
>
> *Num é muito bom não. Eu acho ruim, mas tem que aceita porque precisa (medicação) (S13).*

Em alguns momentos, os pacientes vivenciavam insatisfação com os efeitos do tratamento farmacológico por considerá-los limitados e desgastantes. A ação dos medicamentos foi considerada limitada quando não era suficiente para eliminar ou reduzir, de forma acentuada, os sintomas da depressão:

> *Faz tanto tempo que eu tomo ele (medicamento) que eu acho que nem efeito não faz mais (...) Parece que começo dá uma melhorada assim, só que a gente fica assim chapada né? É como se tivesse drogado. (S8)*
>
> *Ao invés de mim melhorar, eu ficava muito pior. Mas os remédios que me davam, deixavam eu mais deprimida, né? Então em vez de eu melhorar, parece que o negócio piorava cada vez mais. (S21)*

Os antidepressivos têm comprovada importância no tratamento da depressão, contudo, apresentam limitações, incluindo o tempo de latência de algumas semanas para o início do efeito sobre os sintomas subjetivos da depressão e a presença, logo no início do tratamento, de efeitos colaterais (náuseas, boca seca, insônia, hipotensão postural, constipação, retenção urinária, sedação, ganho de peso, disfunção sexual, entre outros) (CUNHA; GANDINI, 2009; FLECK et al., 2009; LEHNE, 2003).

Além disso, aproximadamente 30% a 50% das depressões não responderam satisfatoriamente ao tratamento de primeira escolha realizado de modo adequado, independentemente do primeiro antidepressivo escolhido. Essas limitações podem contribuir para o abandono do tratamento com antidepressivos (BAUER et al., 2009).

Verificou-se que o seguimento da terapêutica medicamentosa era considerado desgastante por diversos motivos, incluindo a necessidade de abster-se de outras substâncias psicoativas durante o tratamento medicamentoso. Há paciente que menciona a interrupção do antidepressivo em alguns dias da semana, nos quais ingere bebida alcoólica:

> *É no final de semana, mas não é uma não (risos) (...) tremo porque eu bebo no sábado, no domingo e na segunda e não bebo o remédio. (S2)*

De acordo com a literatura, 23 a 70% dos pacientes dependentes de álcool apresentam transtornos ansiosos ou depressivos, sendo tais comorbidades comumente associadas a esses pacientes (ALVES; KESSLER; RATTO, 2004). É importante determinar qual dos problemas surgiu primeiro, entretanto, o diagnóstico diferencial exige longo período de avaliação.

Um aspecto relevante é que pacientes com a referida comorbidade têm um prognóstico pior do que pacientes com apenas um desses transtornos, além de serem de difícil tratamento (CORNELIUS et al., 2003). Ainda, a depressão em pacientes alcoolistas precede as tentativas de suicídio na maioria dos casos (KING; NARDI; CRUZ, 2006). De acordo com WHO (2004), é frequente na atualidade a ocorrência de suicídios devido ao não tratamento de pacientes com depressão; entre eles, a maioria é de mortes ocasionadas por acidentes relacionados à depressão com o abuso de álcool.

Nesse contexto, é importante que os profissionais de saúde identifiquem os quadros de depressão associados ao consumo de álcool, de modo a proporcionar ao paciente o tratamento adequado, visando à remissão dos sintomas depressivos, redução/abstinência em relação ao álcool e consequente diminuição do risco de suicídio.

O prognóstico da depressão tende a um curso recorrente e crônico e, com frequência, impõe ao paciente tratamento medicamentoso prolongado. Apesar de desejar que o tratamento tenha "um ponto final" e de vivenciar os efeitos colaterais dos medicamentos, há pacientes que mantém a adesão aos mesmos:

> *Eu acho difícil só que eu não deixo de tomar. Eu falo: oh, meu Deus! Mas será até quando, né, que eu vou toma remédio desse jeito, né? Meu estômago já está ruim, não está aguentando mais remédio, né? Mas estou tomando. (S6)*

> *Eu só queria que tivesse um ponto final, só que eu só to vendo "reticências". (S9)*

> *Será que eu sempre vou tomar para o resto da minha vida? Será que essa depressão nunca vai sair de dentro de mim? (S22)*

O tratamento da depressão envolve a fase aguda, de continuação e de manutenção, sendo que cada fase apresenta objetivos específicos. Desse modo, especialmente para pacientes com depressão recorrente, o tratamento pode ser prolongado. A literatura evidencia a importância do tratamento antidepressivo de continuação por seis meses, pois reduz em 50% o risco de recaída (FLECK et al., 2009). Para pacientes com episódios depressivos recorrentes, faz-se necessário o tratamento de manutenção (ANDERSON; NUTT; DEAKIN, 2000). Tal fase do tratamento tem o objetivo de prevenir a recorrência do transtorno, de suicídio e do desenvolvimento de cronicidade (BAUER et al., 2009).

Destaca-se a importância para esses pacientes da prevenção da recorrência, pois, com a progressão do transtorno, ocorre diminuição do intervalo entre os episódios e aumento da gravidade dos mesmos (MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011). Nesse contexto, a adesão ao tratamento medicamentoso é fundamental. Para tanto, o paciente precisa compreender a importância do tratamento prolongado. De acordo com um estudo da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2011), para que isso ocorra é fundamental que as medicações prescritas apresentem baixo perfil de efeitos colaterais e que haja uma ação colaborativa do profissional de saúde no intuito de que seja feita uma avaliação individual de cada paciente, levando-se em consideração a necessidade apresentada por cada um deles, bem como as crenças que o próprio sujeito atribui à sua doença e às medicações instituídas para o tratamento.

A necessidade de ingerir vários tipos de medicamentos ou grande quantidade de comprimidos diariamente foi apontada como uma dificuldade no cotidiano dos pacientes. Além dos medicamentos prescritos para o controle da depressão, algumas pessoas utilizavam medicamentos para o tratamento de comorbidades:

> *Eu comecei a toma o remédio da depressão fora o diazepam e o da pressão que eu tomo e tem mais remédio pra toma lá, tem um saco de remédio pra tomar. (S8)*

> *Eu tomo muita medicação. Eu tomo 14 comprimidos por dia, porque eu tenho problema no coração, pressão, eu tenho diabete, eu tenho o colesterol. (S7)*

O uso concomitante de vários medicamentos e o crescente número de fármacos no mercado pode contribuir para ampliar os benefícios da terapia, todavia, esse uso pode resultar em efeitos indesejados e interações medicamentosas (MIASSO; CARMO; TIRAPELLI, 2012). Para os pacientes com depressão, que apresentam a baixa motivação como

sintomatologia, tais efeitos indesejados, aliados ao tratamento prolongado, podem constituir um entrave para a adesão.

Assim, houve pacientes que se queixaram de precisar de muitas medicações, por acreditar que a prescrição de vários medicamentos sinaliza um agravo à condição de saúde do indivíduo:

> *É eu acho chato, ver a mão assim cheia de remédio né, falo que situação que eu cheguei, né? (S15)*

Além de simbolizar um possível agravo à condição de saúde do indivíduo, a necessidade de ingerir muitos medicamentos pode dificultar o conhecimento e seguimento do esquema terapêutico (MEDEIROS; GUIMARÃES, 2002).

Tal aspecto aponta para a necessidade de uma avaliação personalizada do paciente pela equipe de saúde, no que se refere à terapêutica medicamentosa prescrita, de modo que ele possa expor suas dificuldades, dúvidas, anseios e experiências sobre o tratamento.

Os sintomas do transtorno, aliados às dificuldades vivenciadas no cotidiano e à ambivalência em relação aos medicamentos, faziam com que os pacientes identificassem a necessidade de suporte, especialmente das pessoas que lhes eram significativas.

A necessidade de apoio

Os sintomas decorrentes da depressão faziam com que, em algumas situações, o paciente se sentisse vulnerável e com necessidade de apoio em diferentes esferas de sua vida, inclusive em relação ao tratamento, devido, principalmente, aos sintomas cognitivos da depressão:

> *(...) às vezes você ta falando comigo me dando uma explicação e depois vai ser difícil eu lembra, às vezes a pessoa, um profissional explicou aquilo pra mim pra que, que é a medicação e eu não tenho muito lembrança. (S18)*
>
> *Ontem eu esqueci de tomar (o medicamento). (S8)*
>
> *(...) até esqueci já como que ele me falou, explicou (medicamento)... eu não lembro mais como que era porque eu tava muito ruim então eu não guardo nada na cabeça. (S24)*
>
> *(...) se por um acaso eu fico sem tomar, às vezes esquece falo "ai meu Deus agora não vou tomar, já passou da hora"... (S27)*

O núcleo familiar, neste caso, pode configurar-se como importante aliado no processo de adesão à terapêutica prescrita e consequente sucesso do tratamento:

> *Tanto do remédio quanto da comida, ela (familiar) pega no pé. Acho, eu acho que isso aí é o carinho que ela tem por mim e está me olhando, me ajudando, é isso. Ela deixa os horários e as medicações todas separadas em cima da mesa. (S6)*

> *Sem a ajuda de alguém, não faz nada! Eu acho muito importante ter as minhas filhas ao meu lado, meu filho, sabe. Estão sempre assim: "Oh mãe, a senhora já tomou o remédio?" Eu falo: "já". Às vezes: "Não, eu não tomei não". (Os filhos dizem): "Então toma agora antes que a senhora se esqueça". (S5)*

A terapêutica medicamentosa de pessoas com depressão em tratamento na comunidade fica sob a responsabilidade dos pacientes e de seus familiares e, desse modo, ambos devem ser foco de intervenção dos profissionais de saúde. A literatura enfatiza o importante papel da família na assistência à pessoa com transtorno mental, incluindo aquela com depressão, e aponta para o impacto do transtorno no cotidiano do familiar (BANDEIRA; BARROSO, 2005; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2009; DURÃO; SOUZA, 2006).

Os profissionais de saúde devem reconhecer os pacientes que necessitam de auxílio para o uso adequado dos medicamentos e as necessidades da família para apoiar o paciente nessa tarefa, pois, quando há o envolvimento da mesma, as intervenções propostas podem se tornar mais eficientes.

Destaca-se, todavia, que nem sempre pessoas significativas para o paciente, como familiares e amigos, lhe ofereciam auxílio e incentivo para a manutenção da terapêutica medicamentosa:

> *Eu não tenho ajuda assim em casa sabe, ninguém entende o que é a depressão. (...) (O medicamento) era para estar nas mãos dos meus filhos, do meu marido, mais fica na minha mão (...) então, quer dizer, se der um "curto" aqui, me der vontade de tomar tudo aquilo lá que está parado eu tomo (...) esses dias eu fiquei muito agitada, nervosa eu pensei em tomar tudo, e na hora que eu tiver apagando, meter fogo na cama. (S1)*

O apoio familiar não é uma realidade vivenciada por todas as pessoas com transtornos mentais, incluindo aquelas com depressão. Estudo que avaliou o relacionamento entre portadores de transtornos mentais e seus familiares mostrou que 67% dos pacientes desejavam que a família participasse de forma ativa no seu tratamento psiquiátrico e, dentre aqueles com menor contato familiar semanal, notou-se uma maior propensão em querer a participação desta (COHEN et al., 2007). No referido estudo, foi relatada a imposição de barreiras à participação da família no tratamento do indivíduo, incluindo suas próprias preocupações sobre sua privacidade, a sobrecarga familiar e o ceticismo do envolvimento desta (COHEN et al., 2007).

Quando o medicamento está em posse do paciente, ele é o responsável pelo comportamento de adesão ao mesmo. Todavia, há de se considerar a existência de diversos fatores que afetam seu comportamento, bem como sua capacidade de adesão ao tratamento (BUGALHO; CARNEIRO, 2004; WHO, 2003). Desse modo, deve-se avaliar o grau de depressão por ele apresentado (leve, moderada ou grave), visando identificar a necessidade de maior rede de apoio, em especial, o suporte dos familiares.

Verificou-se que houve situações nas quais o paciente foi desencorajado a seguir a prescrição medicamentosa. Crenças conflitantes com o saber médico, a negação do acometimento do paciente pela depressão e o desconhecimento sobre a seriedade e evolução do transtorno podem induzir os familiares e amigos a considerarem o tratamento medicamentoso desnecessário. Desse modo, esses indivíduos podem incentivar o paciente a descontinuar o tratamento:

> *Os de fora sempre fala né, que não precisa, que você pode larga, que não precisa toma nada. (S4)*
>
> *(...) a família minha fala pra mim... larga de tomar calmante e vai passear, vai andar. (S11)*
>
> *Meu marido não entende, meu marido não aceita, se eu falo que eu tenho depressão, ele fala assim "nossa, tem tanta gente que mora na favela, gente que sofre e não sei o que e não tem depressão". (S9)*
>
> *Os meus familiares acham que eu não devo tomar (o medicamento), porque vou ficar dependente (...) Aí, falam: você está procurando doença. Meu filho e meu marido sempre falam isso, que isso não existe, então é muito difícil! (S3)*

Reconhecer todas as fases da depressão permite à família auxiliar melhor o paciente durante os momentos de crise e de manutenção do tratamento. Todavia, a literatura revela que familiares de pessoas com transtornos mentais também possuem déficit de conhecimento sobre o transtorno e sobre os medicamentos prescritos para o paciente, o que limita sua possibilidade de intervenção para auxiliar o paciente a manter o medicamento em níveis terapêuticos (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010). Nesse contexto, destaca-se a carência de apoio e de informações fornecidas a esses familiares nos serviços de saúde (CAVALHERI, 2010). Quando a família compreende que parte das atitudes e comportamentos da pessoa está relacionada de fato a uma doença, e que por se tratar de uma doença necessita de tratamento, torna-se mais fácil o relacionamento entre as partes (ROSA, 2010). Além das dificuldades relacionadas aos sintomas depressivos, aos efeitos dos

medicamentos e à carência de suporte, os pacientes vivenciavam dificuldades decorrentes do conhecimento insuficiente sobre o transtorno e sobre o tratamento.

Pouco conhecimento sobre a depressão e o tratamento

A falta de conhecimento sobre a depressão, e o seu tratamento, é fator que pode comprometer a segurança do paciente no seguimento da terapêutica medicamentosa. Entre os participantes do estudo, houve aqueles que desconheciam o nome, a posologia, os efeitos terapêuticos e os colaterais e os cuidados relacionados aos fármacos:

> *Depressão eu sei porque eu vi um dia o médico dando entrevista na televisão que é um parte que a gente tem assim que não produz lá o hormônio. (...) (O medicamento) eu sei que é pra depressão, agora o efeito que ele faz eu num sei. (S13)*
>
> *Eu não sei falar muito bem os nomes dos medicamentos que eu tomo (...)(S10)*

O baixo conhecimento relacionado ao transtorno e à terapêutica medicamentosa pode resultar da falha ou carência no processo de educação do paciente pelos profissionais de saúde envolvidos em seu tratamento (CRUZ et al., 2011; SANTOS, 2008). Os relatos abaixo revelam a fragilidade no diálogo entre profissionais e usuários, com possíveis reflexos no tratamento do paciente:

> *Ah, eu dou a pasta pra ela, (técnica de enfermagem) ela manda eu pegar na farmácia (medicamento). Eu estou tão treinada que eu não lembro se elas falam assim (...) ah, elas costumam falar o horário só. (S1)*
>
> *Eu achei que ele (médico) devia conversar mais comigo sobre a depressão. Ah, eu acho que deveria explicar, esse remédio é pra isso, isso e isso. Porque igual, eu acho que deveria explicar esse remédio e pra tomar, engorda, não engorda? Eu acho assim. (S5)*
>
> *Bom, se eu recebi informação? Não (...) É a gente vê televisão assim, algum comentário, lê né (...) alguma coisa no jornal ou revista assim, a gente lê. (S3)*

No cotidiano, os profissionais perpetuam a prática mecanicista e não voltada à escuta, o que pode resultar na frágil adesão do paciente ao tratamento medicamentoso. A escuta atenta ao usuário pode facilitar, inclusive, o ajuste da terapêutica prescrita, tendo em vista que, no momento em que o paciente depressivo relata possíveis efeitos adversos, a equipe de enfermagem pode assumir o papel de agente intermediador entre o paciente e o médico, de forma a otimizar o tratamento do mesmo (BRASIL, 2008).

Nesse estudo, o déficit de conhecimento foi atribuído à falta de transmissão de conhecimentos pela equipe de saúde e ao esquecimento ou incompreensão de informações fornecidas, reforçando a necessidade de maior qualificação, investimento e avaliação de estratégias psicoeducativas. Nesse contexto, alguns pacientes buscavam informações sobre os medicamentos em fontes nem sempre seguras, tais como jornais, revistas, internet, programas de televisão, bulas e pessoas conhecidas. Outros utilizavam medicamentos/produtos não prescritos:

> *Sabe o que eu estou tomando agora? Esse tal de AAS sabe, de criança. (...) Sem indicação O médico estava falando assim na televisão que é bom, né? Aí, eu pensei: uai, então acho que eu vou beber também, né? (S10)*
>
> *A gente acaba procurando pesquisa em internet, bula, essas coisas, né? Então a gente acaba se orientando e sabendo pra que, que ta tomando. (S21)*
>
> *É o cogumelo do sol. Pra mim é bom. Esses resolve, mais vira e mexe eu tinha pesadelo acordava me revirando na cama, dava até ponta pé nela, então com ele eu durmo tranquilo. (S2)*

Destaca-se que o enfermeiro não foi identificado como um colaborador na educação do paciente, no serviço estudado:

> *Eu nunca conversei com o enfermeiro não. Só o atendimento lá na portaria quando eu chego o moço atende, pega o cartão e eu passo para a médica. Eu nunca passei com enfermeira não. (S3)*
>
> *(...) pra fala a verdade eu nunca tive informações com enfermeiros e nem com o médico (...) (S9)*

A comunicação é um importante instrumento de trabalho da enfermagem, pois torna possível o relacionamento entre o enfermeiro e o paciente agregando qualidade ao serviço prestado e contribuindo com o esclarecimento das dúvidas deste sobre seus problemas (SOUZA; SILVA; SALEH, 2005). O déficit na comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes pode dificultar a exposição das opiniões quanto ao tratamento por parte do doente, mantendo-se, assim, as falsas crenças de que estes podem ter em relação à terapêutica, comprometendo ainda a relação de confiança que deveria existir entre eles.

O presente estudo teve ainda como objetivo avaliar a satisfação da pessoa com depressão em relação à equipe de saúde e ao tratamento medicamentoso. A satisfação com a terapêutica medicamentosa oscila ao longo da trajetória do paciente, pois ele é ambivalente em relação à farmacoterapia, como já descrito na categoria "Efeitos limitados e desgastantes da medicação e a polifarmacoterapia". O tópico seguinte apresenta a satisfação da pessoa com depressão com o tratamento e a equipe de saúde que a assiste.

5.8.1 Satisfação com a equipe de saúde: a gratidão pelo tratamento "gratuito"

A maior parte dos pacientes sentiu-se satisfeita com a equipe de saúde. Os entrevistados consideravam injusto criticar a equipe e tinham gratidão pelo tratamento que lhes era fornecido "gratuitamente":

> *Pra mim foi muito bom né (atendimento), porque nossa se num fosse eles, o pessoal daqui né. (S4)*

> *Olha, eu num posso fala nada (...). Olha o atendimento aqui eu acho bom, porque eu vinha quando eu tinha o outro doutor né, ele era muito bom também, agora a doutora eu também to gostando pra mim ta sendo bom. (S13)*

> *Acho bom, igual nunca tive nenhum desagrado (equipe). Sempre fui muito bem atendida. (S15)*

A possibilidade de ser atendido em situações críticas e de obter melhora dos sintomas foi citada como um motivo para ser grato ao trabalhador da saúde. Também se fizeram presentes nos depoimentos a sensação de ser afortunado por ter acesso ao serviço de saúde e o temor de "perder a vaga" no referido serviço. Tal percepção do tratamento disponibilizado na rede pública pode propiciar a postura passiva e conformada do usuário perante a equipe de saúde:

> *Eu não posso fala que é mal, é muito bom, pra mim foi ótimo, foi melhor que se eu tivesse dinheiro e pagasse um médico particular. (S7)*

> *Não posso reclamar de ninguém aqui (...). Eu tenho medo de perder aqui a minha vaga. (...) É muita gente para os médicos, então eles não tem tempo para a gente, assim, para falar tudo. (S1)*

Contudo, mesmo em relatos de pacientes que se declararam como satisfeitos, foram apontadas falhas no atendimento. As queixas mais frequentes estavam relacionadas à falta de escuta e de orientações pelos profissionais, longa espera para obter acesso ao atendimento e intervalo de tempo prolongado entre as consultas:

> *Eu acho, é eu acho assim que se tivesse uma enfermeira ou mesmo o médico que explicasse para o paciente... Porque geralmente vem, ele olha a pasta e pergunta "está tudo bem?" E ai já prescreve o remédio de novo, não faz assim uma pergunta, "como que você passou?" "Teve algum problema?". (S2)*

> *Poderia ter psicóloga para poder conversa mais com a gente, deveria ter, eu acho assim que deveria ter mais médico deveria sim, deveria muda um pouco. (S14)*

> *Mas eu acho que o espaço é muito longo, sabe. Dos retornos. Eu fiquei um ano, ano passado eu não vim nenhuma vez. (S22)*

> *(...) eu acho que tá bem assim, não tá? A única coisa que eu achei que demora demais para me chamar, eu achei, demorou demais, demorou muito, demorou mais de dois meses e eu ruim querendo passar por aqui. (S5)*

Ainda, apesar da satisfação mencionada, houve a manifestação de dúvidas e de pouco conhecimento sobre o transtorno e o tratamento, o que já foi explicitado nas categorias anteriores e é reforçado nos depoimentos abaixo:

> *Esses remédios que eu tomo pode causar alguma coisa no futuro, alguma sequela, esse remédio antidepressivo pode dá alguma coisa no futuro pra gente tomar, vicia ou não? (S14)*

> *Tenho minhas dúvidas ainda, né? (S18)*

O temor apresentado pelo usuário ao discorrer sobre o modo como é atendido nos serviços de saúde também esteve presente em outros estudos (MENDES, 2010; PALHA et al., 2012). Para os referidos autores, a satisfação dos pacientes está ligada à qualidade do atendimento e a um planejamento de agenda em datas devidamente aprazadas. O atendimento deve ter um sistema de retorno eficiente, simples e prático, com intervalos regulares. Além disso, a qualidade técnica significa satisfazer exigências e expectativas concretas: tempo, qualidade, segurança e garantia; para tanto, os serviços devem estar disponíveis e, quando necessários, devem ser utilizados para resolver os problemas da comunidade (MENDES, 2010; PALHA et al., 2012).

Outro aspecto que chama a atenção é o fato de que nenhum paciente mencionou o enfermeiro como o profissional que forneceu as informações sobre os medicamentos ou sobre a depressão, não sendo este reconhecido como profissional responsável por essa atividade. A esse respeito, Bertoncello e Franco (2005) mencionam que na área da saúde mental o enfermeiro é o profissional que menos realiza atendimentos diretos à clientela, ocupando a maior parte de seu tempo com atividades administrativas das instituições onde atua, deixando de exercer seu papel também de educador em saúde.

Desse modo, embora a maioria dos entrevistados tenha relatado estar satisfeita com o atendimento oferecido, os argumentos insuficientes e as queixas fazem com que a afirmação de satisfação pareça inconsistente.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), teoricamente, qualquer pessoa tem direito à assistência qualificada. Porém, a literatura aponta que a disponibilidade e a qualidade são problemas que permeiam os serviços de saúde públicos (MEDEIROS;

GUIMARÃES, 2002). A enfermagem pode contribuir significativamente com os usuários de serviços públicos orientando-os sobre seus direitos de cidadãos à assistência em saúde qualificada.

É importante mencionar que os resultados apresentados devem, todavia, ser analisados considerando-se as limitações do estudo: a) a utilização de um único serviço como referência; b) a ausência do dado "data de início do antidepressivo", para possível correlação com os sintomas depressivos e com a adesão ao tratamento medicamentoso; c) a utilização de autorrelato para avaliação da adesão aos medicamentos.

6 CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo permitiram concluir que a maioria dos pacientes com depressão unipolar, atendidos pelo NSM, adere ao tratamento medicamentoso prescrito. Um fator que pode ter contribuído para tal resultado foi o método utilizado para avaliação da adesão, pois há possibilidade de que o uso de entrevistas e questionários de autoavaliação a superestime.

Verificou-se que, apesar de a maioria dos pacientes serem aderentes ao medicamento, apenas uma minoria não apresentou sintomas depressivos. Tal aspecto revela a importância de o paciente ser assistido por uma equipe multidisciplinar, com a implementação de outras modalidades terapêuticas, além da medicamentosa. Alerta-se, ainda, para a necessidade de os profissionais identificarem os pacientes com sintomatologia grave e consequente dificuldade para automanejo da terapia prescrita, de modo a investir no envolvimento do familiar de referência no tratamento. Essa estratégia pode contribuir para a adesão aos medicamentos pelos pacientes, com reflexos na sua recuperação e na prevenção de reincidência do quadro depressivo.

É importante destacar a grande porcentagem de pacientes não aderentes aos medicamentos. A não adesão é um problema sério em doenças crônicas e, no caso da depressão, tem sua relevância ampliada considerando o risco de suicídio entre tais pacientes. Uma vez reconhecido o problema da dificuldade de adesão ao medicamento, os profissionais de saúde devem trabalhar em parceria com o paciente, visando desenvolver soluções individualizadas para lidar com as barreiras impostas à adesão.

Nesse estudo, algumas variáveis mostraram-se associadas à adesão ao tratamento medicamentoso, corroborando as hipóteses sob investigação. Houve maior frequência de adesão aos medicamentos em pacientes sem depressão ou com depressão leve/moderada, viúvos, com cor da pele branca, que realizavam apenas o tratamento medicamentoso, que receberam informação sobre o tratamento para depressão, que compravam o medicamento quando o mesmo estava em falta na rede pública e que apresentaram de 51 a 100% de conhecimento em relação à frequência de administração dos medicamentos prescritos.

Conhecer os fatores associados à adesão ou não adesão aos medicamentos prescritos permite aos profissionais de saúde a adoção de estratégias voltadas para tais fatores, de modo a prevenir a não adesão, colocando em evidência ao paciente a real importância do tratamento.

É importante mencionar que as causas da não adesão podem variar entre as pessoas e na mesma pessoa, considerando o tempo e contexto. Desse modo, faz-se necessário que os

profissionais de saúde compreendam a adesão como um estado complexo e dinâmico, que necessita de estímulo constate para se manter. Nesse contexto, é fundamental que tais profissionais assumam uma postura na qual a escuta e a comunicação sejam percebidas como pontos-chave.

Apesar da importância da comunicação equipe/paciente, nesse estudo, uma alta porcentagem de pacientes não recebeu informações dos profissionais acerca do medicamento para tratamento da depressão. Um possível reflexo da comunicação improdutiva entre profissionais e pacientes, identificada nesta pesquisa, foi o importante déficit de conhecimento dos pacientes em relação aos aspectos da terapêutica medicamentosa prescrita.

Além do esquema terapêutico, é direito do paciente conhecer outros elementos relacionados ao transtorno, tratamento, manejo de sintomas, estilo de vida saudável, entre outros, para que ele seja capaz de participar das decisões sobre seu tratamento e para lidar com a doença crônica. A informação deve ser fornecida em linguagem acessível, certificando-se sempre da compreensão do paciente. A educação em saúde é uma importante intervenção de enfermagem que não foi evidente no serviço de saúde estudado.

Enfermeiros devem ser devidamente preparados e motivados para exercer a educação em saúde de forma atualizada, efetiva e individualizada, considerando as necessidades, limitações, potencialidades e interesses do paciente.

Nesta pesquisa, a satisfação com a equipe de saúde foi justificada pela gratidão pelo acesso ao tratamento e não pela avaliação crítica sobre a assistência. Tal achado revela a importância de ações intersetoriais que promovam a conscientização de pessoas com transtornos mentais, e da sociedade em geral, sobre seus direitos e deveres como cidadãos.

Ao relatar as dificuldades enfrentadas no seguimento da terapêutica medicamentosa, os participantes do estudo apontaram as seguintes questões: o impacto dos sintomas da depressão sobre a capacidade para o autocuidado, a insatisfação com os efeitos da farmacoterapia, a vulnerabilidade do paciente e necessidade de apoio (que nem sempre é disponibilizado), a polifarmacoterapia e a falta de conhecimento sobre o transtorno e o tratamento. Tais aspectos, somados à porcentagem de pacientes que não adere ao tratamento medicamentoso, confirmam a hipótese de que pacientes com depressão unipolar têm dificuldades para adesão ao tratamento medicamentoso.

Não se identificou na literatura uma estratégia que seja ideal e que deva sempre ser utilizada para promover a adesão. Estratégias simples, todavia, podem ser implementadas nos serviços de saúde com esta finalidade: realizar busca ativa e tratamento supervisionado dos pacientes faltosos no serviço e daqueles que não adquiriram o medicamento na farmácia de

referência do serviço; oferecer adequado processo psicoeducativo, individual ou em grupo, ao paciente e familiar sobre as características do transtorno e seu tratamento; fornecer informações por escrito que sejam adaptadas às necessidades de cada paciente e folhetos com explicações simples sobre o transtorno e tratamento, e que possam ser consultados sempre que necessário; estimular os pacientes a questionarem os vários aspectos da terapêutica medicamentosa, atuando como parceiros no tratamento; adequar o regime terapêutico ao estilo de vida dos pacientes, identificando atividades diárias que podem coincidir com horários adequados à ingesta dos medicamentos; diminuir o intervalo entre as consultas de retorno; incluir a família no tratamento; entre várias outras.

Destaca-se que nenhuma estratégia será eficiente se o paciente não estiver envolvido na escolha do esquema terapêutico e compreender sua importância. Para tanto, é fundamental que os profissionais de saúde priorizem as necessidades e singularidades de cada paciente.

Devido à escassez de estudos na literatura, pesquisas com diferentes delineamentos e variações nos resultados encontrados, a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão unipolar constitui-se como um problema que merece outras investigações. Destaca-se a importância de estudos que proponham e avaliem estratégias voltadas para a educação, supervisão e motivação para a adesão, bem como para a inclusão de familiares na assistência.

Espera-se, com esta pesquisa, haver contribuído para a melhoria das informações que devem ser sistematicamente coletadas e consideradas pelos profissionais de saúde no que se refere ao tratamento medicamentoso da pessoa com depressão unipolar.

REFERÊNCIAS

AKERBLAD, A. C. **Adherence to antidepressant medication**. 2007. 74 f. Tese (Doutorado) - Faculty of Medicine, Acta Universitates Upsalienses, Uppsala, 2007.

ALMEIDA, H. et al. Adesão a tratamentos entre idosos. **Comun. Ciênc. Saúde**, Brasília, DF, n. 1, v. 1, p. 57-67, 2007.

ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L. R. C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, p. 52-53, 2004. Suplemento 1.

ALVES, T. C. T. F.; FRÁGUAS, R.; WAJNGARTEN, M. Depressão e infarto do miocárdio. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 88-92, 2009.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (APAS). **Guia essencial da depressão**. São Paulo: Aquariana, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)**. 4th ed. Washington, DC, 2000.

_____. **Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder**. 3rd ed. Washington, DC, 2010.

ANDERSON, I. M.; NUTT, D. J.; DEAKIN, J. F. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. British Association for Psychopharmacology guidelines. **J. Psychopharmacol.**, Thousand Oaks, v. 14, n. 1, p. 3-20, 2000.

ANGST, J.; PREISIG, M. Course of a clinical cohort of unipolar, bipolar and schizoaffective patients. Results of a prospective study from 1959 to 1985. **Arch. Neurol. Psychiatr.**, Chicago, v. 146, p. 5-16, 1995.

ARANTES, D. V. Depressão na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 261-270, 2007.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletrônica. Enferm.**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Depressão unipolar:** tratamento. 2011. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/depressao_unipolar-Tratamento.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2012.

AUCHEWSKI, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 24-31, 2004.

BALDACARA, L. et al. Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 30-39, 2011.

BALDESSARINI, R. J.; PERRY, R.; PIKE, J. Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. **Hum. Psychopharmacol.**, Chichester, v. 23, n. 2, p. 95-105, 2008.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S. M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 54, p. 34-46, 2005.

BARBEE, J. G.; CONRAD, E. J.; JAMHOUR, N. J. The effectiveness of olanzapine, risperidone, quetiapine, and ziprasidone as augmentation agents in treatment-resistant major depressive disorder. **J. Clin. Psychiatr.**, Memphis, v. 65, p. 975-981, 2004.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1957-1968, 2009.

BARRY, D.; PIETRZAK, R. H.; PETRY, N. M. Gender differences in associations between body mass index and DSM-IV mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions. **Ann. Epidemiol.**, New York, v. 18, p. 458-466, 2008.

BAUER, M. et al. Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 1ª parte: tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 17-57, 2009.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; GARBIN, M. G. Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. **Clin. Psychol. Rev.**, Tarrytown, v. 8, n. 1, p. 77-100, 1998.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Arch. Gen. Psychiatr.**, Chicago, v. 4, p. 53-63, 1961.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 302-307, 2008.

BERTONCELLO, N. M. F.; FRANCO, F. C. P. Estudo bibliográfico de publicações sobre a atividade administrativa da enfermagem. **J. Med.**, v. 353, p. 487-497, 2005.

BIO, D. S.; SOUZA, E. L.; MORENO, R. A. Remissão sintomática e qualidade de vida em pacientes com depressão maior tratados com antidepressivo: um estudo prospectivo. **Aletheia**, Canoas, n. 34, p. 151, 2011.

BLANSKI, C. R.; LENARDT, M. H. A. Compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 180-188, 2005.

BLATT, C. R. et al. Conhecimento popular e utilização dos medicamentos genéricos na população do município de Tubarão, SC. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 79-87, 2012.

BOING, A. F. et al. Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 576-583, 2012.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>. Acesso em: 5 maio 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Antidepressivos no transtorno depressivo maior em adultos. **Bol. Bras. Aval. Tecnol. Saúde**, Brasília, DF, v. 4, n. 18, 2012. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/838fdf804aec14f9b529bfa337abae9d/brats18+%282%29.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 8 abr. 2012.

BRITO, A. M.; SZWARCWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com AIDS. Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 86-92, 2006.

BRUCE, M. L. et al. Reduzir a ideação suicida e sintomas depressivos em pacientes deprimidos idosos cuidados primários: a randomized controlled trial. **JAMA**, Chicago, v. 291, n. 9, p. 1081-1091, 2004.

BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. V. **Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas**. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, 2004.

BULTMAN, D. C.; SVARSTAD, B. L. Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment. **Patient Educ. Couns.**, Limerick, v. 40, p. 173-185, 2000.

BURGE, S. et al. Correlates of medication knowledge and adherence: findings from the residency research network of South Texas. **Fam. Med.**, Kansas City, v. 37, n. 10, p. 712-718, 2005.

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

CARDOSO, L. et al. 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.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 51-57, 2010.

CHACHAMOVICH, E. et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, p. 18-25, 2009. Suplemento 1.

CIECHANOWSKI, P. S. et al. Comunidades integradas: casa tratamento à base de depressão em idosos: a randomized controlled trial. **JAMA**, Rio de Janeiro, v. 291, n. 13, p. 1569-1577, 2004.

COHEN, S. et al. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 191-198. 2007.

_____. Adverse side-effect on sexual function caused by psychotropic drugs and psychotropic substances. **Nervenarzt**, Berlin, v. 81, p. 1129-1139, 2010.

COLOM, F.; LAM, D. Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. **J. Clin. Psychiatr.**, Memphis, v. 69, n. 2, p. 233-239, 2008.

COLOMBRINI, M. R. C.; LOPES, M. H. B. M.; FIGUEIREDO, R. M. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/Aids. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 576-581, 2006.

CONWELL, Y.; DUBERSTEIN, P. R. Suicídio em idosos. **Ann. N. Y. Acad. Sci.**, New York, v. 932, p. 132-147, 2001.

CORDIOLI, A. V. et al. Time-limited cognitive-behavioral group therapy in the tratment of obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 113-120, 2002.

CORNELIUS, J. R. et al. Alcohol and psychiatric comorbidity. **Recent Dev. Alcohol.**, New York, v. 16, p. 361-374, 2003.

CORSO, A. N. et al. Impacto de sintomas depresivos na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 257-262, 2009.

CRAMER, J. A.; ROSENBECK, R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. **Psychiatry Serv.**, Washington, v. 49, p. 196-201, 1998.

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, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_13.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2013.

CUNHA, M. F. **Adesão e não-adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão**. 2006. 180 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2006.

CUNHA, M. F.; GANDINI, R. C. Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 409-418, 2009.

CUPP, M. J.; TRACY, T. S. Cytochrome P450: new nomenclature and clinical implications. **Am. Pham. Physician.**, Kansas City, v. 57, n. 1, p. 107-116, 1998.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, p. 6-11, 1999. Suplemento 1.

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.

DEMYTTENAERE, K. et al. Compliance in depressed patients treated with fluoxetine or amitriptyline. Belgian Compliance Study Group. **Int. Clin. Psychopharmacol.**, London, v. 13, p. 11-17, 1998.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-223.

DIAZ, E. et al. Adherence to conventional and atypical antipsychotics after hospital discahrge. **J. Clin. Psychiatr.**, Memphis, v. 65, n. 3, p. 354-360, 2004.

DIMATTEO, M. R.; LEPPER, H. S.; CROGHAN, T. W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 160, p. 2101-2107, 2000.

DONOHUE, J. M.; PINCUS, H. A. Reducing the societal burden of depression: a review of economic costs, quality of care and effects of treatment. **Pharmacoeconomics**, Auckland, v. 25, n. 1, p. 7-24, 2007.

DUAILIBI, K.; SANTOS, M. E. S. B. Custos psicossociais da depressão. In: HORIMOTO, C. H.; AYACHE, D. C. G.; SOUZA, J. A. (Org.). **Depressão:** diagnóstico e tratamento pelo clínico. São Paulo: Roca, 2005. p. 151-157.

DUNBAR-JACOB, J.; MORTIMER-STEPHENS, M. K. Treatment adherence in chronic disease. **J. Clin. Epidemiol.**, Oxford, v. 54, p. 57-60, 2001.

DURÃO, A. M. S.; SOUZA, M. C. B. M. Cotidiano de portadores de esquizofrenia, após uso de um antipsicótico atípico e acompanhamento em grupo: visão do familiar. **Rev. Latinoam. Enferm.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 586-592, 2006.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Textos de apoio em saúde mental**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. (Série Trabalho e Formação em Saúde).

FARIA, H. T. G. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa.** 2008. 146 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

FLECK, M. P. A. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 114-122, 2003.

_____. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, p. 7-17, 2009. Suplemento 1.

FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. Uso de medicamentos por idosos em região dos sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 924-929, 2005.

FORTNEY, J. C. et al. Reasons for antidepressant nonadherence among Veterans treated in primary care clinics. **J. Clin. Psychiatr.**, Memphis, v. 72, p. 827-834, 2011.

FRÁGUAS, R. Depressão e condições médicas. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 77-78, 2009.

FREIRE, C. C. **Adesão e condições de uso de medicamentos por idosos**. 2009. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

FROTA, L. H. **Cinqüenta anos de medicamentos antipsicóticos em psiquiatria**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/cursos/LH%20FROTA%20-%201%20Ed%20-%2050%20ANOS%20DE%20MEDICAMENTOS%20ANTIPSICOTICOS.pdf>. Acesso em: 11 set. 2012.

GABRIEL, A.; VIOLATO, C. Knowledge of and attitudes towards depression and adherence to treatment: the Antidepressant Adherence Scale (AAS). **J. Affect. Disord.**, Amsterdam, v. 126, n. 3, p. 388-394, 2010.

GAZALLE, F. K. et al. Polypharmacy and suicide attempts in bipolar disorder. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 35-38, 2007.

GIMENES, H. T.; ZANETTI, M. L.; HAAS, V. J. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 46-51, 2009.

GIORGI, D. M. A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev. Bras. Hipertens.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 47-50, 2006.

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.

GOETHE, J. W. et al. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: side effects and other factors that influence medication adherence. **J. Clin. Psychopharmacol.**, Baltimore, v. 27, p. 451-458, 2007.

GOLDBERG, A. I.; COHEN, G.; RUBIN, A. H. E. Physician assessments of patient compliance whith medical treatment. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 47, n. 11, p. 1873-1876, 1998.

GOLDMAN, D. P.; JOYCE, G. F.; ZHENG, Y. Prescription drug cost sharing: Association with medication and medical utilization and spending health. **JAMA**, Chicago, v. 298, n. 1, p. 61-69, 2007.

GONÇALVES, S. A. et al. Bulas de medicamentos como instrumento de informação técnico-científica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 33-39, 2002.

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.

GOODMAN, L. S.; GILMAN, A. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GOODWIN, R. D.; GOTLIB, I. H. Gender differences in depression: the role of personality factors. **Psychiatry Res.**, Amsterdam, v. 126, n. 2, p. 135-142, 2004.

GORDON, K.; SMITH, F.; DHILLON, S. Effective chronic disease management: patients' perspectives on medication-related problems. **Patient Educ. Couns.**, Limerick, v. 65, n. 3, p. 407-415, 2007.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998.

GRAEFF, F. G.; GUIMARÃES, F. S. **Fundamentos de psicofarmacologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

GRIGORIADIS, S.; ROBINSON, G. E. Gender issues in depression. **Ann. Clin. Psychiatry**, New York, v. 19, n. 4, p. 247-255, 2007.

GUEDES, N. G. et al. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 181-188, 2005.

HAYNES, R. B. et al. Intervention for enhancing medication adherence. **Cochrane Database Syst. Rev.**, Oxford, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.sefap.it/servizi_letteraturacardio_200807/CD000011.pdf>. Acesso em: 10 out. 2012.

HECK, M. A.; COSTA, J. S.; NUNES, M. F. Tuberculosis treatment drop out prevalence and associated factors in Sapucaia do Sul County (RS), Brazil, 2000-2008. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 478-485, 2011.

HENRIQUES, M. A. **Adesão ao regime terapêutico em idosos**. 2006. 51 f. Tese (Doutorado) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2006. Disponível em: <www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174305.pdf>. Acesso em: 16 maio 2013.

HIRSCH, M.; BIRNBAUM, R. J. **Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) for treating depressed Adults.** 2012. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/monoamine-oxidase-inhibitors-maois-for-treating-depressed-adults>. Acesso em: 11 out. 2012.

HIRSCHFELD, R. M. et al. Social functioning in depression: a review. **J. Clin. Psychiatr.**, Memphis, v. 61, p. 268-275, 2000.

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

HOLLON, S. D. et al. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? **J. Clin. Psychiatr.**, Memphis, v. 66, n. 4, p. 455-468, 2005.

JARDIM, P. C. B. V. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: modelos de estudo. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JR, D. **Adesão ao tratamento:** o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos, 2001. p. 57-68.

JONAS, B. S.; LANDO, J. F. Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. **Psychosom. Med.**, New York, v. 62, p. 188-196, 2000.

JUDD, L. L. et al. Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. **Arch. Gen. Psychiatr.**, Chicago, v. 57, p. 375-380, 2000.

JUSTO, L.; CALIL, H. Depressão – mesmo acometimento para homens e mulheres? **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 74-79, 2006.

KANNER, A. M. Depression in epilepsy is much more than a reactive process. **Epilepsy Curr.**, Malden, v. 3, n. 6, p. 202-203, 2003.

KATZUNG, B. G. **Farmacologia básica e clínica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

KELLER, M. B. Issues in treatment-resistant depression. **J. Clin. Psychiatr.**, Memphis, v. 66, p. 5-12, 2005.

KENNEDY, J.; TULEU, I.; MACKAY, K. Unfilled prescriptions of Medicare beneficiaries: prevalence, reasons, and types of medicines prescribed. **J. Manag. Care Pharm.**, Alexandria, v. 14, p. 553-560, 2008.

KEOHANE, J.; SHANAHAN, F. Are patients with IBD knowledgeable about the risks of their medications? **Inflamm. Bowel. Dis.**, Hoboken, v. 15, n. 9, p. 1438-1447, 2009.

KESSLER, R. C. et al. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). **JAMA**, Chicago, v. 289, n. 23, p. 3095-3105, 2003.

_____. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. **Depress Anxiety**, New York, v. 27, p. 351-364, 2010.

KING, A. L. S.; NARDI, A. E.; CRUZ, M. S. Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 70-73, 2006.

LEBOW, J. **Overview of psychotherapy**. 2012. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-psychotherapies>. Acesso em: 11 out. 2012.

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.

LEHNE, R. A. **Pharmacology for nursing care**. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 2003.

LEITE, J. C. C. et al. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento antiretroviral. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 121-133, 2002.

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**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LEVY, R. H. Cytochrome P450 Isozymes and antiepileptic drug interactions. **Epilepsia**, New York, v. 36, p. 8-13, 1995. Supplement 5.

LIMA, A. F. B. S.; FLECK, M. P. A. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 245-251, 2011.

LIMA, I. V. M.; SOUGEY, E. B.; VALLADA FILHO, H. P. Farmacogenética do tratamento da depressão: busca de marcadores moleculares de boa resposta aos antidepressivos. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 40-43, 2004.

LINDEN, M. et al. Early termination of antidepressant drug treatment. **J. Clin. Psychopharmacol.**, Baltimore, v. 20, n. 5, p. 523-530, 2000.

LOPEZ, M. R. A. et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 103-108, 2011.

LUPPINO, F. S. et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **Arch. Gen. Psychiatr.**, Chicago, v. 67, n. 3, p. 220-229, 2010.

LYRA JUNIOR, D. P. et al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 435-441, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a19.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2013.

MACHADO, M. M. **Adesão ao regime terapêutico**: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. 2009. 272 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, 2009.

MACHADO-VIEIRA, R.; SOARES, J. C. Transtornos de humor refratários ao tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, p. 48-54, 2007. Suplemento 2.

MACLAUGHLIN, E. J. et al. Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? **Drug Aging**, Mairangi Bay, v. 22, n. 3, p. 231-255, 2005.

MALERBI, F. E. K. Estratégias para aumentar a adesão em pacientes com diabetes. In: GUILHARDI, H. J. et al. **Sobre comportamento e cognição explorando a variabilidade**. Santo André: Esetec, 2001. p. 127-131.

MARCOLIN, M. A.; CANTARELLI, M. G.; GARCIA JR, M. Interações farmacológicas entre medicações clínicas e psiquiátricas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 70-81, 2004.

MARCUS, S. M. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. **Can. J. Clin. Pharmacol.**, Oakville, v. 16, n. 1, p. 15-22, 2009.

MARINKER, M.; SHAW, J. Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice. **BMJ**, London, v. 326, p. 348-349, 2003.

MARKOWITZ, S.; FRIEDMAN, M. A.; ARENT, S. M. Understanding the relation between obesity and depression: causal mechanisms and implications for treatment. **Clin. Psychol. Sci. Pract.**, Malden, v. 15, p. 1-20, 2008.

MARQUES, M. A. S. **Depressão na interação familiar**: um estudo qualitativo da depressão na interação familiar. 2000. 184 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2000.

MATHER, A. A. et al. Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviors in a nationally representative sample. **J. Psychosom. Res.**, Oxford, v. 66, p. 277-285, 2009.

MEDEIROS, S. M.; GUIMARAES, J. Citizenship and mental health in Brazil: a contribution to the debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 571-579, 2002.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MIASSO, A. I. **Terapêutica medicamentosa**: orientação e conhecimento do paciente na alta e pós-alta hospitalar. 2002. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

_____. **"Entre a cruz e a espada"**: o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com transtorno afetivo bipolar, em sua perspectiva e na de seu familiar. 2006. 261 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MIASSO, A. I.; CARMO, B. P.; TIRAPELLI, C. R. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 689-695, 2012.

MIASSO, A. I.; MONTESCHI, M.; GIACCHERO, K. G. Transtorno afetivo bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 548-556, 2009.

MIGUEL, E. C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W. F. **Clínica psiquiátrica**. Barueri: Manole, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MIRANDA, C. H. et al. Alterações eletrocardiográficas na intoxicação aguda por antidepressivotricíclico e suas implicações clínicas. **Rev. Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 43, n. 4, p. 391-399, 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.

MOEN, J. et al. "I don't know how many of these [medicines] are necessary." - a focus group study among elderly users of multiple medicines. **Patient Educ. Couns.**, Limerick, v. 74, n. 2, p. 135-141, 2009.

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.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med. Care**, Philadelphia, v. 24, p. 67-74, 1986.

MOURA, D. P. **A enfermagem frente a socialização do ser humano esquizofrênico na família.** 2005. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2005.

MOURÃO-JÚNIOR, C. A.; SOUZA, A. B. Adesão ao uso de medicamentos: algumas considerações. **Estud. Interdiscip. Psicol.**, Londrina, v. 1, n. 1, p. 96-107, 2010.

MOUSSAVI, S. et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. **Lancet**, London, v. 370, p. 851-858, 2007.

MURRAY, C. J.; LOPEZ, A. D. **The global burden of disease series**. Boston: Harvard School of Public Health, 1996.

NEMEROFF, C. B. Improving antidepressant adherence. **J. Clin. Psychiatr.**, Memphis, v. 64, p. 25-30, 2003.

NEMES, M. I. B. et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 207-212, 2009.

NWOKEJI, E. D. et al. Evaluating patient adherence to antidepressant therapy among uninsured working adults diagnosed with major depression: results of the Texas demonstration to maintain independence and employment study. **Adm. Policy Ment. Health.**, New York, v. 39, n. 5, p. 374-382, 2012.

OLIÊ, J. P.; COSTA E SILVA, J. A.; MACHER, J. P. **Neuroplasticity - a new approach to the pathophysiology of depression**. London: Current Medicine Groups, 2005.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10.** 10. ed. rev. 2008. v. 1. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em: 15 jan. 2012.

OSHIRO, M. L.; CASTRO, L. L. C.; CYMROT, R. Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, Araraquara, v. 31, n. 1, p. 95-100, 2010.

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

PALHA, P. F. et al. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 342-348, 2012.

PAPADOULOS, F. et al. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, Chichester, v. 20, n. 4, p. 350-357, 2005.

PAULIN, L. F. R. S.; REIS, E. F.; RODRIGUES, E. P. Síndrome de descontinuação dos antidepressivos. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 65, n. 10, p. 326-330, 2008.

PHILLIPS, K. A.; NIERENBERG, A. A. The assessment and treatment of refractory depression. **J. Clin. Psychiatr.**, Memphis, v. 55, p. 20-26, 1994. Supplement.

PIRES JR, J. V.; MENGUE, S. S. Análise do nível de informação sobre medicamentos antimicrobianos por pacientes de um centro de saúde de Porto Alegre, Brasil. **Acta Farm. Bonaer.**, Buenos Aires, v. 24, n. 1, p. 134-138, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliações e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POWELL, V. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, p. 73-80, 2008. Suplemento 2.

PREDA, A. et al. **Depression and mania in substance-induced mood disorders**. Medscape Reference, mar. 2012. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/286885-overview#a1>. Acesso em: 22 out. 2012.

RAMALHINHO, I. M. P. S. **Adesão à terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva**: contributo para o seu estudo. 1994. 82 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1994.

RAMCHANDANI, P. et al. Deliberate self-poisoning with antidepressant drugs: a comparison of the relative hospital costs of cases of overdose of tricyclics with those of selectiveserotonin re-uptake inhibitors. **J. Affect Disord.**, Amsterdam, v. 60, n. 2, p. 97-100, 2000.

RANG, H. P. et al. **Farmacologia.** 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

RATES, S. M. K. **VII Escola de Verão em Química Farmacêutica e Química Medicinal.** Rio de Janeiro: [s.n.], 2001.

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, n. 2, p. 2299-2306, 2008.

RIBEIRO, D. S. et al. Terapia medicamentosa na depressão pós-acidente vascular encefálico. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 135-142, 2009.

RIOS, D. P. et al. Tentativas de suicídio com o uso de medicamentos registrados pelo CIT-GO nos anos de 2003 e 2004. **Rev. Eletrônica Farm.**, Goiânia, v. 2, n. 1, p. 6-14, 2005.

ROCHA, C. H. et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 703-710, 2008. Suplemento.

ROSA, M. **A importância da família para pacientes com depressão**. São Paulo: IPAN, 2010. Disponível em: <http://www.neuroestimulacao.com.br/blog.php?ver=25>. Acesso em: 9 fev. 2013.

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

ROTH, M.; IVEY, J. Self-reported medication use in community-residing older adults: a pilot study. **Am. J. Geriatr. Pharmacother.**, Hillsborough, v. 3, n. 3, p. 196-204, 2005.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 712-724, 2003.

RUBENSTEIN, L. et al. Colaborative treatment for depression. **Practice Matters**, London, v. 9, n. 2, p. 1-6, 2004.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SAIZ RUIZ, J.; MONTES RODRÍGUEZ, J. M. Pharmacological treatment of depression. **Rev. Clin. Esp.**, Madrid, v. 205, n. 5, p. 233-240, 2005.

SANTOS, F. S. Aderência à terapêutica. O papel do especialista em medicina geral e familiar. **Rev. Factores Risco**, Porto, n. 11, p. 8-10, 2008.

SARIN, L. M.; DEL PORTO, J. A. Antipsicóticos atípicos na depressão refratária. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 73-78, 2009.

SARTORIUS, N. **Transtornos depressivos**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2005.

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.

SCHATZBERG, A. F. et al. **Manual de psicofarmacologia clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011. Série Saúde no Brasil.

SCOTT, J.; DICKEY, B. Global burden of depression: the intersection of culture and medicine. **Br. J. Psychiatr.**, London, v. 183, p. 121-131, 2003.

SEEDAT, S. et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization – World Mental Health Surveys. **Arch. Gen. Psychiatr.**, Chicago, v. 66, n. 7, p. 785, 2009.

SERNA, M. C. et al. Duration and adherence of antidepressant treatment (2003-2007) based on prescription database. **Eur. Psychiatry**, Paris, v. 25, p. 206-213, 2010.

SERRETTI, A.; ARTIOLI, P. The pharmacogenomics of selective serotonin reuptake inhibitors. **Am. J. Pharmacogenomics**, Auckland, v. 4, n. 4, p. 233-244, 2004.

SHALANSKY, S. J.; LEVY, A. R. Effect of number of medications on cardiovascular therapy adherence. **Ann. Pharmacother.**, Cincinnati, v. 36, n. 10, p. 1532-1539, 2002.

SHEA, S. et al. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in a inner-city minority population. **Am. J. Public Health**, Washington, v. 82, n. 12, p. 1607-1612, 1992.

SILVA, D. K.; ANDRADE, F. M. Farmacogenética de inibidores seletivos de recaptação de serotonina: uma revisão. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 0-0, 2008. Suplemento.

SILVA, M. C. F.; FUREGATO, A. R. F.; COSTA JR, M. L. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 7-13, 2003.

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.

SILVA, T.; SCHENKEL, E. P.; MENGUE, S. S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 449-455, 2000.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface**, **Botucatu**, v. 9, n. 16, p. 91-104, set. 2004/fev. 2005.

SILVESTRE-BUSTO, B. C. et al. Multi-centre study of childrens's adherence to antibiotic treatment in primary care. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 27, n. 8, p. 554-558, 2001.

SOBOCKI, P. et al. Cost of depression in Europe. **J. Ment. Health Policy Econ.**, Milano, v. 9, n. 2, p. 87-98, 2006.

SOUERY, D. et al. Group for the study of resistant depression. Clinical factors associated with treatment resistance in major depressive disorder: results from European multicenter study. **J. Clin. Psychiatr.**, Memphis, v. 68, n. 7, p. 1062-1070, 2007.

SOUSA, S. et al. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. **Rev. Port. Clin. Geral**, Lisboa, v. 27, p. 176-182, 2011.

SOUZA, P. M.; SANTOS, L. L.; SILVEIRA, C. A. N. **Fármacos em idosos**. Brasília, DF: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/paginacartilha/docs/farmacosi.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2012.

SOUZA, R. B.; SILVA, M. J. P.; SALEH, C. M. R. Comunicação entre profissionais de enfermagem e pacientes da unidade de pronto socorro. **Nursing**, São Paulo, v. 85, n. 8, p. 20-24, 2005.

SOUZA, V. M. S. et al. Multimorbidity and associated factors in Brazilian women aged 40 to 65 years: a population-based study. **Menopause**, New York, v. 19, n. 5, p. 569-575, 2012.

STAHL, S. M. **Psicofarmacologia**. Porto Alegre: Medsi, 2002.

STAPE, D. D. B. **O conhecimento do paciente com alta hospitalar sobre a continuidade do seu tratamento.** 1979. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

STOPPE, A. Abordagem clínica da depressão e da ansiedade. **J. Bras. Med.**, v. 91, n. 3, p. 13-26, 2006.

STUART, G. W. **Enfermagem psiquiátrica**. 4. ed. São Paulo: Ernesto Reichmann, 2002.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**: princípios e prática. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

SZÁDÓCZKY, E. et al. Gender diferences in major depressive disorder in a Hungarian community survey. **Int. J. Psychiatry Clin. Pract.**, London, v. 6, n. 1, p. 31-37, 2007.

TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. **Tá difícil de engolir?** São Paulo: Nepaids, 2000.

TELLES-CORREIA, D. et al. Validação do questionário multidimensional da adesão no doente com transplante hepático. **Acta Med. Port.**, Lisboa, v. 21, n. 1, p. 31-36, 2008.

_____. Psicofármacos na doença médica - cardiologia, nefrologia, hepatologia. **Acta Med. Port.**, Lisboa, v. 22, p. 797-808, 2009.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

THASE, M. E. Pharmacotherapy of bipolar depression: an update. **Curr. Psychiatr. Rep.**, Philadelphia, v. 8, p. 478-488, 2006.

TSCHONER, A.; FLEISCHHACKER, W. W.; EBENBICHLER, C. F. Experimental antipsychotics and metabolic adverse effects-findings from clinical trials. **Curr. Opin. Investig. Drugs**, London, v. 10, n. 10, p. 1041-1048, 2009.

USALA, T. et al. Randomised controlled trial of selective serotonin reuptake inhibitors in treating depression in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. **Eur. Neuropsychopharmacol.**, Amsterdam, v. 18, n. 1, p. 62-73, 2008.

VALENTIM, J. **Política de medicamentos genéricos**: um estudo do caso brasileiro. 2003. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

VALIENGO, L. C. L.; JESUS, L. P.; ZANETTI, M. V. Antidepressivos em depressões bipolares: risco versus eficácia. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 244-224, 2009.

VAZ, S. F. **A depressão no idoso institucionalizado**: estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança. 2009. 181 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Universidade do Porto, Porto, 2009. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23338/2/67168.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2013.

VERMEIRE, E. et al. Patient adherence to treatment: three decades of research. **J. Clin. Pharm. Ther.**, Oxford, v. 26, n. 5, p. 331-342, 2001.

VERSIANI, M. Depressão: uma doença crônica. **Ciênc. Hoje**, São Paulo, v. 34, n. 201, p. 34-37, 2004.

VIEIRA, K. F. L.; SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. Entrelaçamentos entre depressão e suicídio segundo os futuros psicólogos. **Psico**, Porto Alegre, v. 41, n. 2, p. 176-183, 2010.

WANNMACHER, L. Depressão maior: da descoberta à solução? **Uso Racional Medicamentos: Temas Selecionados**, Brasília, DF, v. 1, n. 5, p. 1-6, 2004. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_DEP_0404.pdf>. Acesso em: 11 set. 2012.

WANNMACHER, L. Uso racional de antidepressivos. **Uso Racional de Medicamentos: Temas Selecionados**, Brasília, DF, n. 9, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Tema09-antidepressivos.pdf>. Acesso em: 11 set. 2012.

WARAICH, P. et al. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. **Can. J. Psychiatr.**, Ottawa, v. 49, n. 2, p. 124-138, 2004.

WOLF, N. J.; HOPKO, D. R. Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review. **Clin. Psychol. Rev.**, Tarrytown, v. 28, n. 1, p. 131-161, 2008.

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

_____. **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders**. Geneva, 2004.

_____. **Preventing chronic diseases**: a vital investment. Geneva, 2005.

_____. **Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care**. Geneva, 2009.

_____. **World health survey results 2010**. Geneva, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whsresults/en/index.html.>. Acesso em: 18 ago. 2011.

_____. **Depression**: what is depression? Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/>. Acesso em: 10 jan. 2012.

YUKIZAKI, L. M. G. et al. Depressão maior e supressão hormonal: resposta com a nortriptilina. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 243-245, 2007.

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.

ZAJECKA, J. M. Clinical issues in long-term treatment with antidepressants. **J. Clin. Psychiatr.**, Memphis, v. 61, p. 20-25, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esclarecimento para o paciente

ESCLARECIMENTO

Nós profissionais da saúde estamos preocupados em melhorar nosso serviço e em entender como é para você conviver como o transtorno depressivo e com a necessidade de tomar medicamentos diariamente para controlar sua doença. Queremos também verificar se os pacientes com depressão utilizam corretamente os medicamentos prescritos e identificar os motivos da utilização adequada ou não desses medicamentos pelos pacientes. Para realizar este estudo, eu preciso realizar entrevistas com pessoas que sofrem de depressão 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 você seja uma pessoa que pode informar sobre este assunto. Por isso estamos convidando você a participar desse projeto de pesquisa que será desenvolvido no Núcleo de Saúde Mental. O nome desse projeto é "Investigação sobre adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com depressão unipolar". Para isso vamos fazer algumas perguntas para você em uma entrevista gravada, realizada em uma sala reservada no próprio Núcleo de Saúde Mental. Vamos utilizar as informações e as respostas de todos os participantes para estudar e entender melhor como é para vocês conviver com o transtorno depressivo e com a necessidade de utilizar medicamentos em seu tratamento e verificar como nós enfermeiros podemos ajudá-los. Gostaríamos de deixar claro que todas as entrevistas com sua participação serão gravadas e as fitas contendo as gravações ficarão guardadas sob nossa responsabilidade durante cinco anos e após esse período serão inutilizadas. Se você concordar em participar, eu garanto que seu nome não vai aparecer em nosso trabalho em nenhum momento, que você 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 você poderá desistir de participar do estudo quando você quiser, de acordo com a sua vontade. Eu prometo também tirar qualquer dúvida que você tiver. Se você aceitar participar vou pedir que assine uma folha como essa que diz que você aceita participar do projeto de pesquisa e vou dar uma cópia para você guardar.

Termo de Consentimento Livre, Após Esclarecimento

Eu,.....

Entendi e ouvi da pesquisadora o que ela vai fazer no projeto de pesquisa: "*Investigação sobre adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com depressão unipolar*" e eu ACEITO 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.

Ribeirão Preto,..... de ..... de 20.....

_____ _____

Assinatura (ou impressão digital) e nº Documento de identificação

Em qualquer **caso de dúvida** você pode entrar em contato comigo pelo **telefone: (16) 3602- 3418**

_____

Adriana Inocenti Miasso (CPF 202.778.358-01)
Bruna Paiva do Carmo Mercedes (349.384.728-99)

APÊNDICE B

Instrumento de Coleta de Dados

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

Variáveis sócio-demográficas

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 depressão? _____ (anos completos)

2. Qual (is) o(s) tipo(s) de tratamento(s) que o (a) Sr (a) faz para a depressão?
   1. Somente medicamentoso
   2. Medicamentoso + outras modalidades terapêuticas? Quais?

_____

3. O(a) Sr(a) possui algum tipo de problema de saúde (doença) além da depressão?

	Sim	Não
1. Pressão alta	☐	☐
2. Obesidade	☐	☐
3. Doença infecciosa	☐	☐
4. Câncer	☐	☐
5. Doença neurológica	☐	☐
6. Outra	☐	☐ Se sim, qual diagnóstico?_____

4. O (a) Sr (a) toma medicamento contínuo para alguma outra doença além da depressão?
1. Sim 2. Não

5. Já foi internado para tratamento da depressão?
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	Freqüência
Medicamentos mencionados pelo paciente		
Nome	Dose/dia	Freqüência

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 a depressão?

	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 a depressão, 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 a depressão?
1. Sim 2. Não

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

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

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 a depressão?
1. Sim 2. Não
Se sim, por favor responda as questões 16, 17 e 18, se não, pule para a19.

16. O (a) Sr (a) ficou satisfeito com as explicações que recebeu sobre o (s) medicamento (s)?

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

	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 a depressão?

1. Sim 2. Não

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

1. Sim 2. Não

20. O (a) Sr (a) necessita de alguém para ajudá-lo(a) a tomar o(s) medicamento(s) para a depressão?

1. Sim 2. Não

21. O (a) Sr (a) alguma vez já sentiu reações desagradáveis que julgou ser referente ao(s) medicamento(s) para a depressão?

1. Sim 2. Não

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 que?

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

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 medicamentos sem prescrição médica? Se sim, como faz apara adquirir?

ANEXOS

ANEXO A

Teste de medida de adesão ao tratamento (MAT)

1) Alguma vez o(a) Sr(a) esqueceu de tomar os medicamentos para a depressão?

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 a depressão?

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

3) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a depressão 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 a depressão, 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 a depressão, 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 a depressão 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 a depressão 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

INVENTÁRIO DE BECK **Nº ____**

DIA ____ MÊS ____ ANO_____ LOCAL_____

Nome (opcional) _____ Idade _____

Sexo: Mas Fem Estado Civil: solteiro casado amasiado viúvo separado divorciado

Neste questionário há 21 grupos com afirmativas. Por favor, leia cada uma com cuidado. Escolha a única afirmação em cada grupo que melhor descreva o modo como você esteve se sentindo na SEMANA PASSADA, INCLUSIVE HOJE! Circule o número do lado da afirmação que você escolheu. Se várias afirmações no grupo parecem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma. **LEIA todas as afirmações em CADA grupo ANTES de fazer a sua escolha**

1- Eu não me sinto triste.	0	**12** - Eu não perdi o interesse pelas outras pessoas.	0
Eu me sinto triste.	1	Eu estou menos interessado nas outras pessoas do que costumava estar.	1
Eu me sinto triste o tempo todo e não consigo sair disso.	2	Eu perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.	2
Eu estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	3	Eu perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.	3
2 - Eu não estou particularmente desencorajado em relação ao futuro.	0	**13 -** Eu tomo decisões mais ou menos tão bem quanto eu sempre consegui.	0
Eu me sinto desencorajado em relação ao futuro.	1	Eu adio tomar decisões mais do que costumava adiar.	1
Eu sinto que não tenho nada porque esperar.	2	Eu tenho maior dificuldade para tomar decisões do que antes.	2
Eu sinto que o futuro não tem esperanças e que as coisas não podem melhorar	3	Eu não consigo mais tomar decisão alguma.	3
3 - Eu não me sinto um fracasso.	0	**14 -** Eu não sinto que minha aparência esteja pior do que era.	0
Eu sinto que falhei mais do que a média das pessoas	1	Eu estou preocupado que esteja parecendo velho ou não atraente.	1
Quando olho para trás em minha vida, tudo o que consigo ver é um monte de fracassos.	2	Eu sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer não atraente.	2
Eu sinto que sou um fracasso completo como pessoa.	3	Eu acredito que pareço feio.	3
4 - Eu obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava ter.	0	**15 -** Eu consigo trabalhar aproximadamente tão bem quanto antes.	0
Eu não gosto das coisas do modo como costumava gostar.	1	É necessário um esforço extra para começar qualquer coisa.	1
Eu não obtenho satisfação real de mais nada.	2	Eu tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.	2
Eu estou insatisfeito ou entediado com tudo.	3	Eu não consigo mais fazer trabalho algum.	3
5 - Eu não me sinto particularmente culpado.	0	**16 -** Eu consigo dormir tão bem quanto o habitual.	0
Eu me sinto culpado durante uma boa parte do tempo.	1	Eu não durmo tão bem quanto costumava dormir.	1
Eu me sinto bastante culpado durante a maior parte do tempo.	2	Eu acordo 1 a 2 horas mais cedo do que o habitual e acho difícil voltar a dormir.	2
Eu me sinto culpado o tempo todo	3	Eu acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	3
6 - Eu não sinto que estou sendo punido.	0	**17** - Eu não fico mais cansado que o habitual.	0
Eu sinto que posso ser punido.	1	Eu fico cansado mais facilmente do que costumava ficar.	1
Eu espero ser punido.	2	Eu fico cansado ao fazer quase qualquer coisa.	2
Eu sinto que estou sendo punido.	3	Eu estou cansado demais para fazer qualquer coisa	3
7 - Eu não me sinto decepcionado comigo.	0	**18** - Meu apetite não está pior do que o habitual.	0
Eu estou decepcionado comigo.	1	Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser.	1
Eu estou aborrecido comigo.	2	Meu apetite está muito pior agora.	2
Eu me odeio	3	Não tenho mais nenhum apetite.	3
8 - Eu não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.	0	**19** - Eu perdi pouco ou nenhum peso ultimamente.	0
Eu me critico pelas minhas fraquezas ou erros.	1	Eu perdi mais de 2,5 Kg.	1
Eu me incrimino o tempo todo pelas minhas falhas.	2	Eu perdi mais de 5 Kg.	2
Eu me incrimino por tudo de ruim que acontece.	3	Eu perdi mais de 7,5 Kg.	
		Eu estou propositalmente tentando perder peso, comendo menos: SIM( ) NÃO ( )	3
9 - Eu não tenho pensamento nenhum de me matar.	0	**20 -** Eu não estou mais preocupado sobre a minha saúde do que o habitual.	0
Eu tenho pensamentos de me matar, mas não os colocaria em prática.	1	Eu estou preocupado com problemas físicos como mal-estares e dores ou desconforto estomacal; ou constipação.	1
Eu gostaria de me matar.	2	Eu estou muito preocupado com meus problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas.	2
Eu me mataria se tivesse uma oportunidade.	3	Eu estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em mais nada.	3
10 - Eu não choro mais do que o habitual.	0	**21** - Eu não percebi nenhuma mudança recente em meu interesse por sexo.	0
Eu choro mais agora do que costumava chorar.	1	Eu estou menos interessado em sexo do que costumava estar.	1
Eu choro o tempo inteiro agora.	2	Eu estou muito menos interessado em sexo agora.	2
Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo chorar mesmo que queira.	3	Eu perdi completamente o interesse por sexo.	3
11 - Eu não estou mais irritado agora do que sempre estou.	0		
Eu fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava ficar.	1		
Eu me sinto irritado o tempo inteiro agora.	2		
Eu não fico nem um pouco irritado por coisas que costumavam me irritar.	3		

GABARITO para a população em geral

< 15 = sem depressão
15 - 19 = disforia
20 - 29 = depressão moderada
Acima de 30 = depressão grave
Com sintomatologia (suspeitos)
< 10 = sem depressão
10 – 18 = depressão leve a moderada
19 – 29 = depressão moderada a grave
Acima de 30 = depressão grave

ANEXO C

Comitê de Ética

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
Ribeirão Preto SP.
Telefone: (0**16) 3602-0000/0001
Fax: (0**16) 3602-0029

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP

OF. CEP/CSE-FMRP-USP - 170/2012.

Ribeirão Preto, 14 de dezembro de 2012.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o documento datado de 05 de dezembro de 2012, solicitando que seja incluso o nome da pesquisadora Enfa.Bruna Paiva do Carmo Mercedes (aluna de pós-graduação do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO-USP, NÍVEL MESTRADO) foi incluído na pauta da Reunião do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 11 de dezembro de 2012, com parecer favorável.

Referente:

CAAE: nº.0013.0.175.000-10

Projeto : **Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de pessoas com depressão unipolar.**

Pesquisador: Adriana Inocente Miasso

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

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Profa.Dra. Adriana Inocente Miasso
Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
Ribeirão Preto – SP

Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480
FAX (0**16) 6332331

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 16 de abril de 2010.

Of. Nº.070 /10/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.

Senhora Professora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião realizada no dia 13/04/2010, analisou e apreciou o parecer do senhor relator; referente ao projeto de pesquisa **"Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de pessoas com depressão unipolar"**, protocolo nº.380/CEP/CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V.Sª. e como pesquisadora, Juliane Oliveira Silva aluna de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, foi **aprovado.**

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Adriana Inocenti Miasso
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.