

Diana Pinto Monteiro Santos

O Farmacêutico e a Problemática da Não Adesão à Terapêutica

Monografia realizada no âmbito da unidade Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas,
orientada pela Professora Doutora Maria Margarida Castel-Branco e apresentada à
Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Julho 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

A orientadora da monografia:

(Prof. Dra. Maria Margarida Castel-Branco)

A aluna:

(Diana Pinto Monteiro Santos)

Eu, Diana Pinto Monteiro Santos, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o número 2009009120, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo da monografia apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade Estágio Curricular. Mais declaro que este é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na bibliografia desta monografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, ___ de _____ de 2014.

Assinatura: _____

Agradecimentos

Obrigada Professora Margarida por toda a ajuda na realização deste trabalho

Obrigada meninas por não me deixarem desistir!

Resumo

Com o aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas a nível global, cada vez mais doentes necessitam de iniciar algum tipo de terapêutica, farmacológica ou não, e só é possível que usufruam de todos os seus benefícios se se verificar adesão adequada à mesma. Com esta monografia pretende-se abordar a problemática da não adesão à terapêutica. Para compreender este tema, é necessário que o profissional de saúde se familiarize, em primeiro lugar, com a definição de 'adesão' e os motivos pelos quais esta pode ser afetada. Mas este conhecimento não é o suficiente para tentar implementar mudanças. Para isso, há que estudar os métodos de abordar o problema e as ferramentas que podem ser utilizadas para a sua determinação quantitativa e qualitativa, de forma a compreender a verdadeira extensão e origem do problema em casos concretos e assim realizar uma intervenção bem-sucedida. Por fim, inclui-se também uma abordagem sobre o potencial impacto do farmacêutico nesta temática.

Abstract

With the increase of the incidence and prevalence of chronic diseases worldwide, more patients need to start some kind of therapy, pharmacological or not, and adequate adherence to said therapy is needed for them to experience all the benefits that it can provide. The goal of this thesis is to synthesize all the base knowledge a health care provider needs to learn in order to intervene in the area of adherence to therapy. Firstly, the current definition of adherence, as well as the factors by which it can be negatively affected. Since that information is not enough to execute a successful intervention, the methods that can be used in an attempt to solve it and the tools that are being developed and perfected to measure and determine the extent of the non adherence are also mentioned. Finally, in the end section, the role of the pharmacist in this matter is analyzed based on current reviews.

Índice

1. Introdução.....	7
2. Adesão à terapêutica	8
2.1. Definição	8
2.2. Razões para a não adesão à terapêutica	8
2.2.1. Não adesão voluntária	9
2.2.2. Não adesão involuntária.....	12
3. Melhorar a adesão à terapêutica	14
3.1. Combater a não adesão voluntária	14
3.2. Combater a não adesão involuntária – Estratégias de memória	15
3.3. Terapêutica de curta duração vs Terapêutica crónica	17
4. Avaliar a adesão à terapêutica	17
5. O papel do farmacêutico	20
6. Conclusão	21
Bibliografia	23

I. Introdução

Drugs don't work in patients who don't take them (Everett Koop)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2012 a esperança média de vida global era de 70 anos. Este é um valor que, ao longo dos tempos, tem vindo de uma forma geral a aumentar, graças a um extenso conjunto de fatores, entre eles a melhoria no acesso aos cuidados de saúde, da qualidade dos sistemas de saúde e o aparecimento de novas opções terapêuticas.

A terapêutica, farmacológica ou não, tem como objetivo melhorar ou manter o estado de saúde do doente; logo, é fácil compreender que o ideal seria que todos os doentes usufruissem do melhor regime terapêutico, o que nem sempre sucede. Atualmente, cada vez mais pessoas se tornam doentes crónicos, com uma ou múltiplas patologias, sendo necessários regimes terapêuticos complexos para as controlar.

Nesta monografia serão abordados os motivos pelos quais muitas vezes não se verifica uma boa adesão à terapêutica por parte dos doentes.

Sem uma adesão à terapêutica satisfatória não é possível alcançar uma evolução positiva da situação clínica e, ainda que por vezes o resultado seja inócuo, a não adesão pode ter consequências nefastas ou mesmo levar à morte do indivíduo.

Numa visão a nível económico, a não adesão à terapêutica origina despesas evitáveis com a saúde devido a, por exemplo, comparticipação de medicamentos que acabam por não ser consumidos pelos doentes ou internamentos hospitalares decorrentes de falhas no seguimento do regime terapêutico que originam casos de exacerbação, crise ou recaída da doença.

2. Adesão à terapêutica

2.1. Definição

Para que determinado regime terapêutico funcione é necessário que o doente a quem este se destina adira ao mesmo, seja na forma da toma de medicamentos ou de alterações na dieta ou estilo de vida, entre outros. Nos países desenvolvidos, a adesão à terapêutica crónica ronda os 50%, sendo esta percentagem ainda menor nos países em vias de desenvolvimento.

Nas primeiras tentativas de reflexão sobre esta temática, toda a responsabilidade do sucesso ou insucesso da terapêutica era atribuída ao doente. O termo *compliance* – cumprir ordens/indicações/exigências – era empregue para descrever o seu comportamento e a única análise que era levado a cabo era, de facto, saber se o doente agia exatamente de acordo com o que tinha sido indicado pelo médico ou não. Esta era uma visão que refletia de forma insuficiente a relação que deve existir entre os profissionais de saúde e o doente, e tornou-se necessário desenvolver um novo termo, mais adequado.

O termo *adesão à terapêutica* indica até que ponto o comportamento do doente corresponde às indicações acordadas com o profissional de saúde. Estabelecer esta nova definição foi importante pois, desta forma, está expresso que ambos os intervenientes – profissionais de saúde e doente – contribuem para a obtenção de resultados, e a noção de culpa anteriormente associada ao doente desaparece, pois cada uma das partes tem oportunidade de se exprimir sobre o regime terapêutico em questão, discutindo a melhor forma de o levar a cabo com resultados positivos, adaptando-o e alterando-o de acordo com as necessidades.^[1,2]

2.2. Razões para a não adesão à terapêutica

Muitas vezes os profissionais de saúde não compreendem o porquê de o doente não seguir a terapêutica indicada, sentindo-se frustrados pela falta de resultados e culpabilizando--o por isso. Contudo, as razões que levam à não adesão à terapêutica são bastante diversificadas. É importante conhecer os diversos fatores que podem contribuir para essa

situação e trabalhar em conjunto com o doente de forma a utilizar a abordagem mais adequada na sua resolução.

A não adesão à terapêutica pode ser classificada como *primária* – quando o doente não adquire os produtos necessários à terapêutica – ou *secundária* – quando o doente não age da forma que havia acordado com o médico na consulta. Para além dessa divisão, também é possível distinguir a não adesão *voluntária* – quando o doente está consciente da escolha de não seguir o que acordou com o profissional de saúde – da não adesão *involuntária* – quando é uma adesão intencional.^[2]

2.2.1. Não adesão voluntária

As principais causas de *não adesão voluntária* à terapêutica são as seguintes:^[1-3]

- Fatores socioeconómicos:

- Falta de possibilidades económicas – o doente pode estar a ser forçado a escolher entre a possibilidade de adquirir bens alimentares ou manter a sua habitação e a terapêutica ou parte da terapêutica que lhe foi prescrita/indicada. Mesmo que este considere importante e urgente o controlo da sua doença, não irá comprometer a manutenção das suas necessidades básicas ou da família, se for o caso.

- Idade – as diferentes faixas etárias têm comportamentos distintos no que toca à adesão à terapêutica: uma criança está muito dependente do comportamento e capacidades dos seus pais na tarefa de gerir a medicação; já um adolescente, embora tenha mais responsabilidade, pode ser confrontado com outras questões como a sua autoestima, a imagem perante um grupo de amigos e o desejo de demonstrar os seus pontos de vista, que podem ser afetados pela necessidade da terapêutica levando-os a rejeitá-la; no caso dos doentes idosos, os problemas estão mais relacionados com o número de medicamentos com os quais têm de lidar e com problemas físicos e cognitivos.

- Fatores relacionados com o sistema de saúde:

- Fraca relação com os profissionais de saúde envolvidos.
- Pouco investimento na educação dos doentes.
- Falta de formação dos profissionais de saúde na área da adesão à terapêutica.

- Fatores relacionados com a doença:

- A severidade da doença e o impacto que esta tem na vida do utente, bem como a eficácia dos tratamentos disponíveis, podem afetar o grau de adesão. Compreensivelmente, um doente estará mais motivado para seguir uma terapêutica *life-saving*, como o acetato de zinco na Doença de Wilson que é fatal sem tratamento adequado, do que uma terapêutica em que não sente qualquer benefício aparente, como uma estatina na dislipidémia em que os efeitos nefastos da patologia só são sentidos a longo prazo. A importância atribuída a estas duas terapêuticas é bem diferente.

- Fatores relacionados com a terapêutica:

- Complexidade do tratamento – o doente pode abandonar a terapêutica se considerar, por exemplo, que o regime posológico proposto é demasiado trabalhoso ou elaborado.

- Desaparecimento dos sintomas – após desaparecimento dos sintomas que motivaram a visita ao médico o doente pode considerar que está curado e, portanto, que não necessita de continuar o tratamento. Um exemplo desta situação é a antibioterapia. Geralmente, uma combinação de amoxicilina e ácido clavulânico é prescrita para 8 dias, mas muitos doentes suspendem-na assim que desaparecem os sintomas maioritários ao fim de 3-4 dias. Isto agrava o já bem conhecido problema da resistência aos antibióticos, para além de que os sintomas podem novamente voltar a manifestar-se.

- Falta de resultados positivos imediatos – as patologias maioritariamente assintomáticas, como a hipertensão e a dislipidémia, requerem uma educação do doente para que este compreenda as razões pelas quais é necessário tomar medicamentos mesmo sem sentir qualquer incómodo e que o benefício não se irá manifestar a curto prazo, caso contrário, irão questionar-se se as medidas serão realmente necessárias e poderão acabar por abandonar a terapêutica. No caso destas duas patologias, estas ações podem ter consequências como o enfarte agudo do miocárdio.

- Mudanças frequentes na terapêutica – isto pode gerar confusão ao doente e/ou desconfiança nas capacidades do prescritor, levando ao abandono da terapêutica. Mudanças frequentes nos laboratórios dos medicamentos genéricos adquiridos podem ser interpretadas pelos doentes como alterações à terapêutica devido às diferenças nas embalagens secundárias (quando há desconhecimento da designação do fármaco).

- Impacto dos efeitos secundários.

- Inadaptação do esquema posológico ao estilo de vida.

- Duração do tratamento.

- Fatores relacionados com o doente:

- Desvalorização da doença – se se tratar de uma doença assintomática durante a sua instalação ou se os sintomas não forem especialmente incómodos o doente pode considerar desnecessária a terapêutica.

- Não aceitação da doença e da necessidade de tratamento – o doente pode recusar-se a aceitar que sofre de determinada patologia e que esta pode interferir significativamente com a sua vida, rejeitando a terapêutica que lhe foi proposta, pois é encarada como um sinal de fraqueza e que lhe lembra que sofre de facto dessa doença. Como exemplos temos a asma ou a diabetes de tipo I, que geralmente requerem o uso de dispositivos (inaladores e caneta de insulina, respetivamente). A aprendizagem de utilização e a necessidade de administrar a terapêutica em público podem não ser compatíveis com a personalidade do doente, por exemplo num caso em que a sua imagem dependa de transmitir invulnerabilidade.

- Sensação de impotência perante a doença – o doente pode considerar que a terapêutica já não terá qualquer benefício devido à gravidade da doença.

- Crenças sobre a toma de medicamentos – o doente pode acreditar que se tornará dependente da toma de medicamentos.

- Incompreensão da necessidade da terapêutica, da sua forma de atuar ou de como deve ser posta em prática – o ser humano tem um receio natural daquilo que desconhece/não compreende, logo, os doentes podem não querer sujeitar o seu organismo a uma terapêutica cuja finalidade e ação não lhe foi explicada. Para além disto, se a terapêutica possuir formas de administração mais complexas, como um dispositivo inalador na asma ou uma caneta de insulina na diabetes, e o doente não se sentir confiante sobre o seu conhecimento na utilização, pode rejeitar efeitos nefastos e abolir o uso daquela terapêutica. Os idosos são uma faixa etária muito sensível nesta questão pois se não compreenderem sentem-se inibidos de fazer questões.

- Falta de incentivo.
- Estado psicológico.

A *guideline* sobre adesão à terapêutica elaborada pelo *National Collaborating Centre for Primary Care* (2009)^[3] refere alguns comportamentos adotados pelos doentes que se relacionam com os fatores anteriormente referidos. Por exemplo, refere que os doentes têm

tendência a querer minimizar a sua necessidade de medicação o mais possível e podem usar a medicação apenas para alívio ou outras alturas estratégicas. Refere ainda que os doentes fazem as suas próprias experiências, suspendendo de quando em vez a medicação para avaliarem o que acontece. Outra razão pela qual podem justificar uma não adesão é o objetivo de “desintoxicar” o organismo, podendo também usar outros produtos por algum tempo em vez da medicação com esse fim. Frequentemente, os doentes não partilham que tomaram estas medidas com o seu médico.

É necessário que o profissional de saúde tenha em conta as diferenças entre ele e o doente na perceção da relação benefício-risco resultante dos fatores anteriormente mencionados e que encontre soluções adaptadas a cada doente para os ultrapassar.

2.2.2. Não adesão involuntária

A *não adesão involuntária* engloba não só o esquecimento como razão para a não adesão à terapêutica como também a incapacidade do doente em tomar a medicação devido a problemas de destreza ou da própria embalagem.

Esquecer afeta principalmente a terapêutica farmacológica, ou seja, aquela que envolve o uso de medicamentos segundo uma determinada posologia, considerada como a mais adequada para a situação clínica em questão. A origem deste tipo de não adesão envolve aspetos em que muitos profissionais de saúde não possuem um conhecimento alargado: a memória e os seus processos de funcionamento.

As categorias de maior dimensão da memória humana são: a memória sensorial, que recebe os estímulos captados pelos cinco sentidos; a memória de curto prazo, que armazena pequenas quantidades de informação durante um intervalo de tempo reduzido; e a memória de longo prazo, onde é armazenada a informação recebida ao longo do tempo, se esta for consolidada através de treino ou motivação. Relativamente à memória de longo prazo, esta pode ser *explícita* – quando se trata de algo que se relembra conscientemente – ou *implícita* – quando isso se faz inconscientemente.

A memória pode também ser classificada em *retrospectiva* – quando o que se pretende lembrar pertence ao passado – ou *prospetiva* – quando o que se pretende é lembrar de algo no futuro. É graças à memória prospetiva que um doente tem a capacidade de tomar os

seus medicamentos na altura correta. Assim, conclui-se que, nesta situação, “esquecer” constitui uma falha no funcionamento da memória prospetiva, entendida como a capacidade neurocognitiva de formar uma intenção, mantê-la e levá-la a cabo no futuro como resposta a determinado estímulo.^[4] Na memória prospetiva pode considerar-se a seguinte cadeia de eventos: formação da intenção (ou codificação, em inglês *encoding*), a qual é ligada a determinado estímulo (*cue*) que pode ser relacionado com a passagem do tempo ou com um evento em particular; intervalo de tempo entre a formação da intenção e o momento apropriado de a realizar, em que a concentração não está dirigida à intenção mas sim a outras atividades da rotina; lembrar da intenção aquando do estímulo correto (nesta fase, também intervém a memória retrospectiva); execução da intenção.

O *esquecimento* pode ser resultante de vários motivos, sendo os mais comuns a diminuição cognitiva com a idade, diversas doenças, vários fármacos, a complexidade do tratamento (quanto maior é o número de vezes que é necessário o doente lembrar-se de tomar um medicamento maior é a probabilidade de se esquecer de alguma delas), uma rotina diária muito preenchida, alterações na rotina (como a visita de alguém ou uma viagem), repetição da tarefa diariamente (o doente pode acabar por não conseguir averiguar se se lembra de ter tomado a medicação nesse dia ou se se lembra da toma de dias anteriores), *stress* e ausência de sintomas perçíveis, entre outros.^[5,6]

A incapacidade do doente em tomar a medicação devido a problemas de destreza ou da própria embalagem também pode conduzir a não adesão à terapêutica. Por exemplo, em algumas embalagens é necessário carregar e rodar a tampa simultaneamente (proteção para as crianças), o que exige alguma coordenação de movimentos que o doente pode já não ter devido a uma patologia como a doença de Parkinson. Outros exemplos em que pode ser difícil para o doente utilizar a medicação que pretende são os inaladores para controlo da asma e formas farmacêuticas para uso oftálmico em que seja necessário administrar um determinado número de gotas, entre outros.

Há autores, como Banning (2008)^[7], que incluem alguns motivos para a não adesão, como o doente ser assintomático e a necessidade de adaptação da posologia ao estilo de vida, na categoria de não adesão involuntária, o que demonstra que nem sempre há consenso na classificação da não adesão à terapêutica.

3. Melhorar a adesão à terapêutica

Após analisar o que é a não adesão e o porquê do seu aparecimento, torna-se necessário refletir sobre que medidas é possível tomar como forma de combater este problema.

3.1. Combater a não adesão voluntária

Em primeiro lugar, os doentes devem não só ter conhecimentos básicos sobre a doença de que sofrem mas também sobre como irá atuar a terapêutica recomendada para poderem compreender a necessidade de tratamento. Devem ser indicadas as consequências conhecidas até ao momento da não adesão à terapêutica para cada patologia mas também as possíveis complicações que podem ocorrer durante a terapêutica. Desta forma, o doente faz a sua própria análise de benefício-risco na posse de toda a informação e não com base em crenças ou informação de fonte duvidosa que pode levar a que não tome as decisões mais corretas.

Em doenças geralmente assintomáticas até à ocorrência de eventos graves, como a hipertensão ou a dislipidémia, é importante informar os doentes de que, apesar de estas doenças aparentemente não causarem incómodo, o seu dano é cumulativo e, se não for travado, é muitas vezes irreversível. No caso de doenças sintomáticas, como é o caso da asma, muitas vezes os doentes abandonam a corticoterapia pois a sua ação não é perceptível de imediato e concentram-se nos broncodilatadores, que aliviam de facto. É, pois, importante explicar os benefícios a longo prazo da terapêutica crónica independentemente do alívio imediato da sintomatologia.

É também importante ter em conta se as possibilidades económicas do doente permitem a aquisição da terapêutica necessária para o tratamento. Se esse não for o caso, há que tentar encontrar alternativas que tenham um custo inferior e com as quais ainda seja possível obter resultados positivos.

Quanto ao esquema posológico, há que tentar defini-lo de forma a que este seja compatível com a rotina diária do doente e as capacidades cognitivas do mesmo. Se possível,

deve dar-se preferência a formulações combinadas ou de libertação modificada, que diminuem o número de tomas e o número de medicamentos diferentes com que o doente tem que contactar.

Com todas estas indicações, conclui-se que o doente tem que sentir que não está meramente a receber instruções e que o seu único papel é segui-las. No fundo, o doente deve compreender o porquê das recomendações do médico, ter oportunidade de expressar a sua opinião e, se as duas visões sobre a situação não coincidirem, ele e o profissional de saúde devem ser capazes de chegar a um compromisso onde se incluem as opções que mais se adequam às necessidades e ainda assim sejam as mais eficazes.

Por fim, não se deve assumir por princípio que um doente com boa adesão no início do tratamento tem boa adesão para sempre. De facto, o doente pode ir progressivamente diminuindo a sua adesão à terapêutica. Por conseguinte, a monitorização da adesão por parte do profissional de saúde deve existir sempre, periodicamente.^[1-3]

3.2. Combater a não adesão involuntária – Estratégias de memória

A maior parte da literatura sobre este tema incide sobre os idosos, o grupo etário em que se verifica maior frequência de não adesão devida ao esquecimento. Existem múltiplas formas de tentar ultrapassar as falhas da memória prospetiva, às quais se pode chamar *estratégias de memória*. Estas podem ser classificadas como *externas* ou *internas*.

Uma *estratégia de memória externa* é aquela em que se modifica fisicamente o ambiente circundante com o objetivo de melhorar o desempenho da memória.^[8] Exemplos desse tipo de estratégias são:

- Caixa organizadora da medicação – os medicamentos são retirados da embalagem original e organizados de acordo com o regime terapêutico em caixas com separadores para várias alturas do dia. Podem ser diários ou para um período de tempo maior, como uma semana.
- Lembretes – neste método são utilizados diversos meios para lembrar o doente da tarefa que necessita de realizar (neste caso, tomar a medicação) como sejam um alarme sonoro, notas adesivas com essa informação ou mesmo ser avisado por outra pessoa.

- **Localização** – esta estratégia consiste em ter uma localização fixa para a medicação, a qual facilita que o doente se lembre de tomar o medicamento. Esta localização não tem necessariamente de ser visível.
- **Visibilidade** – neste caso, a medicação é colocada num local bastante visível para que o doente, ao vê-la, se lembre que tem de tomar a medicação.^[6]

Uma *estratégia de memória interna* é um exercício mental que promove o passo de formação de intenção da memória prospetiva.^[8] Dentro desse tipo de estratégias incluem-se:

- **Associação** – relaciona-se a toma da medicação com determinado evento (como um refeição ou uma tarefa a realizar).^[5] Torna-se mais fácil para o doente associar a toma a um evento do que a um momento no tempo. Isto acontece pois quando uma intenção está associada a um evento está presente um estímulo contextual externo, enquanto que quando é associada a um momento no tempo não está presente qualquer estímulo que auxilie o processo, o que aumenta o esforço mental que é necessário para alcançar o objetivo.^[4,8]
- **Planeamento mental** – no início do dia o doente reflete sobre a medicação que necessita, ou seja, faz um planeamento com antecedência das ações que terá de realizar, o que ajuda a concretizar o objetivo de tomar a medicação corretamente. Este processo pode ser repetido ao longo do dia.
- **Desconforto físico** – nos casos onde pode ser utilizado, este método baseia-se no facto de o doente se lembrar que necessita de tomar a medicação pois esta aliviará a sua sintomatologia.^[6]

Os diferentes estímulos podem tornar-se obsoletos com o passar do tempo pois passam a já não representar algo que se diferencia do restante ambiente, podendo passar despercebidos e ser ignorados. Pensa-se que o tipo de estratégia que é utilizada e a sua eficácia varia de acordo com as características de cada indivíduo, a tarefa a realizar e a sua complexidade, para além de variar ao longo do tempo. Branin (2008)^[8] concluiu que se um doente idoso confiar na sua memória, utilizará mais estratégias de memória internas para se lembrar de tomar a sua medicação, mas um doente deprimido, que sente que não pode confiar tanto na sua memória, utilizará mais estratégias de memória externas.

É necessário ter em conta estes fatores aquando da escolha da(s) estratégia(s) a aplicar, valorizando sempre as opiniões do doente e incluindo as opções por ele sugeridas,

pois ninguém melhor do que ele mesmo conhece as particularidades do seu carácter e rotina. Na tentativa de implementar qualquer uma destas estratégias há que ter cuidado na forma como a sugestão é apresentada, pois os doentes podem encará-la como um insulto às suas capacidades.

3.3. Terapêutica de curta duração vs Terapêutica crónica

Na revisão realizada por Haynes e colaboradores (2008),^[9] os autores referem que nas terapêuticas de curta duração, como por exemplo na antibioterapia, os estudos apontam para que as intervenções que apresentam alguns resultados positivos promovem a educação dos doentes sobre a doença, a posologia e a importância da adesão. Já na terapêutica crónica, as medidas que demonstraram obter alguma melhoria na adesão à terapêutica são mais complexas, envolvendo não só a educação dos doentes como também o aconselhamento, o seguimento telefónico, a intervenção em situações de crise, a terapia psicológica/familiar e os lembretes. É de salientar que embora uma parte das intervenções tenha melhorado os níveis de adesão à terapêutica, em muitas isso não se traduziu em melhoria dos resultados clínicos.

4. Avaliar a adesão à terapêutica

Não existe uma forma universalmente aceite de medir a adesão à terapêutica. Isso deve-se ao facto de existirem muitos contextos diferentes em que ela é avaliada, os quais têm condições específicas.

A adesão à terapêutica pode ser medida *direta* ou *indirectamente*.

Uma *medição direta* da adesão à terapêutica farmacológica será, por exemplo, quantificar um fármaco ou os seus metabolitos no organismo. Embora sejam os métodos que confirmam com maior grau de certeza a toma da medicação, apresentam algumas desvantagens como o seu elevado custo, não estarem disponíveis para todos os fármacos, a influência da dieta, de outros fármacos ou variações na absorção ou excreção e não serem práticos ao longo do tempo.^[10,11]

As formas de *medição indireta* de adesão à terapêutica farmacológica envolvem análise de prescrições, análise do levantamento das prescrições na farmácia (este método só resulta se o utente recorrer sempre à mesma farmácia), contagem de formas farmacêuticas (comprimidos, cápsulas), monitorização à distância com o sistema MEMS (*medication event monitoring system* – sistema que consiste num dispositivo semelhante à tampa de um frasco de medicação que contém um chip que regista a data e hora da sua abertura, sendo o método indireto mais fiável de medição, embora seja dispendioso e não adaptado a todas as formas farmacêuticas), avaliação clínica e autoavaliação pelo utente. Estes métodos, embora menos invasivos que os diretos, não confirmam a ingestão da medicação.^[10,11]

A autoavaliação é frequentemente utilizada pelos investigadores pois é uma forma simples, rápida, não dispendiosa, não invasiva e aplicável nos mais diversos contextos. Consegue detetar a extensão do problema e/ou as causas que podem contribuir para a não adesão, mas a sua fiabilidade é muitas vezes posta em causa pois chegou-se à conclusão que os doentes reportam melhor adesão à terapêutica do que aquela que corresponde à realidade, seja por não recordarem os eventos com precisão, desejarem a aprovação do investigador quanto ao seu comportamento ou não compreenderem verdadeiramente algumas questões que lhes são colocadas.^[3,10-12]

Existem alguns modelos de questionários/escalas que podem ser fornecidos aos doentes para que eles realizem a autoavaliação da sua adesão à terapêutica (por eles próprios ou com acompanhamento pelo profissional de saúde ou investigador), bem como adaptações de modelos originais a determinadas patologias ou contextos de estudo, contendo itens específicos para essas situações.

Na revisão sistemática realizada por Nguyen e colaboradores (2013),^[13] os diversos questionários foram agrupados consoante os aspetos da adesão à terapêutica que avaliam: hábitos de toma de medicação (*Adherence Self-Report Questionnaire*, *Brief Adherence Rating Scale* e *Medication Adherence Report Scale-5*), barreiras à adesão (*Medication Adherence Questionnaire*, *Medication Adherence Self-Efficacy Scale Revised* e *The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale*), hábitos de toma de medicação e barreiras à adesão (*Hill-Bone Compliance Scale-10*, *Medication Adherence Assessment Tool*, *Morisky Medication Adherence Scale*, *Brief Medication Questionnaire*), crenças dos doentes sobre os medicamentos/toma da medicação (*Beliefs about Medicines Questionnaire* e *Drug Attitude*

Inventory) e crenças e barreiras à adesão (*Beliefs and Behaviour Questionnaire, Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs, Medication Adherence Report Scale*).

Note-se que estes modelos estão validados para algumas patologias mas não para outras, sendo necessário ter esse ponto em atenção quando se pretende fazer uma seleção. Por exemplo, o *Medication Adherence Report Scale-5* foi validado na hipertensão, diabetes e dislipidemia, enquanto que o *Brief Adherence Rating Scale*, que pertence ao mesmo grupo, foi validado na desordem bipolar afetiva e na depressão. Nos outros grupos de questionários, a situação é semelhante, mas alguns abrangem um número significativo de patologias (um exemplo é o *Medication Adherence Questionnaire* e o *Beliefs About Medicines Questionnaire*).

Os estudos que utilizaram estes métodos diferenciam adesão e não adesão de formas diferentes. Alguns estudos são dicotómicos nesse aspeto, ou seja, apenas distinguem adesão de não adesão, enquanto que outros diferenciam vários estádios, graus ou tipos de não adesão.

Como exemplo concreto do formato de um questionário pode-se analisar a versão portuguesa do questionário de 4 itens de Morisky-Green (*Medication Adherence Questionnaire - MAQ*) e a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). Embora ambos avaliem barreiras na adesão à terapêutica, existem diferenças entre eles:

- O MAQ (anexo I), de Morisky e colaboradores (1986),^[14] é constituído por 4 itens considerados como sendo as principais causas de não adesão à terapêutica: esquecimento, descuido, cessação do tratamento aquando do desaparecimento dos sintomas e ocorrência de efeitos secundários. As respostas possíveis a estas questões são apenas “Sim” e “Não”, tendo as questões sido formuladas com o objetivo de evitar a tendência que os doentes possam ter para responder “Sim” para obter aprovação ou porque consideram ser uma resposta mais correta. Neste caso, um maior número de respostas “Não” corresponde a uma maior adesão à terapêutica.

- A MAT (anexo II) foi desenvolvida por Delgado e Lima (2001)^[15] a partir do MAQ mas inclui 3 questões suplementares formuladas por outros autores, num total de 7 itens. As questões suplementares permitem avaliar outros motivos para a não adesão à terapêutica: a toma em excesso, a não aquisição por dificuldades económicas e, com a última questão, outros que não se encontram listados. Este questionário difere também noutro ponto do MAQ: as respostas às questões não são dicotómicas mas sim numa escala de Likert de I (“Sempre”) a

6 (“Nunca”), o que permite detetar variações no grau de adesão, enquanto que com o MAQ isso não é possível devido à dicotomia das questões. O nível de adesão é medido através da média das pontuações nas diversas questões.

5. O papel do farmacêutico

O farmacêutico encontra-se numa posição privilegiada em relação a outros profissionais de saúde para poder obter informação nesta área e aplicar o conhecimento previamente descrito, pois contacta mais frequentemente com os doentes e estes sentem-se muitas vezes mais à vontade para dialogar com ele do que com o médico.

Mas será que o alegado impacto do farmacêutico na questão da adesão à terapêutica é de facto significativo?

Banning (2009)^[16] refere que os farmacêuticos são muitas vezes incluídos em estudos com o objetivo de prestarem aconselhamento e realizarem o acompanhamento dos doentes através de diversos meios como ferramentas educacionais, análise de discrepâncias na medicação que é cedida, comunicação telefónica, entre outros. Embora se tenham obtido resultados variáveis, em alguns dos estudos citados por este autor concluiu-se que houve, de facto, benefício na intervenção do farmacêutico, pois verificou-se uma redução na taxa de mortalidade.

Al-Jumah e Qureshi (2012)^[17] realizaram uma revisão de estudos sobre o impacto do farmacêutico na adesão à terapêutica antidepressiva e concluíram que, em alguns casos, a intervenção do farmacêutico foi benéfica, enquanto que noutros não se verificaram diferenças significativas. Os métodos utilizados incluíram educação dos doentes em conjunto com monitorização e aconselhamento.

Uma revisão sistemática de Davis e colaboradores (2014)^[18] encontrou melhorias significativas na adesão à terapêutica, na tolerância à atividade física, na qualidade de vida e no número de hospitalizações resultantes da intervenção do farmacêutico em doentes com insuficiência cardíaca. Os estudos nela incluídos utilizaram principalmente a educação e monitorização dos doentes para obter estes resultados. Os autores indicam que estas intervenções devem ser feitas por uma equipa multidisciplinar e que não se devem resumir a um curto espaço de tempo para que se mantenham os seus benefícios.

Machado e colaboradores (2007 e 2008)^[19-21] realizaram uma revisão sistemática dividida em três partes sobre o impacto da intervenção do farmacêutico na diabetes, na hipertensão e na dislipidémias: na diabetes foram obtidos resultados positivos em alguns parâmetros como os níveis de hemoglobina glicosilada, glicémia em jejum e a pressão arterial sistólica mas não na adesão propriamente dita; na hipertensão verificou-se uma melhoria dos valores da pressão arterial sistólica e do conhecimento dos doentes sobre a sua patologia, mas os resultados mostraram-se inconsistentes no que toca à adesão à terapêutica; na dislipidémia o colesterol total revelou-se sensível à intervenção do farmacêutico e o colesterol LDL e os triglicéridos também apresentaram alguns resultados positivos, mas não se conseguiu avaliar corretamente o impacto do farmacêutico na adesão.

6. Conclusão

É utópico pensar que se chegará ao ponto de eliminar a não adesão à terapêutica, mas é necessário trabalhar constantemente e consistentemente no combate a este problema de forma a alcançar resultados progressivamente mais satisfatórios.

Os profissionais de saúde devem receber formação nesta área de forma a estarem sensibilizados e preparados para incluírem estas práticas no seu dia-a-dia.

É necessário existir uma comunicação bidirecional real entre o profissional de saúde e o doente e não apenas um relato de sintomas por parte deste último, sem ter oportunidade de mais intervenção. Fornecer informação adequada a cada utente para que este possa compreender a sua doença e a necessidade da terapêutica que o profissional de saúde pretende instituir é essencial.

Com certeza esta terá que ser uma adaptação progressiva devido às práticas que sempre foi habitual exercer até ao momento. Talvez um primeiro passo seja estudar a realidade portuguesa: se os profissionais de saúde e doentes se preocupam com esta temática, que medidas é que já estão a ser tomadas e de que forma o estão a ser.

Dentro da temática da não adesão involuntária, há que esclarecer os doentes que o esquecimento é algo natural e sucede em todas as idades, encorajando-os a aceitar essa situação. Só assim será possível que o profissional de saúde os auxilie da melhor forma possível, sem que se sintam culpados ou inferiorizados.

Geralmente, as intervenções para aumentar a adesão à terapêutica que demonstram melhores resultados são muito complexas, tornando-se inviáveis para a implementação como procedimento de rotina, e o aumento da adesão que foi conseguido pode nem sempre significar a melhoria dos resultados clínicos, que é o que de facto seria o benefício esperado.

Os métodos de avaliação da adesão à terapêutica e da eficácia das intervenções não estão ainda padronizados, o que dificulta a validação e comparação de resultados. É necessário desenvolver novas ferramentas de trabalho nesse sentido ou trabalhar para melhorar as já existentes. Também seria benéfico que os estudos nesta área incluíssem mais doentes para que as conclusões que se retiram tivessem mais significado estatístico.

Embora diversas revisões indiquem que o impacto da intervenção do farmacêutico nem sempre resulte em melhoria da adesão, verifica-se que ainda assim se obtêm alguns resultados clínicos positivos. O farmacêutico é um profissional de saúde com um vasto leque de competências e que consegue desenvolver uma relação de confiança com os doentes à medida que vai realizando o seu acompanhamento. Esta situação parece ideal para continuar a testar as formas de melhorar a adesão à terapêutica já conhecidas, mas também para tentar introduzir outras novas e avaliar os seus resultados.

A melhoria da adesão tem como objetivo principal a melhoria dos resultados clínicos e da saúde do doente. É necessário continuar a trabalhar para que se atinjam níveis de adesão com impacto significativo, mas nunca se pode descurar que esta intervenção não deve ser isolada, mas sim parte de um plano bem definido de melhoria da comunicação, adaptação às particularidades do doente e monitorização, realizado por toda a equipa de profissionais de saúde envolvidos com o doente.

Bibliografia

- [1] SABATÉ, Eduardo – Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003. ISBN 92 4 154599 2.
- [2] BUTLER, Christopher C.; ROLLNICK, Stephen – Adesão ao tratamento médico. Mosby: Londres, 2003.
- [3] NUNES, V.; NEILSON, J.; O'FLYNN, N.; CALVERT, N; KUNTZE, S; SMITHSON, H.; BENSON, J; BLAIR, J; BOWSER, A.; CLYNE, W., CROME, P., HADDAD, P.; HEMINGWAY, S.; HORNE, R.; JOHNSON, S., KELLY, S.; PACKAM, B.; PATEL, M.; STEEL, J. - Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, 2009.
- [4] ZOGG, Jennifer B.; WOODS, Stephen P.; SAUCEDA, John A.; WEIBE, John S.; SIMONI, Jane M. - The role of prospective memory in medication adherence: a review of an emerging literature. Journal of Behavioral Medicine. 35 (2011) 47-62.
- [5] INSEL, Kathleen C.; COLE, Lois - Individualizing memory strategies to improve medication adherence. Applied Nursing Research. 18 (2005) 199-204.
- [6] BORON, Julie B.; ROGERS, Wendy A.; FISK, Arthur D. - Everyday memory strategies for medication adherence. Geriatric Nursing. 34 (2013) 305-401.
- [7] BANNING, Maggi - Older people and adherence with medication: A review of the literature. International Journal of Nursing Studies. 45 (2008) 1550-1561.
- [8] BRANIN, Joan J. - The Role of Memory Strategies in Medication Adherence Among the Elderly. Home Health Care Services Quarterly. 20:2 (2008) 1-16.
- [9] HAYNES, R. B.; ACKLOO, E.; SAHOTA, N.; MCDONALD H.P.; YAO, X. - Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2 (2008).
- [10] VITOLINS, Mara Z.; RAND, Cynthia S.; RAPP, Stephen R.; RIBISIL, Paul M.; SEVICK, Mary A. - Measuring Adherence to Behavioral and Medical Interventions. Controlled Clinical Trials. 21 (2000) 188S-194S.

[11] VOILS, Corrine I.; HOYLE, Rick H.; THORPE, Carolyn T.; MACIEJEWSKI, Matthew, L.; YANCY Jr; William S. - Improving the measurement of self-reported medication nonadherence. Journal of Clinical Epidemiology. 64 (2011) 250-254.

[12] GARFIELD, Sarah; CLIFFORD, Sarah; ELIASSON, Lina; BARBER, Nick; WILLSON, Alan - Suitability of measures of self-reported medication adherence for routine clinical use: A systematic review. BMC Medical Research Methodology. 11:149 (2011) 1471-2288.

[13] NGUYEN, T.-M.-U.; LA CAZE, Adam; COTTRELL, Neil – What are validated self-report scales really measuring?: a systematic review. British Journal of Clinical Pharmacology. 77:3 (2013) 427-455.

[14] MORISKY, Donald E.; GREEN, Lawrence W.; LEVINE, David M. – Concurrent and Predictive Validity of Self-reported Measure of Medication Adherence. Medical Care. 24:1 (1986) 67-74.

[15] LIMA, Maria L.; DELGADO, Artur B. – Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psicologia, Saúde & Doenças. 2:2 (2001) 81-100.

[16] BANNING, Maggi - A review of interventions used to improve adherence to medication in older people. International Journal of Nursing Studies. 46 (2009) 1505-1515.

[17] AL-JUMAH, Khalaf A.; QURESHI, Naseem A. - Impact of pharmacist interventions on patients' adherence to antidepressants and patient-reported outcomes: a systematic review. Patient Preference and Adherence. 6 (2012) 87-100.

[18] DAVIS, Estella M.; PACKARD, Kathleen A.; JACKEVICIOUS, Cynthia A. - The Pharmacist Role in Predicting and Improving Medication Adherence in Heart Failure Patients. Journal of Managed Care Pharmacy. 5:7 (2014) 741-755.

[19] MACHADO, Márcio; BAJCAR, Jana; GUZZO, Giovani C.; EINARSON, Thomas R. - Sensitivity of Patient Outcomes to Pharmacist Interventions. Part I: Systematic Review and Meta-Analysis in Diabetes Management. The Annals of Pharmacotherapy. 41 (2007) 1569-1582.

[20] MACHADO, Márcio; BAJCAR, Jana; GUZZO, Giovani C.; EINARSON, Thomas R. - Sensitivity of Patient Outcomes to Pharmacist Interventions. Part II: Systematic Review and

Meta-Analysis in Hypertension Management. The Annals of Pharmacotherapy. 41 (2007) 1770-1781.

[21] MACHADO, Márcio; BAJCAR, Jana; GUZZO, Giovani C.; EINARSON, Thomas R. - Sensitivity of Patient Outcomes to Pharmacist Interventions. Part III: Systematic Review and Meta-Analysis in Hyperlipidemia Management. The Annals of Pharmacotherapy. 42 (2008) 1195-2207.

Anexos

Anexo I - Medication Adherence Questionnaire (MAQ)

	Não	Sim
1. Às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a medicação?		
2. Às vezes descuida-se e não toma o seu medicamento?		
3. Quando se sente melhor, às vezes para de tomar o seu medicamento?		
4. Às vezes, se se sentir pior ao tomar a medicação, para de a tomar?		

Anexo II - Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	Quase Sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	Quase Sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					

Sempre 1	Quase Sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	Quase Sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	Quase Sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre 1	Quase Sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
Sempre 1	Quase Sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6