

## ARTIGO TEÓRICO/ENSAIO

## Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção

*Therapeutic adherence: contributions to understanding and intervention*

*Adherencia terapéutica: contribuciones a la comprensión e intervención*

Ana Paula Forte Camarneiro<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-3432-9261>

<sup>1</sup> Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC), Coimbra, Portugal

### Resumo

**Enquadramento:** A adesão terapêutica (AT) visa a melhor saúde dos indivíduos e populações, reveste-se de grande complexidade e é influenciada por múltiplos fatores. As taxas de não-adesão continuam demasiado elevadas, sendo importante melhor conhecer para intervir.

**Objetivos:** Analisar conceitos de AT; refletir sobre fatores associados à AT; sistematizar estratégias de intervenção; compreender métodos de avaliação.

**Principais tópicos em análise:** A AT, enquanto comportamento do utente, é esperada como resposta às recomendações/prescrições dos profissionais de saúde, após cooperação mútua. A motivação do utente para ultrapassar barreiras à mudança de comportamento mostra-se fundamental. O utente é tomado como corresponsável pelo tratamento. Os profissionais de saúde adotam estratégias de promoção da AT em prol dos utentes, mobilizando-os. Serviços e políticas de saúde apoiam a minimização dos obstáculos e incentivam a avaliação da AT para melhorar práticas.

**Conclusão:** A AT é multifatorial, o que dificulta o processo. Para o êxito da AT é necessária coordenação exemplar de todos os atores envolvidos, utentes, profissionais de saúde e instâncias sociais e políticas, antecipando medidas adequadas.

**Palavras-chave:** adesão terapêutica; não-adesão terapêutica; tratamento; intervenção; avaliação

### Abstract

**Background:** Therapeutic adherence (TA) aims to improve the health of individuals and populations. It is highly complex and influenced by multiple factors. Non-adherence rates are still excessively high, and it is important to know more about them to intervene.

**Objectives:** To analyze concepts of TA, reflect on factors associated with TA, systematize intervention strategies, and understand assessment methods.

**Main topics under analysis:** As part of patient behavior, TA is the expected outcome of health professionals' recommendations/prescriptions, following mutual cooperation. Patient motivation is essential to overcome barriers to behavioral change, and patients are considered co-responsible for their treatment. Health professionals adopt TA promotion strategies to benefit and mobilize users. Health services and policies support the minimization of obstacles and encourage the evaluation of TA to improve practices.

**Conclusion:** TA is multifactorial, which makes the process more difficult. Successful TA requires coordinating all involved stakeholders - users, health professionals, and social and political bodies, by anticipating the appropriate measures.

**Keywords:** treatment adherence and compliance; patient non-adherence; treatment; intervention; evaluation

### Resumen

**Marco contextual:** La adherencia terapéutica (AT) tiene como objetivo mejorar la salud de los individuos y las poblaciones, es muy compleja y está influida por múltiples factores. Las tasas de no adherencia siguen siendo demasiado elevadas, y es importante comprenderlas mejor para poder intervenir.

**Objetivos:** Analizar los conceptos de AT; reflexionar sobre los factores asociados a la AT; sistematizar las estrategias de intervención; comprender los métodos de evaluación.

**Principales temas en análisis:** La AT, como comportamiento del usuario, se espera como respuesta a las recomendaciones/prescripciones de los profesionales de la salud, tras una cooperación mutua. La motivación del usuario para superar las barreras al cambio de comportamiento es esencial. El usuario se considera corresponsable del tratamiento. Los profesionales sanitarios adoptan estrategias de promoción de la AT en favor de los usuarios y los movilizan. Los servicios y las políticas sanitarias apoyan la minimización de los obstáculos y fomentan la evaluación de la AT para mejorar las prácticas.

**Conclusión:** La AT es multifactorial, lo que complica el proceso. El éxito de la AT requiere una coordinación ejemplar de todas las partes interesadas, los usuarios, los profesionales sanitarios y los organismos sociales y políticos, y anticipar así las medidas adecuadas.

**Palabras clave:** adherencia terapéutica; incumplimiento terapéutico; tratamiento; intervención; evaluación

### Autor de correspondência

Ana Paula Forte Camarneiro

E-mail: [pcamarneiro@esenfc.pt](mailto:pcamarneiro@esenfc.pt)

Recebido: 29.08.20

Aceite: 09.02.21

**Como citar este artigo:** Camarneiro, A. P. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20145. <https://doi.org/10.12707/RV20145>



## Introdução

A adesão terapêutica é um processo multidimensional, multifatorial e demasiado complexo com repercussões sociais, económicas, ambientais e políticas e não só na saúde dos indivíduos e das populações, cujo efeito negativo decorre da não-adesão às terapêuticas prescritas (Kini & Ho, 2018; World Health Organization [WHO], 2003). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão terapêutica é o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e à alteração de hábitos ou estilos de vida corresponde às recomendações veiculadas pelos profissionais de saúde (WHO, 2003). Este conceito engloba os tratamentos prescritos, medicamentosos ou não, e todas as medidas profiláticas e de promoção da saúde propostas.

Aderir ao regime recomendado pelos profissionais de saúde é difícil. Nos países desenvolvidos, onde as doenças crónicas atingem metade da população e aumentam com a progressão da idade, o grau de adesão às terapêuticas para essas doenças é de cerca de 50% (Fernandez-Lazaro et al., 2019; Horne et al., 2019; Kini & Ho, 2018). Esta percentagem é menor nos países em vias de desenvolvimento, ocasionando graves prejuízos à saúde individual e global (WHO, 2003).

O impacto económico mundial provocado por estas doenças corresponderá, previsivelmente, a 65% das despesas com a saúde em todo o mundo, causando fortes preocupações ao nível da saúde pública, no mundo global, por ser frequente, generalizado e independente da área terapêutica (Coelho et al., 2017; Kini & Ho, 2018; WHO, 2003). Desde os anos 70, as publicações sobre taxas de adesão e não-adesão terapêutica apresentam grande variabilidade, denotando dificuldades na recolha de informação precisa. As taxas de não-adesão oscilam entre 4 e 94% (Martins et al., 2017; Meichenbaum & Turk, 2012), sendo mais consensual a variação entre 30 e 50 ou 60% para prescrições de longo prazo, relacionadas com doenças crónicas (Coelho et al., 2017; Haynes et al., 1979; Martins et al., 2017; WHO, 2003). Nos regimes curativos, essas taxas variam entre 30 e 40%. Nas situações agudas, relativas ao alívio de sintomas, a adesão cai para valores entre 70 e 80% num curto espaço de 10 dias. Nos doentes mais empenhados, a adesão ao tratamento tende a decair nos 3 a 5 dias após o seu início. Os programas preventivos são os que apresentam a menor adesão, uma vez que 50 a 70% falham estes programas (Meichenbaum & Turk, 2012; Panesar, 2012).

Existe bastante investigação a este propósito, da qual se destacam alguns exemplos. Na diabetes, apenas 7% dos doentes aderem totalmente a um bom controlo da doença. Pelo contrário, administram inadequadamente a insulina 80% dos doentes (ex.: doses, assepsia, segurança, substituição de agulhas e seringas), não cumprem a dieta 73% e 50% têm deficientes cuidados aos pés (Meichenbaum & Turk, 2012). Na hipertensão arterial (HTA), cerca de 50% dos doentes não aderem ao tratamento proposto (ex.: dieta adequada, exercício físico, gestão do *stress*, toma da medicação). Na infeção por VIH (vírus da imunodeficiência humana) as

taxas de adesão são superiores a 50% (Meichenbaum & Turk, 2012). Os doentes transplantados, em 44% dos casos, não tomam, em algum momento, a terapêutica imunossupressora (Coelho et al., 2017). Em psiquiatria, 51 a 85% dos doentes com esquizofrenia não aderem ao tratamento (Gorzynski et al., 2017), assim como 9 a 57% dos que têm doença bipolar (Meichenbaum & Turk, 2012). Em Portugal, 50,8% dos doentes psiquiátricos aderem ao regime terapêutico de forma descontinuada (Monterroso et al., 2012). Nas situações de hiperatividade, 20% dos pais faz um tratamento descontínuo aos filhos ao 4º mês e, ao 10º mês, esse valor sobe para 50% (Meichenbaum & Turk, 2012).

Há evidências que o primeiro ano é o período mais crítico para a decisão de continuar, ou não, um tratamento (Coelho et al., 2017). Nesse período, mais de 50% dos doentes descontinua o tratamento, a maioria dos quais o faz nos primeiros 3 meses. Mesmo com uma elevada taxa de adesão, de 74,1%, mais de 80% dos doentes faz um intervalo sem medicação superior a 30 dias. A não-adesão traz problemas aos doentes e grande sobrecarga aos profissionais de saúde (Horne et al., 2019).

Múltiplos fatores, internos e externos, influenciam a adesão terapêutica, tornando-a tão complexa. Uma das condições necessárias para que o doente cumpra o tratamento prescrito parece ser o ato de comprometer-se, o que implica a perceção da doença e dos benefícios do tratamento, assim como a mudança positiva do comportamento. No entanto, estudos atuais salientam a maior importância da motivação intrínseca e a capacidade para a realização do tratamento (Horne et al., 2019). O conceito de adesão terapêutica terá de continuar a ser repensado tendo por base o envolvimento do clínico, profissional de saúde que prescreve, com o utente. São objetivos deste artigo teórico, analisar os conceitos de adesão terapêutica, refletir sobre os fatores associados à adesão terapêutica, sistematizar estratégias de intervenção e compreender os métodos de avaliação da adesão terapêutica.

## Desenvolvimento

### Evolução do conceito

O primeiro estudo empírico sobre adesão do utente à terapêutica surgiu em 1968 (Meichenbaum & Turk, 2012). Na década seguinte, Haynes, com base numa revisão da literatura envolvendo 500 estudos, e após concluir que 20% a 60% dos utentes que recorriam aos serviços de saúde não *obedeciam* ao tratamento prescrito ou indicado pelo médico, concetualizou a complacência (*compliance*), como a situação em que o comportamento do doente corresponde às instruções clínicas fornecidas (Haynes et al., 1979). Este primeiro conceito inscreve-se no modelo biomédico, ao prever a subordinação hierárquica do doente ao médico, denegando a dimensão psicológica e social da pessoa. Mas numa primeira revisão, redefiniu-o como a medida em que o comportamento do doente coincide com os conselhos médicos ou de saúde (Haynes et al., 1979), deixando antever, para além de medidas curativas, as medidas preventivas e promotoras da saúde propostas

pelo médico, ou outros profissionais de saúde. Esta revisão está de acordo com a medicina e saúde comportamental, cujo desenvolvimento teve início a meio do século XX (Ogden, 2004). Mais tarde, a designada complacência (*compliance*), utilizada nos países anglo-saxónicos, viria a ser substituída por adesão (*adherence*), sendo abandonada a ideia de obediência e apoiada a cooperação e aliança entre clínico e doente para a eficácia do tratamento (Camarneiro, 2002; Meichenbaum & Turk, 2012; Panesar, 2012). O conceito centrado no melhor interesse do utente é aquele que define a adesão terapêutica como a atitude ativa, com envolvimento voluntário e colaborativo do utente e do profissional de saúde, num processo conjunto para a mudança de comportamento do primeiro (Meichenbaum & Turk, 2012). É um conceito claramente inscrito no modelo biopsicossocial, que lançou pontes para novas práticas e investigações (Camarneiro, 2002).

Na literatura anglo-saxónica, o termo *compliance* (concordância) continua a ser utilizado na atualidade, mas a OMS recomenda a utilização de *adherence* (adesão) (WHO, 2003), uma vez que o seu significado corresponde à visão atual. O termo concordância tem sido também utilizado para caracterizar o acordo alcançado a propósito da terapêutica medicamentosa, após discussão entre o profissional de saúde e o paciente, visando o respeito pelos sentimentos e crenças do utente em relação a se, quando e como os medicamentos devem ser tomados (Panesar, 2012). Em Portugal, adesão é a terminologia utilizada, independentemente das revisões do conceito.

### Manifestações e formas de adesão e não-adesão terapêutica

A adesão terapêutica manifesta-se através de um conjunto de mudanças comportamentais que são coincidentes com o cumprimento do regime terapêutico prescrito, tais como, a toma da medicação e aquisição de medicamentos, bons hábitos de vida, regime alimentar adequado, prática de exercício físico, abandono de comportamentos de risco e seguimento em consultas.

Em geral, a adesão à terapêutica aumenta com a significação da gravidade das doenças e informação sobre as mesmas e diminui, ou extingue-se, em tratamentos complexos ou exigentes. Neste caso, salientam-se os tratamentos que obrigam a mudanças no estilo de vida, os que têm duração prolongada e os que provocam muitos efeitos secundários.

A não-adesão terapêutica é responsável por um elevado número de mortes e de hospitalizações (Kini & Ho, 2018). Esta, traduz uma atitude negativa por parte do utente, pressupondo uma componente avaliativa que é da sua responsabilidade, e que pode ocorrer a três níveis: medicação, tratamento e comportamento (Meichenbaum & Turk, 2012). No primeiro caso, verifica-se o não cumprimento total da prescrição medicamentosa, o não seguimento das instruções dadas para as doses e/ou frequência da prescrição e a toma de medicação não prescrita. No segundo caso, a não adesão ao tratamento observa-se quando a pessoa adia a procura de cuidados, não inicia o tratamento proposto, não cumpre as indicações deliberadamente ou decide terminar prematuramente o tratamento prescrito.

Por fim, ao nível do comportamento, é notada a rejeição das medidas preventivas recomendadas, a implementação incompleta das instruções, a sabotagem no regime de tratamento, a não participação nos programas de saúde prescritos, a criação de um regime de tratamento próprio e a substituição do tratamento recomendado.

Alguns indicadores de não-adesão atrás referidos, remetem para o conceito de adesão terapêutica parcial, intencional ou não intencional. A designação de adesão terapêutica parcial refere-se a eventuais erros ou lapsos relacionados com o cumprimento da terapêutica, mas não ao abandono da mesma. No caso de existir intencionalidade, a pessoa opta por alterar a prescrição de forma unilateral, não partilhando a decisão com o prescritor. Esta situação ocorre, geralmente, quando a pessoa se sente muito melhor ou pior, sente efeitos colaterais, desconhece a real necessidade do tratamento, ou deseja poder ingerir bebidas alcoólicas. Nas situações em que não existe intencionalidade, as causas mais comuns são os esquecimentos, por exemplo da dose prescrita, a confusão com os esquemas de tratamento, a dificuldade em compreender um rótulo impreciso e/ou a incapacidade de abrir as embalagens. Este tipo de adesão parcial é mais frequente na fase aguda da doença (Horne et al., 2019; WHO, 2003).

As consequências da não-adesão à terapêutica, total ou parcial, são de grande gravidade, tais como, o aumento da probabilidade de insucesso do tratamento, complicações e sofrimento evitáveis, crescimento dos gastos com a saúde, o aumento da mortalidade e morbilidade e a recaída e alargamento do período de tratamento (WHO, 2003). Embora o foco do cumprimento da terapêutica prescrita seja a ação individual, há diversos fatores envolvidos no processo, (co)responsáveis quer pela adesão quer pela não-adesão à terapêutica que, em seguida, são apresentados.

### Fatores relacionados com a adesão terapêutica

Desde que surgiram as preocupações com a adesão terapêutica, procura-se conhecer os fatores que lhe estão associados. Dada a sua complexidade, ainda que nenhum dos fatores se mostre suficientemente explicativo por si só (Meichenbaum & Turk, 2012), estes fatores interagem e potenciam-se entre si (Fernandez-Lazaro et al., 2019). A OMS organizou em cinco grandes grupos os fatores que se associam à adesão terapêutica e que são os seguintes: fatores sociais, económicos e culturais; fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde; fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades; fatores relacionados com a terapêutica prescrita e; fatores individuais relativos ao doente (Cabral & Silva, 2010; WHO, 2003). Embora a OMS utilize a terminologia *doente*, emprega-se o termo *utente* para referir a pessoa que utiliza os serviços de saúde. O termo *doente* reserva-se para situações muito específicas de pessoas com determinada doença. Partindo da categorização apresentada, em seguida discute-se e reflete-se sobre os aspetos essenciais dos fatores associados ao comportamento de adesão terapêutica.

- a) Fatores sociais, económicos e culturais. Estes fatores estão interligados. De entre os fatores sociais, são relevantes a organização dos serviços de saúde, a proximidade aos utentes, as políticas de promo-

- ção da saúde e prevenção das doenças, as redes de apoio, a acessibilidade à informação, a instrução/educação e a literacia em saúde. Os fatores económicos incluem os recursos financeiros, acesso aos serviços, custos e tempo necessário ao tratamento. Nos fatores culturais, devem ser consideradas as crenças em saúde, as práticas em saúde, o estigma face à doença, o contexto e o meio.
- b) Fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades. A natureza da doença, crónica ou aguda, sintomática ou assintomática, a gravidade e duração, o número de doenças associadas e o risco de contrair certas doenças são aspetos essenciais na adesão terapêutica. As doenças silenciosas enganam os doentes, levando-os a considerar que não há doença por falta de sintomas. Em grande parte, isso deve-se à invisibilidade da deterioração imediata provocada pela não adesão à medicação (Horne et al., 2019).
- c) Fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde. A comunicação entre clínicos e utente tem uma importância crucial. A gestão dessa comunicação é da responsabilidade dos profissionais de saúde, pois deve ser essencialmente terapêutica, centrada no utente e adequada ao contexto. Os profissionais de saúde privilegiam a comunicação oral na prestação de informações aos seus utentes e, paradoxalmente, as principais razões para que as pessoas não adiram à terapêutica são os problemas na comunicação. São exemplos desses problemas, o receio de as pessoas em fazerem perguntas e pedirem esclarecimentos, a falta de atenção às explicações dadas sobre o tratamento, a falta de compreensão das vantagens do tratamento e a falta de confiança (Cabral & Silva, 2010). O modelo de comunicação da hipótese cognitiva da adesão, de Ley (Ogden, 2004), colocou o foco da adesão terapêutica na satisfação do utente com a consulta. Esta inclui a perceção de aspetos comportamentais do clínico (postura, avaliação dos parâmetros vitais, realização de receituário ou fornecimento de documentos informativos como folhetos ou outros), afetivos (ex., olhar mútuo, empatia, escuta ativa) e da competência profissional (no momento, ou prévia por indicação de outros). A satisfação do utente é mediada pela compreensão da doença e do órgão afetado e pela capacidade mnésica (possibilidade de recordar as indicações fornecidas na consulta). A memorização das informações recebidas tende a diminuir em presença de níveis elevados de ansiedade-estado. Os profissionais de saúde, aptos a estabelecer comunicação adequada e relação de confiança, captam a atenção do utente para o êxito da terapêutica.
- d) Fatores relacionados com a terapêutica prescrita. Estes assumem maior relevância quando dizem respeito às terapêuticas farmacológicas. A sua ingestão e efeito orgânico remetem para o tipo de medicamento, reações adversas, efeitos secundários, duração da ação, complexidade e exigência do tratamento e perceção da necessidade do medicamento. Muitas pessoas têm uma visão negativa dos medicamentos por se tratar de produtos químicos, não naturais, percecionando-os como prejudiciais se tomados por longos períodos de tempo ou em doses elevadas, acumulando-se no organismo e criando dependências (Horne et al., 2019). Mas, em geral, os doentes referem sentir-se bem com os medicamentos tomados. Contudo, alguns doentes indicam efeitos secundários, agravamento do estado, falta de efeito do tratamento, dúvidas sobre a eficácia, prescrição demasiado longa e/ou demasiados medicamentos, dificuldade em cumprir as prescrições e descontinuar a medicação por se sentirem bem (Cabral & Silva, 2010; Fernandez-Lazaro et al., 2019; Monteroso et al., 2012). Existe também um pequeno número de doentes que abandona o tratamento para não misturar medicamentos com álcool ou outras substâncias das quais não prescindem (Cabral & Silva, 2010). Ainda, relativamente aos fatores em análise e do ponto de vista instrumental, a gestão a que a terapêutica obriga, as eventuais questões económicas que se colocam, o sistema de distribuição dos medicamentos, o número dos mesmos e o tipo de embalagem disponibilizada, acrescidas da crença de que os medicamentos de marca funcionam melhor que os genéricos, formam barreiras importantes à adesão. A adesão ao regime terapêutico farmacológico está associada a responsabilidade, conhecimento sobre os fármacos, compreensão do esquema terapêutico e estratégias proativas.
- e) Fatores individuais relativos à pessoa. Estes referem-se às características pessoais e psicológicas relacionadas com o comportamento de adesão terapêutica. A mais relevante das características pessoais demográficas é a idade. A OMS recomenda que a idade seja considerada de forma particular e independente de outros fatores. Os estudos sugerem que os adolescentes aderem menos aos tratamentos do que as crianças mais jovens, o que parece estar relacionado com a compreensão e supervisão dos pais, no seguimento das indicações relativas ao tratamento. Para os adolescentes, ao contrário das crianças, esta supervisão é tida como forma de controlo e tem como consequência o incumprimento do regime terapêutico proposto (Horne et al., 2019; Eindhoven et al., 2018). Nos idosos, um grupo polimedicalizado que merece atenção especial, a falta de memória pode condicionar a adesão terapêutica, mas o facto de terem mais tempo disponível, ou de percecionarem com mais eficácia que a gravidade da doença poderá antecipar a morte, pode promover maior adesão ao tratamento proposto. Outras características pessoais relevantes contribuem para menor adesão terapêutica, como por exemplo: o género, em que as mulheres aderem menos do que os homens ao tratamento após enfarte de miocárdio (Eindhoven

et al., 2018); o nível intelectual baixo e; a falta de conhecimento sobre o regime medicamentoso (Fernandez-Lazaro et al., 2019). Relativamente aos aspetos psicológicos, a significação da gravidade da doença, a sua vivência ameaçadora e a perceção de risco elevado aumentam as taxas de adesão terapêutica. Também se mostram favoráveis, a crença que o tratamento será eficaz, a autoperceção de boa qualidade de vida (Fernandez-Lazaro et al., 2019) e a conjugalidade (Adams et al., 2020). Na literatura atual, a motivação para o tratamento, associada à capacidade de cumprimento desse tratamento, é considerada o atributo interno mais relevante para o sucesso da adesão terapêutica (Horne et al., 2019). A motivação para retomar o estado de saúde perante sintomas ou sinais foi explicada nos anos noventa por Leventhal, no modelo de autorregulação do comportamento de doença. Este tem por base as representações da ameaça para a saúde e o estado emocional, bem como as estratégias de *coping* desencadeadas, de evitamento ou de aproximação, e a ponderação da ação (Ogden, 2004). O esquecimento e capacidade mnésica têm sido muito relacionados com níveis baixos de adesão e é muito importante continuar a considerar a sua relevância (Cabral & Silva, 2010; Fernandez-Lazaro et al., 2019; Monterroso et al., 2012). Outras variáveis psicológicas comprometem a adesão terapêutica, tais como: atitudes e crenças, nomeadamente crenças sobre tratamentos farmacológicos, ou sobre um medicamento em particular, são mais preditoras do que as crenças sobre as doenças (Horne et al., 2019); reduzida consciência dos precipitantes; *locus* de controlo externo; baixa autoeficácia; baixo nível de aceitação; falta de motivação; estilos de *coping* mal adaptativos (Matsuzawa et al., 2019); características da personalidade, manifestadas por comportamento de oposição (não querer ou não gostar de tomar medicamentos); displicência e/ou adormecer antes da hora de tomar a medicação (Cabral & Silva, 2010). E, obviamente, também as perturbações psicopatológicas, como ansiedade e depressão, ou outros estados mentais alterados (Matsuzawa et al., 2019).

A complexidade de todas as variáveis referidas dificulta as intervenções. As mudanças propostas terão de considerar o contexto, o sistema de saúde e os fatores individuais.

### Intervenção

O comportamento de adesão ao tratamento é o resultado último dos programas de intervenção no campo da saúde. Promover a modificação do comportamento é a mais árdua tarefa daqueles que se interessam pela alteração dos hábitos de vida das populações, com intenção de promover a saúde, prevenir as doenças e proporcionar bem-estar a pessoas com doenças crónicas.

Alguns modelos preditores do comportamento ajudam ao planeamento da intervenção. Por exemplo, o clássico modelo de crenças em saúde, com inclusão da autoeficácia

(crença da pessoa nas suas capacidades, particularmente as de enfrentar desafios e alcançar metas) e das dicas para a ação, assim como outros modelos e teorias, com os mesmos pressupostos, posteriormente desenvolvidos (Ogden, 2004) ofereceram o seu contributo à intervenção, melhorando bastante os resultados pretendidos (Panesar, 2012). É evidente em todos estes modelos que o sucesso das intervenções passa, em grande parte, pela responsabilização do indivíduo com a sua saúde, tornando-o participante ativo, conjuntamente com os profissionais, nos cuidados promotores, preventivos ou curativos (Martins et al., 2017). No entanto, o pressuposto principal da intervenção deverá apontar no sentido do favorecimento da motivação para o tratamento, do qual poderá fazer parte, tanto quanto possível, a supressão das barreiras à adesão (Horne et al., 2019; Kini & Ho, 2018; Matsuzawa et al., 2019; Panesar, 2012). As intervenções mais eficazes combinam as componentes cognitivas, comportamentais e afetivas e podem ser educacionais, comportamentais e digitais.

As intervenções educacionais são promotoras de conhecimento. Nestas intervenções enfatizam-se os benefícios e a necessidade do tratamento, assim como se promove a explanação das crenças sobre as doenças. Os programas podem ser individuais e/ou em grupo e têm a vantagem de melhorar os conhecimentos das pessoas relativos à doença e ao tratamento, bem como a compreensão da necessidade de cumprimento do esquema proposto. Pode recorrer-se ao aconselhamento telefónico personalizado ou a sessões com educadores em saúde.

As intervenções comportamentais integram na rotina diária mecanismos de adaptação e facilitação para o cumprimento dos tratamentos propostos.

As intervenções digitais, sob a forma de programas ou aplicações (*APP*), têm um peso cada vez mais relevante em saúde e têm a vantagem de integrarem as vertentes educacionais e comportamentais. Estão acessíveis através de aplicações para telemóvel, mensagens telefónicas automáticas, mensagens geradas automaticamente por computador e videoconsultas, fornecendo recomendações e aumentando a literacia em saúde. Estas alertam, por exemplo, para a adesão a consultas, exames médicos, terapêutica, aquisição de receituário para manutenção do esquema proposto e vacinação.

Um estudo sobre utilização de aplicações para telemóvel (*APP*) mostrou que aumenta a adesão terapêutica em 10% a 33% (Kini & Ho, 2018), reduz os esquecimentos das doses, reduz os erros na medicação e torna-se um método apropriado de gestão da medicação em casa. Contudo, ao fim de 12 a 18 meses o seu efeito pode inverter-se, talvez devido ao efeito de acomodação (Pérez-Jover et al., 2019). A utilização da *internet* pelos doentes deve ser acompanhada, devido a algumas dificuldades notadas a curto prazo. Nomeadamente doentes que utilizaram a *internet* após a consulta, em comparação com aqueles que não o fizeram, relataram menor adesão ao fim de 3 semanas. Os que já usavam a *internet* antes da consulta, em comparação com aqueles que não o faziam, relataram ter mais preocupações com a medicação. Os que usaram a *internet* ao longo do tra-

tamento valorizavam demasiado as suas preocupações após 6 meses (Linn et al., 2019).

É missão dos profissionais de saúde aplicar e propor um conjunto de ações educacionais, comportamentais e digitais a serem adotadas pelo utente, que garantam a melhor adesão terapêutica. A sua responsabilidade é ainda acrescida nos aspetos que a seguir se enunciam.

- 1) Comunicação. A comunicação e o aconselhamento de forma direta, em consulta, ou em seguimento direto por telefone ajuda a melhorar e aumentar a relação estabelecida com o utente. De modo a minimizar as desvantagens relacionadas com este método primordial de relação, que é a comunicação oral, é necessário garantir: a fácil acessibilidade dos utentes ao clínico, colocando o utente no centro dos cuidados; o aperfeiçoamento das competências de ensino; o reconhecimento das dimensões espiritual e psicológica do utente e; o reconhecimento exato do problema (Panesar, 2012). Ainda, é fundamental ter em conta alguns princípios, como sejam: o efeito da primazia; a explicitação da importância da adesão à terapêutica; a simplificação das informações; a utilização da repetição; a clareza da linguagem utilizada e; seguir a consulta com entrevistas adicionais (Ogden, 2004). A informação escrita e/ou audiovisual ou digital tem grandes vantagens em ser utilizada em associação com a informação oral porque aumenta o conhecimento, aumenta o grau de adesão e melhora os resultados (Meichenbaum & Turk, 2012).
- 2) Esquema terapêutico. Maximizar a simplificação dos esquemas terapêuticos, ou facilitar a gestão do regime terapêutico, através da diminuição do número de doses e de fármacos.
- 3) Valor do tratamento. Reforçar o valor do tratamento e indicar os parâmetros de referência para avaliar o sucesso do mesmo, incluindo descrição sobre a complexidade da terapêutica, benefícios e efeitos colaterais associados. Incluir o tratamento na rotina diária do utente.
- 4) Acesso ao tratamento. Acautelar as melhores escolhas para facilitar a acessibilidade. Providenciar o fornecimento da medicação no local de trabalho (saúde ocupacional, medicina do trabalho).
- 5) Minimização de esquecimentos e erros. Criar memorandos para evitar os esquecimentos, tais como organizadores e lembretes digitais ou manuais, para executar a ação, incluindo *blisters*, calendários, contadores de doses, caixas de contagem e de distribuição da medicação, dispositivos de administração controlada, formas de dosagem calibrada, embalagens especiais (por ex.: o empacotamento da medicação em embalagens individuais com a inscrição do dia da semana e horário), e/ou informação visual sobre a toma da medicação.
- 6) Reforço e/ou recompensa. O utente sentirá o seu esforço de melhoria nos resultados terapêuticos recompensado com a redução da frequência das consultas, incentivos monetários ou facilitação da aquisição de bens (por ex.: esfigmomanómetro em

doentes com HTA; instalação de uma *APP*).

- 7) Envolvimento. O envolvimento dos utentes no seu tratamento, promovendo e reforçando a automonitorização da doença (por ex.: glicemia, tensão arterial, função respiratória) e a autoadministração do tratamento, aumenta a probabilidade de os utentes serem recetivos à mudança, pois acreditam que estão a agir de forma independente para fazer essa mudança. O envolvimento da família deverá ser ponderado de acordo com a vontade do utente e as necessidades.
- 8) Aconselhamento e terapias cognitivas. Nos casos em que é necessário aumentar ou manter o comportamento de adesão através de medidas adicionais, o aconselhamento ou as terapias breves têm mostrado bons resultados. A entrevista motivacional é uma das técnicas muito utilizadas, pois tem-se mostrado favorável comparativamente com as abordagens tradicionais de aconselhamento. Esta concentra-se sobre a motivação intrínseca do utente e é usada para explorar as razões das barreiras à ingestão de medicamentos ou outras terapêuticas. Contudo, será uma decisão a tomar pelo terapeuta.

Educar, responsabilizar e persuadir, mas também mudar relações, conceitos, crenças, atitudes e ambiente é decisivo no processo de ajustamento às doenças crónicas, mediado pelas crenças, pela autoeficácia e pela motivação.

#### Avaliação

A avaliação da adesão terapêutica realiza-se recorrendo a métodos diretos e indiretos. Os métodos diretos de medição incluem vários ensaios com marcadores biológicos e bioquímicos de rastreio para detetar os níveis de medicação nos fluidos corporais. Estes métodos têm maior precisão do que os indiretos, mas são dispendiosos, requerem monitorização rigorosa e nem sempre são possíveis de realizar. A sua prática é mais habitual em hospitais ou outros ambientes hospitalares. Porém, há alguns problemas associados à variabilidade da farmacocinética dos medicamentos que não é possível controlar (Panesar, 2012).

Os métodos indiretos de medição da adesão (*self-report*), estão sujeitos a um maior viés e não são tão precisos quanto os métodos diretos. De facto, os relatos dos utentes e as entrevistas com a família são altamente subjetivos e tendem a superestimar a adesão, mas podem fornecer dados úteis, entre outros, para personalizar a medicação/tratamento do utente. O maior problema é a possibilidade de os doentes mentirem pelo desejo de agradarem.

Para além das entrevistas, os métodos indiretos incluem diários, contagem de comprimidos, datas de prescrição, taxas de renovação de prescrições e monitores eletrónicos de medicação. Também aqui se colocam alguns problemas. A contagem de comprimidos é útil para a avaliação, mas incentiva o desperdício. As datas apenas têm precisão se o utente adquirir os medicamentos na mesma farmácia e o banco de dados for rigoroso. Todavia, o preenchimento de uma prescrição no prazo não significa necessariamente que o utente esteja a cumprir a medicação corretamente. Os sistemas de monitorização de eventos de medicação

(MEMS) são formas eletrônicas mais recentes que anotam a hora e a data em que um frasco de medicamento é aberto. Isto não significa, necessariamente, que o utente tomou o medicamento quando o frasco foi aberto. Além disso, a condição do utente pode mudar devido a outros fatores que não a medicação e o resultado terapêutico daí resultante pode ser distorcido (Panesar, 2012).

O critério clínico, que corresponde a “melhor adesão, melhor resultado clínico”, não é um critério de avaliação válido porque o doente pode aderir e não manifestar o resultado desejado, ou pode não aderir e melhorar por razões desconhecidas. Além disso, quer o designado *efeito escova de dentes*, em que o doente adere ao tratamento imediatamente antes da visita ao clínico, quer a *HTA da bata branca* alteram os resultados. Por fim, o designado *olho clínico*, baseado na experiência profissional apontada por alguns profissionais de saúde é inútil e criticável. A maioria da literatura publicada baseia-se neste tipo de medições.

Todos os métodos têm limitações metodológicas e apresentam vantagens e desvantagens, diferindo na sua validade, confiabilidade e sensibilidade (Coelho et al., 2017). Assim, os métodos combinados são os mais eficazes.

## Conclusão

A adesão terapêutica é um comportamento com influências multifatoriais e multimodais. A ação dos profissionais de saúde, bem como a participação ativa do utente, é parte importante da solução. A adesão terapêutica promove-se através de medidas educacionais, comportamentais e tecnologias digitais tendo em conta as dimensões cognitiva, afetiva e comportamental. Na intervenção destacam-se as relações interpessoais e a comunicação, tendo em atenção a explanação do modelo de crenças, o conhecimento das preocupações e expectativas da pessoa acerca da doença e tratamento, assim como o acompanhamento com entrevistas, visitas domiciliárias e/ou consultas de seguimento. O envolvimento de familiar próximo pode ser útil. A facilitação do esquema terapêutico e avaliação das dificuldades com o mesmo e a utilização de uma APP/meio digital ajudam a desenvolver estratégias de não esquecimento. Contudo, é fundamental o reforço da motivação feito, por exemplo, através da entrevista motivacional ou de outra estratégia cognitiva adequada.

A avaliação da adesão terapêutica deve ser contínua, com a utilização de métodos combinados, realizada com todos os envolvidos no processo. Um profissional de saúde nunca desiste dos seus utentes. Pequenas melhorias fazem grandes efeitos.

## Referências bibliográficas

- Adams, G. C., Skomro, R., Wrath, A. J., Williams, L.A., Le, T., & Fenton, M. E. (2020). The relationship between attachment, treatment compliance and treatment outcomes in patients with obstructive sleep apnea. *Journal of Psychosomatic Research*, 137, 110196. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110196>
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Imprensa de Ciências Sociais. <http://hdl.handle.net/10451/11160>
- Camarneiro, A. P. (2002). Em torno da adesão aos protocolos terapêuticos. *Referência*, 9, 25-30. [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&cid\\_artigo=48&cid\\_revista=5&cid\\_edicao=13](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&cid_artigo=48&cid_revista=5&cid_edicao=13)
- Coelho, A., Vilares, C., Silva, M., Rodrigues, C., Costa, M., Gordicho, S., & Caetano, P. (2017). Investigação sobre adesão à terapêutica na população portuguesa: Uma revisão de âmbito. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, 33, 262-276. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v33n4/v33n4a04.pdf>
- Eindhoven, D. C., Hilt, A. D., Zwaan, T. C., Schlij, M. J., & Borleffs, C. J. (2018). Age and gender differences in medical adherence after myocardial infarction: Women do not receive optimal treatment: The Netherlands claims database. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(2), 181-189. <https://doi.org/10.1177/2047487317744363>
- Fernandez-Lazaro, C. I., García-González, J. M., Adams, D. P., Fernandez-Lazaro, D., Mielgo-Ayuso, J., Caballero-Garcia, A., Racionero, F. M., Cordova, A., & Miron-Canelo, J. (2019). Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: A cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 20(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0698-x>
- Gorczyński, P., Patel, H., & Ganguli, R. (2017). Adherence to diabetes medication in individuals with schizophrenia: A systematic review of rates and determinants of adherence. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 10(4), 191-200. <http://doi:10.3371/CSRP.GOPA.013114>
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (1979). *Compliance in health care*. Johns Hopkins University Press.
- Horne, R., Chan, A., & Wileman, V. (2019). Adherence to treatment. In T. Revenson & R. Gurung (Eds.), *Handbook of psychology* (pp. 148-161). Taylor and Francis.
- Kini, V., & Ho, M. (2018). Interventions to improve medication adherence: A review. *JAMA*, 320(23), 2461-2473. <http://doi:10.1001/jama.2018.19271>
- Linn, A. J., Weert, J. C., Gebeyehu, B. G., Sanders, R., Diviani, N., Smit, E. G., & Dijk, L. (2019). Patients' online information-seeking behavior throughout treatment: The impact on medication beliefs and medication adherence. *Health Communication*, 34(12), 1461-1468. <http://doi:10.1080/10410236.2018.1500430>
- Martins, A. J., Martins, J. P., & Santos, S. A. (2017). Adesão ao regime medicamentoso antes e após intervenção de sensibilização terapêutica. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 9-16. <https://doi.org/10.12707/RIV17021>
- Matsuzawa, Y., Lee, Y., Fraser, F., Langenbahn, D., Shallcross, A., Powers, S., Lipton, R., Simon, N., & Minen, M. (2019). Barriers to behavioral treatment adherence for headache: An examination of attitudes, beliefs, and psychiatric factors. *Headache*, 59(1), 19-31. <https://doi.org/10.1111/head.13429>
- Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (2012). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook* (2<sup>nd</sup> ed.). Springer.
- Monterroso, L., Pierdevara, L., & Joaquim, N. (2012). Avaliação da adesão regime terapêutico dos utentes seguidos na consulta externa de psiquiatria do centro hospitalar barlavento algarvio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 39-45. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n7/n7a07.pdf>
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2<sup>a</sup> ed.). Climepsi.

- Panesar, K. (2012). Patient compliance and health behavior models. *U.S. Pharmacist*, 37(4), 12-14. <https://www.uspharmacist.com/article/patient-compliance-and-health-behavior-models>
- Pérez-Jover, V., Sala-González, M., Guilabert, M., & Mira, J. J. (2019). Mobile apps for increasing treatment adherence: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(6), e12505. <https://doi.org/10.2196/12505>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>