

## **Aderência a tratamento medicamentoso**

**Autor:**

**Marcello Dala Bernanrdina Dalla**

**Supervisão:**

**Airton Tetelbom Stein**

**Eno Dias de Castro**

**CONFLITO DE INTERESSE:  
Nenhum conflito de interesse declarado.**

**O que interfere na aderência ao tratamento medicamentoso em pacientes em acompanhamento em atenção primária à saúde?**

**Que intervenções são efetivas para aumentar a aderência ao tratamento medicamentoso?**

- 1. Definição do problema para o Médico de Família e Comunidade (MFC).**
- 2. Magnitude, transcendência e vulnerabilidade.**

**Magnitude** - Rosa e colaboradores (2005), indicam que em situações específicas, a não aderência em tratamentos crônicos para esquizofrenia pode chegar em média a 50% (1) **(B)**, achado similar ao de Mellins e colaboradores (2000) que refere que de 40% a 50% das prescrições para pacientes com asma não são seguidas corretamente. (2) **(D)**.

Resultados bem melhores são encontrados em estudos com pacientes em uso de antiretrovirais: oscilam em média entre 70% e 85% de aderência (3) **(D)**; (4) **(A)**, (5) **(A)**.

O estudo clássico com hipertensos de Wilber e Barrow (1972), citado por Hart (1992), descreveu a regra das metades (*value of halves*). Demonstrou que metade dos pacientes hipertensos não sabe que o são, metade dos que sabem ser hipertensos não é tratada e

metade dos que são tratados não estão controlados. No mesmo artigo, Hart extrapola a mesma regra para pacientes com asma e conclui que apenas 12 % das pessoas com doenças crônicas e mais prevalentes estão integralmente diagnosticadas, tratadas e acompanhadas.

(6) **(D)**

Sob o ponto de vista econômico estima-se que o custo da não aderência nos Estados Unidos da América representa uma perda de 100 bilhões de dólares por ano e coloca a situação em nível de uma epidemia de graves consequências (7) **(D)**.

**Transcendência** – Ho e colaboradores, citados por O'Connor (2006), demonstraram que a não aderência a estatinas, aspirina e beta-bloqueadores por pacientes pós-infartados mais que triplica as taxas de mortalidade no primeiro ano depois da alta hospitalar (7) **(D)**.

**Vulnerabilidade** – Aderência a tratamentos medicamentosos não é um problema de fácil solução. Há várias abordagens propostas, mas poucas têm nível de evidência forte o suficiente para gerar recomendações seguras. Estão envolvidas numerosas variáveis e é pouco provável que abordagens para apenas uma delas dêem um bom resultado. Dentre essas variáveis, há o fator da comunicação entre pessoas, no caso, a complexa relação médico paciente.

Peterson e colaboradores (2003), numa excelente metanálise de estudos de intervenção, demonstraram que as ações para incrementar a aderência medicamentosa aumentam de fato de 4% a 11 % a aderência, porém não há evidências que qualquer intervenção isolada seja melhor que outra (8) **(A)**.

A melhora da aderência depende muito da melhoria da comunicação do médico com seu paciente, sobretudo quando aborda aspectos práticos da condição ou patologia e seu tratamento, assim como aspectos fisiopatológicos e efeitos colaterais palpáveis do uso de medicamentos. Isto revela que o problema é vulnerável sob este aspecto. No entanto, vários estudos, como o de Carvalho e colaboradores (2003) demonstram que as variáveis sócio-econômicas e de hábitos tiveram maior força de associação com o nível de aderência do que as relacionadas com a doença ou com o tratamento (3) **(D)**. Nesse sentido, a melhoria da aderência a tratamentos medicamentosos não é exclusivamente um problema do médico ou apenas do paciente.

Além desses fatores Haynes e colaboradores (2006), numa revisão sistemática para *Cochrane Library*, indicam que estratégias diferentes devem ser adotadas de acordo com o tempo de uso de medicamento pelo paciente. (9) (A)

Freqüentemente MFC depara com problemas de adesão e aderência por parte de pacientes com condições crônicas, exemplo típico são as pessoas com hipertensão arterial, fator de risco de morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares e que segundo o V Consenso Brasileiro de Hipertensão (10) (A), inquéritos de base populacional realizadas em algumas cidades do Brasil mostram que a prevalência de hipertensão (valores  $\geq 140/90$  mmHg) está entre 23,3% e 43,9%. Nesse mesmo sentido, outra condição prevalente é o diabetes mellitus que segundo estudo multicêntrico em capitais brasileiras (11) (A) identificou prevalência entre 5,22% e 9,66%. Ambos estão entre as que mais farão parte do dia-a-dia do médico de família e comunidade.

Apesar da proximidade com as pessoas, freqüentemente deixa-se de abordar questões decisivas para aderência: expectativa da pessoa sobre aquele tratamento, efeitos e efeitos colaterais (“efeitos palpáveis”). Fatores como a própria expectativa de vida, e de que tipo de vida está se falando, não raro não são mencionados. Nem sempre fica claro para as pessoas os benefícios com o tratamento proposto e a co-responsabilidade sobre os resultados.

## **ESTRATÉGIA DE BUSCA**

### **PICO**

P – Adulto com doença crônica ou hipertensão e/ou diabetes,

I – Adesão ao tratamento para doença crônica ou hipertensão ou diabetes

C – Controle medicamentoso e não medicamentoso da doença crônica ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM),

O – Melhor controle da doença crônica ou HAS e/ou DM

### 3. Buscas

**Foram consultadas as bases de dados Medline, através do PUBMED:**

**3485 artigos inicialmente, utilizando – se apenas o MESH COMPLIANCE.**

**Usou-se alguns filtros, como descrito abaixo:**

("Long-Term Care"[MeSH] OR "Chronic Disease"[MeSH]) AND ("Primary Health Care"[MeSH] OR "Physicians, Family"[MeSH] OR "Family Practice"[MeSH]) AND ("Patient Compliance"[MeSH] OR "Treatment Refusal"[MeSH] OR "Directly Observed Therapy"[MeSH]) - **66 artigos**

Com os *limits only items with abstracts, English, Spanish, Humans* - **46 artigos**

Acrescentando o *limit Aged: 65+ years* - **21 artigos**

Acrescido do *limit Randomized Controlled Trial eMeta-Analysis* - **3 artigos**

Acrescido do *limit Randomized Controlled Trial eMeta-Analysis, clinical trials* - **5 artigos**

Incluindo os *limits Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review* e retirando o *limits Aged: 65+ years* - **17 artigos**, que por fim pareceu a estratégia mais adequada. Desses artigos, seis eram revisões.

### 4. Critérios de inclusão e exclusão.

**Exclusão:** Artigos que abordam técnicas de pouco acesso à população atendida pelo MFC brasileiro, como uso de tecnologia eletrônica para lembrar horários de tomada de medicamentos. Artigos sobre aderência à tratamentos não farmacológicos.

**Inclusão:** Artigos que abordam a identificação dos fatores que influenciam a adesão e aderência a tratamentos crônicos. Artigos que abordam pacientes ambulatoriais e/ou com atenção domiciliar. Artigos que abordam tratamentos farmacológicos.

Lendo os *abstracts* dos 17 artigos excluiu-se um estudo sobre dependência química (MORGENSTEN et. al., 2006), outro sobre adesão à tratamento não medicamentoso (SHIN, et.al., 2006), artigo sobre uso de telemedicina, mas que era restrito ao controle de acesso de

pacientes a serviços hospitalares (CHERRY et. al., 2003), outro sobre um programa de controle de qualidade de serviços (GOLBERG et.al., 2002), outro sobre aderência a um antiinflamatório recém-lançado (KRAAG et.al., 1994) e por fim um sobre tratamento não medicamentoso em pacientes com cefaléia ( WINKLER et.al., 1989)

Como tentativas posteriores às duas primeiras, usou - se como estratégia a retirada dos qualificadores da especialidade e do cenário, além de retirar os limits Practice Guideline e Review, acrescentar Controlled Clinical Trial, Multicenter Study, mas que foi estratégia abandonada pois incluía os 17 artigos anteriores.

### **Utilizando – se o SCIELO identificou-se:**

Aderência em todas os índices - **179 artigos**

Aderência *and* tratamento todos os índices - **57 artigos** -

Aderência - Palavras do título *and* tratamento - todos os índices - **9 artigos**

Fazendo a leitura crítica dos *abstracts*, foram excluídos um artigo sobre aderência ao Consenso Brasileiro de Pneumonias (ALMEIDA et.al., 2004) e um artigo sobre microbiologia (OKAMOTO et.al., 2002).

### **OUTRAS FONTES**

Além desses, foram recebidos e incluídos alguns artigos enviados por colegas que estudaram o tema, porém não identificaram a estratégia de busca:

Um artigo (12) (**B**) fazendo uma revisão narrativa sobre o tema em língua espanhola; outro (LEITE, 2003) faz uma ótima revisão conceitual do tema em português utilizando referências em várias línguas (13) (**D**).

Um editorial de setembro de 2006 da revista Archives of Internal Medicine intitulado *Improving Medication Adherence Challenges for Physicians, Payers, and Policy Makers* traçando alguns desafios para os atores envolvidos (7) (**D**).

Baseando-se no artigo clássico de Wilber e Barrow (1972), que definiu a regra das metades em pacientes hipertensos, Hart (1992) defende num artigo de discussão a idéia da extrapolação da regra para outras situações crônicas. (6) (D)

O artigo de Wu e colaboradores (2006) traz um interessante resultado com aconselhamento por telefone e uso de polipílula, melhorando aderência ao tratamento medicamentoso (14) (A).

Um artigo de Assis e colaboradores sobre terapia dietética, usado para revisar detalhes sobre o modelo Teorético de Prochaske e Di Clementi. (27) (D)

A revisão sistemática elaborada para *Cochrane Library* por Haynes e colaboradores (2006), foi também utilizada no presente diretriz.

As principais características dos artigos utilizados na elaboração dessa Diretriz clínica estão representadas no **Quadro 1**.

**Quadro 1** – Síntese dos artigos utilizados nessa diretriz.

<b>Autores</b>	<b>Condição clínica</b>	<b>N número de pacientes</b>	<b>Perdas</b>	<b>%</b>	<b>Tempo de acompanhamento</b>	<b>Tipo de estudo</b>
ASSIS	Abordagem nutricional	NR	NR	NR	NR	Revisão narrativa
ATREJA	Heterogêneo, mas não discriminado.	NR	NR	NR	NR	Revisão narrativa
BARKIRTIZIEF	Hanseníase	12	NR	NR	NR	Qualitativo
BENSON	Hipertensos	38	NR	NR	NR	Qualitativo
CARVALHO	HIV/AIDS	150	NR	NR	NR	Qualitativo
DOWELL	Hipertensão, diabetes, dislipidemias, asma.	24	22	9%	NR	Qualitativo
IORE	Esclerose múltipla	30	0	0	6 meses	Qualitativo
FORTIN	Doenças crônicas (Artrites, diabetes, hipertensão, etc.)	238	Não indica	NR	5 meses	Relato de casos (coorte de < qualidade)
GARCIA	Hipertensão, diabetes, dislipidemias, asma, antibioticoterapia e tuberculose	NR	NR	NR	NR	Revisão narrativa
HART	Hipertensão, diabetes, dislipidemias, asma.	NR	NR	NR	NR	Revisão narrativa
HAYNES et al.	Doenças agudas e crônicas	NR	NR	NR	NR	Revisão sistemática
KONKLE-PARK	HIV/AIDS	NR	NR	NR	NR	Revisão narrativa
LEITE	Doenças crônicas	NR	NR	NR	NR	Revisão narrativa
LESTER	Esquizofrenia	201	10	5%	12 meses	Estudo controlado randomizado
LIGNANI JÚNIOR	HIV/AIDS	120	NR	NR	NR	Relato de casos (coorte de < qualidade)
MALTA	HIV/AIDS	NR	NR	NR	NR	Qualitativo
MELLINS	Asma	NR	NR	NR	NR	Artigo de revisão
MICHAUD	Adolescentes com condições crônicas	NR	NR	NR	NR	Artigo de revisão
MICHIE	Doenças crônicas	NR	NR	NR	NR	Revisão sistemática
NICHOLS-ENGLISH	Doenças crônicas	NR	NR	NR	NR	Artigo de revisão
O'CONNOR	Doenças crônicas	NR	NR	NR	NR	Artigo de revisão
PETERSON	Doenças crônicas	NR	NR	NR	NR	Revisão sistemática
ROSA	Esquizofrenia	50	NR	NR	NR	Qualitativo
VLAHOV	HIV/AIDS	NR	NR	NR	NR	Revisão narrativa
VOSHAAR	Pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos	73	7	10%	3 meses	Estudo controlado randomizado
WU	Aconselhamento por telefone	442	63	14%	24 meses	Estudo de coorte

NR – Não Relatada

**Texto da diretriz embasado nas melhores evidências apresentando as referências e o grau de recomendação.**

## **CONCEITOS ADESÃO OU ADERÊNCIA**

Os conceitos de **adesão** variam muito, mas pode-se definir como “a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento. Representa a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos”. (13) **(D)**.

Sacket, citado por Garcia (2001) considera que **aderência** ocorre quando a conduta do paciente em termos de tomar medicamentos, seguir as dietas e executar mudanças no estilo de vida coincide com a prescrição clínica. Definitivamente, aderência não é um problema do ou causado exclusivamente pelos pacientes (12) **(D)**.

## **INTRODUÇÃO**

Segundo Garcia (2006), apesar dos esforços metodológicos de vários autores, não há uma padronização clara dos procedimentos de medida para avaliar a aderência a tratamentos medicamentosos na maioria das doenças (12) **(D)**. Também é escassa a literatura sobre o tema, provavelmente pela dificuldade em se analisar os múltiplos fatores determinantes envolvidos. Desse modo, fica também difícil definir medidas educativas efetivas.

De um modo geral os estudos encontrados são relativos a medicações para patologias específicas. As pessoas atendidas pelo MFC convivem com situações mais complexas, sendo pouco provável a generalização dos achados para outras condições diferentes da estudada.

Quando se faz uma abordagem baseada em evidências, há outra limitação, pois grande parte dos estudos são relatos de casos, gerando baixo grau de recomendação, a casuística é pequena e nem sempre é possível identificar os não – aderentes, muitos dos quais obviamente não comparecem regularmente aos serviços de saúde em formatos convencionais de assistência.

Mesmo com estas limitações, o tema é relevante para a prática clínica do médico de família e comunidade, pois se pode observar que mais de 85% dos pacientes podem ser não aderentes em algum momento do curso de sua doença (7) (D).

Há vários instrumentos indicados para avaliação e acompanhamento da aderência a tratamentos medicamentosos em tratamentos crônicos, citados no algoritmo final. Porém nenhum deles com evidência suficiente para recomendação do seu uso na prática clínica. (1) (B), (15) (D), (16) (D), (17) (D).

## **O QUE INFLUI NA ADERÊNCIA A TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS**

Um estudo controlado randomizado realizado por Wu e colaboradores (2006), em que realizaram aconselhamento por telefone por farmacêuticos e o uso de polipílula para pacientes com doenças crônicas, em dois anos de acompanhamento demonstrou a redução da mortalidade e maior aderência ao tratamento (14) (A) Mesmo com as evidentes limitações para a generalização, em função de o local de estudo ter uma cultura muito diferente da brasileira, essa estratégia pode ser útil em casos selecionado.

Neste mesmo estudo o uso da associação medicamentosa comprovou que pode minimizar a não aderência, pois reduz o uso de múltiplos medicamentos em variadas doses diárias o que é confirmado por O'CONNOR, (2006). (7) (D)

No mesmo sentido um estudo controlado randomizado conduzido por Lester e colaboradores (2003) indica que os registros retidos com pacientes (*patient-held records*) portadores de esquizofrenia melhora a comunicação e pode-se dizer que melhoraria a aderência a tratamentos crônicos indica o uso da comunicação na forma escrita através do uso de cartões de orientação para melhorar a aderência em tratamentos de pacientes asmáticos (18) (A).

Curiosamente a retirada de medicamentos, especialmente os que causam dependência química, também exigem os mesmos cuidados para se garantir a aderência. Como estudado por Voshaar (2003) com pacientes em uso de benzodiazepínicos, que mostrou a importância da abordagem em grupo e adequada comunicação médico paciente para o bom resultado com a técnica de descontinuidade da medicação (*tapering off*) (19) (A).

Utilizando-se a escala ROMI (Rating of Medication Influences - Escala de Influências na Medicação, vide item 9) (1) **(B)** mostraram que a "**percepção de benefício diário**" foi o fator mais associado à aderência e o sentimento de "**desconforto por efeitos colaterais**" estava mais associada à não aderência. Outro estudo, em pacientes com esclerose múltipla, Fiore e colaboradores (20) **(B)**, mostram a mesma relação de não aderência com presença de efeitos colaterais dos medicamentos utilizados.

Igualmente Vlahov e Celentano (2006) indicam a ação de efeitos colaterais sobre a não aderência a terapia antiretroviral (5) **(B)**. Lignani Júnior e colaboradores (2001) com casuística semelhante, ao estudar pacientes em uso de três ou mais medicamentos anti retrovirais, identificaram que a principal razão para não aderência foram também decisivos os efeitos colaterais conseqüentes aos medicamentos (4) **(B)**.

Ao estudar pacientes em uso de antihipertensivos, Benson (2005) sugere que o médico deve abordar sobre efeitos colaterais mesmo que o paciente não expresse espontaneamente e que usar a expressão **efeitos palpáveis** pode facilitar a comunicação entre ambos, além disso, o médico deve reforçar os efeitos benéficos dos tratamentos, mesmo quando surgem efeitos colaterais. Não minimizá-los, mas demonstrar que é um dos indicadores do efeito do tratamento, pois para o paciente indicam que o tratamento está dando resultados (21) **(D)**.

Malta e colaboradores (2005), entrevistando 40 médicos que atendem pacientes com HIV/AIDS, demonstraram que as barreiras para aderência à terapia antiretroviral se referiam, principalmente, a relação médico-paciente. Outras barreiras estavam relacionadas a estilos de vida "caóticos" de alguns pacientes, conhecimento inadequado/crenças negativas sobre HIV/AIDS e a eficácia da terapia antiretroviral (22) **(C)**. Outro estudo mostrou que, em grupo semelhante de pacientes, os fatores associados para não aderência foram o nível de escolaridade, a idade e o tempo de uso de antiretrovirais. (4) **(B)**.

Nesse estudo, outro aspecto que compromete a aderência à terapia antiretroviral é relativo à integralidade executiva da rede assistencial. Ou seja, a hierarquização representada pelo sistema de referência e contrareferência se expressa em dificuldades para encaminhamentos a serviços e para a comunicação entre profissionais. Além disso, têm peso evidente a dificuldade no acesso à exames complementares e medicamentos.

Num outro estudo transversal com pacientes em uso de antiretrovirais, Carvalho e colaboradores (2003) observaram que as variáveis significativamente associadas à baixa aderência foram: idade elevada, escolaridade baixa, desemprego, baixa rendas pessoal e familiar, uso de substâncias ilícitas, estrutura familiar e/ou comunitária desorganizada, presença de infecção oportunista no momento do diagnóstico e ocorrência de efeitos colaterais relacionados à terapia (3) **(D)**. A relação entre uso de substâncias ilícitas e a não - aderência à terapia antiretroviral, é confirmada por Vlahov e Celentano (2006) (5) **(B)**.

Em pacientes com hanseníase, segundo Bakirtzief (1996) a relação médico-paciente parece ser importante na aderência ao tratamento medicamentoso; mais especificamente, a confiança depositada na capacidade do médico para solucionar o problema divide sujeitos "aderentes" dos "não-aderentes" entre os entrevistados (23) **(C)**.

Utilizado a escala de avaliação cumulativa da doença (Cumulative Illness Rating Scale - CIRS) Fortin e colaboradores (2006) indicam que aflição ou sofrimento psicológico aumenta com a multimorbidade e pode diminuir a aderência aos medicamentos (24) **(C)**.

Um estudo qualitativo com médicos da zona rural na Escócia que atendem pacientes com diferentes patologias usando um formato de grupo Balint, abordando as variáveis compreensão, aceitação, nível do controle pessoal, e motivação, demonstraram que conversar sobre a condição crônica em grupo com pessoas em situação semelhante pode melhorar a aderência (16) **(D)**.

Peterson e colaboradores (2003) realizaram uma metanálise sobre uso de antihipertensivos, abrangendo o período entre 1970 a 2000, utilizando-se as bases do MEDLINE, PsychLit, ERIC e EMBASE, além de sumários de revistas farmacêuticas internacionais. Concluíram que não há nenhuma intervenção que melhora a aderência aos antihipertensivos do que outra; mas enfatizam a necessidade de qualificar a relação médico-paciente. Destacam que a informação é a chave para aderência a tratamentos agudos ou crônicos (8) **(A)**.

Mesmo assim do ponto de vista de Nichols – English (200) é essencial a participação do farmacêutico, enquanto parte de uma equipe multiprofissional, elaborar estratégias personalizadas para aumentar a adesão à tratamentos medicamentosos. (25) (A)

Minchie e colaboradores (2003) realizaram uma revisão semelhante no período de 1966 a 2000, porém além da MEDLINE, Psychlit, ERIC e EMBASE usaram a base *International Pharmaceutical Abstracts* e apresentam evidência forte que quanto maior a percepção por parte do paciente do envolvimento do médico na consulta, maior será a aderência ao uso do medicamento (26) (A).

Konkle-Park e colaboradores (2001), assim como Assis e colaboradores (1999) recordam o uso do modelo Teorético de Prochaska e DiClementi para melhor compreender o comportamento dos pacientes diante de terapias variadas, incluindo as medicamentosas. (15) (D), (27) (D).

Obviamente, o envolvimento da família e a abordagem familiar são fundamentais e defendidos por vários autores, inclusive os que não são médicos de família e comunidade. (28) (D), (3) (D), (16) (D).

## 5. RECOMENDAÇÕES

Numa revisão sistemática para *Cochrane Library*, Haynes e colaboradores (2005) resume as intervenções a serem tomadas (10) (A):

**Medicações em uso por tempo curto** – Deve –se fazer as orientações e demais informações sobre o medicamento por escrito e ligações telefônicas pessoais para ajudar na aderência.

**Medicações em uso por tempo prolongado** – Nenhuma intervenção simples é eficaz, recomenda-se a combinação de várias estratégias; informação adequada, aconselhamento, auto-monitoramento, lembretes, reforços periódicos, terapia familiar, psicoterapia, acompanhamento por telefone e outras formas cabíveis para cada caso.

Sugere-se aplicar a escala ROMI periodicamente, que já está validada em português pelos estudos de Rosa e colaboradores (2005) (1) (B), apesar de ter sido utilizada para

pacientes com esquizofrenia, demonstra um potencial para uso em atenção primária e para prática do médico de família e comunidade, mesmo que sujeita a adaptações.

A escala ROMI (Rating of Medication Influences - Escala de Influências em Medicações que pode ser aplicada pelo próprio MFC está dividida em duas partes, a primeira é semi-estruturada e aborda questões sobre o estilo de vida, local do tratamento, regime medicamentoso prescrito, atitude do paciente perante o tratamento, e a postura da família perante a condição clínica e tratamentos e orientações indicadas. A segunda envolve questões sobre as razões de aderência ou não aderência. Ambas as seções iniciam com uma questão aberta como “qual a sua motivação primária para tomar a medicação?” ou “ Qual a sua motivação primária para não tomar a medicação?”. Na seqüência, as seções apresentam uma escala de motivos para tomar ou não a medicação, sendo que o paciente atribui um grau de influência, ou um “peso”, para cada item; “nenhuma influência”, “moderada influência” ou “forte influência” pontuando-se respectivamente em 1, 2 ou 3 e 9 em caso de não ser possível avaliar o grau de influência do item.

Opção semelhante é o método SIMPLE (17) (D), a partir de revisão narrativa, em que sugere o uso de abordagem combinada para melhorar a aderência e para facilitar o acompanhamento elaborou o seguinte acróstico:

- S - Simplificação do regime terapêutico
- I – Intensificar a oferta dos seus conhecimentos sobre a condição do paciente
- M – Modificar crenças e mitos.
- P – Promover a melhoria da comunicação com pacientes e familiares.
- L – Levar em consideração aspectos demográficos
- E – Evolução da aderência

## **5. Abordagem a partir dos princípios da especialidade.**

A aderência a tratamentos não se restringe a prescrever um medicamento ou conduta e imaginar que, mecanicamente, as pessoas seguirão o que está escrito e o que foi falado. Este seguimento depende muito mais de fato da prática clínica estar desfocada do médico e centrado na pessoa, princípio basilar da medicina de família e comunidade.

Sabe-se que as condições sócio–econômicas têm um peso relevante na não aderência, e a melhoraria dessa situação pode demandar um tempo longo. Não depende fundamentalmente da equipe de saúde e isso pode ser desanimador. Porém outro dos princípios da medicina de

família e comunidade diz que o MFC é um recurso para comunidade onde atua; portanto apesar de o problema ser socialmente complexo, o MFC não deve se excluir como parte da solução do mesmo.

Como recomendação em caso de condições crônicas, a abordagem em grupo estilo Ballint (16) (D) pode proporcionar espaço para conversar sobre o assunto, o que pode melhorar a aderência ao tratamento crônico. Konkle-Park (2001) sugere o uso do modelo teórico de Prochaska e DiClementi, também chamado de teoria de estágios de mudança, no qual descrevem a mudança de comportamento como um processo no qual os indivíduos progridem, através de uma série de estágios no total de cinco; pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (15) (D).

Estes estágios ou fases, citado por Assis e colaboradores (1999), têm sido utilizados para melhor compreender o processo na mudança comportamental de indivíduos, principalmente na interrupção do tabagismo, mas também no uso de substâncias que levam a dependência química, controle do peso, uso de protetor solar, uso de preservativos e promoção da atividade física para melhor definir o momento do paciente em relação a sua doença e melhor forma de abordar a aderência ao tratamento. (27) (D)

O envolvimento da família e a abordagem familiar, apesar da falta de evidências fortes, são fundamentais e defendidos por vários autores, inclusive os que não são médicos de família e comunidade. (28) (D), (3) (D), (16) (D).

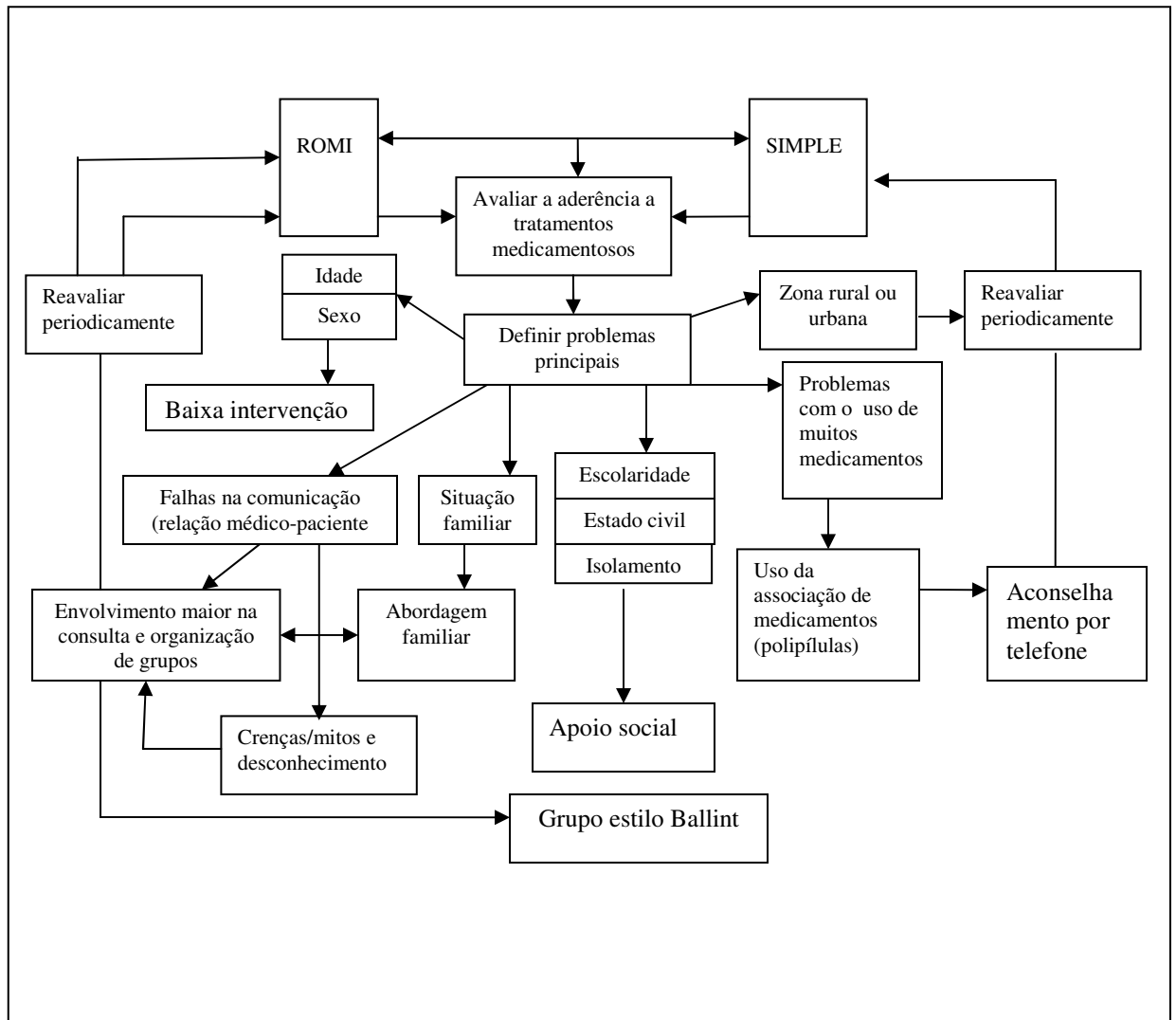
Apesar de merecerem melhor estudo, outra opção para o MFC é o uso de instrumentos como a escala ROMI ou o modelo SIMPLE, como sugerido acima, útil para avaliar a aderência e sistematizar o acompanhamento tanto individual como coletivo.

No **QUADRO 2** estão sintetizadas as variáveis envolvidas na aderência à tratamentos medicamentoso, incluindo condutas, as referências, o nível de evidência e o grau de recomendação. De um modo geral, podem servir de orientação mesmo para tratamentos medicamentosos mais curtos como antibioticoterapia, como os mais longos como para os tratamentos crônicos para hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

**Quadro 2 – Síntese da base teórica das recomendações.**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>REFERÊNCIA</b>	<b>EVIDÊNCIA</b>	<b>RECOMENDAÇÃO</b>
Intervenções combinadas para melhorar a aderência	PETERSON et. al., NICHOLS-ENGLISH, HAYNES et.al.	<b>1 A e 5</b>	<b>A</b>
Prover informação adequada sobre a condição e tratamento	PETERSON et. al.	<b>1A</b>	<b>A</b>
Estabelecer estratégias personalizadas para descontinuidade de medicação de uso crônico (benzodiazepínicos)	VOSHAAR	<b>1A</b>	<b>A</b>
Envolvimento maior do médico durante a consulta	MINCHIE et.al.	<b>1A</b>	<b>A</b>
Melhorar a percepção de benefício diário	ROSA et. al.	<b>1C</b>	<b>B</b>
Abordar sobre efeitos colaterais (efeitos palpáveis) na consulta. Exaltar efeitos bem-vindos.	ROSA et. al.; FIORE et. al; LIGNANI JÚNIOR et. al; VLAHOV e CELENTANO; BENSON e BRITTEN; DOWELL.	<b>1C e 5</b>	<b>B</b>
Melhorar relação médico-paciente.	MALTA et. al.; PETERSON et. al. BAKIRTZIEF et. al.	<b>4 e 5</b>	<b>A</b>
Evitar estilo de vida “caótico”	MALTA et. al.	<b>5</b>	<b>D</b>
Ampliar conhecimento adequado sobre a doença superando crenças e mitos sobre a doença	MALTA et. al.	<b>5</b>	<b>D</b>
Uso do <i>patient-held record</i>	LESTER et.al.	<b>1B</b>	<b>A</b>
Uso de cartões de orientação	MELLINS et.al.	<b>5</b>	<b>D</b>
Discutir sobre a percepção da ineficácia da terapia prescrita.	MALTA et. al.	<b>5</b>	<b>D</b>
Idade	LIGNANI JÚNIOR et. al; CARVALHO et. al.	<b>2A</b>	<b>Não há como interferir.</b>
Baixa escolaridade (ações para melhorar a escolaridade)	LIGNANI JÚNIOR et. al ; CARVALHO et. al.	<b>2A e 5</b>	<b>B</b>
Conversar em grupo sobre a condição crônica	DOWELL et. al	<b>5</b>	<b>D</b>
Melhorara situação de emprego, rendas pessoal e familiar	CARVALHO et. al, HART.	<b>5</b>	<b>D</b>
Evitar uso de substâncias ilícitas	CARVALHO et. al. e VLAHOV.	<b>4</b>	<b>C</b>
Abordar estrutura familiar	CARVALHO et. al.; MICHAUD	<b>4 e 5</b>	<b>C</b>
Ampliar rede de apoio.	CARVALHO et. al.	<b>4</b>	<b>C</b>
Intervir na co-morbidade	FORTIN et. al.	<b>4</b>	<b>C</b>
Melhorar sistema de referência e contra-referência do sistema.	MALTA et. al.	<b>5</b>	<b>D</b>
Uso de associação medicamentosa quando necessário (evitar o uso de três ou mais medicamentos)	WU et. al. LIGNANI JÚNIOR e cols	<b>1B e 5</b>	<b>A</b>
Aconselhamento por telefone com farmacêutico	WU et. al.	<b>1B</b>	<b>A</b>
Uso de modelos e instrumentos para definição do problema e acompanhamento	ROSA et. al.; KONKLE-PARK; ASSIS et.al, ATREJA et. al.	<b>5</b>	<b>D</b>

6. Algoritmo



## Referências

- 1) ROSA, Moacyr Alexandro; MARCOLIN, Marco Antônio; ELKIS, Hélio. Avaliação dos fatores de aderência ao tratamento medicamentoso entre pacientes brasileiros com esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 3, 2005. Disponível em: <[http://www.Scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462005000300005&lng=pt&nrm=iso](http://www.Scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000300005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 28 ago 2006.
- 2) MELLINS, Robert B.; et.al. Developing and communicating a long-term treatment plan for asthma. **American Family Phisicyan**. v. 61, n. 8, p.2433-2434, 15 abr. 2000. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/20000415/2419.html>> Acesso em: 29 set 2006.
- 3) CARVALHO, Cláudio Viveiros de; et al .Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2003.
- 4) LIGNANI JUNIOR, Luiz; GRECO, Dirceu Bartolomeu; CARNEIRO, Mariangela. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, n. 6, 2001.
- 5) VLAHOV, David; CELENTANO, David D. Acesso de usuários de drogas injetáveis ao tratamento anti-retroviral altamente potente: aderência, resistência e mortalidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2006.
- 6) HART, Julian Tudor. Rule of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care. **British Journal of General Practice**. v.42, n.356, p.116–119, mar. 1992.
- 7) O'CONNOR, Patrick Jay. Improving Medication Adherence: Challenges for Physicians, Payers, and Policy Makers (Editorial). **Archives of Internal Medicine**.. v. 166, n. 17, 25 sep. 2006.
- 8) PETERSON, Andrew; TAKIYA, Liza; FINLEY, Rebecca. **American Journal of Health-System Pharmacy**. v.60 n. 7, p.657-665, 2003.
- 9) HAYNES RB, et. al. Interventions for enhancing medication adherence. **Cochrane Review**. In: The Cochrane Library, n. 1, 2006. Oxford: Update Software. Disponível em: <<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000011.html>> . Acesso em 12 jan 2007.

- 10) SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Consenso Brasileiro de Hipertensão.** Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/03-epidemiologia.pdf>> Acesso em: 17 fev 2007.
- 11) MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estudo multicêntricos sobre a prevalência do diabetes mellitus no Brasil.** Disponível em: <[http://www.diabetes.org.br/sucessos/estudomulticentricos\\_resultados](http://www.diabetes.org.br/sucessos/estudomulticentricos_resultados)> Acesso em: 17 fev 2006.
- 12) GARCIA, Rigueira A. L. Cumplimiento terapêutico: qué conocemos de España. **Atención primaria.** Barcelona. v. 7, n. 8, 15 mai 2006.
- 13) LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2003.
- 14) WU, Jennifer Y. W., et. al. Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomised controlled trial. **British Medical Journal.** v. 10, n.1136, 17 ago 2006.
- 15) KONKLE-PARK, Deborah J. A motivational intervention to improve adherence to treatment of chronic disease. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.** v.13, n. 2, p.61-8, fev 2001
- 16) DOWELL, Jon; JONES, Anni; SNADDEN, David. Exploring medication use to seek concordance with 'non-adherent' patients: a qualitative study. **British Journal of General Practice.** v. 52, n. 474, p. 24-32, jan 2002.
- 17) ATREJA, Ashish; BELLAM, Naresh; LEVY, Susan R.. Strategies to Enhance Patient Adherence: Making it Simple. **Medscape General Medicine.** v. 7, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/498339>> Acesso em 03 nov 2006.
- 18) LESTER, Helen. A cluster randomised controlled trial of patient-held medical records for people with schizophrenia receiving shared care. **British journal of general practice.** v. 53, n. 488, p.197-203, mar 2003.
- 19) VOSHAAR, Richard C. Oude; et. al. Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive-behavioural therapy: three-condition, randomised controlled trial. **British Journal of Psychiatry.** v.182, p.498-504, 13 jan 2003.

- 20) FIORE, Ana Patricia Perez; FRAGOSO, Yara Dadalti. Tolerabilidade, eventos adversos e aderência ao acetato de glatiramer em 28 pacientes com esclerose múltipla usando a droga continuamente por pelo menos seis meses. **Arq. Neuro - Psiquiatr.**, São Paulo, v. 63, n. 3b, 2005.
- 21) BENSON, John; BRITTEN, Nicky. What effects do patients feel from their antihypertensive tablets and how do they react to them? Qualitative analysis of interviews with patients. **Family practice**. v.23, n. 1, p.80-7, 17 ago 2005.
- 22) MALTA, Monica et al . Aderência à terapia anti-retroviral: um estudo qualitativo com médicos no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2005.
- 23) BAKIRTZIEF, Zoica. Identificando barreiras para aderência ao tratamento de hanseníase. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 1996.
- 24) FORTIN, Martin et.al. Psychological distress and multimorbidity in primary care. **Annals of Family Medicine**. Stanford Library: Washington (D. C.). v.4, n.5, p.417-422 set-out 2006.
- 25) NICHOLS-ENGLISH, Gloria; POIRER, Sylvie. Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. **Journal of the American Pharmaceutical Association**. V. 40 n. 4, p. 475-485, jul-ago 2000. Disponível em: <[http://www.medscape.com/viewarticle/406691\\_print](http://www.medscape.com/viewarticle/406691_print)> Acesso em 12 jan 2007.
- 26) MICHIE, Susan; MILES, Jane; WEINMAN, John. Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? **Patient Education and Counseling**. v. 51, n. 3 , p. 197-206, Nov. 2003.
- 27) ASSIS, Maria Alice Altenburg; NAHAS; Markus Vinícius . Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Revista de nutrição de Campinas** v.12 n. 1. p.33-41, jan/abr 1999.
- 28) MICHAUD, P. A.; SURIS, J. C.; VINER, R.The adolescent with a chronic condition. Part II: healthcare provision. **Archives of Disease in Childhood**. v. 89, p.943-949. 21 fev 2004.