

Interação entre paciente com transtorno afetivo bipolar e equipe ambulatorial quanto à terapêutica medicamentosa*

Interaction between the patients with bipolar affective disorder and the outpatient team regarding medication therapy

Interacción entre el paciente con trastorno afectivo bipolar y el equipo de consulta externa en relación a la terapéutica medicamentosa

Adriana Inocenti Miasso¹, Silvia Helena De Bortoli Cassiani², Luiz Jorge Pedrão³, Aline Inocenti⁴

RESUMO

Objetivo: Identificar, na perspectiva da pessoa com transtorno afetivo bipolar (TAB) e de seu familiar, como ocorre a interação paciente-equipe de saúde relacionada à terapêutica medicamentosa. **Métodos:** Foi utilizada a abordagem qualitativa, com referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados, à luz do Interacionismo Simbólico. Participaram do estudo 14 pessoas com TAB de um serviço ambulatorial e 14 familiares. Para obtenção dos dados utilizou-se a entrevista e observação. **Resultados:** Os resultados revelaram três categorias que descrevem o referido processo de interação: identificando falhas nas orientações sobre medicamentos, sentindo necessidade de acolhimento pela equipe de saúde e julgando que o paciente deve ser avaliado na sua individualidade. **Conclusão:** Evidenciou-se a necessidade de implementação, nos serviços de saúde, de espaços de acolhimento como forma do paciente enfrentar seu processo saúde-doença.

Descritores: Transtorno bipolar; Satisfação do paciente; Esquema de medicação

ABSTRACT

Objective: To understand the interaction between the patients with bipolar affective disorder (BAD) and the outpatient health care team regarding medication therapy from the perspective of the patients and their family members. **Methods:** This was a grounded theory qualitative study using symbolic interactionism method. Fourteen patients with BAD from an outpatient clinic and 14 family members participated in the study. Interviews and participant observation were used to collect the data. **Results:** Three categories emerged from the data: identifying inaccuracy in the medication orientation, feeling the need of being welcomed by the health care team, and perceiving the need for individualize care. **Conclusion:** There is a need for the implementation of health care services that welcome patients and provide individualized care to facilitate coping strategies with the disease process.

Keywords: Bipolar disorder; Patient satisfaction; Drug administration schedule

RESUMEN

Objetivo: Identificar, en la perspectiva de la persona con trastorno afectivo bipolar (TAB) y de su familiar, cómo ocurre la interacción paciente - equipo de salud relacionada a la terapéutica medicamentosa. **Métodos:** Fue utilizado el abordaje cualitativo, con referencial metodológico de la Teoría Fundamentada en los Datos, a la luz del Interacionismo Simbólico. Participaron del estudio 14 personas con TAB de un servicio de consulta externa y 14 familiares. Para la obtención de los datos se utilizó la entrevista y la observación. **Resultados:** Los resultados revelaron tres categorías que describen el referido proceso de interacción: identificando fallas en las orientaciones sobre medicamentos, sintiendo necesidad de acogida por parte del equipo de salud y juzgando que el paciente debe ser evaluado en su individualidad. **Conclusión:** Fue evidenciada la necesidad de implementación, en los servicios de salud, de espacios de acogida como forma de que el paciente enfrente su proceso salud-enfermedad.

Descriptores: Trastorno bipolar; Satisfacción del paciente; Esquema de medicación

* Estudo desenvolvido na Unidade Ambulatorial de Transtornos do Humor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil. Parte da Tese de Doutorado intitulada "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. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), 2006.

¹ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

² Professora Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³ Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁴ Acadêmica em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina - UEL - Londrina (PR), Brasil.

INTRODUÇÃO

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é crônico, sendo a forma mais grave de transtorno do humor, dado seu caráter recorrente⁽¹⁾. A estimativa do número de episódios ao longo da vida é de nove, em média, sendo que 84% dos pacientes apresentam mais de cinco episódios⁽²⁾. Desse modo, não é incomum a ocorrência de reinternações.

O TAB é responsável por 5% a 15% das novas admissões psiquiátricas hospitalares mais prolongadas, consumindo recursos consideráveis dos sistemas de saúde⁽²⁾. Comparado com outros transtornos psiquiátricos, os pacientes bipolares não tratados estão dentre aqueles que apresentam elevado risco de suicídio, pois até 60% dos bipolares tipo II tentam suicídio durante a evolução do transtorno⁽³⁾.

Desse modo, o tratamento dos transtornos bipolares com estabilizadores do humor, antipsicóticos atípicos e antidepressivos é cada vez mais importante, não apenas no retorno dos pacientes ao bem-estar, mas evitando resultados desfavoráveis a longo prazo⁽⁴⁾. Todavia, embora o tratamento com psicofármacos seja uma realidade necessária ao cotidiano da pessoa com TAB, a baixa adesão ao mesmo constitui um grande e sério problema, cujas conseqüências são a falta de controle do transtorno, o aumento de internações evitáveis e do custo dos cuidados de saúde. Por sua magnitude, a não-adesão ou a baixa adesão à terapêutica medicamentosa constituem problemas de saúde pública.

Vários fatores são mencionados na literatura como determinantes da adesão ao tratamento medicamentoso. Um fator, cuja importância vem sendo crescentemente reconhecida é a confiança que o paciente tem no medicamento prescrito, no tratamento como um todo, no médico responsável pela prescrição, assim como naquela que deposita em toda a equipe de saúde⁽⁵⁻⁷⁾.

Partindo do pressuposto de que a interação profissional-paciente deve estar estabelecida em bases de respeito e fidelidade, para que os pacientes se sintam seguros em relação ao tratamento prescrito, este estudo teve como objetivo identificar, na perspectiva da pessoa com TAB e de seu familiar, como ocorre a interação entre paciente e equipe de saúde ambulatorial, no que se refere aos aspectos da terapêutica medicamentosa prescrita. Compreender tais interações pode ser fundamental para melhorar o entendimento do processo saúde-doença, otimizar os cuidados à saúde da pessoa com TAB e garantir o uso correto e seguro dos medicamentos.

MÉTODOS

Este estudo foi desenvolvido, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da

Universidade de São Paulo, no domicílio de pessoas com TAB que realizavam seguimento em uma Unidade Ambulatorial de Transtornos do Humor (APQH) de um hospital universitário de grande porte, localizado no interior paulista. Por ser um estudo de natureza qualitativa, o número de pessoas com TAB e seus respectivos familiares não foi pré-determinado, mas resultou de um processo de amostragem teórica ou proposital, que faz parte da metodologia utilizada. Para determinar os pacientes e familiares a serem entrevistados foram utilizadas várias técnicas combinadas, como: observação participante, entrevistas informais com pacientes e familiares, durante o período de espera pela consulta no APQH; verificação do prontuário dos mesmos e questionamentos junto aos médicos e enfermeiros para obtenção de dados acerca da terapêutica medicamentosa instituída para os pacientes. Foi também utilizada a técnica da amostragem por bola de neve, quando os entrevistados indicam o nome de novas pessoas a serem entrevistadas.

Determinamos como critérios de inclusão no estudo para os pacientes: ter diagnóstico médico de TAB; estar utilizando medicamento(s) psicotrópico(s) com indicação para o tratamento do TAB; estar apto a se expressar verbalmente e consentir, por escrito (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), em participar do estudo. Foi entrevistado um familiar de cada paciente do estudo, mencionado, pelo mesmo, como pessoa mais envolvida ou responsável quanto ao seu tratamento e que consentiu, por escrito, em participar do estudo.

A entrevista gravada e a observação participante, durante as visitas domiciliares, foram utilizadas como principais estratégias de obtenção de dados e foram realizadas no período de fevereiro de 2005 a janeiro de 2006. A entrevista, como fonte básica de coleta de dados, foi complementada por notas de campo desenvolvidas pela investigadora durante as visitas ao ambulatório e aos domicílios. A entrevista semi-estruturada teve como questão inicial para o paciente *“Conte-me sobre como é para o Sr(a) usar os medicamentos prescritos pelo médico do ambulatório de psiquiatria”* e, para o familiar *“Conte-me sobre como é para o seu familiar usar os medicamentos prescritos pelo médico do ambulatório de psiquiatria”*. As questões norteadoras apenas direcionaram os pontos do estudo a serem explorados. Novas questões foram acrescentadas com o intuito de esclarecer e fundamentar a experiência.

A análise dos dados foi embasada, metodologicamente, na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), à luz do Interacionismo Simbólico. Considerando-se que a premissa básica da TFD é a comparação constante, a coleta e a análise de dados caminharam paralelamente. Deste modo, o primeiro passo desta análise é a própria transcrição dos dados, seguida da codificação dos mesmos. Os procedimentos de codificação são apresentados em três etapas que se complementam: codificação aberta,

codificação axial e codificação seletiva⁽⁸⁾.

A codificação axial foi realizada seguindo o paradigma de codificação proposto por Strauss e Corbin⁽⁹⁾, envolvendo: a causa desencadeadora do fenômeno, o contexto em que o mesmo está inserido, as condições intervenientes, as estratégias de ação sobre o fenômeno e suas conseqüências.

A codificação seletiva deu origem à categoria central “Estando entre a cruz e a espada” em relação à terapêutica medicamentosa, revelando a ambigüidade do medicamento enquanto símbolo. Neste artigo optou-se por apresentar o contexto descrito pelas pessoas com TAB frente à necessidade do uso contínuo de medicamentos para estabilização do transtorno. Para que fosse preservado o anonimato dos pacientes envolvidos, optou-se por identificá-los por letras do alfabeto. Para identificar o familiar de cada paciente, foi acrescentada a letra “F” antes da letra do alfabeto correspondente ao mesmo.

RESULTADOS

A análise das entrevistas permitiu identificar três categorias que revelam a maneira como ocorre a interação paciente-equipe de saúde, principalmente a equipe médica, durante o encontro clínico, evidenciando as dificuldades e fortalezas provenientes dessa interação, como apresentado a seguir.

Identificando falhas nas orientações sobre medicamentos

Os depoimentos das pessoas com TAB revelaram que estas, na ocasião da consulta no ambulatório hospitalar, geralmente não recebem orientações sobre os vários aspectos da terapêutica medicamentosa que lhes é prescrita, seus efeitos colaterais, sua finalidade, entre outros. Mesmo na ausência das informações que deseja receber, por considerar importante, há paciente que “*pega o medicamento e toma*”, expressando sua crença total na verdade médica. Tal crença pode ser justificada pelo poder atribuído a esse, em virtude de sua carga cultural e formação profissional. Assim, o paciente nem sempre pede esclarecimentos, temendo seu embaraço diante do reconhecimento de não haver entendido uma palavra ou expressão usadas para descrever seu transtorno ou tratamento, ou, ainda, por medo de ser repreendido. Acredita que o médico, simbolicamente detentor do conhecimento, é o responsável por fornecer-lhe informações sobre a terapêutica instituída.

“...eles dão medicamento, a receita, eu vou lá, pego o remédio e tomo... Nunca soube os efeitos colaterais, nunca explicaram.” (J)

“...e muito dos pacientes têm tipo assim, acho que vergonha de querer saber mais, às vezes até medo de querer saber mais e estar fazendo alguma coisa do contra e aí vai ser repreendido.” (D)

“...eu tenho (vontade de saber sobre os medicamentos), mas não são eles (médicos) que têm que explicar? Não, não sei, não sei de nada, pra mim nunca falaram... é importante sim: ó o efeito colateral é isso, isso, isso e aquilo, se persistir muito ou se não persistir, a gente muda ou não.” (A)

“...fui mal interpretado, inclusive a doutora... ela disse que não pode falar com ninguém, não aceita falar com ninguém... eu queria falar dos remédios da minha esposa... Eles tem tudo, as obras melhor que tem, departamento melhor, prédio melhor, só que eles tem modificar eles mesmos (FC)

A falta de orientação sobre os medicamentos é agravada pela maneira adotada pela farmácia hospitalar para a sua distribuição que, muitas vezes, fornece aos pacientes medicamentos fora de suas embalagens de origem, geralmente todos juntos em sacos plásticos. Esse modo de distribuição do medicamento gera insegurança no paciente, no momento da sua administração, principalmente quando há troca do laboratório fornecedor, com conseqüente mudança na apresentação do medicamento (cor):

“No hospital não, nem precisa perguntar porque eles não falam também....e agora, pelo SUS são esses pacotões de remédio, não tem mais em caixinha. Aí, eles colocam em saquinhos... você vai pela cor do comprimido. Aí, mês que vem, vem de outro laboratório, que o remédio é de outra cor. Eu já complico, porque eu sou neurótica..., aí já vem de outra cor. Então, imagina o que o coitadinho vai fazer... A não! eu não me conformo! Eu já vi não explicando. Por isso que eu estou falando.” (G)

No ambulatório, o paciente percebe que não é o único a vivenciar tal experiência quando há troca de informações com outros pacientes, durante a espera pela consulta médica. Há pacientes que recebem orientações sobre a terapêutica medicamentosa, mas apenas quando as solicitam, entretanto, julgam que mesmo questionando, as informações são incompletas, recebendo, como resposta, em alguns momentos, bulas de medicamentos. Há familiares que também se queixam da falta de orientação. Atribuem tal situação à falta de interesse e de preparo dos profissionais que os assistem, expressando desvalorização pela consulta recebida:

“O ambulatório, eu acho que é muito fraco em relação aos demais, porque eu vejo, por exemplo, se eu estou sentada ali, vem muitas pessoas perguntar. Foi muito pouca (orientação recebida). Tem paciente que não sabe pra que serve o remédio, não sabe se parar de tomar se vai fazer algum efeito, se mudar o horário, se pular o horário, se tomar horas depois ou antes...” (D)

“...digamos que seja meia consulta, pela falta de interesse do médico pela falta de capacidade de instruir, e às vezes vamos dizer assim, a diretoria ali deveria estar mais preparada.” (C)

“...já perguntei, mas aí eles começaram a tirar as bulas, as coisas... Para o médico, às vezes eu pergunto mas ele não relata tudo né.” (K)

“A respeito do tratamento mesmo eu não sei te falá... eles também não explicam” (F1)

Os pacientes entrevistados acreditam que tal desinteresse associado à carência de alguns pacientes no que se refere à alfabetização, ao não questionamento e/ou posicionamento frente ao atendimento recebido e à prescrição de medicamentos potencialmente perigosos, utilizados cotidianamente pela pessoa com TAB, podem colocar em risco suas vidas, na medida em que favorecem a ocorrência de erros no seu modo de administração.

“...tem gente que não sabe lê, segue pela cor da caixinha. É muita gente de idade, que são pessoas leigas... é um tratamento muito complicado porque a gente toma remédios que são... capazes de matar. Se a pessoa toma um remédio errado ela pode não acordar no outro dia.” (G)

Quanto aos pacientes que apresentavam um nível privilegiado de escolaridade, eles sentem-se enganados e subestimados ao receber informações sobre os medicamentos, que sabem serem errôneas devido à leitura prévia das bulas. Essa situação revelou-se como fator de risco no que se refere ao estabelecimento de confiança na relação profissional-paciente, com conseqüente comprometimento da avaliação da eficácia da intervenção proposta, conforme expresso no relato abaixo:

“...eu falava assim: “Por que que eu tomo equilid?” “É porque é bom pra depressão”. Isso eu ia ouvindo: “É bom pra depressão. É um antidepressivo”. Ai eu pensei, será que eles acham que eu não sei ler bula? Que eu comprava o remédio, eles não me dava lá...” (L)

Quando abordados a respeito da orientação fornecida sobre os medicamentos no ambulatório, apenas um paciente do estudo referiu-se à orientação de enfermagem, fazendo-o de modo crítico ao mencionar a necessidade de questionar para obter informações e o fato de a orientação ser realizada em local com presença de vários outros pacientes:

“...você tem que perguntar, você tem às vezes é, é, é.. na orientação lá muitas das vezes, acabam entrando cinco, seis de uma vez...” (C)

Esse aspecto pode estar relacionado ao modo de funcionamento dos serviços públicos de saúde, geralmente com alta demanda e número reduzido de recursos humanos disponíveis, contribuindo significativamente para dificultar o relacionamento terapêutico equipe de saúde-paciente. Nesse cenário, a pessoa com TAB sente necessidade de ser ouvida e acolhida pela equipe de saúde.

Sentindo necessidade de acolhimento pela equipe de saúde

Os relatos dos pacientes revelaram que, no cotidiano

da demanda dos serviços de saúde, os profissionais desempenham relações fragmentadas e impessoais. Frente a essa situação, a pessoa com TAB reclama da dificuldade em ser ouvida quando apresenta questionamentos ou queixas relacionadas ao tratamento medicamentoso. Evidencia-se, em seus relatos, que a relação médico-paciente implica em uma desigualdade de perspectivas, em que o conhecimento parece fluir unilateralmente:

“Eu falei: ela me deixa um pouquinho ansiosa, a bupropiona. Mas falar e andar pra eles era a mesma coisa... parece que eles nem ouvem o que a gente fala” (L)

“...eu sei que se eu falar eu vou ter obstáculo, vai ter problema, porque uma vez eu comentei com a médica (sobre possível troca do medicamento), ela falou: não o remédio do senhor é o carbolítio, é o remédio do senhor. Mas por que tem que ser o carbolítio, só ele? Não tem outro de última geração? Ela falou: tem, mas esses remédios estão sendo estudados tal, tal, tal. Quer dizer, eles não dispõem, não têm interesse, lógico, vão sair dando pra todo mundo um remédio de custo bem mais elevado, enquanto o lítio, nem sei quanto custa! Eu acho que das vezes que eu tenho falado, eu sou ouvido, assim, em algumas coisas, em outras não...” (I)

Pelo fato de os pacientes saberem que os médicos que os atendem são residentes em medicina e que as decisões deles são orientadas por um “professor”, sentem necessidade, em determinadas circunstâncias, de conversar diretamente com o responsável pela terapêutica medicamentosa. Ao saberem da impossibilidade de serem atendidos pelo “professor”, já que a postura adotada por ele é a de orientar os residentes e não a de atender diretamente o paciente, queixam-se da qualidade da assistência e expressam sentimento de “tristeza” e “desrespeito”. Consideram que o residente utiliza a maior parte do tempo da consulta junto ao professor, estudando o caso, quando deveria aproveitar esse tempo para conhecer melhor o paciente. Portanto, percebem que os profissionais os assistem de forma “desatenciosa” e “descompromissada”. Os depoimentos dos pacientes revelaram a sua necessidade de escuta e acolhimento pelos profissionais de saúde:

“...teve uma discussão do meu esposo com a professora. Ele foi procurá-la e ela falou que não conversa com paciente, só conversa com o residente. Então isso me deixou muito chocada com a qualidade sabe, eu falei: “poxa, eu dou toda atenção para ambulatório e chega na minha necessidade, eu não ser atendida”. Então isso me deixou muito triste...” (C)

“Eu pedi pra ela vir, ela falou assim que ela estava lá para orientar residentes e não para atender pacientes.” (L)

“Ele faz a receita e fala: vou lá conversar com a professora. Quer dizer, ele vai lá conversar.... ele fica muito mais tempo lá, do que com a gente... Então eu acho que se ele aproveitasse o tempo dele de médico para ficar muito mais com gente, perguntar muito mais,

saber muito mais...” (D)

Observa-se que a maioria dos depoimentos dos pacientes fez referência a problemas de comunicação com o médico e não à sua competência clínica, sendo essas queixas reflexo da má relação entre ambos. Nesse contexto, a pessoa com TAB sente necessidade de ser avaliada na sua individualidade, de ter seus valores subjetivos respeitados.

Julgando que o paciente deve ser avaliado na sua individualidade

Os depoimentos dos pacientes e familiares revelaram descontentamento frente à padronização de intervenções em relação às pessoas com TAB e expressaram o desejo de serem atendidos em sua individualidade. A analogia que fazem do atendimento ambulatorial com “*vacinação de boi*” reflete claramente seus sentimentos, pois nesse tipo de procedimento o único objetivo é injetar a substância química no animal, exigindo do aplicador apenas competência técnica:

“Cada caso é um caso... Só que compete à pessoa do ambulatório, o profissional, analisar com mais carinho, você entendeu? Porque... o meu esposo, ele usa essa frase: lá não está lidando com um monte de boiada, que vai, vacina e pronto... São pessoas, são seres humanos, né?” (C)

“...eu discordo muito... porque eu penso que eles deveriam separar... não todo mundo vai tomar esse aqui... igual uma manada. Por exemplo, dentro de uns dois anos, falar: olha, quem está um pouquinho melhor, vamos mudar o tratamento. Mas não tem isso aqui, no hospital. O hospital é assim, igual uma manada que vai para o matadouro, e quem quiser aquele sistema segue...” (FC)

Julgam, assim, que o atendimento recebido é péssimo. Sentem-se desrespeitados enquanto pessoas por não receberem um agendamento individualizado para consulta. Todos são agendados para as 14 horas, necessitando aguardar pelo atendimento, o qual, para alguns pacientes, só ocorrerá no final da tarde. Percebem, ainda, que os residentes não apresentam rigor no que se refere ao horário de chegada para início do atendimento. Quanto ao paciente, caso se atrase, terá dificuldade em ser consultado, reforçando, assim, o sentimento de desrespeito. Eles percebem que, por ocasião da consulta, a história de seu transtorno, seu mundo interno, grau de sofrimento, bem como a interpretação subjetiva que dão ao seu problema não estão sendo considerados. Consideram que sua história deva ser relevante na determinação da terapêutica medicamentosa instituída. Julgam, ainda, que o profissional deve direcionar seu olhar para além do medicamento, alcançando o emocional delas, pois esperam da consulta médica mais do que uma receita medicamentosa. Acreditam que essa forma de atendimento é imposta como a única possível no

ambulatorio, devendo o paciente buscar outro local de tratamento caso esteja insatisfeito. Os depoimentos a seguir revelam a insatisfação dos pacientes:

“Péssimo... Péssimo... Péssimo... não é só com a gente não, com qualquer um. Eles marcam aquele monte de gente tudo doente... para tantas horas e vão atendendo... Aquele atendimento não é de gente. Trata doente de animal quando se bota ali para vacinar. Isso não é tratamento de um ser humano. Ser humano tem que ser respeitado, não mandar todo mundo ir às duas horas... eles chegam a hora que eles querem... Eles sabem mais ou menos quanto dura a consulta, não sabem? Por que marcam duas horas para todo mundo? Para lotar aquilo lá? Aquilo lá fica congestionado, você não pode nem respirar naquele ambiente... Aquilo a gente sente mal.” (J)

“Eu acho importante falar que os médicos antes de prescreverem a medicação eles se certificassem bem do histórico daquela pessoa.” (F)

“Eu acho que eles sentem uma preocupação em manter o paciente fora de uma internação, sem se preocupar com a parte emocional dele, mas eles se esquecem, que o emocional de um paciente, pode levá-lo a uma internação. Nós vivemos sob o fio da navalha, sempre. Eles têm que transcender a medicação... eles têm que tratar o paciente como gente.. não como uma pessoa que vai lá buscar remédio.” (L)

Frente ao contexto já descrito, há pacientes que consideraram ter apresentado piora do transtorno após início do tratamento ambulatorial. Uma paciente, por ocasião da entrevista, utilizou fotos, que já estavam separadas sobre a mesa, para ilustrar tal piora, bem como a melhora após início do tratamento com médico particular. Há de se ressaltar que esta paciente específica abandonou o seguimento ambulatorial e buscou tratamento com médico particular por sentir-se insatisfeita com a assistência recebida.

“Essa fotografia (mostra várias fotografias que já estavam em cima da mesa) foi vinte dias da mamãe morrer, mamãe morreu foi 22 de janeiro, um pouco depois eu comecei a ir lá (no ambulatório)... Olha a minha cara (mostra a fotografia) eu estava depressiva, mas meus cacos estavam todos catados. Aqui (mostra outra fotografia) eu já era um ratinho, eu já estava começando o tratamento lá (no ambulatório)... num primeiro momento eu comecei a emagrecer, aí eu deitei e não levantava, dormia até às onze horas. Eu não tinha vontade de nada, eu não tinha vontade de falar, não andava, eu não tinha força para ficar em pé... aí meu cabelo começou a cair, ele ficou que nem um elástico, enrolou tudo... eu tinha dor no corpo... Aí (mostra outra fotografia) foi no começo do Topamax já (com médico particular)... Olha, vai melhorando não vai? Agora essa daqui (mostra outra fotografia), já há dois meses atrás... prova que a coisa melhorou ou não prova?” (I)

“...ela fazia até xixi na cama... nessa época aí (tratamento ambulatorial) ela nem conversava direito, a gente só via ela triste.” (FL)

Assim como há pacientes que se queixaram da dificuldade em serem ouvidos, da maneira como o

atendimento é realizado e do número reduzido de orientações recebidas acerca do transtorno e dos medicamentos que utilizam, há aqueles que confiam no ambulatório hospitalar. Julgam que por pior que seja ainda é o melhor. Essa confiança no hospital está relacionada, entre outros, ao fato de ser um hospital-escola, com recursos tecnológicos e presença de professores: Há familiar, todavia, que percebe o atendimento por residentes como algo negativo.

“Eu continuei... eu preciso de lá e o hospital... por pior que seja, ele é o melhor...” (C)

“Lá no hospital, tem os professores, aqui (cidade onde reside) não tem... recurso.” (B)

“... eu acho que pra mim era tudo residente. Pra mim ninguém entendia nada. Dava um remédio, depois dava outro, depois dava outro. (FM)

O não reconhecimento inicial do transtorno e as limitações encontradas na interação com a equipe de saúde conduzem, muitas vezes, a um diagnóstico tardio do TAB, marcado por uma trajetória de utilização de vários tipos e dosagens de medicamentos na tentativa de estabilização do humor do paciente.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que a pessoa com TAB não encontra, na equipe de saúde que a assiste, acolhimento para suas angústias. Vale salientar que, para as pessoas entrevistadas, neste estudo, a equipe mostrou-se centralizada na figura do médico, pois apenas um paciente mencionou a orientação de enfermagem, referindo-se à mesma como inadequada.

Estudo bibliográfico sobre a atividade administrativa da enfermagem em saúde mental revelou que o enfermeiro é o profissional que menos realiza atendimentos diretos à clientela, ocupando a maior parte de seu tempo com atividades de organização do trabalho das instituições onde atua⁽¹⁰⁾. A esse respeito, a literatura⁽¹¹⁾ aponta que a dificuldade de posicionamento do enfermeiro na equipe multiprofissional é justificada pelo fato da equipe não possuir um objetivo de trabalho único, sendo que cada profissional trabalha com um referencial teórico diferente, o que tende a prejudicar também a visão integral do paciente, o qual é abordado de forma fragmentada.

A fragmentação da assistência foi também destacada pelos pacientes e familiares deste estudo. Seus depoimentos revelaram que, ao receber uma assistência fragmentada, a pessoa com TAB identifica falhas nas orientações sobre os medicamentos e percebe que sua vivência e conhecimentos relacionados aos mesmos não são valorizados pelos profissionais que a assistem. Os

dados deste estudo concordam com os da literatura quando pacientes e familiares queixam-se de que não são ouvidos pelo médico e que falta espaço para manifestarem seus sentimentos, expressando, assim, a necessidade de acolhimento pela equipe de saúde⁽¹²⁻¹³⁾.

Toda a situação vivenciada pela pessoa com TAB parece estar relacionada ao processo histórico inerente às interações entre profissionais de saúde e portadores de transtornos mentais. Sabe-se que, historicamente, pacientes e familiares eram vistos como leigos e, portanto, incapazes de entender, participar do processo de compreensão e tomada de decisões referentes ao tratamento, devendo, portanto, serem mantidos à distância das decisões⁽¹⁴⁾.

Esses aspectos foram também evidenciados em estudo que abordou a problemática da comunicação entre médicos e pacientes. Tal estudo mostrou que no começo da consulta, quase todos os médicos tentam estabelecer uma relação empática com o paciente, mas, apesar disso, uma série de problemas surgem de forma evidente: 39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema e, em 58% das consultas, o médico não verifica o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico dado. O mesmo estudo revelou, ainda, que os médicos, em 53% das consultas, não verificam o entendimento do paciente sobre as indicações terapêuticas⁽¹⁵⁾.

Esses fatores, relacionados à interação fragmentada entre equipe de saúde e paciente, podem ter contribuído de modo significativo para as inúmeras dúvidas das pessoas com TAB deste estudo, até mesmo sobre aspectos elementares da terapêutica medicamentosa, gerando nelas o desejo de serem avaliadas na sua individualidade, e integralidade. Ainda, devido às diferenças de poder, tanto social como simbólico, entre médico e paciente, este nem sempre pede esclarecimentos, como revelaram os depoimentos aqui apresentados.

Nessa perspectiva, vale ressaltar que as concepções e práticas de saúde, segundo o novo paradigma da Reforma Psiquiátrica, não comportam mais um olhar fragmentado do sujeito, direcionado apenas para o transtorno, mas uma atenção integral, voltada para o respeito dos seus valores subjetivos e para a promoção de sua autonomia⁽¹⁶⁾. Várias publicações trazem, como questão central, o importante papel do profissional de saúde para a adesão ao tratamento. De qualquer forma, fica evidente, pelos resultados de diversos estudos, que um dos fatores decisivos para a adesão é a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no médico pessoalmente⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Assim sendo, ressalta-se a importância de aspectos da humanização e comunicação, como a necessidade dos prescritores e dispensadores conversarem com o

paciente, visando a transformar as informações recebidas em conhecimentos definidos, uma vez que a falta de conhecimento ou a existência de dúvidas que o paciente guarda para ele mesmo, podem também constituir-se em importantes fatores relacionados ao não seguimento da terapêutica medicamentosa^(5,20).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo revelam a existência de difícil interação entre pacientes e profissionais de saúde, evidenciada principalmente por informações escassas ou incompletas fornecidas aos pacientes e por uma assistência fragmentada, gerando consequências diretas nos seus

cuidados, especialmente no uso dos medicamentos. Dentre tais consequências destacam-se: falta de conhecimento do paciente e familiar sobre os medicamentos prescritos, insegurança em relação aos efeitos colaterais dos medicamentos, potencial para não adesão e/ou erros na administração do medicamento no domicílio, falta de confiança na equipe e insatisfação em relação ao tratamento. Tal contexto aponta para a necessidade de reorganização do processo de trabalho nas instituições de saúde, de forma que este desloque o eixo central do médico para uma equipe interdisciplinar e permita a implementação de espaços humanizados de acolhimento e psicoeducativos, como forma do paciente enfrentar seu processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

1. Kasper S. Issues in the treatment of bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2003;13 Suppl 2:S37-42.
2. Moreno RA, Moreno DH, Lafer B. Transtorno afetivo bipolar. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*. 1999;26(6):274-5.
3. Juruena MF. Terapia cognitiva: abordagem para o transtorno afetivo bipolar. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*. 2001;28(6):322-30.
4. Stahl SM. Psicofarmacologia: bases neurocientífica e aplicações práticas. 2a. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
5. Pepe VLE, Castro CGSO. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2000;16(3):815-22.
6. Marinker M, Shaw J. Not to be taken as directed. *BMJ*. 2003;326(7385):348-9.
7. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353(5):487-97. Review.
8. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Hawthorne, N.Y.: Aldine de Gruyter; c1967.
9. Strauss AL, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory, procedures and techniques. Newbury Park, Calif.: Sage Publications; c1990.
10. Bertencello NMF, Franco FCP. Estudo bibliográfico de publicações sobre a atividade administrativa da enfermagem em saúde mental. *Rev Latinoam Enferm*. 2001;9(5):83-90.
11. Bressan VR. O cuidado ao doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: uma abordagem fenomenológica. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1998.
12. Osinaga VLM. Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de doença mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2004.
13. Miaso AI, Cassiani SHB, Pedrão LJ. Estratégias adotadas por pessoas com transtorno afetivo bipolar e a necessidade da terapêutica medicamentosa. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2007;11(2):240-7.
14. Andrade ACF. A abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*. 1999;26(6):303-8.
15. Caprara A, Rodrigues J, Montenegro BJ. Building the relationship: medical doctors and patients in the Family Medicine Programme of Ceará, Brasil. In: Congress challenges of primary care-oriented health systems: innovations by educational institutions, health professions and health services, 2001;Anais. Londrina; 2001
16. Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(3):450-2.
17. Teixeira PR, Paiva V, Shimma E. Tá difícil de engolir?: experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids; 2000
18. Nemes MIB. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids; 2000.
19. Sajatovic M, Bauer MS, Kilbourne AM, Vertrees JE, Williford W. Self-reported medication treatment adherence among veterans with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*. 2006;57(1):56-62.
20. Levy RL, Feld AD. Increasing patient adherence to gastroenterology treatment and prevention regimens. *Am J Gastroenterol*. 1999;94(7):1733-42.