

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**OS IMPASSES NA CONTINUIDADE NO TRATAMENTO DO PACIENTE COM
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR**

Victória Maria Farias Torres
Jean da Silva Lourenço
Bruna Regina Paiva Vaz
Giovanna Azevedo Rodrigues
Filipe Lustosa Rege Botelho
Matheus Nabih Damacena Esper

Anápolis, Goiás
2023

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA

Curso de Medicina

**OS IMPASSES NA CONTINUIDADE NO TRATAMENTO DO PACIENTE COM
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR**

Trabalho de Curso apresentado à
Iniciação Científica do curso de
Medicina da Universidade Evangélica
de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob a
orientação do Prof. Dr. Humberto de
Sousa Fontoura.

Anápolis, Goiás
2023

**ENTREGA DA VERSÃO FINAL
DO TRABALHO DE CURSO
PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À

Coordenação de Iniciação Científica

Faculdade de Medicina – UniEvangélica

Eu, Prof(ª) Orientador Humberto de Sousa Fontoura venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) **acadêmicos(as)** Bruna Paiva; Felipe Lustosa; Giovanna Azevedo; Jean Lourenço; Matheus Nabih; Victória Torres, estão com a versão final do trabalho intitulado OS IMPASSES NA CONTINUIDADE NO TRATAMENTO DO PACIENTE COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR pronta para ser entregue a esta coordenação.

Declara-se ciência quanto a publicação do referido trabalho, no Repositório Institucional da UniEVANGÉLICA.

Observações:

Anápolis, 17 de abril de 2023.



Professor(a) Orientador(a)

RESUMO

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma doença mental crônica caracterizada como um transtorno de humor, definido pela alternância de episódios de mania e depressão, podendo persistir por semanas ou meses. Aliado a isso, há a dificuldade em manter o paciente adepto ao tratamento. Nesse sentido, esse estudo teve como objetivo compreender as dificuldades e limitações durante o tratamento de pacientes portadores de TAB e a continuidade no tratamento. Essa análise foi realizada a partir de um estudo transversal com a aplicação de formulários no Ambulatório de Saúde Mental, localizado na cidade de Anápolis - GO. Com isso, obteve-se uma amostra significativa, onde o gênero feminino foi mais prevalente, com os adultos de meia idade sendo maioria e com considerável número de pessoas com ensino médio completo e solteiros. Desta amostra, mais de 40% já abandonou o tratamento, pelo menos, uma vez. Circunstâncias como menor escolaridade e, conseqüentemente, menor acesso às informações e déficit cognitivo foram levados em conta como fator para abandono de tratamento. Além disso, piores condições socioeconômicas e negligência com a saúde mental também foram relacionadas. Por fim, conclui-se que a coleta de dados para esse importante estudo foi dificultada por alguns fatores, tendo em vista o número abaixo do esperado para a amostra, não aceitação do diagnóstico de TAB e falta de interesse dos pacientes em participar da pesquisa.

Palavras-chave: transtorno bipolar; cooperação e adesão ao tratamento; autonegligência.

ABSTRACT

Bipolar Affective Disorder (BAD) is a chronic mental illness characterized as a mood disorder, defined by alternating episodes of mania and depression, which may persist for weeks or months. Allied to this, there is the difficulty in keeping the patient adept at the treatment. In this sense, this study aimed to understand the difficulties and limitations during the treatment of patients with BAD and the continuity of treatment. This analysis was carried out from a cross-sectional study with the application of forms at the Mental Health Outpatient Clinic, located in the city of Anápolis - GO. With this, a significant sample was obtained, where the female gender was more prevalent, with middle-aged adults being the majority and a considerable number of people with complete secondary education and singles. Of this sample, more than 40% have abandoned treatment at least once. Circumstances such as lower education and, consequently, less access to information and cognitive impairment were taken into account as a factor for treatment abandonment. In addition, worse socioeconomic conditions and neglect of mental health were also related. Finally, it is concluded that data collection for this important study was hampered by some factors, in view of the lower than expected number for the sample, non-acceptance of the diagnosis of BAD and lack of interest of patients in participating in the research.

Keywords: bipolar disorder; treatment adherence and compliance; self-neglect.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 7 |
| 2. REVISÃO DE LITERATURA..... | 10 |
| 2.1. Princípios do tratamento do Transtorno Bipolar | 10 |
| 2.2. Drogas utilizadas no Transtorno Bipolar | 10 |
| 2.3. Transtorno Bipolar e os índices de abandono ao tratamento..... | 14 |
| 2.4. Aspectos psicossociais envolvidos no abandono ao tratamento..... | 15 |
| 3. OBJETIVOS | 17 |
| 3.1. Objetivo geral..... | 17 |
| 3.2. Objetivos específicos..... | 17 |
| 4. METODOLOGIA..... | 18 |
| 4.1. Tipo de estudo | 18 |
| 4.2. População e amostra | 18 |
| 4.3. Critérios de inclusão..... | 19 |
| 4.4. Critérios de exclusão | 19 |
| 4.5. Análise de dados | 19 |
| 4.6. Aspectos éticos | 19 |
| 5. RESULTADOS | 21 |
| 6. DISCUSSÃO | 26 |
| 6.1. Pontos fracos..... | 28 |
| 6.2. Pontos fortes..... | 28 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 29 |
| BIBLIOGRAFIA | 30 |
| APÊNDICES | 36 |

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma doença mental crônica caracterizada como um transtorno de humor, definido pela alternância de episódios de mania e depressão, podendo persistir por semanas ou meses. Assim, o paciente pode passar de um estado de apatia para um estado de mania com extrema exaltação (MAZZAIA; SOUZA, 2017). Logo, a doença relaciona-se com aumento e diminuição da energia física e mental e da sensibilidade a dor e prazer (VARGAS, 2020).

No Brasil, a prevalência do TAB é de 1% na população brasileira (GARGIA; MELGAÇO; TRAJANO, 2022)., sendo mais prevalente em mulheres e os sintomas se iniciam, normalmente, antes dos 30 anos. Além disso, essa doença pode aumentar em até 20 vezes o risco de suicídio (ENES *et al.*, 2020). O aumento das taxas de suicídio associa-se aos comportamentos característicos de cada fase, principalmente na euforia, além de comorbidades psiquiátricas e clínicas (CASTAGNA, 2020).

Tal transtorno possui etiologia multifatorial, sendo resultado da interação genética, biológica, ambiental e psicossocial. Por se tratar de um transtorno mental crônico, a adesão ao tratamento, tanto farmacológico como não farmacológico, é fundamental para melhorar o prognóstico do paciente, entretanto, isso nem sempre acontece (SILVA *et al.*, 2017).

Quanto à classificação do transtorno de humor bipolar, ele é subdividido em: tipo 1, tipo 2, ciclotímico ou não especificado. O primeiro atinge cerca de 0,8% da população adulta, tanto homens quanto mulheres em igual proporção, sendo caracterizado por um ou mais episódios maníacos ou mistos. Já o tipo 2 afeta 0,5% da população, sendo mais prevalente em mulheres e tem a presença de um ou mais episódios depressivos maiores, juntamente com pelo menos um episódio hipomaníaco. Além do mais, o TAB pode ser ciclotímico, quando há perturbação de humor crônica e flutuante, ou sem especificações (SANTIN; CERESÉR; ROSA; 2005).

Nesse sentido, o tipo 1 é a forma mais grave, na qual o doente manifesta episódios maníacos ou mistos, logo necessita de internação hospitalar imediata visando cuidados psiquiátricos, psicológicos e farmacológicos. O tipo 2 é mais leve, com episódios hipomaníacos e depressivos. Já o ciclotímico tem alternância entre altos e baixos por uma média de 2 anos (VARGAS, 2020).

Ademais, na mania (bipolaridade tipo 1) a pessoa não percebe as mudanças em si mesma, tem a impressão de estar vivendo a melhor fase de sua vida, acha que o problema é

com os outros, tem diminuição do sono, fica mais conversador, com pensamentos acelerados, distraído, com agitação/ atividade psicomotora aumentada, hiper envolvimento com atividades prazerosas e com consequências potencialmente desastrosas, após término da fase pode ter vergonha de suas atitudes. Outrossim, na hipomania, há irritabilidade persistente, inchaço/ humor elevado, relacionado a no mínimo 3 sintomas de mania (SILVA, 2022). Já na fase depressiva, há tristeza, falta de energia, alteração do sono e do apetite, apatia, prostração, falta de prazer e pensamentos pessimistas (DAMASCENO, 2022).

Em relação à fisiopatologia do TAB, apesar de não ser totalmente conhecida, há hipóteses abrangentes, ainda que necessitem de testes formais. Já se sabe que, em populações clínicas, boa parte dos pacientes com TAB relatam algum tipo de comorbidade sistêmica, tais como doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade. Porém, essas comorbidades também são responsáveis pela disfunção associada à doença, sendo esse fenômeno já denominado “somatoprogessão”. Pesquisas da Universidade de Pittsburgh dizem haver envolvimento multissistêmico relacionado ao transtorno, tais como efeitos progressivos no sistema nervoso central (SNC) e interações entre o centro e a periferia.

Além do mais, há estudos recentes que indicam que a exposição repetida a episódios de humor pode gerar toxicidade ao organismo, seja na forma de dano ou na diminuição de defesa, sendo uma possível causa a disfunção progressiva e ao cognitivo. Somado a isso, comorbidades aumentam a chance de novos episódios, deixando o indivíduo em um círculo vicioso e justificando o transtorno bipolar como uma das principais causas de incapacidade individual (MAGALHÃES; FRIES; KAPCZINSKI; 2011).

A respeito do tratamento, podemos citar as medidas não farmacológicas, como os grupos de apoio, terapia focada na família, terapia cognitivo-comportamental e psicoeducação. E, dentre as medidas farmacológicas, são utilizados os estabilizadores de humor, como o lítio, a carbamazepina e o ácido valpróico (PEREIRA *et al.*, 2010).

Múltiplos fatores são ligados a baixa adesão ao tratamento, tais como crenças dos pacientes em relação ao tratamento, uso de drogas e álcool, pouco conhecimento sobre a doença, características demográficas, sexo, idade, personalidade, estrutura familiar entre outros (SANTIN., CERESÉR., ROSA., 2005). Nesse sentido: Quais os fatores envoltos na adesão ao tratamento e qual a sua interação entre o paciente e a continuidade nele?

Nesse sentido, tendo inúmeros fatores e múltipla complexidade, a adesão ao tratamento se faz primordial na melhora da qualidade de vida do indivíduo acometido. No entanto, apesar de sua importância, as taxas de não-adesão atingem quase metade dos pacientes

durante alguma fase do tratamento ou 52% durante um período de dois anos. Em pacientes tratados com lítio, esses dados são ainda mais preocupantes, uma vez que permanecem em tratamento somente por seis meses. Essas taxas de não-adesão podem ser ainda maiores em episódios de mania e agravados com a presença de episódios depressivos, hospitalização e suicídios (SANTIN., CERESÉR., ROSA., 2005).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Princípios do tratamento do Transtorno Bipolar

Considerando-se a complexidade do TAB e as diversas características clínicas envolvidas, sabe-se que não há um tratamento único padronizado ou uma combinação de tratamentos para todos os pacientes (CASTAGNA, 2020). Ao se escolher as drogas deve-se sempre levar em consideração a possibilidade do paciente vir a ter episódios de mania e/ou depressão, devido a sua alta frequência. Nesse sentido, o paciente passa por dois períodos: a eutímia, na qual idealmente o paciente está sem sintomas e integrado em suas atividades de rotina, e o período sintomático. Nesse quesito, com o tratamento objetiva-se manter o paciente no período da eutímia, logo, o ideal seria a redução de 50% dos sintomas observados (SOUZA, 2005).

O tratamento do TAB engloba aspectos biológicos e psicossociais, mediante farmacoterapia, grupos de apoio, terapia focada na família, terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação e eletroconvulsoterapia (ECT). Logo, requer diferentes técnicas que se complementam (PEREIRA *et al*, 2010).

A terapia cognitivo-comportamental consiste na identificação do padrão cognitivo, em preparar um plano de tratamento e intervenções terapêuticas, trabalhando as crenças disfuncionais difundidas e estratégias de comportamento, além de crenças familiares e de demais componentes da rede de apoio (CASSINELLI *et al*, 2022).

O TAB é dividido em três fases: aguda, continuação e manutenção. Na fase aguda busca-se tratar mania sem causar depressão e vice-versa. Já na de continuação o objetivo é estabilizar os benefícios, reduzir os efeitos colaterais, tratar até remissão, reduzir recaídas e elevar o funcionamento global, se houver crise ela é denominada recaída. Por fim, na manutenção o principal objetivo é continuar em remissão, se houver novo episódio trata-se de uma recorrência. Quando há boa resposta as drogas do tratamento agudo, essas drogas continuam sendo usadas na profilaxia (SOUZA, 2005).

Os fatores envolvidos na escolha de uma droga para tratar a bipolaridade são: adesão ao tratamento, melhorar o funcionamento em atividades sociais e ocupacionais, detecção de sinais precoces de recorrências, explicar para o paciente sobre a enfermidade e as medicações, promover estilo de vida saudável e criar de forma conjunta médico-paciente de estratégias para lidar com situações estressantes (PERRY *et al*, 1999).

2.2. Drogas utilizadas no Transtorno Bipolar

Diversas drogas são utilizadas no transtorno bipolar. Como principais opções têm-se: estabilizadores de humor, antipsicóticos, antidepressivos, ECT e terapias combinadas (SOUZA, 2005).

Em muitos casos, há aqueles pacientes com transtorno bipolar que possuem além dessa comorbidade, outras que os afetam. De modo geral, o tratamento dos casos de comorbidade é mais trabalhoso, exige conhecimento mais aprofundado de psicofarmacologia, com resultados muitas vezes frustrantes. A adesão dos pacientes é menor, sua resposta ao tratamento não é tão boa e, conseqüentemente, a remissão é mais difícil de ser atingida. O princípio geral do tratamento de qualquer paciente com transtorno bipolar está baseado no uso dos estabilizadores do humor. Isso implica em risco de interações com antidepressivos, antipsicóticos e benzodiazepínicos, necessários em várias situações (SANCHES; ASSUNÇÃO; HETEM, 2005).

Quanto aos estabilizadores de humor, os principais são: lítio, valproato, carbamazepina, lamotrigina, topiramato e gabapentina. O lítio é o com maior número de evidências no tratamento de manutenção, tem como vantagens ser: antidepressivo prevenindo recaídas de mania e reduzir o risco de suicídio. Nesse contexto, é o fármaco de escolha para portadores de doença hepática, estágio final da gravidez e jovens adolescentes. Após o lítio, a segunda droga a se mostrar efetiva no tratamento do TAB foi o valproato, ele remite episódios de mania, é preferível em doenças cardíacas, renais, trauma crânio (TCE), idosos com demência e dependência química. A carbamazepina, que tem alta interação com outras drogas, é indicada no início do transtorno em pessoas com padrão alternativo de humor, logo vem sendo substituída. A lamotrigina tem as seguintes vantagens: não altera peso, não causa déficit cognitivo, não precisa controlar níveis sanguíneos, além de ser mais eficaz nos episódios de recaídas depressivas. O topiramato não é de primeira linha, mas tem utilidade como adjuvante e na redução de peso. A gabapentina não é de primeira escolha e há divergências nos ensaios clínicos quanto ao seu uso (SOUZA, 2005).

Nesse sentido, os fármacos de primeira linha para a mania aguda são o lítio, o anticonvulsivante divalproato e antipsicóticos atípicos, como olanzapina, risperidona, quetiapina, aripiprazol, ziprasidona e o haloperidol (antipsicótico de primeira geração). Já os de segunda linha são: o anticonvulsivante carbamazepina e o antipsicótico de primeira geração haloperidol. Ademais, não são recomendados o uso de gabapentina, lamotrigina e topiramato pois precisam-se de estudos mais robustos (CONDE; FAGUNDES; GOMES, 2022).

No quesito dos estabilizadores de humor, o carbonato de lítio é o de primeira escolha pois apresenta uma boa resposta terapêutica para tratar a mania sem causar depressão, recorrência de mania e depressão. Assim, o principal efeito adverso relatado é o tremor. Ademais, vale ressaltar que em pacientes com TAB e abuso de drogas o uso em monoterapia tem baixa segurança, logo deve-se combinar com divalproato sódico e carbamazepina. Além disso, durante o uso do lítio orienta-se a não ingestão de álcool pois pode diminuir a eficácia do fármaco e causar intoxicação (GARCIA; MEGAÇO; TRAJANO, 2022). Ademais, se não monitorar-se sua concentração no organismo, há risco de intoxicação (COSTA., GÓES; MORAIS, 2021). Assim, apresenta eficácia em 80% dos pacientes, sendo útil na mania, hipomania e prevenção de recorrência, além de ser o único que previne suicídio (CONDE; FAGUNDES; GOMES, 2022).

Estudos recentes demonstraram que a quetiapina é mais eficaz que o lítio no tratamento da depressão, assim é indicada como droga de primeira escolha para a depressão do TAB, além de terem eficácia semelhante no tratamento da mania após quatro semanas de tratamento. Nesse sentido, as principais reações adversas da quetiapina são as comuns aos antipsicóticos atípicos, como boca seca, sonolência, tontura, hipotensão ortostática, constipação intestinal, taquicardia, visão turva, discreta diminuição do limiar convulsivo, alterações pressóricas e metabólicas (como: dislipidemia, intolerância a glicose e ganho ponderal de cerca de 7%) (CASTAGNA, 2020). Pesquisas atuais mostram a cariprazina como uma alternativa farmacológica para a depressão bipolar do TAB. Trata-se de um antipsicótico atípico de segunda geração, que age como agonista parcial da dopamina (VIEIRA *et al.*, 2022).

Evidências mais recentes sugerem que os transtornos do humor, incluindo o transtorno bipolar, afetam as cascatas de sinalização intracelular que levam a prejuízos na plasticidade neural estrutural e funcional, bem como alterações na neurotransmissão glutamatérgica. O glutamato, o neurotransmissor excitatório mais abundante, é integral para a transmissão sináptica nos circuitos cerebrais e é um regulador chave da força e plasticidade sináptica, que desempenham papéis importantes na neurobiologia da aprendizagem, memória e cognição geral. Níveis alterados de glutamato no plasma, soro e líquido cefalorraquidiano foram observados em estudos humanos de indivíduos com transtornos de humor. Além disso, estudos de espectroscopia de ressonância nuclear magnética (RMN) mostraram níveis alterados de glutamato e metabólitos relacionados em diversas regiões do cérebro de pacientes com transtorno bipolar (VIEIRA *et al.*, 2022).

Evidências acumuladas indicam que o lítio tem efeitos diretos na transmissão neural glutamatérgica. Em particular, várias linhas de evidência sugerem que o lítio altera a excitabilidade neuronal nas sinapses CA1 do hipocampo, levando a potenciais pós-sinápticos excitatórios aumentados. A capacidade do lítio para aumentar a transmissão sináptica no hipocampo CA1 foi atribuída a um aumento na excitabilidade pré-sináptica, bem como aumentos na eficiência sináptica. Um relatório recente também mostrou que seu efeito no aprimoramento sináptico nas sinapses CA1 (área hipocampal) pode surgir de sua capacidade de potencializar correntes por meio do subtipo AMPA (ácido aminometilfosfônico) de receptores ionotrópicos de glutamato, aumentando seletivamente a probabilidade de abertura do canal. Esses efeitos na transmissão sináptica do hipocampo podem ser de particular relevância para o tratamento do transtorno do humor porque o hipocampo é um componente-chave da rede do sistema límbico e está implicado na regulação emocional, cognição e memória. Assim, a sinalização disfuncional do hipocampo pode contribuir para distúrbios comportamentais em transtornos de humor, uma hipótese ainda apoiada por achados consistentes de déficits de memória declarativa em pacientes com transtornos de humor (SCHLOESSER; MARTINOWICH; MANJI, 2012).

No grupo dos antipsicóticos, os principais são: clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol. A clozapina tem boas respostas em fase maníaca ou psicótica do transtorno bipolar, entretanto, seus efeitos colaterais impedem o uso em grande escala. A risperidona tem evidências de uso apenas durante o episódio de mania. Quanto a olanzapina há divergências quanto ao seu uso em monoterapia no TAB, seus principais efeitos colaterais são: ganho de peso e hiperinsulinemia. A quetiapina tem estudos apenas na fase de mania (bipolaridade tipo 1). A ziprasidona tem evidências apenas na mania aguda (bipolaridade tipo 1). O aripiprazol está bem estabelecido na fase de mania aguda (SOUZA, 2005).

No que se refere aos antimaníacos, os principais são: benzodiazepínicos de alta potência, clonazepam, lorazepam, clozapina, risperidona, quetiapina, antipsicóticos atípicos agonistas parciais dos receptores D1, D2, D3, 5-HT tipo 1A. Quanto aos principais efeitos colaterais tem-se os neurológicos, endocrinológicos, hematológicos e cardiovasculares. Dentre os primeiros tem-se: distonia tardia, neurotoxicidade, discinesia tardia, síndrome neurolética maligna, convulsões, acatisia e parkinsonismo. Nos endocrinológicos: Hiperprolactinemia, aumento de peso, ginecomastia, amenorreia e hiperglicemia. Nos hematológicos: Agranulocitose, neutropenia, eosinofilia. Nos cardiovasculares: Hipotensão postural e alterações no eletrocardiograma (VIEIRA *et al.*, 2022).

Os antidepressivos parecem desestabilizar principalmente os pacientes com episódios mistos. No quesito da depressão bipolar, os de primeira linha são os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) e a bupropiona, como segunda têm-se a venlafaxina, mas há carência de dados clínicos (SOUZA, 2005).

O uso de antidepressivos em pacientes com TBH entretanto, é mais complicado e exige maiores cuidados por pelo menos duas razões. Em primeiro lugar, pelo risco de indução de mania, de estado misto ou de ciclagem rápida. Mania (ou hipomania) relacionada ao uso de antidepressivos já foi relatada no curso do tratamento de todos os transtornos de ansiedade. O segundo complicador é o risco de interação farmacocinética ou farmacodinâmica com os estabilizadores de humor (EH), base do tratamento farmacológico dos pacientes com TBH. Essa possibilidade de interação medicamentosa exige conhecimento psicofarmacológico aprofundado e mais atenção por parte do médico assistente (SANCHES; ASSUNÇÃO; HETEM, 2005).

A Eletroconvulsoterapia (ECT) é caracterizada como um tratamento psiquiátrico em que há alterações na atividade elétrica do cérebro. Ocorre por meio da passagem de uma corrente elétrica e sob o efeito de anestesia geral e conta com a intenção de introduzir uma crise convulsiva que dura em torno de 30 segundos. Esse tratamento é utilizado em portadores do transtorno com risco de suicídio por depressão refratária. Entretanto, sua posologia de administração hospitalar dificulta a adesão e por isso não é a primeira escolha (SOUZA, 2005).

2.3. Transtorno Bipolar e os índices de abandono ao tratamento

Um aspecto importante no transtorno bipolar é a alta taxa de abandono, até em pacientes que possuem inicialmente a intenção de se tratar. Em uma revisão sistemática, em 16 dos 24 estudos, pelo menos um terço dos pacientes não chegou ao fim do tratamento previsto. Em 7 desses 16 estudos, o índice de abandono observado foi de mais da metade dos pacientes (CHENIUAX, 2011).

Nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) confirmam-se que dentre os pacientes com transtornos mentais que mais abandonam o tratamento, o transtorno bipolar possui índices notórios nesse ponto. Entre os usuários de um CAPs, que haviam abandonado ou não aderiram ao tratamento, o diagnóstico mais prevalente foi esquizofrenia (47,31%, n=33), seguido de transtorno afetivo bipolar (15%, n=11) (BANDEIRA; TREICHEL; ONOCKO-CAMPOS, 2020).

Outro fator que tem sua importância na não continuidade do tratamento, principalmente farmacológico, nesses pacientes é o déficit cognitivo intrínseco da fisiopatologia do transtorno; o paciente esquece de tomar a medicação ou até mesmo esquece a dosagem e toma o medicamento sem que este atinja efeitos terapêuticos (BURQUE *et al.*, 2011).

Ademais, outro fator que contribui para o abandono ao tratamento é o fato de ser uma doença na qual durante a fase de mania o indivíduo não consegue avaliar de forma fidedigna seu estado afetivo, tendo dificuldade em aceitar o diagnóstico e o tratamento. Além disso, na fase depressiva, o doente fica apático e com dificuldade de realizar suas atividades de vida diárias, assim ele percebe a doença e torna-se receptivo ao tratamento (VIEIRA; *et al.*, 2022).

Falando do próprio perfil dos medicamentos disponíveis no tratamento, temos ainda o fato da baixa tolerância em relação aos efeitos adversos pesados das terapias existentes, como alteração de apetite, alteração ponderal, visão turva, tontura, entre outros, o que leva a mudanças frequentes dos fármacos utilizados e diminui a adesão (SCHLOESSER; MARTINOWICH; MANJI, 2012). Nesse sentido, para que o paciente tenha adesão ao tratamento, é preciso que ele entenda as razões pelas quais utiliza os fármacos, o que é esperado durante o uso, os efeitos colaterais e a necessidade de continuar-se o tratamento mesmo na fase de manutenção (CASSINELLI; *et al.*, 2022).

2.4. Aspectos psicossociais envolvidos no abandono ao tratamento

Diversos aspectos psicossociais estão envolvidos no abandono terapêutico de pacientes com TAB. Entre eles, talvez o mais importante seja a não percepção desse transtorno como uma condição clínica pelos próprios pacientes (MAZZAIA; SOUZA, 2017).

Esse quadro de não autopercepção pelo portador do transtorno de bipolaridade, se intensifica ainda mais na fase de mania, em que o indivíduo não consegue avaliar de forma verossímil seu estado emocional (BIN *et al.*, 2014), e por isso é nessa fase que o diagnóstico se torna de aceitação difícil e o tratamento quase nunca é aderido.

É conhecido que a maior predição à adesão ao tratamento se dá pela aliança terapêutica com profissionais e serviços de saúde mental e aceitação do transtorno pelo paciente, família e comunidade, ou seja, quando ao próprio portador do TB e as pessoas que o cercam entendem e aceitam essa condição clínica (ENES *et al.*, 2020).

De forma geral, outros aspectos envolvidos no abandono ao tratamento são: temor em relação aos efeitos colaterais dos fármacos, dúvidas acerca da eficácia e utilização do tratamento, preocupações com as medicações, temor quanto ao uso pelo resto da vida ou querer ajustá-las, nível de compreensão sobre o TB e aceitação/ negação da condição clínica, participação da família no tratamento e qualidade da relação médico-paciente (COSTA, GÉS e MORAIS, 2021).

Outras variantes sociais, como o sexo feminino, também impactam na adesão ao tratamento, principalmente pela mulher, de forma geral, procurar mais os serviços de saúde do que homens (ENES *et al.*, 2020).

De tal maneira, levando-se em conta a escassez de estudos e a importância aliada à relevância crescente do tema, o vigente estudo almeja discutir sobre a interação entre diversos fatores e a continuidade do paciente ao tratamento, evidenciando a importância de tais fatores para um atendimento individualizado, garantindo eficácia e menor chance de erro por parte da equipe de saúde.

Assim, esse trabalho possui como objetivo identificar as dificuldades e limitações durante o tratamento de pacientes portadores de TAB e os principais limitantes para a continuidade do tratamento de indivíduos com TAB, além dos fatores presentes em doentes com baixa adesão ao tratamento e o papel do profissional de saúde na adesão do enfermo às medidas terapêuticas.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Identificar quais são as principais limitações do paciente, atendido no Ambulatório de Saúde Mental de Anápolis, quanto a adesão e continuidade do tratamento para o TAB.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar os principais limitantes para o início do tratamento de indivíduos com TAB.
- Identificar os principais limitantes para a continuidade do tratamento de indivíduos com TAB.
- Discorrer sobre quais fatores estão mais presentes em pacientes com baixa adesão ao tratamento.
- Compreender o papel do profissional de saúde na adesão do paciente às medidas terapêuticas.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e prospectivo, realizado na cidade de Anápolis – GO, no Ambulatório de Saúde Mental (Posto de Saúde Comunitário) durante o período de agosto de 2022 a abril de 2023.

O estudo é quantitativo-descritivo visto que se almeja delimitar características do TAB, avaliando o tratamento e os quesitos envolvidos empregando-se a coleta de dados sistemática sobre a população do Ambulatório de Saúde Mental de Anápolis utilizando-se de um questionário objetivo, isto é, série ordenada de perguntas objetivas com uma única escolha dentre três ou mais opções elaboradas pelos autores como ferramenta. Assim, esse método foi escolhido pelos autores por obter um grande número de dados, atingir muitas pessoas, obter respostas rápidas e precisas, economizar tempo e viagens e obter respostas sem distorções pela influência de pesquisadores (MARCONI; LAKATOS, 2003). Ademais, é um estudo prospectivo, dessa forma trata-se da causa para o efeito, para frente e acompanhando o processo sobre o qual se está pesquisando (STEDMAN, 1996).

4.2. População e amostra

A amostra foi por conveniência, composta por pacientes em condições ambulatoriais portadores do TAB. Uma amostra por conveniência é aquela em que se selecionam pessoas que estão convenientemente disponíveis no momento da pesquisa (WINQUES, 2022). A pesquisa foi concentrada em geral em homens e mulheres, maiores de 18 anos. Durante o período de estudo, 50 pacientes em tratamento para TAB concordaram em participar da pesquisa e responderam o questionário.

Inicialmente os pacientes foram convidados a participarem durante o atendimento ambulatorial na consulta médica, sendo necessário a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do preenchimento do questionário.

Após o aceite em participar da pesquisa, antes da aplicação do questionário, os pacientes que se voluntariaram foram submetidos ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Apêndice I), para assim avaliar as condições emocionais, intelectuais e clínicas deles. Posteriormente, foi aplicado um questionário semiestruturado desenvolvido pelos próprios pesquisadores para os pacientes, a respeito da adesão ao tratamento utilizado, dificuldades na continuidade da terapêutica, limitações quanto à doença (Apêndice II). Esse questionário é

composto por 26 perguntas de resposta direta além de dados básicos de identificação e dados socioeconômicos. O paciente gastou, em média, 10 minutos para responder todas as perguntas.

Tal questionário foi aplicado na presença do médico do paciente e de um dos pesquisadores. Caso o colaborador com a pesquisa sentia-se incomodado, ele poderia responder em uma sala sozinho.

4.3. Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão na presente pesquisa foram: pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos, atendidos pelo Ambulatório de Saúde Mental durante o período do estudo. Desse modo, coletaram-se questionários de todos aqueles que se voluntariaram e preencherem o TCLE (Apêndice III), entretanto se o paciente não estivesse lúcido com base na pontuação obtida no MEEM, desconsideraram-se posteriormente o questionário.

4.4. Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão: aqueles que preencheram o questionário de forma incompleta.

4.5. Análise de dados

Após a coleta de dados, os resultados foram inseridos em planilhas eletrônicas para tratamento estatístico. Inicialmente, foi realizada uma estatística descritiva com frequência relativa e absoluta das respostas. Após, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado para verificar as associações entre as variáveis categóricas e, quando necessário, o Likelihood Ratio. Além disso, o valor de p na amostra de 50 pessoas foi de 0,028 e na amostra dos 15 pacientes com baixa adesão ao tratamento foi de 0,053.

4.6. Aspectos éticos

Para construção do projeto foi seguida as orientações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que contempla as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Essa resolução garante os princípios básicos da bioética, que são: beneficência, autonomia, justiça e não maleficência. Tendo como base esses referenciais, o estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniEVANGÉLICA, a fim de ser outorgado. Os participantes da pesquisa poderiam desistir da

pesquisa a qualquer momento, não sofrendo nenhum tipo de penalidade e todas as participantes deverão assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE III).

Os dados ficarão armazenados com os pesquisadores por 5 anos e, posteriormente, serão deletados das mídias digitais ou físico – incinerados. O presente estudo foi submetido e aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa, no dia 05 de julho de 2021, e recebeu o número de parecer: 5.510.015 (Anexo IV).

5. RESULTADOS

De acordo com a coleta de dados, obteve-se uma amostra de 50 participantes. Pode-se observar que a maioria dos pacientes são do sexo feminino (74%), com idade entre 30 e 50 anos (54%) e com ensino médio completo. Com relação a condição socioeconômica, tem-se que grande parte possui renda inferior a 2 salários mínimos (58%) e maioria solteiros (43%).

Tabela 01: Caracterização dos participantes da pesquisa (n=50).

| Variáveis sociodemográficas | n (%) |
|--------------------------------|-----------|
| Sexo | |
| Feminino | 37 (74,0) |
| Masculino | 13 (26,0) |
| Idade | |
| Menor que 18 anos | 0 (0) |
| Entre 18 e 30 anos | 12 (24,0) |
| Entre 30 e 50 anos | 27 (54,0) |
| Maior que 50 anos | 11 (22,0) |
| Escolaridade | |
| Fundamental incompleto | 09 (18,0) |
| Fundamental completo | 08 (16,0) |
| Ensino médio incompleto | 04 (8,0) |
| Ensino médio completo | 16 (32,0) |
| Ensino superior incompleto | 07 (14,0) |
| Ensino superior completo | 06 (12,0) |
| Profissão | |
| Profissional da limpeza | 06 (12,0) |
| Assistente administrativo | 03 (6,0) |
| Servente de obras | 02 (4,0) |
| Técnico de enfermagem | 02 (4,0) |
| Marketing | 02 (4,0) |
| Outros | 35 (70,0) |
| Estado civil | |
| Casado(a) | 20 (40,0) |
| Divorciado(a) | 07 (14,0) |
| Viúvo(a) | 02 (4,0) |
| Solteiro(a) | 21 (42,0) |
| Condição socioeconômica | |
| Inferior a 2 salários mínimos | 29 (58,0) |
| Entre 2 a 5 salários mínimos | 20 (40,0) |
| Superior a 6 salários mínimos | 01 (2,0) |

De acordo com o tempo de diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, foi observado que 52% dos pacientes possuem diagnóstico a mais de 5 anos (tabela 2).

Tabela 2: Tempo de diagnóstico de transtorno afetivo bipolar (n=50).

| Tempo de diagnóstico | n (%) |
|-----------------------|-----------|
| Menos de 6 meses | 06 (12,0) |
| Entre 6 meses e 1 ano | 06 (12,0) |
| Entre 1 e 5 anos | 12 (24,0) |
| Mais que 5 anos | 26 (52,0) |

Sobre o tratamento dos pacientes com transtorno afetivo bipolar, grande parte dos diagnosticados já abandonaram o tratamento (44%) e muitos já abandonaram três vezes ou mais (32%) (tabela 3).

Tabela 03: Informações sobre abandono de tratamento em pacientes com baixa adesão (n=50).

| Informações sobre os pacientes com baixa adesão | n (%) |
|---|-----------|
| Quantas vezes você abandonou o tratamento? | |
| Nunca abandonei o tratamento | 28 (56,0) |
| Abandonei uma vez | 8 (16,0) |
| Abandonei duas vezes | 07 (14,0) |
| Abandonei três vezes ou mais | 07 (14,0) |
| Caso não tenha abandonado o tratamento, você já pensou em abandonar? | |
| Já abandonei o tratamento | 22 (44,0) |
| Já pensei em abandonar o tratamento | 15 (30,0) |
| Nunca pensei em abandonar o tratamento | 13 (26,0) |

De acordo, com adesão ao tratamento, observa-se na tabela 4, que a maioria detém apoio da família (78%), a minoria já foi internada durante o tratamento (68%) e, curiosamente, a satisfação com o tratamento é majoritária (80%). Muitos recebem apoio da comunidade (54%) e outros já pensaram em tirar a própria vida no último ano (40%).

Tabela 04: Adesão ao tratamento de transtorno afetivo bipolar (n=50).

| Informações acerca da adesão ao tratamento | n (%) |
|--|-----------|
| Apoio da família | |
| Sim | 39 (78,0) |
| Não | 11 (22,0) |
| Internação durante tratamento | |
| Sim | 16 (32,0) |
| Não | 34 (68,0) |
| Satisfação com o tratamento | |
| Sim | 40 (80,0) |
| Não | 10 (20,0) |
| Instituição fornece boa condição para o tratamento | |
| Sim | 46 (92,0) |
| Não | 04 (8,0) |
| Episódios depressivos de, no mínimo, 2 semanas, no último ano | |
| Sim | 42 (84,0) |
| Não | 08 (16,0) |
| Nesses episódios, estava usando medicação? | |
| Sim | 26 (61,9) |
| De vez em quando | 06 (14,3) |
| Não | 10 (23,8) |
| Recebe apoio da comunidade que o cerca? | |
| Sim | 27 (54,0) |
| Não | 12 (24,0) |
| Não sei dizer | 11 (22,0) |
| Já pensou em terminar a própria vida no último ano? | |
| Sim | 20 (40,0) |
| Não | 30 (60,0) |
| Se considera uma pessoa feliz? | |
| Sim | 32 (64,0) |
| Não | 18 (36,0) |

Na tabela 5, observou-se que, a maioria dos pacientes relatam que os profissionais informam sobre a importância da adesão ao tratamento (94%), também a maioria daqueles relatam que os profissionais estão dispostos a ajudar em qualquer dificuldade apresentada (92%).

Tabela 05: Papel do profissional de saúde na adesão ao tratamento pelo paciente (n=50).

| Informações acerca do papel do profissional de saúde | n (%) |
|--|-----------|
| Informação sobre a importância da adesão | |
| Sim | 47 (94,0) |
| Não | 03 (6,0) |
| Dispostos a ajudar em qualquer dificuldade apresentada | |
| Sim | 46 (92,0) |
| Não | 4 (8,0) |
| Acredita que os medicamentos têm importância | |
| Sim, muito importante e essencial para minha qualidade de vida | 44 (88,0) |
| Sim, são importantes, mas não afetam muito a minha qualidade de vida | 03 (6,0) |
| Tem sua relevância, mas não são essenciais, consigo ficar sem | 03 (6,0) |

Além do mais, é possível observar uma relação significativa, de acordo com o índice de Pearson chi-square, da profissão com a quantidade de episódios depressivos no último ano, nos quais se mostrou que todos os entrevistados, cuja profissão é assistente administrativo ou profissional da limpeza, tiveram, no mínimo, um episódio depressivo no último ano. (tabela 06). Ademais, todos os entrevistados, pertencentes a profissão de servente de obras não tiveram nenhum episódio depressivo no último ano. **Somado a isso, também há influência entre a idade e o abandono ao tratamento, nos quais apenas os entrevistados entre a faixa etária de 30 e 50 anos abandonaram o tratamento duas vezes (tabela 07).**

Tabela 06: Relação entre profissão e quantidade de episódios depressivos no último ano (n=15).

| Profissão | No último ano, quantos episódios depressivos você teve? n (%) | | | | |
|---------------------------|---|----------|----------|---------------|--------|
| | Um | Dois | Três | Mais que três | Nenhum |
| Profissional da limpeza | 2 (22,2) | 1 (14,3) | 3 (27,3) | 0 (0) | 0 |
| Assistente administrativo | 0 | 0 | 0 | 3 (20) | 0 |
| Servente de obras | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 (25) |
| Técnico de enfermagem | 1 (11,1) | 0 | 1 (9,1) | 0 | 0 |
| Marketing | 1 (11,1) | 1 (14,3) | 0 | 0 | 0 |

$X^2=$; $p=0,053$.

Tabela 07: relação entre a idade e recorrência no abandono ao tratamento (n=50)

| | Qual é a sua idade? | | |
|---|----------------------------|---------------------------|------------------------|
| | Entre 18 e 30 anos | Entre 30 e 50 anos | Mais de 50 anos |
| Quantas vezes você abandonou o tratamento? n (%) | | | |
| Nunca abandonei o tratamento | 5 (41,7) | 14 (52,0) | 9 (81,8) |
| Abandonei 1 vez | 4 (33,3) | 3 (11,1) | 1 (9,1) |
| Abandonei 2 vezes | 0 | 7 (25,6) | 0 |
| Abandonei 3 ou mais vezes | 3 (25,0) | 3 (11,3) | 1 (9,1) |

$X^2=$; $p=0,028$.

6. DISCUSSÃO

Pode-se observar que as limitações do paciente quanto a adesão e continuidade do tratamento para o

TAB, foi analisada por meio da aplicação de questionários em paciente diagnosticados com TAB, seguida da análise dos principais fatores que influenciam no abandono do tratamento nesses indivíduos.

É definido que variáveis sociodemográficas são de suma relevância para desvendar a indagação central dessa pesquisa; o sexo feminino é o de maior prevalência (ENES *et al.*, 2020). Os participantes desta pesquisa seguiram essa tendência, em que, 74% dos pacientes que responderam à pesquisa eram no sexo feminino e 58% responderam que sua condição familiar está inferior a dois salários-mínimos. Além disso, também foi encontrado que a maioria dos pacientes têm uma escolaridade compatível com a de ensino médio completo, o que se opõe ao déficit cognitivo que a doença carrega em sua fisiopatologia e, de tal forma, ressalta falta de compreensão do tratamento (BURQUE *et al.*, 2011) e a sua dificuldade em adesão, uma vez que 44% dos pacientes já abandonaram o tratamento uma, duas ou três vezes.

Muitas também são as causas que afetam o início do tratamento, principalmente a rede de apoio que essa pessoa recebe. Na amostra do estudo, 54% consideraram que recebem apoio da comunidade à cerca de sua condição, assim como 78% escolheram a assertiva que afirmava o apoio familiar, e quase metade relatou que era casado; o que retrata uma boa adesão e suporte que o portador do TAB recebe ao começar o tratamento. Outra parte importante que foi abordada foram as características presentes nos pacientes com baixa adesão. Definido como paciente com baixa adesão aquele que já abandonou o tratamento pelo menos uma vez, verificou-se 44% dos entrevistados se enquadram nessa categoria e já abandonou o tratamento em alguma ocasião da vida. Resultado que flagrou um número muito semelhante ao esperado, já que a taxa de adesão de outros estudos girava entre 18% e 52% (ROSA *et al.*, 2006).

Nesses pacientes, 80% se sentem satisfeitos com o tratamento proposto, sugerindo que a explicação da baixa adesão não passa de maneira significativa pela discordância da terapêutica esquematizada pelo médico. Por outro lado, a ineficiência do tratamento se revela ao constatar-se que 84% dos pacientes já tiveram episódios depressivos com duas ou mais semanas de duração no último ano; nesses episódios, 54% desses estavam usando ou usaram de maneira inadequada os medicamentos, revelando uma associação mais fiel com a própria alternância da doença para o polo de humor diminuído. Outro aspecto a ser considerado nos indivíduos de baixa adesão foi a taxa dos que cogitaram tirar a própria vida no último ano, 40%.

Esse número tem semelhança com o dado de que pacientes com TAB tem 20 vezes mais chance de cometerem suicídio (ENES *et al.*, 2020) e que 25% deles chegam a tentar tal ato (SANTIN; CERESÉR; ROSA, 2005).

O número de internações nesses pacientes é outra característica a ser estudada com atenção, pois, é um fator muito ligado à baixa adesão (ROSA *et al.*, 2006). O presente estudo encontrou que 68% não foi internado durante o tratamento; o que se revela como um fator opositor ao quadro de depressão supracitado e até mesmo ao abandono no tratamento que, apesar de não ser maioria aparenta-se com um valor expressivo.

Uma nuance também abordada na pesquisa foi o papel do profissional de saúde e sua influência na adesão ou não ao tratamento por parte do portador de TAB. Nesse sentido, foi verificado que um pequeno número dos participantes não considera que foi informado sobre a importância e os benefícios que a terapia tem, o que mostra que, em sua maioria, os profissionais de saúde têm cumprido seu papel no que se diz respeito à orientação. Mostrando a grande importância de manter esse trabalho, caso contrário as taxas de abandono poderiam ser ainda maiores. Os profissionais também tiveram papel importante no quesito disponibilidade, 92% dos participantes responderam que esses profissionais estão dispostos a ajudar em qualquer dificuldade apresentada. A relação médico-paciente é fundamental para que se obtenha uma boa adesão ao tratamento, visto que o sucesso das intervenções depende desse vínculo. (MAZZAIA e SOUZA, 2017). Nesse mesmo estudo, duas pacientes enfatizaram a confiança nos médicos, a escuta e a sensibilização com as queixas como fatores fundamentais para a adesão ao tratamento (MAZZAIA e SOUZA, 2017).

Se tratando da Instituição de Saúde na qual foi aplicada a pesquisa, apenas pequena parcela dos pacientes não considera que esta desempenhe um papel que seja suficiente para se ter uma boa condição para o tratamento. Certamente, a infraestrutura, a capacidade de atender a demanda dos pacientes em tempo aceitável, a forma de tratamento interpessoal fora do consultório, o preparo e a conscientização dos profissionais de áreas distintas às da saúde para lidar com os pacientes com TAB, são alguns pontos que podem influenciar a adesão ao tratamento desses pacientes; não é difícil imaginar que, se esses pontos citados forem extremamente falhos e/ou inexistente, a chance desse paciente se sentir desmotivado à comparecer ao Núcleo de Atenção à Saúde vai ser criticamente grande. Nesse sentido, há vários fatores que contribuem com a falta de adesão ao tratamento, dentre os principais tem-se os relacionados aos profissionais de saúde, como a postura em relação a doença e a interação com o paciente. Ademais, para que haja maior adesão e confiança no tratamento existem as

estratégias multifatoriais, que envolvem farmacoterapia, eletroconvulsoterapia, psicoterapia e outras que poderiam ser implementadas nas instituições de tratamento a fim de aumentar a confiança do paciente nas mesmas (PEREIRA *et al.*, 2010). Outrossim, para se aumentar a boa visibilidade nas instituições é interessante que o paciente passe pelo médico, auxiliar de enfermagem, nutricionista, psicólogo e esses profissionais conversem entre si e ajam em conjunto para garantir uma atenção multidisciplinar (MOTA, 2005).

Os participantes também demonstraram aceitar bem as informações passadas pelos profissionais de saúde, visto que, a maioria considera que o tratamento é essencial para seu quadro clínico e sua qualidade de vida. Esse é um dado que mostra que o paciente com TAB, normalmente, considera a terapêutica como sendo importante, e que a explicação para seu abandono não passa pela incredulidade de sua eficácia.

Ademais, outros dados encontrados na pesquisa também são dignos de atenção. Metade dos participantes não se consideram pessoas felizes; flagrando como o TAB é uma doença que afeta a qualidade de vida, tanto pela ciclagem depressiva, mas também por todos os desdobramentos negativos da condição, como o dano cognitivo, alta incidência de internação, falta de aceitação e apoio comunitário e familiar, risco elevado de autoextermínio, entre outros.

6.1. Pontos fracos

O presente estudo apresentou uma amostra limitada à 50 pacientes devido a baixa adesão às respostas dos questionários, diversos fatores contribuíram com isso, como: pacientes que faltaram as consultas com frequência, alguns muito doentes e incapazes de responder e outros se negaram a participarem da pesquisa.

6.2. Pontos fortes

O estudo teve como pontos fortes: a coleta direta e presencial no Ambulatório de Saúde Mental visto que poderíamos ter conseguido menos pacientes se o link fosse enviado por Google Forms. Além do fato de terem poucos estudos de campo sobre o assunto sendo realizados pelos acadêmicos da universidade no atual momento.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre a análise a adesão ao tratamento dos pacientes com TAB no município de Anápolis – GO, pode-se observar que, para atingir esse propósito, foram realizados questionários, que já foram explicitados na metodologia.

A pesquisa revelou que muitos pacientes com o transtorno em algum momento desistem do tratamento ou ao menos pensam em fazê-lo devido a dificuldades de apoio da família, comunidade ou até mesmo motivação própria, haja vista que se trata de uma enfermidade que deve ser tratada para a vida toda e com medicações diárias. Assim, nas tabelas dos resultados observou-se que quase metade dos enfermos já abandonaram o tratamento em algum momento e aqueles que não abandonaram já pensaram em abandonar.

Entretanto, uma amostra de 50 pessoas foi adquirida no estudo, sendo um número abaixo do esperado no começo da coleta. O absenteísmo de pacientes no local, a falta de motivação a responder o questionário, o desdém por parte dos pacientes e as próprias limitações intrínsecas da doença foram fatores que impossibilitaram a coleta de muitos outros dados, que aumentariam nossa amostra e enriqueceriam o estudo.

Por fim, espera-se que esse estudo seja o início de muitos outros sobre assunto e não se esgote completamente o objeto de pesquisa. Existem dificuldades na coleta de dados, porém seriam interessantes pesquisas em outros municípios a fim de estabelecer uma análise comparativa entre os portadores de Transtorno Afetivo Bipolar no Brasil inteiro para fins epidemiológicos e clínicos.

BIBLIOGRAFIA

BANDEIRA N., TREICHERL C.A.S., ONOCKO-CAMPOS R.T. Estudo sobre abandono e não adesão ao tratamento em Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde Debate**, v. 44, n. 3, p. 95-106, 2020.

- BIN L.C.P., *et al.* Significados dos episódios maníacos para pacientes com transtorno bipolar em remissão: estudo qualitativo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 2, p. 142-148, 2014.
- BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n. 4, p. 1, 2006.
- BURQUE R.K. *et al.* Adesão ao tratamento em pacientes com transtorno bipolar participantes de um ensaio clínico. **Revista HCPA**, v. 31, 2011.
- CASTAGNA A.C. **Estudo de tolerabilidade da monoterapia com quetiapina no tratamento do transtorno bipolar tipo 1**. Dissertação para título de mestre pelo programa de farmacologia do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, p.1-33, 2020.
- CASSINELLI T., *et al.* Tocados pelo Fogo: O transtorno bipolar a partir da Análise Cognitivo Comportamental. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v.24, n.1, p.17-30, abril de 2022.
- CHENIAUX, E. O tratamento farmacológico do transtorno bipolar: uma revisão sistemática e crítica dos aspectos metodológicos dos estudos clínicos modernos. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 33, n. 1, p. 72-80, 2011.
- CONDE A.G., FAGUNDES M.L.M, GOMES J.M. Abordagens terapêuticas do episódio de mania no transtorno bipolar. **Brazilian Journal of Health Review, Curitiba**, v.5, n.4, p. 13994-14008, 2022.
- COSTA K.M.Q., GOES R.M., MORAISM.M.N. A influência dos aspectos subjetivos na adesão ao tratamento do transtorno bipolar: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, n.70, v.4, p.330-337, 2021
- DAMASCENO, YML. **Bipolar: Um guia de saúde e bem-estar para monitoramento e gerenciamento do transtorno afetivo bipolar**. Monografia apresentada ao curso de Design Digital da Universidade Federal do Ceará para título de Bacharel em Design Digital, Quixadá, p.1-82, 2022.
- ENES C.L., *et al.* Predição da adesão ao tratamento e qualidade de vida de pacientes com transtorno bipolar. **Revista de Enfermagem do Centro oeste Mineiro**, v. 10, 2020.
- FIGUEIREDO B.Q, *et al.* Transtorno bipolar: desafios etiológicos, clínicos e terapêuticos. **Research, Society and Development**, v.11, n.14, p.1-6, 2022.
- GARCIA B.N., MELGAÇO T.R.P., TRAJANO A.G. Perspectivas epidemiológicas, clínicas e terapêuticas do transtorno bipolar em comorbidade com o uso de drogas: revisão de literatura em língua portuguesa. **Debates em psiquiatria**, v.12, p.1-23.
- MAGALHÃES, P.V.S.; FRIES, G.R.; KAPCZINSKI, F. Marcadores periféricos e a fisiopatologia do transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica.**, v. 39, n. 2, p. 60-67, 2011.

MARCONI, M.A.; LAKATOS E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.ed. São Paulo, Editora Atlas, 2003.

MAZZAIA, M.C.; SOUZA, M.A. Adesão ao tratamento no transtorno afetivo bipolar-percepção do usuário e do profissional de saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 17, p. 34-42, 2017.

MOTA, Maria de Fátima Fernandes. **Meu Deus, por que eu fiz isto?** um estudo de caso sobre Transtorno Bipolar. 2005. 61 f. Monografia – Faculdade de Ciências da Saúde (FACS), Brasília, 2005.

PEREIRA L.L., *et al.* Transtorno bipolar: reflexões sobre diagnóstico e tratamento. **Revista Perspectiva**, v. 34, n. 128, p. 151-166, 2010.

PERRY A., *et al.* Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. **British Medical Journal**, v, 318, p. 149-153, 1999.

ROSA A.R., *et al.* Monitoramento da adesão ao tratamento com lítio. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 5, p. 249-261, 2006.

SANTIN, A.; CERESÉR, K.; ROSA A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 32, p. 105-109, 2005.

SANCHES, R.F.; ASSUNÇÃO S.; HETEM L.A.B. Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 32, p. 71-77, 2005.

SCHLOESSER, R.J.; MARTINOWICH, K.; MANJI, H.K. Mood-stabilizing drugs: mechanisms of action. **Trends in neurosciences review special issue: neuropsychiatric disorders**, v. 35, n. 1, p. 36-46, 2012.

SILVA R.C., *et al.* Transtorno afetivo bipolar: terapêuticas, adesão ao tratamento e assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 1, n. 1, 2017.

SILVA R.L. **Desfechos propostos em protocolos de estudos clínicos que avaliam opções de tratamento farmacológico da mania**. Trabalho de conclusão de curso para o Bacharel em Farmácia, Ciências Ambientais e Químicas da Universidade Federal de São Paulo -Campus Diadema, Diadema, p.1-45, 2022.

SOUZA, F.G.M. Tratamento do transtorno bipolar: eutímia. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 32, p. 63-70, 2005.

STEDMAN, T.L. **Dicionário médico**. 25.ed. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 1996.

VARGAS L.M. **Um olhar para o transtorno bipolar**. Centro de filosofia e ciências humanas – Departamento de psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

VIEIRA, A.C.L., *et al.* Tratamento e acompanhamento de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar. **Brazilian Journal of Health Review**, v.5, n.5, p. 18679-18689, sep./oct., 2022.

WINQUES K. Nos caminhos da iniciação científica: Guia para pesquisadores em formação. 23.ed. Joinville, Faculdade IELUSC, 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE I – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Orientação temporal - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- *Que dia é hoje?*
- *Em que mês estamos?*
- *Em que ano estamos?*
- *Em que dia da semana estamos?*
- *Qual a hora aproximada?* (considere a variação de mais ou menos uma hora)

Orientação espacial - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- *Em que local nós estamos?* (consultório, dormitório, sala – apontando para o chão)
- *Que local é este aqui?* (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa).
- *Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima.*
- *Em que cidade nós estamos?*
- *Em que Estado nós estamos?*

Memória imediata: *Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir:* carro, vaso, tijolo (dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.

Cálculo: subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrige.

Evocação das palavras: pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir – 1 ponto para cada.

Nomeação: peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) – 1 ponto para cada.

Repetição: *Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: "Nem aqui, nem ali, nem lá".* Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto)

Comando: *Pegue este papel com a mão direita* (1 ponto), *dobre-o ao meio* (1 ponto) e *coloque-o no chão* (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

Leitura: mostre a frase escrita "FECHE OS OLHOS" e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.

Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: *alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer.* Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto).

Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto)

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS

1. Qual é a sua idade?

- Menos que 18 anos
- Entre 18 e 30 anos
- Entre 30 e 50 anos
- Mais que 50 anos

2. Qual o sexo?

- Masculino
- Feminino

3. Qual a sua condição familiar?

- Inferior a dois salários mínimos
- Entre 2 a 5 salários mínimos
- Entre 6 a 10 salários mínimos
- Superior a 10 salários mínimos

4. Qual a sua escolaridade?

- Fundamental incompleto
- Fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo

5. Qual a sua profissão?

- Faxineiro
- Assistente administrativo
- Servente de obras
- Operador de caixa
- Motorista de caminhão
- Recepcionista
- Telemarketing
- Professor
- Técnico de enfermagem
- Enfermeiro

- Vendedor de comercio varejista
- Médico
- Advogado
- Engenheiro
- Marketing
- Gestor bancário
- Titular de cartório
- TI (profissional de programação)
- Outras: _____

6. Há quanto tempo você ocupa essa profissão?

- Menos de 6 meses
- Entre 6 meses e 1 ano
- Menos de 1 ano
- 1-5 anos
- Mais de 5 anos

7. Qual seu estado civil?

- Casado (a)
- Divorciado (a)
- Viúvo (a)
- Solteiro (a)

8. Há quanto tempo você foi diagnosticado?

- Menos de 6 meses
- Entre 6 meses e 1 ano
- Entre 1 ano e 5 anos
- Mais que 5 anos

9. Há quanto tempo você está em tratamento?

- Menos de 6 meses
- Entre 6 meses e 1 ano
- Entre 1 ano e 5 anos
- Mais que 5 anos

10. Você já abandonou o tratamento?

- Sim
- Não

11. Caso a resposta seja SIM, quantas vezes você abandonou o tratamento?

- Nunca abandonei o tratamento
- Abandonei 1 vez
- Abandonei 2 vezes
- Abandonei 3 ou mais vezes

12. Caso a resposta seja Não, você já pensou em abandonar o tratamento?

- Já abandonei o tratamento
- Já pensei em abandonar o tratamento
- Nunca pensei em abandonar o tratamento

13. Você recebe apoio da sua família no seu tratamento?

- Sim
- Não

14. Você já foi internado durante o tratamento?

- Sim
- Não

15. Você está satisfeito com o seu tratamento?

- Sim
- Não

16. Você acredita que está recebendo o tratamento adequado para a sua condição psiquiátrica?

- Sim
- Não

17. Você acredita que a Instituição fornece uma boa condição para o seu tratamento?

- Sim
- Não

18. Você acha que precisa usar os seus medicamentos de forma constante?

- Sim
- Não preciso usar medicamentos
- Somente as vezes, quando estou mal.

19. Você acha que os medicamentos têm papel importante para sua saúde e qualidade de vida?

- Sim, muito importante e essencial para minha qualidade de vida.
- Sim, são importantes mas não afetam muito a minha qualidade de vida.

- Têm sua relevância mas não são essenciais, consigo ficar sem.
- Não acho que preciso de remédios de uso contínuo, não alteram minha qualidade de vida.

20. No último ano, quantos episódios depressivos de no mínimo 2 semanas você teve?

- 1
- 2
- 3
- Mais que 3
- Nenhum.

21. Nesses episódios, você estava usando a medicação?

- Sim
- De vez em quando, mas de forma não regular
- Não
- Não tive nenhum episódio de depressão no último ano

22. Você pensou em tirar a própria vida nesse último ano?

- Sim
- Não

23. Na sua concepção, você recebe apoio da comunidade que o cerca?

- Sim
- Não
- Não sei dizer.

24. Atualmente, você se considera uma pessoa feliz?

- Sim
- Não

25. Os médicos, durante seu atendimento, te informaram sobre a importância de uma boa adesão ao tratamento?

- Sim
- Não

26. Os médicos se mostram dispostos a ajudar em qualquer dificuldade que impeça o tratamento ser efeito?

- Sim
- Não

APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA O PARTICIPANTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Os impasses na continuidade no tratamento do paciente com Transtorno Afetivo Bipolar

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Os impasses na continuidade no tratamento do paciente com Transtorno Afetivo Bipolar”.

Desenvolvida por Matheus Nabih Damacena Esper, Bruna Regina Paiva Vaz, Giovanna Azevedo Rodrigues, Victoria Maria Farias Torres, Filipe Lustosa Rege Botelho, Jean da Silva Lourenço, discentes de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob orientação do Professor Dr. Humberto Fontoura.

O objetivo central do estudo é analisar as dificuldades e limitações durante o tratamento de pacientes portadores de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB).

O convite a sua participação se deve ao seu quadro clínico e o seu tratamento na instituição participante. A abordagem do paciente será realizada na recepção do Ambulatório de Saúde Mental, onde iremos fazer o convite ao participante e aplicaremos o questionário em um ambiente reservado somente na presença do pesquisador

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas por meio da aplicação do questionário em local reservado, somente na presença de pesquisadores ou sozinho.

A qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro, além do comprometimento dos pesquisadores à cerca do sigilo das informações pelos próximos cinco anos.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas a respeito da sua adesão ao tratamento proposto pelo médico, a partir de um questionário criado pelos pesquisadores do projeto.

O tempo de duração da aplicação do questionário é de aproximadamente dez minutos.

As respostas serão armazenadas, mas somente terão acesso às mesmas os pesquisadora e o seu orientador.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é a disponibilização de um folder informativo a respeito da importância da adesão ao tratamento do paciente com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB).

Os riscos envolvidos na pesquisa são o risco de exposição e constrangimento do paciente durante a aplicação do questionário e de extravio das informações do paciente participante. Esses riscos serão minimizados com a sua aplicação em local reservado, somente na presença de pesquisadores ou sozinho, além do comprometimento dos pesquisadores à cerca do sigilo das informações pelos próximos cinco anos.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese, porém não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta entrevista ficarão armazenados em computador pessoal sob a responsabilidade dos pesquisadores pelo período de 5 anos.

Assinatura do Pesquisador Responsável – Professor da UniEVANGÉLICA

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável: Humberto de Sousa Fontoura - (62) 9090 99235-7769

Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75083-580

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA

Eu, _____ CPF nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como participante. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP - UniEVANGÉLICA (telefone 3310-6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Anápolis, ____ de _____ de 20____, _____

Assinatura do participante da pesquisa

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

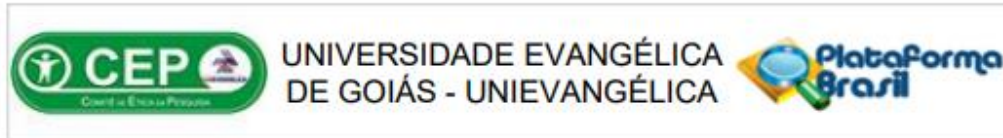
Nome: _____ Assinatura: _____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA:

Tel e Fax - (62) 33106736

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

APÊNDICE IV – PARECER PLATAFORMA BRASIL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Os impasses na continuidade no tratamento do paciente com Transtorno Afetivo Bipolar

Pesquisador: Humberto de Sousa Fontoura

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59111922.2.0000.5076

Instituição Proponente: ASSOCIACAO EDUCATIVA EVANGELICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.510.015

Apresentação do Projeto:

Informações retiradas do PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1924302.pdf e do TCC6p.docx
Resumo

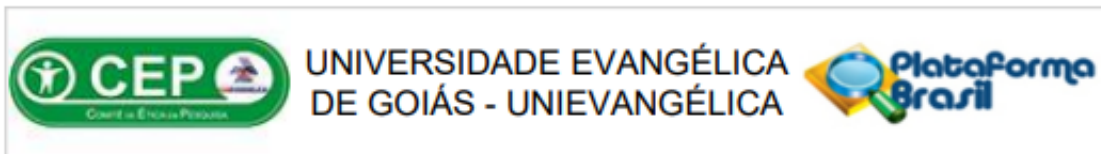
O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma doença mental crônica caracterizada como um transtorno de humor, definido pela alternância de episódios de mania e depressão, podendo persistir por semanas ou meses. Aliado a isso, há a dificuldade em manter o paciente adepto ao tratamento. Nesse sentido, esse estudo tem como objetivo compreender as dificuldades e limitações durante o tratamento de pacientes portadores de TAB e a continuidade no tratamento. Essa análise será realizada a partir de um estudo transversal com a aplicação de formulários no Ambulatório de Saúde Mental, localizado na cidade de Anápolis - GO. A partir da literatura analisada, esperamos encontrar pacientes de ambos os sexos, em diversas faixas etárias (sendo os adultos jovens os mais prevalentes), cujos fatores para falta de adesão variem entre: altos custos com os medicamentos, ausência de sintomas, crenças e atitudes pessoais e da sociedade, desconhecimento da doença e de sua gravidade, além de fatores relacionados ao profissional de saúde, como sua postura e relação com o paciente.

Palavras-chave: transtorno bipolar; cooperação e adesão ao tratamento; abandono.

Metodologia

Tipo de estudo

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.510.015

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e prospectivo. Será realizado na cidade de Anápolis – GO, no Ambulatório de Saúde Mental (Posto de Saúde Comunitário) durante o período de agosto de 2022 a março de 2023.

Amostra

A amostra será por conveniência, composta por pacientes em condições ambulatoriais portadores do Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). A pesquisa estará concentrada em geral em homens e mulheres, independente da faixa etária. A aplicação do questionário em indivíduos menores de 18 anos contará com a autorização dos pais ou responsáveis. Estima-se, que no período de estudo de agosto de 2022 a março de 2023, no Ambulatório de Saúde Mental, aproximadamente 150 pacientes em tratamento para TAB concordarão em participar da pesquisa e responderão o questionário.

Inicialmente os pacientes serão convidados a participarem durante o atendimento ambulatorial na consulta médica. Aqueles pacientes menores de idade serão necessários a autorização do responsável com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pais, além da aplicação também do Termo de Assentimento do Menor (TALE). Em contrapartida, para os pacientes maiores de 18 anos de idade será necessário apenas a assinatura do TCLE.

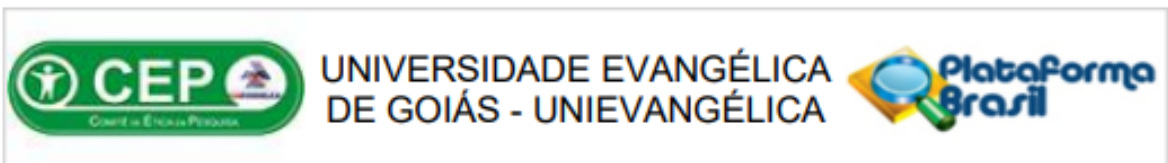
Após o aceite em participar da pesquisa, será aplicado um questionário semiestruturado desenvolvido pelos próprios pesquisadores para os pacientes, a respeito da adesão ao tratamento utilizado, dificuldades na continuidade da terapêutica, limitações quanto à doença (Apêndice IV). Esse questionário é composto por 22 perguntas de resposta direta além de dados básicos de identificação e dados socioeconômicos. O paciente gastará, em média, 10 minutos para responder todas as perguntas.

Tal questionário será aplicado na presença do médico do paciente e de um dos pesquisadores. Caso o colaborador com a pesquisa sinta-se incomodado, ele poderá responder em uma sala sozinho. Para aqueles pacientes menores de idade será necessário a presença do responsável durante a aplicação do questionário.

Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão na presente pesquisa serão: pacientes maiores de 18 anos ou caso menor, mediante permissão da família, de ambos os sexos, atendidos pelo Ambulatório de Saúde Mental durante o período do estudo. Dessa forma, antes da aplicação do questionário submeteremos os pacientes que se voluntariarem a participar da pesquisa ao minixame do estado mental, para

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.510.015

assim avaliar as condições emocionais, intelectuais e clínicas deles. Desse modo, coletaremos questionários de todos aqueles que se voluntariarem e preencherem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II), e no caso de menores de 18 anos, o Termo de Assentimento do Menor – TALE (Apêndice III) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II), para os responsáveis legais, entretanto se o paciente não estiver lúcido desconsideraremos posteriormente o questionário.

Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão utilizar-se-á: aqueles que não obtiverem melhora do quadro a ponto de compreender o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou Termo de Assentimento do Menor, no período da coleta de dados; questionários preenchidos de forma incompleta.

Análise de dados

Após a coleta de dados, os resultados serão inseridos em planilhas eletrônicas para tratamento estatístico. Inicialmente será realizada estatística descritiva com cálculo de média e desvio padrão das respostas. Após, as respostas dos participantes serão divididas por classes tais como faixa etária, gênero e tempo de tratamento. Será realizado o teste de Shapiro Wilk para determinar se as classes pesquisadas possuem distribuição normal. Em caso positivo, será utilizado o teste T de Student para a comparação dos resultados entre as classes pesquisadas, caso negativo, será utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon. A depender dos resultados, o teste de ANOVA de fator único também poderá ser utilizado.

Será adotado um índice de significância de 95% ($p < 0,05$), sendo os resultados disponibilizados em gráficos e tabelas para melhor visualização.

Objetivo da Pesquisa:

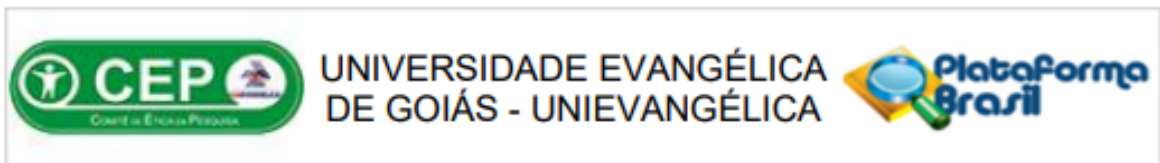
Objetivo geral

Identificar e analisar quais são as principais limitações do paciente quanto a adesão e continuidade do tratamento para o TAB.

Objetivos específicos

- Identificar os principais limitantes para o início do tratamento de indivíduos com TAB.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.510.015

Identificar os principais limitantes para a continuidade do tratamento de indivíduos com TAB.
 Discorrer sobre quais fatores estão mais presentes em pacientes com baixa adesão ao tratamento.
 Compreender o papel do profissional de saúde na adesão do paciente às medidas terapêuticas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios

Risco de exposição e constrangimento do paciente durante a aplicação do questionário. Esse risco será minimizado com a sua aplicação em local reservado, somente na presença de pesquisadores ou sozinho.
 Risco de extravio das informações pessoais do paciente participante. Esse risco será minimizado com o comprometimento dos pesquisadores à cerca do sigilo das informações pelos próximos cinco anos.

Benefícios diretos para o participante

Após a aplicação do questionário será disponibilizado ao paciente um folder informativo a respeito da importância da adesão ao tratamento do paciente com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). Por meio desse folder, visamos conscientizar os pacientes a respeito da importância de aumentar as taxas de adesão ao tratamento, para que assim se obtenha uma melhoria da qualidade de vida e diminuição das perdas de funções biopsicossociais. Ademais, é de suma importância sempre ratificar e consolidar todas as informações colidas no questionário sobre o tratamento, desde seus benefícios a seus efeitos adversos, suas implicações na esfera psicossocial do paciente, ressaltando suas vantagens. Logo, busca-se trazer informações acerca do tratamento, a fim de deixar o paciente mais familiarizado com a terapêutica, mostrando que a adesão é um ponto positivo para a sua saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob a orientação do Prof. Dr. Humberto de Sousa Fontoura. O estudo comporá o trabalho de conclusão de curso dos discentes: Victória Maria Farias Torres, Jean da Silva Lourenço, Bruna Regina Paiva Vaz , Giovanna Azevedo Rodrigues, Filipe Lustosa Rege Botelho, Matheus Nabih Damacena Esper. O estudo será realizado com pacientes diagnosticados com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e será realizado na cidade de Anápolis – GO, no Ambulatório de Saúde Mental (Posto de Saúde Comunitário) durante o período de agosto de 2022 a março de 2023.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.510.015

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS No. 466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos apresentados foram analisados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador responsável atende todas as orientações da construção de um projeto de pesquisa e da Resolução CNS 466/12 e complementares.

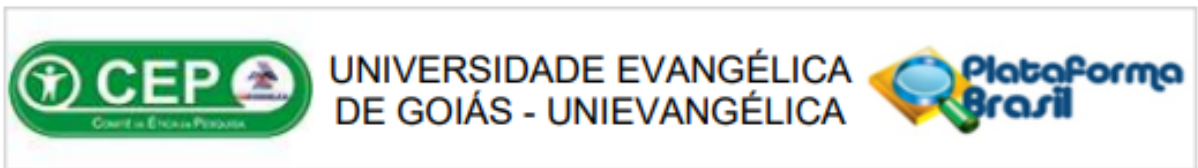
Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme o cronograma de execução apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1924302.pdf | 30/05/2022 14:38:08 | | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termo_de_compromisso_do_pesquisadorassinado.pdf | 30/05/2022 14:37:37 | Humberto de Sousa Fontoura | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | TCC6p.docx | 24/05/2022 17:36:07 | Humberto de Sousa Fontoura | Aceito |
| Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável | Cartadeaprova.pdf | 24/05/2022 13:09:26 | GIOVANNA AZEVEDO RODRIGUES | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMODEASSENTIMENTODOMENOR.docx | 24/05/2022 13:08:28 | GIOVANNA AZEVEDO RODRIGUES | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDOPARAOSRESPONSAVEIS.docx | 24/05/2022 13:07:33 | GIOVANNA AZEVEDO RODRIGUES | Aceito |
| TCLE / Termos de | TERMODECONSENTIMENTOLIVREES | 24/05/2022 | GIOVANNA | Aceito |

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.510.015

| | | | | |
|---|--|---------------------|----------------------------|--------|
| Assentimento / Justificativa de Ausência | ARECIDORESPONSAVEIS.pdf | 13:06:23 | AZEVEDO RODRIGUES | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMODECONSENTIMENTOLIVREES CLARECIDOPARAOSPARTICIPANTES .pdf | 24/05/2022 13:04:38 | GIOVANNA AZEVEDO RODRIGUES | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMODECONSENTIMENTOLIVREES CLARECIDOPARAOSPARTICIPANTES .docx | 24/05/2022 13:03:28 | GIOVANNA AZEVEDO RODRIGUES | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhaRosto.pdf | 23/05/2022 16:19:41 | GIOVANNA AZEVEDO RODRIGUES | Aceito |
| Orçamento | orcamento.docx | 12/05/2022 23:04:33 | GIOVANNA AZEVEDO RODRIGUES | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | coparticipante.pdf | 12/05/2022 22:59:55 | GIOVANNA AZEVEDO RODRIGUES | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 05 de Julho de 2022

Assinado por:
Constanza Thaise Xavier Silva
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br