

Em Torno da Adesão aos Protocolos Terapêuticos

Ana Paula Forte Camarneiro *



A questão da adesão aos protocolos terapêuticos propostos aos utentes reveste-se de uma enorme complexidade, não só pelas alterações clínicas e de saúde que daí advêm, mas também pelas suas implicações económicas e sociais.

Neste artigo começamos por efectuar uma clarificação do conceito "adesão terapêutica", seguida da apresentação de dados estatísticos que mostram a pertinência do assunto. Segue-se uma revisão da literatura evidenciando a importância da comunicação e das relações interpessoais entre o utente e o profissional de saúde no processo de adesão terapêutica.

Neste sentido, é apresentado o "modelo da hipótese cognitiva de LEY" que, sendo um modelo comunicacional, afirma que a adesão aos protocolos terapêuticos é influenciada pela combinação de variáveis presentes na consulta, variáveis essas que se relacionam intimamente com a forma como é dada a informação.

Finalmente, é realçado o papel pedagógico dos enfermeiros na ajuda ao utente que necessita de cumprir protocolos terapêuticos farmacológicos.

Introdução

A adesão dos utentes⁽¹⁾ às prescrições clínicas efectuadas pelos Técnicos de Saúde (médicos, enfermeiros ou outros) é um assunto que deve ser enfatizado, uma vez que influencia grandemente a eficácia dos tratamentos e/ou quaisquer protocolos terapêuticos propostos.

Investigações das últimas décadas e estudos estatísticos têm provado que uma parte considerável dos utentes dos serviços de saúde não cumpre esses protocolos, sejam eles farmacológicos ou outros.

Uma baixa adesão pode levar a comprometer a saúde de cada um e acarretando grandes implicações financeiras e sociais.

Clarificar o conceito e compreendê-lo a partir de modelos explicativos, parece ser fundamental para que Técnicos de Saúde, particularmente Enfermeiros, possam melhorar esta situação.

Adesão e não-adesão: conceitos e sua evolução

Numa primeira revisão crítica da literatura publicada sobre o tema, SACKETTE e HAYNES em 1976, citados por RIBEIRO (1998), definiram a adesão por compliance, (no sentido de concordância ou

* Bacharel em Enfermagem, Licenciada e Mestre em Psicologia Clínica, Professora Adjunta da Área Científica de Ciências Sociais na Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

⁽¹⁾ Por utentes serão aqui entendidos todos os clientes dos serviços de saúde, públicos ou privados, preventivos ou curativos.

complacência) como a situação em que o comportamento do doente corresponde às instruções clínicas fornecidas.

Em 1979, HAYNES e cols. (citados por OGDEN, 1999: 83) entenderam este conceito como “a medida em que o comportamento do doente (em termos de tomar a medicação, seguir o regime dietético ou outras mudanças no seu estilo de vida) coincide com os conselhos médicos ou de saúde.”

Esta segunda conceptualização veio mostrar a importância não só das doenças, mas também das situações de saúde, onde se tornou fundamental os “conselhos médicos ou de saúde” e perdeu relevância a “instrução clínica”.

Mais tarde, TURK & MEICHENBAUM (1987; 1991) desenvolveram um importante trabalho nesta área e clarificaram o conceito de adesão, afirmando que os termos “*compliance*” (concordância) e “*adherence*” (adesão) têm aparecido associados e têm-se considerado equivalentes, mas apenas para resolver os problemas de terminologia, uma vez que se revestem de significado bastante diferente.

Assim, segundo os autores, a concordância (*compliance*) é conotada com um comportamento passivo, associado ao papel tradicional de doente, de seguir os conselhos e orientações do profissional de saúde, ou seja, doentes obedientes que seguem as prescrições que lhes são indicadas, embora não seja este o sentido em que é utilizado na maioria das comunicações.

E a adesão (*adherence*) implica, pelo contrário, uma atitude activa, com envolvimento voluntário e colaborativo do utente e do profissional de saúde, num processo conjunto para a mudança de comportamento do primeiro. Neste caso, o utente adere ao tratamento ou ao protocolo terapêutico, tendo por base um acordo conjunto que tem a sua participação, o que o leva a reconhecer a importância de determinadas acções prescritas.

Esta nova perspectiva inscreve-se claramente no modelo biopsicossocial, que se opõe ao modelo biomédico, reducionista do conceito de saúde, onde o doente era tido apenas como um receptáculo passivo de prescrições efectuadas.

A adesão é, nesta nova perspectiva, colocada na “interface entre o paciente, a família e o profissional

de saúde” (DOHERTY & BAIRD, 1983, citado em PEREIRA, 1997: 210).

A não-adesão, por sua vez, pressupõe uma componente avaliativa do utente e pode implicar uma atitude negativa por parte deste, na medida em que não aderir ao tratamento é da sua responsabilidade (MEICHENBAUM & TURK, 1987). Assim, passa a ter “um significado interaccional em vez de ser uma etiqueta pejorativa colocada no paciente” (PEREIRA, 1997: 210). O profissional de saúde tem, neste contexto, a sua quota-parte de responsabilidade no sucesso ou insucesso da adesão.

Em Portugal, RIBEIRO (1998), relativamente ao doente em contextos médicos, refere-se à “colaboração” do doente no tratamento e enfatiza a importância da relação entre médico e doente como decisiva para a promoção, prevenção e protecção da saúde e tratamento da doença.

O autor sintetiza nesta expressão outros termos que têm sido muito utilizados no nosso país como sejam a aquiescência, obediência, submissão, adaptação, fidelidade e lealdade. E acrescenta que esta coincidência ou colaboração entre paciente e técnico de saúde tem-se revestido de um importante interesse académico e clínico ao longo dos últimos anos, uma vez que seguir as recomendações dos técnicos de saúde não só se torna essencial para a recuperação dos doentes, mas tem também grandes vantagens sócio-económicas.

A não-adesão: dados estatísticos preocupantes

A investigação tem demonstrado que é muito variável o seguimento que os doentes fazem ao regime de tratamento prescrito. Em 1979, HAYNES *et al.*, citados por PEREIRA (1997), a partir duma revisão da literatura com 500 estudos, verificaram que 20 a 60% dos doentes que frequentavam serviços de saúde não aderiam ao tratamento médico.

Nos E.U.A. e em Inglaterra apenas cerca de um terço do total das novas prescrições em cada ano são parcialmente cumpridas, ou não o são de todo (MEICHENBAUM & TURK, 1991). Há entre 4 e 92%

de indivíduos que fazem o não-seguimento do regime de tratamento proposto, sendo que os valores mais frequentes se situam entre os 30 e os 60% (*Idem*).

Cerca de 20% dos pacientes que têm alta hospitalar não adquirem os medicamentos prescritos. Dos que o fazem, entre 40 e 60% não cumpre a posologia indicada, diminuindo ou aumentando a dose, tomando-os fora de horas ou deixando de os tomar antes de obterem os resultados benéficos esperados (DUNBAR-JACOB, 1999).

Em situações agudas e num espaço de 10 dias, a adesão ao tratamento relativo ao alívio de sintomas varia entre 70 e 80%, baixando para 60 a 70% quando se trata de um regime de prevenção. Mesmo nos casos em que o empenhamento seja elevado no início do tratamento, este tende a decair após um período curto de 3 a 5 dias (DINICOLA & MATEU, 1984, referenciado por RIBEIRO, 1998).

É neste sentido que as drogas que aliviam rapidamente os sintomas têm maior adesão do que as terapias preventivas (COCHRANE *et al.*, 2000).

Quando se trata de longos regimes de medicação ou de mudança de comportamentos, como seguir uma dieta ou deixar de fumar, os valores de adesão tendem a diminuir ou desaparecem.

A adesão tende, portanto, a ser mais baixa na área da promoção da saúde, em que os indivíduos não têm doença e onde apenas lhes são dadas sugestões para que sigam procedimentos que lhes melhore a qualidade de vida.

A Fundação Portuguesa de Cardiologia, a partir de um inquérito realizado, constatou que mais de metade dos indivíduos não considera fundamental avaliar a tensão arterial. E dos inquiridos, 20% afirmam sofrer de hipertensão arterial, mas só 66% seguem a medicação e apenas 23% a tomam ininterruptamente.

OGDEN (1999), baseado em estudos publicados na década de 80 em língua Inglesa, afirma que cerca de metade dos doentes com doenças crónicas, como Diabetes ou Hipertensão Arterial, também não adere aos regimes medicamentosos.

Em Portugal, a magnitude não é conhecida mas, se for próxima da dos países referidos, fica-se com uma ideia do desperdício económico em medicação

e tratamento, e também das consequências em termos de recaídas, retorno aos serviços de saúde, perdas de dias de trabalho, novas prescrições, etc. (RIBEIRO, 1998).

Compreender e promover a adesão

Compreender a adesão é aceitar que, partilhando a opinião de RIBEIRO (1998: 291), "a acção do indivíduo é decisiva para a promoção ou protecção da sua saúde, para a prevenção ou tratamento das suas doenças. Portanto, os que prescrevem têm de se debater com o dilema de o fazer de tal modo que tenham a certeza que a probabilidade de a prescrição não ser seguida é diminuta."

CREER e LEVSTER (citado em COCHRANE *et al.*, 2000) indicam como factores de não adesão na asma: variáveis pessoais; interacções entre pessoal de saúde e pacientes ou família, e características da medicação e natureza da doença.

Também na depressão a recuperação é mais rápida, o tratamento termina mais cedo e há melhor ajustamento social, quando a farmacoterapia é acompanhada de uma psicoterapia. Os doentes mantêm o tratamento até ao fim, ao contrário da habitual cessação do mesmo logo que desaparecem os sintomas (TAI-SEALE *et al.*, 2000).

Actualmente, há autores que acreditam que a participação do utente na adesão depende da sua vinculação, tal como a conceptualizou BOWLBY. Assim, indivíduos com uma vinculação segura teriam uma adesão maior aos cuidados continuados (CIECHANOWSKY, 2001).

A comunicação entre paciente e clínico, mas sobretudo da aliança terapêutica que se estabelece entre ambos, torna-se muito importante para que exista uma adesão positiva no autocontrolo da diabetes (*Idem*).

Estes autores acrescentam que o estilo de vinculação de cada um se sobrepõe à importância de estabelecer uma comunicação funcional.

Na verdade, vinculação e comunicação funcional poderão ser consideradas duas faces da mesma moeda, por isso continuamos a considerar a importância do

processo comunicativo e passamos a descrever um modelo que nos ajuda a compreender e a melhorar a adesão aos protocolos terapêuticos.

Modelo da hipótese cognitiva da adesão

LEY (1981, 1989), citado por OGDEN (2000) desenvolveu o Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão. Trata-se de um modelo de comunicação que dá relevo à compreensão, à memória e à satisfação do paciente face à informação que lhe é oferecida na consulta. O autor defende que a adesão do utente aos protocolos se pode prever a partir da combinação dessas três variáveis, conforme apresentado na figura 1.

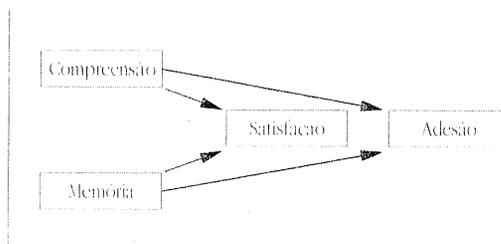


Figura 1: Modelo de Adesão de Ley (OGDEN: 80).

A) A satisfação do utente resulta de vários componentes: os aspectos afectivos, os comportamentais e a competência que lhe sugere a intervenção do Técnico de Saúde.

Relativamente aos aspectos afectivos, o autor refere-se à compreensão que é demonstrada ao doente e ao apoio emocional que lhe é dispensado. Quanto aos aspectos comportamentais, trata-se das explicações dadas acerca das prescrições efectuadas. A competência do profissional de saúde é uma avaliação subjectiva efectuada pelo utente a partir do diagnóstico e do encaminhamento da situação.

LEY também considerou importante para a satisfação o conteúdo da consulta, e afirma que “os doentes querem receber tanta informação quanto possível, mesmo que se trate de más notícias.” (*idem*: 84).

B) A compreensão da informação dada acerca da doença revelou-se, também, de uma importância crucial quanto à etiologia e gravidade, localização correcta do órgão envolvido ou dos processos terapêuticos. Estes processos são fundamentais para a compreensão da consulta e conseqüentemente para melhorar a adesão às indicações.

C) A adesão é ainda influenciada pela capacidade de recordar as informações fornecidas durante a consulta. LEY considera que a capacidade mnésica não é influenciada pela idade do doente, mas por muitos outros factores, como por exemplo: a ansiedade, os conhecimentos médicos, o nível intelectual, a importância das afirmações feitas pelo médico; os efeitos de primazia e o número de afirmações.

Segundo este modelo, pode-se promover a adesão do utente aos protocolos terapêuticos a partir da comunicação que com ele se estabelece.

A importância da comunicação na informação

A informação verbal a dar ao utente reveste-se de grande importância no que se refere aos seguintes aspectos:

- efeito de primazia, em que os doentes têm tendência a recordar o que lhes é dito em primeiro lugar;
- explicitar a importância da adesão;
- simplificar as informações;
- usar a repetição;
- ser claro;
- seguir a consulta com entrevistas adicionais.

Os resultados melhoram, no entanto, quando se trata de uma informação instrutiva e educacional, e ainda são mais significativos com a instrução comportamental individualizada (HAYNES, citado por OGDEN, 1999). Isto torna-se possível recorrendo às teorias da aprendizagem, como forma de conhecer os métodos mais adequados a cada paciente e qual o plano a efectuar.

Por exemplo, no caso da asma, é muito importante fornecer instruções verbais e demonstrações em sessões práticas, com dispositivos pedagógicos

simples, uma vez que as instruções escritas não são suficientes (COCHRANE *et al.*, 2000).

A informação escrita melhora também a adesão, mas principalmente quando se trata de informação sobre medicação.

O papel pedagógico do enfermeiro: algumas estratégias possíveis

A propósito da medicação, DUNBAR-JACOB (1999) afirma que os enfermeiros, na sua função de pedagogos, podem ter um papel muito importante no problema perigoso e dispendioso que é o não cumprimento das prescrições medicamentosas.

A autora indica cinco estratégias a utilizar pelos enfermeiros para assegurar que os pacientes tomem os medicamentos correctamente:

- 1 – Avaliar potenciais dificuldades ao cumprimento da tabela terapêutica.
 - a) Durante a entrevista inicial deve ser perguntado ao paciente quais os medicamentos que lhe foram prescritos, o que é que ele toma actualmente, quando é que ele toma, com que frequência se esquece de os tomar e porquê.
 - b) É necessário saber se há antecedentes de fraca adesão; se os pacientes vivem sob tensão emocional; se têm horários irregulares ou complexos em regimes farmacoterapêuticos longos.
 - c) É importante assegurar ao utente de que a maioria das pessoas tem lapsos, por razões várias, e que a sua informação será preciosa para desenvolver uma prescrição fácil de seguir no domicílio.
- 2 – Iniciar os ensinamentos durante o internamento. Sempre que o enfermeiro administra um medicamento, deve informar o paciente e a família do nome da droga, da razão pela qual ela é necessária, da duração da acção e do número de tomas diárias.
- 3 – Conhecer a vida quotidiana do paciente e ajudar a:

- a) ajustar o regime terapêutico à rotina diária, para que o paciente não se sinta aprisionado quando tem vários medicamentos a tomar;
- b) simplificar esse regime fazendo um quadro de registo de medicamentos e de número de tomas;
- c) ajudar a desenvolver estratégias para lhe recordar as tomas de medicamentos nas horas certas, como, por exemplo, usar um relógio de alarme, ou programar essas tomas nos horários de programas televisivos favoritos.

4 – Promover a auto-monitorização.

- a) A família pode ser envolvida no ensino, mas apenas se o paciente o desejar. Muitos preferem administrar e gerir o seu próprio tratamento, não desejando envolver a família no plano terapêutico domiciliário.
- b) Quando tal acontece, ajuda-se o paciente a monitorizar o seu tratamento. Dá-se-lhe um calendário, no qual estão listados os medicamentos e os horários e sugere-se a colocação de um sinal de conferido no calendário, cada vez que toma uma dose, ficando com a noção das doses perdidas.
- c) Explicar ao paciente o que é que ele deve fazer no caso de perder doses e qual o risco associado quer à perda, quer ao excesso. Isto porque os pacientes que trabalham durante a semana podem ter tendência a perder doses ao fim de semana devido às mudanças na rotina.

5 – Continuar a acompanhar o paciente

- a) Durante o mês inicial de tratamento deve-se acompanhar o paciente. Este é o melhor modo para assegurar a adesão ao tratamento a longo prazo.
- b) Deve-se visitar o paciente no domicílio, uma ou duas semanas depois da alta, para ver como é que ele está a administrar a sua rotina e prestar a ajuda necessária.

Uma combinação para uma adesão próspera, em pacientes que sofram de doenças crônicas mas tratáveis, poderia ser feita através de uma selecção adequada de medicamentos, combinada com outras formas de terapias que provaram já a sua eficácia clínica e, ainda, com o apoio social (TAI-SEALE *et al.*, 2000). Também a promoção de um conjunto de outros comportamentos se torna fundamental, como sejam (MEICHENBAUM & TURK, 1987):

- Iniciar e continuar um programa de tratamento;
- Ir regularmente às consultas de rotina;
- Tomar correctamente a medicação prescrita;
- Seguir algumas modificações no estilo de vida;
- Executar correctamente os regimes terapêuticos prescritos;
- Evitar comportamentos de risco para a saúde.

Este conjunto de comportamentos podem necessitar de diferentes formas de intervenção conforme o paciente em questão.

Conclusão

A adesão dos utentes aos protocolos terapêuticos pode significar uma boa qualidade de vida, mas significa, muitas vezes, uma nova gestão do seu estilo de vida, nomeadamente no que se refere aos lugares e aos tempos.

Actualmente, aderir aos protocolos já não é fazer apenas uma aceitação pacífica de qualquer coisa que é proposta (outrora o médico, dono e senhor do conhecimento clínico), mas é participar nessas propostas, numa atitude activa de compreensão e concordância com aqueles que propõem (que são diferentes Técnicos de Saúde).

É aqui que os Enfermeiros, em particular, têm um papel importante junto do utente, no sentido de os motivar, por um lado, mas principalmente no de

promoverem um processo relacional que lhes permita garantir o sucesso do tratamento proposto.

Os Enfermeiros, ao colocarem em prática as suas competências comunicacionais, sustentadas por teorias e modelos teóricos que possuem, e através do seu papel pedagógico, contribuirão de maneira ímpar para o sucesso da adesão aos protocolos terapêuticos e, conseqüentemente, para uma melhor saúde pública.

Bibliografia

CIECHANOWSKI, Paul S. *et al.* – The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *The American Journal of Psychiatry*. Washington (158), Jan. 2001. pp. 29-35.

COCHRANE, Mac G. *et al.* – Inhaled corticosteroids for asthma therapy: patient compliance, devices and inhalation technique. *Chest*. Chicago: (117), Fev. 2000. pp.542-50.

DUNBAR-JACOB, Jacqueline – 5 steps to better treatment adherence. *Nursing*, Horsham, (29), Nov. 1999. pp. 14-15.

MEICHENBAUM, D.; TURK, D. – Adherence to self-care regimens: the patient's perspective. In J. Sweet; R. Rozensky e S. Tovian (Ed.s) – *Handbook of Clinical psychology in medical settings*. New York: Plenum Press, 1991. pp. 249-66.

MEICHENBAUM, D.; TURK, D. – *Facilitating treatment adherence – a practitioner's guidebook*. New York: Plenum Press, 1987.

OGDEN, J. – *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi, 2000.

PEREIRA, M. G. – A adesão aos regimes de tratamento na perspectiva do modelo biopsicossocial. *Psicologia: teoria, investigação e prática*. 2, 1997. pp. 209-16.

RIBEIRO, J. L. Pais – *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA, 1998.

TAI-SEALE, Ming *et al.* – Determinants of antidepressant treatment compliance: implications for policy. *Medical Care Research and Review*. Thousand Oaks: (57), 2000. pp. 491-512.