

A ADESÃO TERAPÊUTICA NO TRANSTORNO BIPOLAR

Resumo

A adesão terapêutica é um importante problema para o tratamento das doenças crônicas. No transtorno bipolar, a não-adesão terapêutica contribui para o abismo entre a eficácia e efetividade do tratamento desses pacientes.

A ausência de adesão terapêutica é freqüente no transtorno bipolar com estudos demonstrando taxas de até 50% de não-adesão em pacientes americanos. Múltiplos fatores foram associados a não-adesão no transtorno bipolar. Dentre eles pode-se destacar os sócio-demográficos, as atitudes diante a doença/tratamento e os fatores relacionados especificamente com o tratamento. Apesar disso, a mensuração da não-adesão terapêutica é um grande desafio, com instrumentos que não conseguem garantir uma boa acurácia. Por último, o uso de intervenções psicossociais, podem melhorar a adesão terapêutica dos pacientes portadores do transtorno bipolar.

Palavra-chaves: adesão terapêutica, transtorno bipolar e intervenções psicossociais

1. INTRODUÇÃO

A adesão terapêutica é um importante problema para o tratamento das doenças crônicas. Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (2003), 50% dos pacientes com doença crônica dos países desenvolvidos não fazem uso de suas medicações conforme as recomendações de seus médicos. O termo "adherence" em português adesão, descreve a atitude ou comportamento do paciente em seguir as recomendações médicas (Horne, 2006) e também é utilizado em substituição ao termo "compliance" (termo sem tradução adequada), e que significa seguir as recomendações médicas sem modificá-las por vontade própria.

Com isso, a melhor definição para a ausência da adesão terapêutica está baseada na administração da medicação de maneira diferente da prescrita pelo médico. Dentre as diferentes formas de

alteração da administração pode-se destacar: a redução ou modificação na freqüência das doses, o uso somente sintomatológico e não profilático dos medicamentos e as descontinuações temporárias ou permanentes do tratamento.

Os principais fatores associados a adesão terapêutica estão relacionados com a compreensão e a crença individual dos pacientes sobre as doenças do que as recomendações médicas propriamente ditas. Em geral, uma grande proporção dos pacientes apresentam percepções negativas dos tratamentos farmacológicos como: eles fazem mal, causam dependência, são químicos ao invés de naturais, e por isso deveriam ser evitados (Horne et al,1999). Por outro lado, fatores como tipo ou gravidade de doença, qualidade de informação fornecida ao paciente ou variáveis sócio-demográficas específicas não estão relacionados com a adesão terapêutica (Horne, 2006).

2. TRANSTORNO BIPOLAR E A NÃO-ADESÃO TERAPÊUTICA

O transtorno bipolar é uma condição crônica caracterizada pela recorrência dos episódios maníacos, depressivos e mistos (Sajatovic, 2005). A prevalência do transtorno bipolar ao longo da vida é estimado em 1%, embora evidências recentes sugerem que essas taxas podem chegar a 5% quando se considera o espectro bipolar (Hirschfeld e cols, 2005; Kessler e cols, 2006). Além de ser a 6 principal causa de incapacidade médica entre pacientes entre 15 a 44 anos (Sajatovic, 2005).

Entre os principais tratamentos disponíveis atualmente, destacam-se o lítio, os agentes anticonvulsivantes e os antipsicóticos de segunda geração (Buckley, 2008; Miklowitz & Johnson, 2006). Entretanto, como em várias condições crônicas, os sintomas no transtorno bipolar são intermitentes e a ausência de adesão terapêutica é freqüente (Miklowitz & Johnson, 2006), estando asso-



ciada com pior controle dos quadros (Gonzalez-Pinto e cols, 2006; Baldessarini e cols, 2006; Gianfrancesco e cols, 2008) e inúmeras recaídas (Altman e cols, 2006).

Em um estudo americano, Scott (2002a) observou que entre 30% a 50% dos indivíduos em uso de medicação profilática deixam de tomá-la pelo menos uma vez em um período de um ano. Entretanto, Baldessarini e cols (2008) demonstrou que o problema pode ser ainda mais sério, com 34% dos pacientes estabilizados não tomando pelo menos uma dose da medicação em um período de 10 dias.

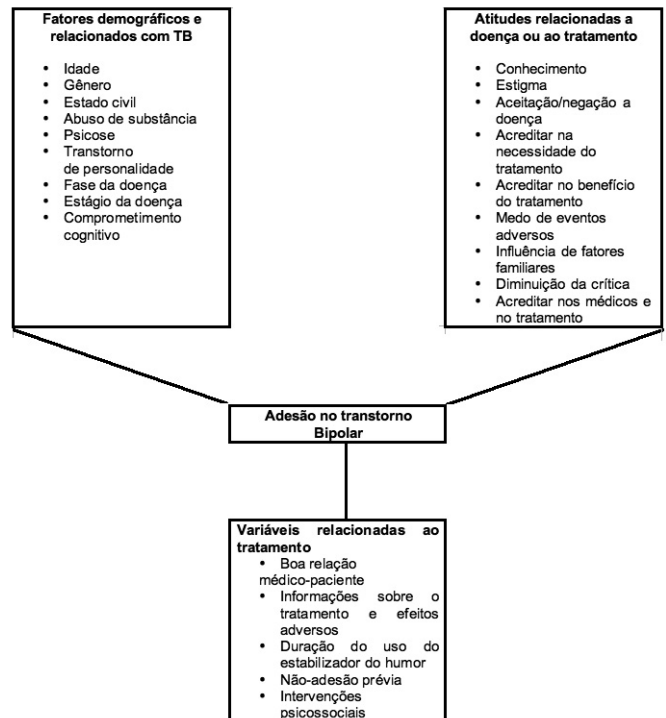
É considerado como uma não-adesão clinicamente relevante no transtorno bipolar, a perda de pelo menos 20% a 30% das doses prescritas dos medicamentos administrados (Scott e cols, 2002b; Velligan e cols, 2009). Em dois grandes estudos com veteranos de guerra bipolares, as taxas de não-adesão foram maiores chegando a 45,9% para aqueles em uso de lítio e anticonvulsivantes (Sajatovic e cols, 2007a) e 48,1% para aqueles em uso de antipsicóticos (Sajatovic e cols, 2006).

3. FATORES ASSOCIADOS A NÃO-ADESÃO

Múltiplos fatores foram associados a não-adesão no transtorno bipolar. Dentre os fatores sócio-demográficos podemos destacar o gênero (Copeland e cols, 2008), a idade (Baldessarini, 2008), a raça (Copeland e cols, 2008; Jonhson e cols, 2007) e o nível educacional (Baldessarini, 2008), enquanto que dentre os fatores clínicos enumera-se a dependência do álcool (Baldessarini, 2008; Copeland e cols, 2008), as comorbidades com outros transtornos mentais (Baldessarini, 2008), o episódio maníaco (Copeland e cols, 2008) e a gravidade do episódio depressivo (Jonhson e cols, 2007).

Entretanto, a não-adesão é um comportamento relacionado as experiências e decisões específicas do paciente que devem ser levadas em questão. A satisfação do paciente com a medicação é um importante preditor de melhora da adesão (Copeland e cols, 2008; Jonhson e cols, 2007), porém efeitos adversos como comprometimento cognitivo (Jonhson e cols, 2007), sintomas extrapiramidais, sedação, disfunção sexual e ganho de peso estão associados com uma pior adesão (Zarate, 2000; Jonhson e cols, 2007). Recentemente, Berk e cols, 2010 publicou uma figura que relaciona os fatores associados em três dimensões que está adaptada ao lado (Figura 1).

Figura 1: Fatores que influencia a adesão no transtorno bipolar



4. MENSURAÇÃO DA NÃO-ADESÃO TERAPÊUTICA

A grande dificuldade existente no momento para a mensuração da não-adesão terapêutica é a ausência de instrumentos que consigam discriminar com acurácia as dimensões desse fenômeno que variam desde de: a não-adesão parcial, até a não-adesão irregular a total. Avaliações precisas da não-adesão terapêutica em pacientes bipolares é extremamente difícil e complexa (Sajatovic et al, 2004). Essa dificuldade ainda é exacerbada pela ausência de consenso em qual é o melhor instrumento para medir a não-adesão (Pomykacz e cols, 2007).

Não existe até o momento, nenhuma medida que seja considerada a ideal. Os métodos mais usados incluem instrumentos auto-aplicados, instrumentos que avaliam a percepção dos familiares ou de outras pessoas diretamente envolvidas no cuidados dos pacientes, testes biológicos (avaliação dos níveis plasmáticos dos

ARTIGO //

por **ÉRICO CASTRO-COSTA e**
ANTÔNIO GERALDO SILVA

fármacos) e avaliações independentes dos padrões de não-adesão (Berk e cols, 2010). Entretanto, todos esses instrumentos apresentam suas limitações. Sugere-se que instrumentos auto-aplicativos não são confiáveis ou subestima a não-adesão terapêutica dos pacientes (Sajatovic e cols, 2007b). Porém, Scott (2000) demonstrou que há uma alta correlação entre os resultados dos instrumentos auto-aplicativos e os valores séricos do lítio.

Recentemente, Byerly e cols (2005) utilizou a monitorização eletrônica para avaliação da adesão terapêutica de pacientes ambulatoriais, achando taxas em torno de 50% de não-adesão. Entretanto os clínicos que avaliaram os mesmos pacientes relataram que não havia problemas de adesão, mostrando assim uma grande discrepância entre os resultados. Embora a monitorização eletrônica apresenta resultados mais confiáveis, os seu alto custo torna o método difícil para a utilização na rotina clínica. Além de na informar se o paciente ingeriu o medicamento, ou simplesmente retirou-o das embalagens. Do mesmo modo a dosagem plasmática, não garante que a adesão terapêutica, já que a administração dos medicamentos por poucos dias pode alcançar níveis plasmáticos apropriados (Vieta, 2005).

Em virtude das limitações apresentadas acima, a maneira mais confiável e prática para avaliar a adesão terapêutica é a combinação dos vários métodos como avaliações auto-aplicativas, avaliações com os familiares ou dosagens plasmáticas não-programadas.

5. INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

A combinação entre a farmacoterapia e a psicoterapia provavelmente é a melhor maneira em alcançar uma boa adesão terapêutica (Colom e cols, 2003). Peet & Harvey (1991) conduziram um estudo de 6 semanas no qual o grupo que sofreu a intervenção (vídeo e informações escritas) relataram que perderam menos doses do que o grupo controle, no entanto esse resultado não apresentou diferenças estatisticamente significativas. Além disso, os valores plasmáticos do lítio medidos entre os dois grupos também não foram diferente.

Por outro lado, Dogan & Sabanciogullari (2003) demonstrou que pacientes bipolares que receberam 3 sessões educativas sobre o transtorno, o tratamento e a qualidade de vida, usaram de maneira mais regular as medicações com redução dos sintomas durante o período do estudo (3 meses).

Em outros estudos que não restringiram somente ao aumento

do conhecimento sobre a doença, mas que incluíram estratégias cognitivas e comportamentais, o grupo que sofreu a intervenção apresentou melhora significativa da adesão terapêutica (Cochran, 1984; Scott & Tacchi, 2002; Depp e cols, 2007; Berk e cols, 2008)

6. CONCLUSÃO

A não-adesão terapêutica é um grande problemas para o tratamento das doenças crônicas. O tratamento do transtorno bipolar não é diferente, apresenta problemas de não-adesão que estão associados a fatores demográficos, a atitudes relacionadas a doença e ao tratamento e a fatores associados ao tratamento. Finalmente, as evidências demonstram que as intervenções psicossociais podem melhorar a adesão terapêutica no tratamento bipolar. No entanto, até o momento não existem trabalhos brasileiros que avaliam a adesão terapêutica dos pacientes brasileiros.



Referências

1. Altman S, Haeri S, Cohen LJ, et al. Predictors of relapse in bipolar disorder: a review. *J Psychiatr Pract*, 2006; 12(5):269-282.
2. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, et al. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disord*, 2006; 8(5): 625-639.
3. Baldessarini RJ, Perry R, Pike J. Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. *Hum Psychopharmacol*, 2008; 23(2):95-105.
4. Berk L, Mcneil C, Castle D, Berk M. The importance of the treatment alliance in bipolar disorder. In *Psychotherapies for the Psychoses*, Gleeson JFM, Killackey E, Krstev H (Eds). Routledge: Britain.
5. Berk L, Hallan KT, Colom F, Vieta E, Hasty M, Macneil C, Berk M. Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, 2010; 25:1-16.
6. Buckley PF. Update on the treatment and management of schizophrenia and bipolar disorder. *CNS Spectr*, 2008; 13 suppl 11-10.10,quiz 11-12.
7. Byerly M, Fisher R, Whatley K et al. A comparison of electronic monitoring vs. Clinician rating of antipsychotics adherence in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res*, 2005; 133:129-133.
8. Cochran SD. Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Consult Clin Psychol*, 1984; 52: 873-878.
9. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A et al. A randomized Trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*, 2003; 60:402-407.
10. Copeland LA, Zeber JE, Salloum IM, et al. Treatment adherence and illness insight in veterans with bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis*, 2008; 196(1):16-21.
11. Crowe M, Wilson L, Inder M. Patient's reports of the factors influencing medication adherence in bipolar disorder – An integrative review of the literature. *Int J Nurs Stud*, 2011; 48, 894-903.
12. Depp CA, Lebowitz BD, Patterson TL, Lacro JP, Jeste DV. Medication adherence skills training for middle aged and elderly adults with bipolar disorder, development and pilot study. *Bipolar Disorder*, 2007; 9:636-645.
13. Gianfrancesco FD, Sajatovic M, Rajagopalan K, et al. Antipsychotic treatment adherence and associated mental health care use among individuals with bipolar disorder. *Clin Ther*, 2008; 30(7):1358-1374.
14. Gonzalez-Pinto A, Mosquera F, Alonso M, et al. Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment. *Bipolar Disord*, 2006; 8(5):618-624.
15. Hirschfeld RM, Vornik LA. Bipolar disorder: costs and comorbidity. *AM J Manag Care*, 2005; 11(suppl 3):85-90.
16. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 1999; 14, 1-24.
17. Horne R. Compliance, adherence and concordance: implications for asthma treatment. *Chest*, 2006; 130, 56-72.
18. Johnson FR, Ozdemir S, Manjunath R, et al. Factors that effect adherence to bipolar disorder treatments: a stated-preference approach. *Med Care*, 2007; 45(6):545-552.
19. Kessler RC, Akiskal HS, Ames M, et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of US workers. *Am J Psychiatry*, 2006; 163(9):1561-1568.
20. Miklowitz DJ, Johnson SL. The psychopathology and treatment of bipolar disorder. *Annu Rev Clin Psychol*, 2006; 2(1): 199-235.
21. Peet M & Harvey NS. Lithium maintenance, 1. A standard education programme for patients. *Br J Psychiatry*, 1991; 158: 197-200.
22. Pomykacz B, Mao M, Weiss RD, Teter CJ. A review of brief medication-adherence instrument used in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Harv Rev Psychiatry*, 2007; 15: 259-263.
23. Sajatovic M, Davies M, Hrouda DR. Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar

ARTIGO //////////////////////////////////////

por **ÉRICO CASTRO-COSTA e**
ANTÔNIO GERALDO SILVA

- disorder. Psychiatr Serv, 2004; 55: 264-269.
- 24. Sajatovic M. Bipolar disorder: disease burden. AM J Manag Care, 2005; 11(suppl 3): 85-90.
- 25. Sajatovic M, Valenstein M, Blow FC, et al. Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder. Bipolar Disord, 2006; 8(3):232-241.
- 26. Sajatovic M, Valenstein M, Blow FC, et al. Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. Psychiatr Serv, 2007a; 58(6):855-863.
- 27. Sajatovic M, Chen PJ, Dines P, Shirley ER. Psychoeducational approaches to medication adherence in patients with bipolar disorder. Dis Manag Health Out, 2007b; 15:181-192.
- 28. Scott J. Using health belief models to understand the efficacy-effectiveness gap for mood stabilizer treatments. Neurobiology, 2000; 46(Suppl 1):13-15.

- 29. Scott J, Pope M. Nonadherence with mood stabilizers: prevalence and predictors. J Clin Psychiatry, 2002; 63:384-90.
- 30. Scott J & Tacchi MJ. A pilot study of concordance therapy for individuals with bipolar disorders Who are non-adherent with lithium prophylaxis. Bipolar Disord, 2002; 4: 386-392.
- 31. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. J Clin Psychiatry, 2009; 70(Suppl 4): 1-46[quiz 47-8]
- 32. Vieta E. Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. J Clin Psychiatry, 2005; 66(Suppl 1): 24-29.
- 33. Zarate CA., Jr. Antipsychotic drug side effect issues in bipolar manic patients. J Clin Psychiatry, 2000(61suppl): 852-63.

COMO CONCEITUAR UMA INSTITUIÇÃO QUE HÁ QUASE 80 ANOS TRANSFORMA EXPERIÊNCIA EM CONHECIMENTO?



BAIRRAL
gerando conhecimento

O Bairral é hoje um gerador do conhecimento. Uma filosofia de trabalho que contempla toda a dimensão da moderna Psiquiatria e Psicogeriatria hospitalar, voltada para impulsionar novas práticas e procedimentos hospitalares, terapias, ensino, pesquisa e divulgação do conhecimento, em benefício das pessoas e dos profissionais. Uma tarefa cuja proporção e importância vão além do que pode ser definido apenas como hospital psiquiátrico. Uma experiência que o Bairral quer reverter em benefício da sociedade, dos pacientes e da classe médica.

www.bairral.com.br
19 3863.9400 - Fax: 19 3863.4255
e-mail: bairral@bairral.com.br

RESPONSÁVEL TÉCNICO - CRM 48863