

## Capítulo 1

# Enquadramento teórico-metodológico

## A definição do conceito

As expressões «cumprimento» (*compliance*) e «adesão à terapêutica» (*adherence*) têm sido utilizadas simultaneamente ao longo do tempo em inúmeros estudos realizados sobre o tema e até, por vezes, dentro de cada estudo.<sup>1</sup> A *compliance*, enquanto conceito, foi definida inicialmente como sendo «o nível de coincidência entre o comportamento de uma pessoa e o aconselhamento médico ou de outro profissional de saúde» (Haynes 1981). Esta sintética definição assentava numa premissa que foi questionada nos trabalhos académicos posteriores sobre o tema, os quais vieram demonstrar que esse cumprimento não pode ser apenas entendido como uma mera obediência da parte do paciente em relação a indicações médicas impositivas que têm na base uma perspectiva de dominância da medicina. Os doentes deveriam assim cumprir, obrigatoriamente, todas as indicações que lhes fossem dadas, sendo-lhes imputada toda a responsabilidade pelos desvios que pudessem ocorrer face à prescrição. Significando mais do que o simples seguimento das instruções médicas, em alternativa foi proposta a adopção do termo «adesão», através do qual se reconhece que o paciente não é um sujeito passivo; a adesão deveria ser, antes de mais, um «sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção activa e voluntária do doente, que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue» (Bugalho e Carneiro 2004, 9-10).

---

<sup>1</sup> Os estudos sobre a adesão aos tratamentos têm vindo a aumentar desde o final da década de 1950, destacando-se com um marco impulsionador de muitos trabalhos posteriores o *First International Congress on Patient Counselling*, realizado em Abril de 1976.

Vários estudos têm demonstrado que os pacientes pretendem cada vez mais sentir-se incluídos no processo clínico, desejando obter mais informação e exigindo uma maior interacção com os profissionais de saúde (Donovan e Blake 1992). É pois necessária uma abordagem bio-psico-social que encare os doentes como sujeitos activos, que devem ser encarados como parceiros no percurso terapêutico durante as consultas e no quotidiano. Assim, os comportamentos de não adesão devem ser entendidos «como respostas dos indivíduos à falta de coincidência entre as suas ideias e as do médico relativamente aos seus problemas e/ou tratamentos» (Klein e Gonçalves 2005, 119; v. também Horne 1997). Com efeito, tais respostas podem constituir, no contexto de uma relação basicamente assimétrica entre pacientes e profissionais de saúde, manifestações leigas de autonomia e até de desafio ao chamado «poder médico», apoiadas, por seu turno, na consciência de si, da dor e do desconforto, nomeadamente por parte dos doentes crónicos (Horne 1997).

Contudo, a distinção entre cumprimento e adesão é académica, não existindo qualquer diferença evidente quanto ao resultado que se traduz no comportamento do paciente (Horne 2001; Vermeire *et al.* 2001). Os dois termos podem, portanto, ser utilizados como sinónimos, desde que «compreendam a existência de um acordo/aliança entre ambas as partes, respeitando crenças e desejos. Devem simplesmente constatar um facto, e não classificar, de forma depreciativa, o doente, o profissional de saúde ou o tratamento prescrito» (Bugalho e Carneiro 2004, 10). Em ambas as definições, o que se pretende medir e analisar é o grau de correspondência do comportamento que o paciente assume em relação às indicações dadas por um profissional de saúde e ao tratamento prescrito, mais longe ou mais perto do desejável do ponto de vista clínico.

Com efeito, embora os pacientes sejam habitualmente classificados pelos prestadores de cuidados de saúde como cumpridores ou não cumpridores, o comportamento efectivo dos doentes acaba por se situar algures entre o cumprimento e o não cumprimento (Griffith 1990, 114). Segundo este autor, «trata-se de um processo dinâmico» que varia à medida que o paciente avalia e adapta o seu próprio comportamento, havendo «pacientes que são cumpridores em determinadas situações e podem não o ser noutras circunstâncias». Há também «estímulos que têm uma influência positiva junto de determinadas pessoas e não junto de outras».

A falta de adesão ocorre, portanto, quando o comportamento do paciente não coincide com as recomendações do médico ou de outro profissional de saúde, não se circunscrevendo a definição do conceito apenas

a desvios na aplicação do regime terapêutico tal como foi prescrito, mas também ao facto de não seguir as indicações relativas a alterações nos hábitos e estilos de vida no sentido de adoptar práticas saudáveis, tais como modificar a dieta alimentar, evitar bebidas alcoólicas, não fumar, fazer exercício físico, evitar o *stress*, entre outros, e ainda não comparecer a consultas médicas previamente marcadas, não realizar exames complementares de diagnóstico, entre outros (Brannon e Feist 1997; Cluss e Epstein 1985; Osterberg e Blaschke 2005; WHO 2003).

## **As dificuldades metodológicas do estudo da adesão à terapêutica**

Nos estudos sobre a adesão à terapêutica podem ser utilizados diferentes métodos classificados em dois grandes grupos: os métodos directos e os indirectos. Os primeiros baseiam-se sobretudo em procedimentos médicos, que permitem detectar as propriedades dos medicamentos e a sua acção directa no organismo através da análise dos fluidos biológicos dos pacientes, sendo por isso considerados mais fidedignos na informação empírica recolhida e com maior precisão nos resultados. Estes tipos de métodos de verificação de adesão ao tratamento são contudo mais difíceis de aplicar e também de mais difícil aceitação devido ao seu carácter invasivo, para além da relativa complexidade das técnicas de colheita de material e de dosagem, bem como ao custo elevado inerente a praticamente todos eles (Gordis 1981; Vermeire *et al.* 2001).

Já o conjunto de métodos indirectos refere-se à recolha de informação através de entrevistas ou questionários a pacientes e/ou a familiares próximos; relatos dos profissionais de saúde; análise dos resultados dos tratamentos, dos ganhos em saúde ou das actividades de prevenção; bem como à monitorização das prescrições e da contagem dos medicamentos. Devido à sua facilidade de aplicação, estes métodos são os mais frequentemente aplicados, embora a fiabilidade dos resultados obtidos possa ser mais vulnerável, sobretudo quando envolve directamente o paciente. Com efeito, muitos estudos têm demonstrado que devem ser levadas em consideração inúmeras limitações intrínsecas aos métodos indirectos quando se analisam os dados obtidos a partir de entrevistas e questionários (Gordis 1981).

Quando se comparam os índices de adesão obtidos por métodos directos e indirectos, os resultados demonstram que o paciente tende a esconder a forma como na realidade está a conduzir o tratamento, isto é,

o paciente dificilmente assume a não adesão, apresentando-se sempre como muito mais cumpridor do que os métodos directos indiciam. Este comportamento por parte dos pacientes é aliás tão antigo quanto a própria medicina, tendo sido assinalado desde logo por Hipócrates, quando afirmou que «o médico deve estar sempre atento ao facto de os pacientes mentirem frequentemente quando dizem ter tomado certos medicamentos» (*apud* Burgoon 1996, 281). Por outro lado, o paciente que declara não estar a cumprir exactamente as indicações dadas pelo médico diz quase sempre a verdade, sendo mais fácil para este último controlar os efeitos adversos da não adesão do que no caso contrário. Por isso mesmo, sublinha-se a necessidade de prestar mais atenção aos pacientes que se dizem cumpridores do que àqueles que assumem as suas falhas na condução dos tratamentos (Gordis 1981).

A vulnerabilidade dos métodos indirectos assenta, assim, na probabilidade de os resultados sobrestimarem a adesão às terapêuticas, devido ao facto de os pacientes tenderem a relatar comportamentos conformes àquilo que lhes foi prescrito; dito de outro modo, estes pacientes tendem a fornecer uma perspectiva subestimada da não adesão que é difícil de controlar (Osterberg e Blaschke 2005; Sackett e Snow 1981; Vermeire *et al.* 2001). Apesar da investigação realizada ao longo do tempo, a complexidade do objecto ainda não permitiu estabelecer um método – directo ou indirecto – que possa ser considerado ideal para passar a ser utilizado como técnica de referência nos estudos sobre a adesão à terapêutica (Osterberg e Blaschke 2005; Vermeire *et al.* 2001).

## **A dimensão da falta de adesão à terapêutica**

Assim, muita investigação tem sido desenvolvida no sentido de captar a dimensão do fenómeno, dadas as importantes repercussões que a falta de adesão assume na saúde pública. Qualquer prescrição médica é passada com o intuito de trazer benefícios para o paciente. No entanto, o uso incorrecto dessa prescrição por parte do doente pode ter consequências para o próprio, desde logo, e provocar também efeitos colaterais mais amplos em termos sociais e económicos.

Com efeito, a falta de adesão à terapêutica pode resultar no agravamento do estado de saúde do paciente e da sintomatologia da doença, podendo ocasionar igualmente erros no diagnóstico e no tratamento, ou até levar ao seu total fracasso. Essa deterioração do estado clínico, para além de ter consequências na qualidade de vida e no aumento da mor-

bilidade, pode obrigar a posteriores prescrições de mais fármacos, envolvendo a necessidade da realização de novos procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos mais custosos e complexos, a ida a mais consultas, a utilização de serviços de urgência, o aumento de hospitalizações e/ou despesas desnecessárias (Cluss e Epstein 1985). A falta de adopção e de manutenção dos comportamentos terapêuticos prescritos tem, assim, repercussões na utilização e optimização dos recursos do sistema de saúde.

Segundo Bugalho e Carneiro, ela «interfere com os esforços terapêuticos, reduzindo os benefícios clínicos da medicação e promovendo a utilização de meios diagnósticos e de tratamento desnecessários». Para os mesmos autores, os custos directos da falta de controlo da terapêutica aplicada a qualquer doença são três a quatro vezes superiores aos de um bom controlo. Os custos indirectos, como a diminuição da produtividade, a reforma antecipada e, no limite, a morte, apresentam uma magnitude semelhante. Por conseguinte, «o controlo e aumento da adesão à terapêutica são benéficos para os sistemas de saúde», pelo que as intervenções destinadas a melhorar a adesão à terapêutica constituem uma contribuição importante para a melhoria da saúde da população (Bugalho e Carneiro 2004).

Apesar da proliferação de estudos, os resultados encontrados não são coincidentes, devido em grande parte à variedade das metodologias aplicadas: a maioria dos estudos apresenta valores que variam assim entre 30% e 70% de doentes que não seguem na íntegra as indicações médicas (DiMatteo 2004; Salzman 1995), estimando-se uma média aproximada de 50% de pacientes que não tomam os medicamentos de acordo com as prescrições nos países desenvolvidos e um índice de adesão ainda menor nos países em vias de desenvolvimento (Haynes, McKibbin e Kanani 1996; Osterberg e Blaschke 2005; WHO 2003). Mais especificamente, alguns trabalhos (Bugalho e Carneiro 2004; DiMatteo 1994; Klein e Gonçalves 2005; Sheridan e Radmacher 1992) concluíram, ainda, que 30% a 50% dos pacientes não seguem o esquema prescrito no que diz respeito aos horários das tomas e à dosagem, seja nos planos de tratamento de curta duração, que não são cumpridos por cerca de 38%, seja nos de longa duração, que ascendem a mais de 45%; 20% a 40% não se submetem a vacinações recomendadas; e 20% a 50% não comparecem a consultas agendadas.

Dados do *European Social Survey* de 2004 demonstram ainda que 12,2% dos europeus usaram o último medicamento que lhes foi receitado, todo ou em parte, mas não da forma como foi receitado; 3,2% aviaram a receita mas não a tomaram e 3,7% nem sequer foram à farmácia

### *A Adesão à Terapêutica em Portugal*

(em Portugal, esses valores correspondem a 4,8%, 1,0% e 0,8%, respectivamente). Quando as recomendações incidem sobre a alteração de hábitos e estilos de vida, tais como deixar de fumar, moderar ou evitar a ingestão de bebidas alcoólicas, modificar a dieta alimentar ou fazer exercício físico, os níveis de incumprimento são ainda mais elevados, com valores a rondar os 75,0% de pessoas que não aderem a essas recomendações.

A título de exemplo, a não adesão conduz a 125 000 mortes por ano nos EUA e provoca entre 5% e 15% de hospitalizações no mesmo período de tempo (Bugalho e Carneiro 2004). Observa-se assim que os pacientes não aplicam correctamente um amplo conjunto de regimes terapêuticos que vão desde o seguimento das indicações médicas relacionadas com procedimentos clínicos curativos até à adopção de comportamentos preventivos e de controlo ou diminuição do risco de doença (Sarafino 1990; Sheridan e Radmacher 1992). Apesar da operacionalização de grande quantidade de indicadores e da gravidade dos resultados encontrados, é lícito concluir que dificilmente se terá conseguido apreender a globalidade e a complexidade do problema, continuando a subsistir uma enorme incerteza quanto à sua real dimensão e quanto às suas causas.