Revista de Ciências
Farmacêuticas
Básica e Aplicada
Journal of Basic and Applied Pharmaceutical Sciences

Rev Ciênc Farm Básica Apl., 2014;35(2):177-185
ISSN 1808-4532

Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria a prática clínica

Felipe Assan Remondi[1,*]; Silas Oda[2]; Marcos Aparecido Sarria Cabrera[3]

[1] Mestre em Saúde Coletiva, Farmacêutico da 16ª Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Apucarana, PR.
[2] Farmacêutico, Residente em Saúda da Família da Universidade Estadual de Londrina – UEL, Londrina, PR.
[3] Doutor em Ciências da Saúde, Professor Associado do Departamento de Clínica Médica e do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UEL, Londrina, PR

RESUMO

O objetivo da presente revisão é apresentar de forma clara e acessível os conceitos-chave para compreensão, identificação e manejo da não adesão ao tratamento farmacológico, aplicados à realidade brasileira. Para isso conduziu-se busca por artigos científicos nas bases Scielo, Scopus e PubMed. Os artigos identificados foram selecionados por revisores independentes observando as etapas de uma revisão integrativa com síntese qualitativa dos dados. Existem diferentes termos para definir o grau em que o comportamento do paciente corresponde às orientações de saúde. As conseqüências de tal comportamento representam um importante preditor de desfechos clínicos negativos, como o aumento de mortalidade, internações e custos com saúde, e é determinado por múltiplas dimensões. Condições relacionadas a fatores socioeconômicos, a características do sistema e equipe de saúde, ao paciente, a doença e ao tratamento são condicionantes da não adesão, que pode ser intencional ou não intencional. Sua mensuração pode ser feita por métodos diretos, indiretos ou pela combinação destes de acordo com o enfoque desejado. A construção de práticas profissionais e rotinas nos serviços de saúde que sejam capazes de identificar a não adesão, rastrear seus determinantes individuais e construir estratégias de intervenção e suporte são fundamentais para o manejo desta condição, aumento da resolutividade dos serviços e, assim, da qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Adesão à medicação. Cooperação do paciente. Atenção primária à saúde. Terapêutica.

Autor correspondente: Felipe Assan Remondi. 16ª Regional de Saúde, Rua Osório Ribas de Paula, 435, Centro, Apucarana/PR, CEP 86800-140. E-mail: felipe.remondi@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A não adesão ao tratamento medicamentoso está diretamente relacionada ao aumento da morbimortalidade, especialmente em doenças crônicas (Simpson et al., 2006; Wu et al., 2006; Sokol et al., 2005). Apesar de mais de cinco décadas de pesquisa sobre o tema, o problema persiste no cotidiano dos serviços de saúde (DiMatteo, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a não adesão a terapias de longo prazo gira em torno de 50% na população geral, sendo que em países menos desenvolvidos estes valores podem ser muito superiores (World, 2003). Estudos nacionais (Remondi, 2012; Bloch et al., 2008; Cintra et al., 2010; Blatt et al., 2009) apontam prevalências concordantes com a estimativa da OMS.

Segundo Leite & Vasconcelos (2003), para compreender a não adesão é importante reconhecer o papel central do paciente nesse contexto, sem deixar de lado os determinantes relacionados ao tratamento e aos serviços de saúde.

Por sua vez, Jordan et al. (2000) apontam que aderir a terapia constitui um comportamento dinâmico, onde não se é aderente, mas se está aderente. A partir deste entendimento firma-se a necessidade de tornar cada vez mais acessível aos serviços de saúde a compreensão da dimensão, consequências e, principalmente, estratégias para identificar e reduzir este importante problema de saúde (Leite & Vasconcellos, 2003; Jordan et al., 2000).

O objetivo desta revisão é apresentar os conceitos-chave para compreensão da não adesão e estratégias para seu controle, possibilitando a reflexão e qualificação do cuidado por parte dos profissionais e serviços de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com uma síntese qualitativa dos principais achados. Esta técnica de revisão difere da revisão sistemática ao possibilitar uma abordagem metodológica mais ampla para uma compreensão completa do fenômeno analisado (Mendes et al., 2008).

A pergunta norteadora da revisão foi: "Quais as principais informações a respeito da não adesão ao tratamento medicamentoso que podem ser apresentadas a profissionais de saúde visando uma reflexão e qualificação do cuidado prestado?".

Como forma de estruturar a narrativa do trabalho e a seleção dos artigos, os autores delinearam uma linha guia observando a pergunta norteadora e sua experiência prévia. Nesta linha definiram-se como tópicos a serem desenvolvidos: (1) conceitos e definições; (2) consequências e impacto; (3) determinantes e fatores associados; (4) métodos de mensuração e avaliação e, por fim, (5) estratégias para promoção da adesão ao tratamento.

Para a obtenção dos artigos revisados, procedeu-se uma busca inicial entre dezembro de 2011 e abril de 2012 nas bases de dados *PubMed, Scielo e Scopus.* Primando por uma maior sensibilidade, a pesquisa foi realizada em todos os índices disponíveis em cada base de dados (ex.: busca a partir do título, assunto, resumo e corpo do texto) combinando as palavras-chave: *Adherence ou Compliance e Medication, Drug Therapy ou Treatment.*

A busca nas três bases resultou em 2162 publicações (figura 1). Como critério de inclusão, definiu-se que o trabalho deveria focar o fenômeno comportamental da adesão/não adesão à medicação, ter sido publicado em língua inglesa, portuguesa ou espanhola e com data de publicação preferencial nos cinco anos anteriores (2005 a 2012), mas não se restringindo a este período. Foram incluídos inicialmente no estudo 847 trabalhos.

A partir dos títulos dos trabalhos identificados, dois revisores procederam com o refinamento da pesquisa excluindo trabalhos que não adequavam-se à pergunta norteadora, como por exemplo aqueles que focaram a avaliação de medicamentos e drogas (ex.: ensaios clínicos), doenças específicas, adesão a outros elementos que não o medicamento, entre outros.

Após a triagem inicial, foram identificados 144 artigos (figura 1) que após supressão das repetições (22), tiveram os resumos lidos e as principais informações coletadas em uma ficha padronizada (título, autores, dados da publicação, resumo, tipo de estudo, indicação de qual seção da linha guia o artigo se enquadra e observações).

Com base em tais dados e por consenso entre os autores, foram excluídos os artigos que não apresentaram concordância com a linha guia previamente definida, que possuíam insuficiências metodológicas ou que não tiveram seus textos completos obtidos, sendo selecionados para leitura completa 54 artigos.

Como forma de possibilitar a revisão de publicações relevantes à discussão do tema abordado, após a leitura na íntegra dos artigos originais, as referências de cada um deles foram checadas em busca de artigos clássicos (citados repetidamente) ou de grande relevância, incluídos conforme sua importância, disponibilidade e concordância com a linha de discussão previamente definida.

Ao final, 32 artigos (Figura 1) foram considerados para estruturação da narrativa, sendo descritos qualitativamente de maneira encadeada.

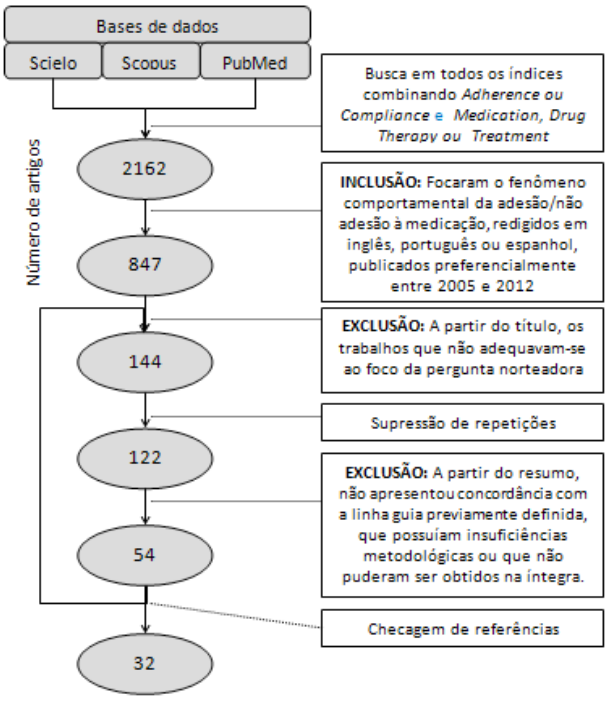

Figura 1. Fluxograma de busca, inclusão e exclusão dos artigos coletados entre dezembro de 2011 e abril de 2012 para composição da revisão. Os números no interior das caixas referem-se ao número de artigos selecionados em cada etapa do processo.

Conceitos Diferentes, Posturas Diferentes

São utilizados diversos termos para definir o grau em que o comportamento dos pacientes corresponde às orientações médicas (Leite & Vasconcellos, 2003; Jordan at al., 2000; Horne, 2006). Entre eles, os mais utilizados são *compliance* (complacência, observância) e *adherence* (adesão).

Horne (2006) aponta que a primeira definição pode ser entendida como nível de obediência do paciente às recomendações prestadas. Embora de uso corrente na literatura médica e farmacêutica, atribui-se ao termo compliance (complacência) uma conotação reducionista à relação médico-paciente (Leite & Vasconcellos, 2003; Horne, 2006), comum no cotidiano dos serviços de saúde, na qual o indivíduo não possui autonomia sobre os cuidados em saúde que estão sendo ofertados, cabendo a ele apenas obedecê-las (Leite & Vasconcellos, 2003).

Na tentativa de superar tal conceito e enfatizar o papel ativo e colaborativo do indivíduo frente ao esquema terapêutico, foi proposto o termo *adherence*, definido como quanto o comportamento do paciente corresponde às recomendações acordadas com o prescritor ou com outros profissionais de saúde (World, 2003).

Um termo também registrado na literatura é o *concordance* (concordância), sugerido pela Real Sociedade Farmacêutica da Grã-Bretanha a partir de 1997. Esse conceito avança no entendimento do acordo estabelecido, trabalhando na perspectiva da comunicação durante a

prescrição, estabelecimento compartilhado de metas e apoio ao paciente durante o período de utilização do medicamento (Mullen, 1997). Além da possibilidade de divergências entre os pontos de vista, considera fundamental o consenso e a responsabilização de todos os envolvidos (profissionais, pacientes, familiares, etc.).

Outro termo que auxilia na compreensão do fenômeno refere-se ao fato de que muitos pacientes iniciam o tratamento e, no decorrer da evolução clínica, o descontinuam, ou seja, o interrompem. O tempo entre o início e a descontinuação do tratamento é denominado "persistência" (*Persistence*), uma importante definição ao agregar a dimensão temporal ao comportamento aderente, afinal, quando se tratam de doenças crônicas, a prevenção de complicações se dá sobre a adesão constante a tratamentos contínuos (Yeaw at al., 2009; Cramer, 2004).

Para além de uma discussão semântica ou de terminologia, a diferença entre os termos revela distintas posturas na relação entre o indivíduo, o provedor de saúde e suas orientações (Leite & Vasconcellos, 2003; Jordan at al., 2000). Devem, portanto, ser objeto de reflexão por parte dos profissionais envolvidos no cuidado, pois de nada adianta ofertar o medicamento se o paciente não tiver plenas condições e concordância para utilizá-lo da melhor maneira possível.

principalmente em doenças crônicas (Simpson et al., 2006; Wu et al. 2006; Sokol et al., 2005; World, 2003).

Um estudo norte americano de base populacional conduzido por Sokol et al. (2005) acompanhou mais de 137 mil participantes com menos de 65 anos de idade durante dois anos e avaliou o impacto financeiro e o risco de hospitalização entre pacientes com hipertensão e diabetes. Os autores concluíram que quanto menores as taxas de adesão ao tratamento, maior o risco de hospitalização ($p<0,05$) e aumento dos custos relacionados a serviços de saúde ($p<0,005$).

Por sua vez, metanálise que abrangeu 21 estudos (n=46.847 participantes) apontou que o comportamento aderente está estatisticamente associado a menor mortalidade (OR=0,55) (Simpson et al., 2006). Reafirmando tais achados, a pesquisa longitudinal realizada por Wu et al. (2006) com doentes crônicos usuários de múltiplos medicamentos acompanhados durante dois anos (n=1011), concluiu que pacientes com baixa adesão chegam a proporções de mortalidade até 2,9 vezes maior do que pacientes com melhores níveis de adesão (figura 2).

Tais estudos quantificam alguns dos diversos efeitos da não adesão ao tratamento medicamentoso, como complicações do estado de saúde, hospitalizações, consumo de recursos assistenciais e a morte.

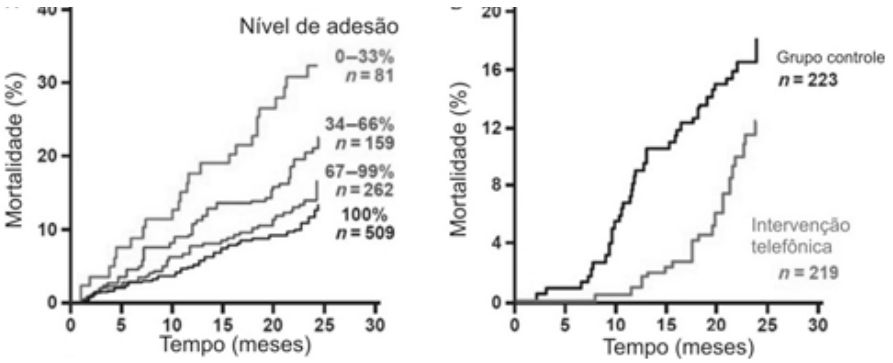

Figura 2. (A) Estimativa de sobrevida (Kaplan-Meier) para 1011 pacientes. O risco relativo para pacientes com adesão entre 0-33% e 34-66% foi de 2,9 e 1,8, respectivamente, comparados com pacientes com nível de adesão igual ou maior do que 67% (Traduzido e adaptado de Wu et al., 2006). (B) Efeito da intervenção telefônica realizada por farmacêutico sobre todas as causas de morte em pacientes utilizando múltiplos medicamentos. O risco relativo da intervenção foi de 0,59 (p=0,039) após ajuste por fatores de confusão (Traduzido e adaptado de Wu et al., 2006).

O Problema da Não Adesão do Ponto de Vista Clínico e Epidemiológico

Dimensionar a extensão do problema do ponto de vista coletivo concretiza-se como um desafio, pois a estimação da prevalência da não adesão é influenciada pelos distintos métodos de mensuração disponíveis, população de estudo, entre outras variáveis. Independentemente de sua prevalência, a não adesão ganha importância por representar forte preditor de desfechos clínicos desfavoráveis,

Apesar da escassez de estudos brasileiros que analisem o impacto da não adesão sobre desfechos negativos em saúde, é possível supor que a realidade brasileira não diverge dos resultados apresentados, reforçando a necessidade de instituições e profissionais de saúde incorporarem um novo paradigma sobre a qualidade do uso de medicamentos, na qual a adesão e seus determinantes sejam identificados e adequadamente manejados (Remondi, 2012; Bloch et al., 2008; Cintra et

al., 2010; Blatt et al., 2009; Leite & Vasconcellos, 2003; Jordan et al., 2000).

Identificando o Comportamento

Identificar de forma confiável a não adesão ao tratamento representa talvez a primeira estratégia para qualificar o cuidado e elevar os níveis de resolutividade das ações assistenciais (Jordan et al., 2000; Osterberg & Blaschke, 2005; Nemes et al., 2009).

Para isso, classicamente são definidos dois tipos de métodos de mensuração, os diretos e os indiretos. Os métodos diretos envolvem medidas sanguíneas dos fármacos ou metabólitos e a observação direta da terapia (ex.: doses assistidas em tuberculose). Os indiretos abrangem múltiplas técnicas, como a contagem de pílulas, questionários, frequência de dispensação, medidores eletrônicos, medidas do resultado clínico (ex.: pressão sanguínea, hemoglobina glicada ou carga viral), diários dos pacientes ou de seus cuidadores, entre outros (Leite & Vasconcellos, 2003; Osterberg & Blaschke, 2005).

Osterberg & Blaschke (2005) apontam que na prática os métodos indiretos são mais baratos e acessíveis, no entanto, apresentam limitações e confiabilidade inferior aos métodos diretos. Segundo Nemes et al. (2009), não existe um método capaz de mensurar toda a dimensão do comportamento aderente. Portanto, antes de qualquer coisa é preciso distinguir o foco da mensuração (epidemiológica ou clínica) para a combinação adequada dos métodos disponíveis e a obtenção das melhores medidas para cada situação.

O enfoque epidemiológico visa obter maior acurácia, devendo combinar medidas de ato, processo e efeito da não adesão, por exemplo, mensurar simultaneamente contagem de comprimidos (medida de ato), escala de não adesão autorreferida (medida de processo) e mensuração da pressão arterial (medida do efeito) (Nemes et al., 2009).

Por outro lado, o enfoque clínico objetiva melhores resultados para o paciente e, dessa forma, precisa ser capaz de avaliar o comportamento de forma simples e diferenciar as causas da ineficácia do tratamento instituído. Para reduzir a subjetividade da avaliação clínica e contribuir nessa distinção, propõe-se como medida de apoio a utilização de instrumentos epidemiologicamente validados. Esses instrumentos seriam aplicados, por exemplo, na triagem dos pacientes e seus resultados levados em consideração no processo de anamnese e prescrição, em consonância com os desejos e particularidades de cada indivíduo (Nemes et al., 2009).

Inúmeros instrumentos podem ser encontrados na literatura para uso em grupos distintos (Morisky et al., 2008; Santa-Helena et al., 2008; Delgado & Lima, 2001; Morisky et al., 1986). Um dos mais utilizados é a escala de Morisky et al. (1986) que quantifica a adesão ao tratamento por meio de quatro (04) questões autorreferidas. Para melhorar as propriedades de detecção desta escala, foi proposto um novo formato com oito (08) questões (Morisky et al., 2008).

Pergunta	***Pontuação***
Você às vezes se esquece de tomar os comprimidos para pressão alta? ***(sim=0; não =1)***	
Ao longo das duas ultimas semanas, houve algum dia que você não tomou seu(s) medicamento(s) para a pressão? ***(sim=0; não =1)***	
Você já diminuiu a dose ou parou de tomar o(s) medicamento(s) sem consultar seu médico? ***(sim=0; não =1)***	
Quando você viaja ou sai de casa, você às vezes se esquece de levar seus medicamentos? ***(sim=0; não =1)***	
Você deixou de tomar sua medicação para pressão alta ontem? ***(sim=0; não =1)***	
Quando você sente que sua pressão está controlada, de vez em quando você deixa de tomar o remédio? ***(sim=0; não =1)***	
Ter que tomar a medicação todos os dias é algo desagradável para algumas pessoas. Você já se sentiu incomodado por ter de tomá-la? ***(sim=0; não =1)***	
Qual sua dificuldade em se lembrar de tomar todos os seus remédios de pressão arterial? ***1*** *Pouca dificuldade* ***2*** ***3*** ***4*** ***5*** *Muita dificuldade*	
1 ponto / *0 pontos*	
SOMATÓRIA TOTAL	
Comportamento pouco aderente	*0 a 5 pontos*
Comportamento de adesão mediano	*6 ou 7 pontos*
Comportamento plenamente aderente	*8 pontos*

Figura 3. Barema de avaliação do comportamento aderente de pacientes segundo livre tradução e adaptação da escala de oito itens proposta por Morisky et al. (2008).

No novo formato (figura 3), as oito perguntas são formuladas na ordem inversa para reduzir a tendência dos pacientes em responder afirmativamente aos questionamentos. As sete primeiras perguntas são dicotômicas (sim/não), e cada resposta negativa corresponde a um ponto e a oitava pergunta tem como resposta uma escala tipo *Likert* de um a cinco (01 a 05), com sugestão de ser considerado um ponto se a resposta for menor ou igual a três (03). O grau de adesão do indivíduo é definido de acordo com a somatória de pontos que ele obtém, sendo que quanto maior a pontuação mais aderente ele é (Morisky et al., 2008).

A escala apresentou em seu estudo original sensibilidade de 93% e especificidade de 53% em relação ao controle da pressão arterial aferida, constituindo uma ferramenta para triagem no cotidiano dos serviços de saúde e consultórios (Morisky et al., 2008).

Determinantes e Fatores Associados

Identificados os pacientes, para melhor definição das ações a serem promovidas, deve-se compreender quais os fatores que facilitam ou obstruem o comportamento do indivíduo em atender às recomendações médicas. A OMS considera a adesão um fenômeno multidimensional condicionado por cinco esferas: sistema e equipe de saúde, fatores socioeconômicos, relacionados ao paciente, à doença e ao tratamento (tabela 1) (World, 2003).

Apesar de evidências que indicam correlação entre características socioeconômicas com a não adesão (World, 2003), Jordan et al. (2000) apontam que o fenômeno manifesta-se de forma universal, podendo afetar a todos os indivíduos em uso de medicamentos, independentemente de sua idade, condição socioeducacional e outras características.

Tabela 1. Dimensões da adesão/não adesão ao tratamento medicamentoso e alguns dos fatores associados segundo a OMS (World, 2003).

Dimensão relacionada a(o)	Fatores associados
Condições socioeconômicas	Baixo nível socioeconômico, baixo suporte social, alto custo dos medicamentos, custo do transporte para acesso aos serviços de saúde e crenças relacionadas a doença/ tratamento.
Sistemas e equipes de saúde	Sistemas de saúde pouco estruturados, acesso insuficiente aos medicamentos, consultas médicas superficiais, baixa capacidade da equipe de saúde em acompanhar e promover educação em saúde e rotatividade dos profissionais.
Doença	Severidade e percepção dos sintomas, progressão da patologia, comprometimentos funcionais, disponibilidade de tratamentos efetivos e comorbidades.
Tratamento	Alta complexidade do regime terapêutico, longa duração do tratamento, mudanças frequentes na terapia, presença de efeitos colaterais, não percepção de efeitos benéficos.
Paciente	Idade elevada, baixo letramento em saúde, baixo conhecimento acerca da doença e terapia, falta de confiança no diagnóstico, não aceitação da doença, experiência prévia negativa com a medicação, ansiedade, falta de motivação, compreensão insuficiente da necessidade do tratamento, expectativas e estigmas.

Assim, a discussão acerca da adesão à terapêutica medicamentosa deve ser centrada no paciente, pois ele é o objetivo e o objeto das investigações e das ações para promovê-la (Leite & Vasconcellos, 2003). Isso não significa focar somente a subjetividade, mas atentar-se ao fato de que todos os elementos serão reverberados no indivíduo.

Entre os distintos elementos que modulam a postura frente ao tratamento, as experiências prévias com o uso de medicamentos desempenham importante papel (World, 2003, Shoemaker et al., 2011) por se relacionar ao autocuidado e influenciar a forma com que outros fatores serão compreendidos pelo paciente. Shoemaker et al. (2011) apontam que ao longo de nossas vidas acumulamos vivencias tanto positivas quanto negativas relacionadas ao uso de medicamentos e seus efeitos (benéficos ou não), de forma a determinar nosso comportamento futuro frente o uso da medicação. Nesse sentido, a compreensão de tais expectativas, medos e anseios são fundamentais para a avaliação do comportamento e a definição de estratégias de intervenção, havendo inclusive orientações específicas e bem detalhadas para o aconselhamento focado em cada uma destas características (Shoemaker et al., 2011).

Além da compreensão dos determinantes e fatores associados, pode-se dividir o comportamento de adesão em dois componentes segundo a intencionalidade do paciente (Lowry et al., 2005; Lehane & McCarthy, 2007).

O componente intencional (quando há uma atitude deliberada) da não adesão relaciona-se principalmente à adaptação do paciente a sua condição, às experiências prévias com o uso de medicamentos, à percepção de efeitos adversos, à confiança no médico e na equipe de saúde, entre outros. Por sua vez, o componente não intencional está mais vinculado a esquecimentos, a existência de múltiplas morbidades, ao número de medicamentos, a complexidade do tratamento instituído, a severidade da doença e a capacidade funcional reduzida (Lehane & McCarthy, 2007).

Pesquisa realizada com residentes maiores de 40 anos de idade usuários de medicamentos contínuos em um município do sul do país apontou que 63,5% dos entrevistados foram considerados não aderentes, com predomínio do componente intencional da não adesão (Remondi et al., 2012). A mesma pesquisa aponta ainda que podem ser observadas diferenças entre os fatores associados e a natureza da adesão, evidenciando, portanto, que a distinção entre estes componentes é importante não só do ponto de vista teórico, mas também na definição de linhas de intervenção e manejo (Lowry et al., 2005; Lehane & McCarthy, 2007)

Manejando e Reduzindo o Problema

Por se tratar de um comportamento determinado por múltiplas dimensões, promover a adesão ao tratamento

requer a combinação de estratégias que abordem tanto o componente intencional quanto o não intencional (Lehane & McCarthy, 2007; Osterberg & Blaschke, 2005). Para isso os serviços e profissionais de saúde podem criar mecanismos sistemáticos de investigação e manejo, tomando como parâmetro algumas etapas (tabela 2).

Tabela 2. Sugestão de etapas para identificação e manejo da não adesão ao tratamento a serem realizadas no âmbito dos serviços de saúde (Traduzido e adaptado de Osterberg & Blaschke, 2005).

Nº	Ação(ões)
1.	Identificar e compreender a baixa adesão: a. Avaliar os pacientes b.Observar indicadores da não adesão, tais como metas não cumpridas, resposta ao tratamento insuficiente e irregularidade na retirada do medicamento. c. Perguntar sem causar desconforto sobre barreiras/dificuldades no uso de medicamentos.
2.	Simplificar o regime terapêutico o máximo possível, oferecendo instruções simples e claras sobre sua execução.
3.	Enfatizar a importância do tratamento e de seu seguimento.
4.	Estimular a habilidade do paciente (empoderamento) para seguir o regime e, se necessário, promover medidas de suporte.
5.	Encorajar a adoção de uma rotina para o uso dos medicamentos.
6.	Ouvir o paciente e personalizar seu tratamento de acordo com suas necessidades.
7.	Se necessário, envolver a família, amigos e serviços de saúde para medidas de suporte.
8.	Reforçar o comportamento desejado e os resultados do tratamento.
9.	De acordo com o caso, considerar medicamentos que não tem diminuição de seu efeito quando se esquece/pula doses (ex.: medicamentos com meia vida longa e medicamentos de *depot*).

Como já apresentado, o primeiro passo é identificar a não adesão e a partir disso estabelecer um vínculo de confiança com o paciente. Isso pode ser feito por qualquer profissional da saúde que estabeleça um diálogo livre de julgamentos, onde aplicam-se questionários de avaliação da adesão, se questiona sobre doses perdidas/esquecidas, sobre efeitos colaterais, os motivos para não tomar a medicação e motivos para aderir o tratamento (Osterberg & Blaschke, 2005). Esta abordagem pode ser feita, por exemplo, perguntando: "Eu sei que é muito difícil tomar todos os medicamentos regularmente. Você tem tido dificuldades?".

Segundo Lowry et al. (2005), o componente intencional da não adesão relaciona-se essencialmente à forma que o paciente enxerga sua saúde e seu tratamento, manifestando medos e crenças culturalmente construídas. Nesse sentido a relação entre o sujeito e seu provedor de saúde é fundamental para intervir sobre este componente (Stavropoulou, 2011), como o observado em estudo que identificou que pacientes acompanhados por médicos com habilidade de comunicação efetiva tem o dobro de chances (OR=2,16) de aderir ao tratamento farmacológico (Zolnierek & Dimatteo, 2009).

Além dos aspectos comportamentais de ambos (provedor de saúde e paciente), merecem atenção problemas relacionados ao próprio regime terapêutico e sua influência sobre o componente não intencional. Regimes terapêuticos simplificados e adequados às necessidades particulares do indivíduo são importantes facilitadores da adesão ao tratamento, pois possibilitam a criação de rotinas e melhoram a aceitação do paciente (World, 2003; Acurcio et al., 2009; Haynes et al., 2008).

Contribui com tal discussão a compreensão ampliada do regime e de sua complexidade terapêutica, que vai além do número de remédios, abrangendo também a frequência de utilização, forma de dosagem e ações requeridas (Acurcio et al., 2009), sendo que cada um desses elementos pode ser alvo de simplificação. Um estudo conduzido por Remondi (2012) apontou que em usuários de medicamentos contínuos, a frequência de utilização do(s) medicamento(s) ao longo do dia foi determinante na adesão à terapia, superando inclusive outros parâmetros como a complexidade global do regime, número de medicamentos, forma farmacêutica e ações para utilização do produto.

De maneira geral, incrementar a adesão em condições crônicas requer a combinação de mecanismos que garantam a continuidade do cuidado, operando medidas de suporte às intervenções (Haynes et al., 2008; Dulmen et al., 2007; McDonald et al., 2002). Muitas alternativas são descritas pela literatura, inclusive com efeitos estatisticamente significativos, dentre as quais se podem pontuar (McDonald et al., 2002): organização dos medicamentos por cores e/ou caixas conforme horário de utilização; sensibilização das empresas empregadoras para dar suporte aos trabalhadores; pagamento de recompensas para pacientes aderentes; criação de lembretes (escritos, por telefone ou email) sobre os horários e forma de utilizar os medicamentos, bem como fornecimento de panfletos ou informações por escrito; utilização de linguagem lúdica, cores e símbolos para pacientes com necessidades especiais; programas educacionais em grupos (ex.: pacientes asmáticos) e acompanhamento farmacoterapêutico (Atenção Farmacêutica ou *Pharmaceutical Care*).

O aconselhamento periódico, mesmo que não presencial (ex.: via telefone), representa uma importante medida de suporte, de baixo custo e facilmente implementável nos serviços de saúde. Como exemplo, Wu et al. (2006) conduziram um ensaio clínico controlado em que um farmacêutico treinado realizou contato telefônico com pacientes usuários de múltiplos medicamentos com o objetivo de estimular a pró-atividade dos pacientes frente a seu tratamento, perguntar sobre o jeito de tomar os medicamentos, reforçar a relevância da adesão, encorajar debates com o médico sobre efeitos colaterais e dificuldades do tratamento, entre outros pontos. A partir da intervenção houve a redução de 50% das taxas de não adesão, redução do número de internações e procura por serviços de emergência e, consequentemente, diminuição em 41% do risco de morte (figura 2).

Experiências como esta apontam que é possível, com medidas simples e de baixo custo, atuar satisfatoriamente sobre a não adesão, minimizando seu impacto individual e coletivo. No contexto do Sistema Único de Saúde, Remondi (2012) aponta ainda que os Agentes Comunitários de Saúde desempenham papel relevante na promoção da adesão, revelando o potencial das equipes de Saúde da Família na construção de medidas sistematizadas de promoção da adesão ao tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acerca do delineamento adotado, se faz necessário considerar que a revisão integrativa com síntese qualitativa dos resultados difere dos padrões das revisões comumente observadas na área de saúde, situando-se entre o rigor de uma revisão sistemática e a subjetividade de uma revisão narrativa, sem que isso invalide seus resultados ou sua importância.

Além disso, em função do elevado número e diversidade de artigos identificados na busca inicial, imprecisões podem ter ocorrido ao longo do processo. Ademais, se por um lado a estratégia da definição de uma linha guia para orientar a triagem de artigos e construção da narrativa possibilitou a simplificação do processo, por outro, ela pode ter criado elementos de subjetividade que podem dificultar a reprodução plena do trabalho. Ainda que isto tenha ocorrido, pontua-se que os critérios de busca e seleção foram suficientes para o cumprimento dos objetivos da revisão e, desta forma, contribuem para a síntese dos conhecimentos acerca do assunto, suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica.

Ao final conclui-se que embora represente um grande e persistente problema de saúde pública, pode-se promover a adesão ao tratamento com medidas relativamente simples e acessíveis. Apesar da elevada complexidade acerca do tema e seus fatores associados, os profissionais e serviços de saúde não devem se isentar da responsabilidade de inserir em suas práticas cotidianas a reflexão sobre suas posturas e ações empreendidas para a redução do problema.

A aproximação do conhecimento acadêmico à pratica clínica diária é uma ação necessária, tornando possível a redução de custos, diminuição da morbimortalidade e, consequentemente, impactando na elevação da qualidade de vida dos pacientes com respectivo aumento da resolutividade dos serviços de saúde.

ABSTRACT

Non-adherence to drug therapy: from theory to clinical practice

The aim of this review is to discuss in a clear and accessible way the key concepts for the understanding and management of non-adherence to pharmacological treatment, in the Brazilian context. To this end, a search was conducted among scientific articles published in Scopus, Scielo and PubMed. Papers were selected and analyzed by independent reviewers, following the stages of an integrative review involving qualitative interpretation of records. Various terms are used currently to define the degree of correspondence between a patient's behavior and the medical advice received. Non-adherence is determined by multiple dimensions and represents an important predictor of adverse clinical outcomes, such as increased mortality, hospitalization and health care cost. Living conditions related to socioeconomic factors, characteristics of the health system and health care professionals in relation to the patient, the disease and its treatment can all play a part in non-adherence, which may be intentional or unintentional. It can be measured by direct, indirect or mixed methods, according to the type of enquiry. The development of professional practices and routines in the health services, capable of identifying non-adherence, tracing its individual causes and building intervention and support strategies, is basic to the management of this situation and improvement of the services provided and patients' quality of life.

Keywords: Medication adherence. Non-adherence. Medication compliance. Primary care. Therapeutic drug.

REFERÊNCIAS

Acurcio FA, Silva AL, Ribeiro AQ, Rocha NP, Silveira MR, Kein CH, Rozenfeld S. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos, Belo Horizonte, MG. Rev Assoc Med Bras. 2009;55(4):468-74.

Blatt CR, Citadin CB, Souza FG, Mello RS de, Galato D. Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2009;42(2):131-6.

Bloch KV, Melo AN, Nogueira A. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. Cad Saúde Pública. 2008;24(12):2979-84.

Cintra FA, Guariento MH, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. Ciênc. Saúde Coletiva. 2010;15(3):3507-15

Cramer JA. A Systematic Review of Adherence with medications for diabetes. Diabetes Care. 2004;27(5):1218-24.

Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psicol Saúde Doença. 2001;2(2):81-100.

DiMatteo MR. Variations in patients adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. Med Care. 2004;42(3):200-9.

Dulmen S, Slujis E, Diik L, Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. BMC Health Serv Res. 2007;17(7):55. doi:10.1186/1472-6963-7-55.

Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews [serial on line] 2008 [cited 2012 Apr 04]. Avaliable from: URL: http://summaries.cochrane.org/CD000011/interventions-for-enhancing-adherence-to-prescribed-medications.

Horne R. Compliance, Adherence, and Concordance. Chest. 2006;130(1 suppl):65S-72S.

Jordan MS, Lopes JF, Okazaki E, Komatsu C, Nemes MIB. Aderência ao tratamento anti-retroviral em aids: revisão da literatura médica. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E. Tá difícil de engolir? Experiências da adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. 2000 [cited 2012 Mar 24] Avaliable from: URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ta_dificil.pdf.

Lehane E, McCarthy G. Intentional and unintentional medication non-adherence: a comprehensive framework for clinical research and pratice? A discussion paper. Int J Nurs Stud 2007; 44(8): 1468-77.

Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Cienc saude coletiva. 2003; 8(3): 775-782.

Lowry KP, Dudley T, Oddone E. Intentional and unintentional non-adherence to antihypertensive medication. Ann Pharmacother, 2005 39 (7-8), 1198–1203.

McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions. JAMA, 2002;288(22):2868-79

Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto - Enferm. 2008. 17(4):758-64.

Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens. (Greenwich). 2008;10(5):348-54.

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67-74.

Mullen PD. Compliance becomes concordance. BMJ. 1997 [cited 2012 Mar 19]; 314:691. Avaliable from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9116538.

Nemes MIB, Helena ETS, Caraciolo JMM, Basso CR. Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches. Cad Saúde Pública 2009;25(3 supl):S392-S400.

Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. N Engl J Med. 2005;353(5):487-97.

Remondi FA. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo e fatores associados: Estudo de base populacional. [Dissertação]. Londrina: Centro de Ciências da Saúde, UEL; 2012. [cited 2013 Mar 06]. Avaliable from: http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/123.pdf.

Remondi FA; Cabrera MAS; Domingos A. Intencionalidade da não adesão ao tratamento farmacológico contínuo e fatores determinantes: estudo de base populacional. In: Anais 10. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2012. [cited 2013 Mar 06]. Avaliable from: http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/.

Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. Rev Saúde Pública. 2008;42(4):764-7.

Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, Johnson JA. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. BMJ. 2006;333(7557):15. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.

Shoemaker SJ, Oliveira DR, Alves M, Ekstrand M. The medication experience: preliminary evidence of its value for patient education and counseling on chronic medications. Patient Educ Couns. 2011 Jun;83(3):443-50.

Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost. Med Care. 2005;43(6):521-30

Stavropoulou C. Non-adherence to medication and doctor-patient relationship: Evidence from a European survey. Patient Educ Couns. 2011;83(1):7-13.

World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003. [cited 2012 Apr 14]. Avaliable from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf 2003

Wu JYF, Leung WYS, Chang S, Lee B, Zee B, Tong PCY, Chan, KCN. Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomised controlled trial. BMJ. 2006;333(7567):522. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38905.447118.2F.

Yeaw J, Benner JS, Walt JG, Sian S, Smith DB. Comparing adherence and persistence across 6 chronic medication classes. J Manag Care Pharm. 2009;15(9):728-40.

Zolnierek KM, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care. 2009;47(8):826-34.

Recebido em 17 de fevereiro 2013.

Aceito em 12 de junho de 2013.