



Irmãs Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE DA IDANHA



Secção
Regional do Sul

PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Unidade de São Rafael

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA A ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO

2011

Autores:

Mariana Bordalo Rodrigues (Enfermeira chefe Unidade de S. Rafael)

Bruno José Prates (Enfermeiro Especialista em SMP)

Coordenadores:

Carla Alexandra Silva Pombo (Coordenadora do Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Casa de Saúde da Idanha)

Paula Carneiro (Directora de Enfermagem da Casa de Saúde da Idanha)

Contacto:

dir.enf.csi@irmashospitaleiras.pt

ÍNDICE

	pág.
0 – INTRODUÇÃO.....	3
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
1.1 – Factores Implicados na Adesão ao Regime Terapêutico.....	8
1.2 – Estudos sobre a Adesão ao Regime Terapêutico.....	11
2 – DIMENSÃO DO PROBLEMA.....	16
2.1 - Causas da não adesão.....	16
3 – OBJECTIVOS/METAS.....	18
3.1 – Objectivos Gerais.....	18
3.2 – Objectivos Específicos.....	18
3.3 – Actividades a Realizar.....	19
4 – INDICADORES DO PROGRAMA.....	20
4.1 – Indicadores de Estrutura.....	20
4.2 – Indicadores de Processo.....	20
4.3 – Indicador Epidemiológico.....	21
4.4 – Indicador de Resultado.....	21
5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	23
6 – FONTES DE DADOS.....	24
7 – ACÇÕES DE MELHORIA.....	28
8 – CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	



INTRODUÇÃO

Actualmente, um dos principais objectivos de uma instituição de saúde é a garantia da qualidade dos cuidados que presta. Mas falar em qualidade em saúde, exige antes do mais esclarecer o que se entende pela mesma. Ribeiro *et al.* (2008) referindo a Organização Mundial de Saúde, na declaração "Saúde para todos no ano 2000", Meta 31, e o Conselho da Europa na sua recomendação 17/79 do Conselho de Ministros, define qualidade em saúde como um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado em metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, com o objectivo de melhoria contínua.

Este objectivo é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros, no documento "Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem" (OE, 2002), em que assume como objectivos a " (...) melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros" (p. 4) e "promover o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade" (p. 5).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem tornam-se, desta forma, precursores dos cuidados de enfermagem, constituindo-se como uma base estrutural importante para a melhoria contínua da segurança e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. O Enquadramento Conceptual deste documento é constituído por quatro conceitos estruturantes, dos quais emergem os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional. Estes conceitos são a Saúde, a Pessoa, o Ambiente e os Cuidados de Enfermagem (OE, 2002). A partir da definição destes conceitos, entende-se por necessário o conhecimento do projecto de saúde de cada pessoa, ajudando-a na transição nos seus processos de vida. Para tal, o enfermeiro, no seu exercício profissional, deve promover o projecto de saúde de cada pessoa, tornando-as pró-activas no seu projecto de saúde, numa atitude promotora da tomada de decisão informada.

Por seu lado, os enunciados descritivos visam uniformizar e ajudar as unidades de cuidados e os enfermeiros, a obter a máxima qualidade de cuidados



no exercício profissional, dando assim visibilidade ao contributo dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde dos clientes. Traduzem a procura da excelência, tal como explícito no Código Deontológico (Lei 111/2009 de 16 de Setembro), art. 78º, ponto 3, alínea c) “ *a excelência na profissão em geral e na relação com outros profissionais*” em que “*O enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício*” (art. 88º).

De acordo com o referido anteriormente, a Unidade de São Rafael, assumiu no âmbito do Projecto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o compromisso de identificar problemas emergentes susceptíveis de resolução e/ou melhoramento por intervenção autónoma de enfermagem. Desta forma tornou-se necessário produzir dados que permitissem a confirmação desses problemas e a produção de indicadores, bem como o desenvolvimento de projectos de intervenção que os permitissem melhorar.

Após consulta da Direcção de Enfermagem, da Enfermeira Chefe da Unidade e da auscultação dos membros da equipa, foi identificada a ocorrência frequente de casos de **não-adesão ao regime medicamentoso** nas pessoas internadas nesta unidade.

Pela leitura mais atenta de alguns dos documentos de referência da Ordem dos Enfermeiros, foi possível constatar que este problema constitui-se como um indicador de qualidade, fazendo, inclusive, parte do Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados em Saúde (OE, 2007).

Por outro lado, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, no documento “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” (OE, 2002) este problema, no âmbito dos enunciados descritivos, enquadra-se na Prevenção de Complicações, ao permitir “*a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente (...)*” e “*a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados.*” (p. 13). Por outro lado, ao confirmar-se este problema, as intervenções preconizadas para a melhoria do mesmo, inserem-se no âmbito do enunciado descritivo da Promoção da Saúde, nomeadamente ao possibilitar “*a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados*”, “*a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento*” e “*o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente*” (p.12).



Desta forma, tendo em conta o exposto anteriormente, os objectivos deste grupo de trabalho são:

1. Conhecer a prevalência da adesão ao regime medicamentoso das pessoas internadas na Unidade de São Rafael;
2. Aumentar a adesão ao regime medicamentoso dos doentes reinternados na unidade em 20%, após 12 meses de implementação do programa.

Não pretendendo ser este trabalho um fim em si mesmo, espera-se que este se assuma como o ponto de partida para a melhoria dos cuidados e dos ganhos em saúde na instituição e nos serviços envolvidos.



1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Uma das grandes dificuldades que se coloca aos indivíduos com doença mental prende-se com a adesão ao regime terapêutico proposto. Esta dificuldade é sustentada por inúmeros factores, como sejam as representações individuais da doença, as crenças, a aceitação do diagnóstico, a personalidade, as estratégias de *coping* e a relação estabelecida entre o doente e o profissional de saúde (Joyce-Moniz e Barros, 2005). Neste sentido, já em 1976, Haynes identificou mais de 200 variáveis que podem estar relacionadas com a adesão e a gestão do regime terapêutico (Schoeller, 2005).

Importa pois definir em que consiste a Adesão ao Regime Terapêutico. Assim, de acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiras (2002, p.58) na Versão beta 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP), *"Adesão ao Regime Terapêutico e um tipo de Gestão do Regime Terapêutico com as características específicas: desempenhar actividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidados ou apoiante"*.

Por seu lado, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) definiu adesão terapêutica como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida, corresponde às recomendações veiculadas pelo profissional de saúde. Nesta sequência, Hertinen (1987) citado pela WHO (2003), relaciona a adesão terapêutica com a adesão ao auto-cuidado, como um processo activo, responsável e flexível, no qual o indivíduo se esforça por atingir um bom nível de saúde, trabalhando em colaboração com os profissionais de saúde, em vez de se limitar a seguir as regras que lhe são impostas.

Desta forma, a gestão ineficaz do regime terapêutico e consequente não adesão, acarreta graves consequências a nível da saúde pública, manifestando-se no aumento da incidência e da prevalência de várias patologias, pelo que a



WHO (2003) refere-se à adesão terapêutica como um importante indicador da eficiência dos serviços de saúde.

Numa pesquisa mais exaustiva sobre este tema foi possível encontrar, em vários estudos, expressões distintas para definir este problema, muitas delas utilizadas indiferenciadamente. Por isso é importante nesta fase introduzir estes conceitos, nomeadamente o conceito de *compliance* e de *adherence*.

A *compliance*, enquanto conceito, foi definida inicialmente como sendo *"the extent to which a person's behavior coincides with medical or health care advice"* (Haynes, 1981, citado por Cabral e Silva, 2010, p. 1). Os mesmos autores referem, no entanto, que esse cumprimento não deve ser apenas entendido como uma mera obediência da parte da pessoa em relação às indicações médicas. Desta forma, esta expressão tem vindo a ser progressivamente substituída pelo termo *adherence*, ou adesão em português, pelo reconhecimento de que a pessoa não é um sujeito passivo, devendo a adesão ser 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, citados por Cabral e Silva, 2010, p. 2).

Em oposição ao anteriormente referido, os comportamentos de não-adesão são definidos 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, citados por Cabral e Silva, 2010, p. 2).

Independentemente da expressão adoptada, o que é importante é o reconhecimento das pessoas como parceiros activos no percurso terapêutico, desde que se compreenda a existência de um acordo/aliança entre ambas as partes, respeitando crenças e desejos (Cabral e Silva, 2010). A este respeito Griffith (1990), referido pelos mesmos autores, refere-se à adesão terapêutica como um processo dinâmico em que a pessoa adapta o seu próprio comportamento, pelo que em determinadas situações a pessoa pode ser cumpridor e não o ser em outras circunstâncias.



1.1. Factores Implicados na Adesão ao Regime Terapêutico

O problema da não adesão e a ineficácia da gestão do regime terapêutico tem uma origem multifactorial. Assim sendo, a forma como é encarada a participação do doente no tratamento proposto, reflecte-se na forma como os factores relativos à adesão são discutidos na literatura. Esta análise varia entre a tentativa de compreensão das crenças e valores subjacentes à saúde, à doença e ao tratamento, até à identificação da não adesão como um comportamento anormal, considerado desviante e irracional. Neste último caso, a culpa da não adesão é frequentemente associada à ignorância dos doentes ou dos seus cuidadores sobre a importância do tratamento, à pouca escolaridade da população, ou como simples desobediência às ordens médicas, (Leite e Vasconcellos, 2003).

Numa tentativa de identificar os agentes que podem interferir neste processo, a WHO (2003), reconheceu cinco grupos de factores relacionados com a adesão terapêutica: os factores sociais, económicos e culturais; os factores relacionados com os profissionais e serviços de saúde; os factores relacionados com a doença de base e co-morbilidades; os factores relacionados com a terapêutica prescrita; e os factores individuais relativos ao doente.

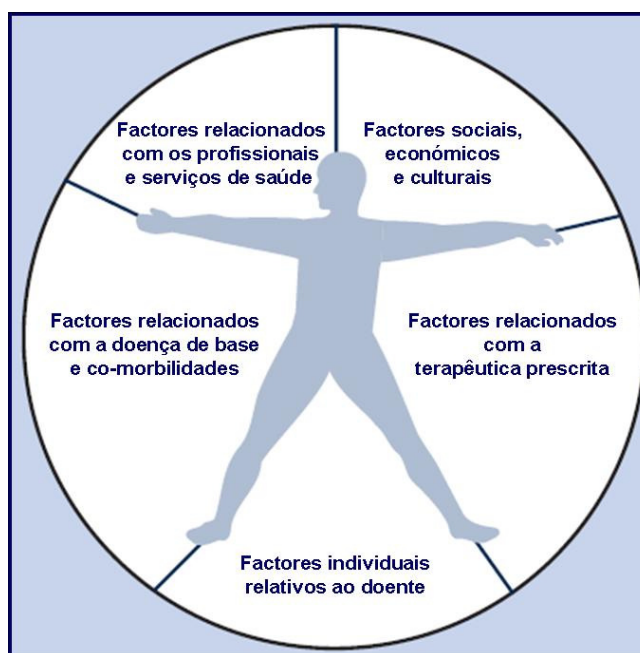


Figura 1 – Factores implicados na Adesão Terapêutica (WHO, 2003)



Relativamente aos factores sociais, económicos e culturais, o estatuto socioeconómico, a pobreza, a iliteracia, o baixo nível de escolaridade, desemprego, a falta de rede social de suporte, as condições de vida instáveis, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, os custos dos transportes, o custo da medicação, as crenças de saúde relacionados com a identidade cultural e as disfunções familiares, tem sido frequentemente identificados como factores que podem influenciar a adesão terapêutica (WHO, 2003).

Os factores culturais em particular, nomeadamente a etnia e as crenças culturais, são frequentemente referidos como preditivos da adesão terapêutica. No Reino Unido, por exemplo, pessoas de origem africana com HIV, adoptam atitudes diferentes relativamente ao tratamento prescrito, por receio de serem alvo de experiências médicas, desconfiarem dos médicos e se sentirem discriminadas em relação aos demais cidadãos (WHO, 2003).

No que se refere aos factores relacionados com os profissionais e serviços de saúde, relativamente poucas pesquisas têm sido realizadas sobre os efeitos destes factores na adesão terapêutica. Contudo, a relação entre o profissional de saúde e o doente, parece melhorar a adesão à terapêutica. Porém muitos factores têm um efeito negativo nesta relação, como sejam o desenvolvimento inadequado e por vezes insuficiente de serviços de saúde, a comparticipação dos custos de saúde e da medicação pelos sistemas, a falta de conhecimento e disponibilidade dos profissionais de saúde relativamente à gestão de doenças crónicas, a sobrecarga dos prestadores de cuidados informais, a dificuldade de acesso a consultas e a relativa curta duração das mesmas, a pouca capacidade do sistema em promover programas psicoeducacionais e a inexistência de mecanismos de follow-up dos doentes em ambulatório em articulação com outros apoios na comunidade (WHO, 2003).

Como solução para minimizar os problemas decorrentes da ineficácia dos serviços de saúde e da dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com este aspecto, a WHO (2003) aponta como actividade fundamental desenvolver a formação de profissionais de saúde competentes para intervir sobre esta problemática. Por outro lado, defende que se criem políticas que promovam o desenvolvimento de serviços de saúde que dêem



resposta não só aos problemas agudos, mas que vão de encontro à necessidade crescente de prestar cuidados a doentes com patologia crónica.

Os factores relacionados com a doença de base e co-morbilidades representam exigências particulares relativas à doença enfrentada pelo doente. Desta forma, a adesão terapêutica está frequentemente relacionada com a severidade dos sintomas, o nível de dependência (física, psicológica, social e profissional), a evolução e severidade da doença e a disponibilidade de tratamentos eficazes. Todos estes aspectos influenciam a forma como os doentes percebem a importância da adesão ao tratamento. Paralelamente, co-morbilidades tais como a depressão, a diabetes, doenças infecto-contagiosas, abuso de drogas e álcool, são factores importantes que influenciam os comportamentos de adesão (WHO, 2003).

No fenómeno da adesão terapêutica, concorrem ainda factores relacionados com a terapêutica prescrita. Entre estes, os mais significativos são os que se relacionam com a complexidade do regime medicamentoso, a duração do tratamento, a ineficácia de tratamentos anteriores, as frequentes mudanças no tratamento, o imediatismo dos efeitos benéficos, os efeitos colaterais e a falta de disponibilidade dos profissionais de saúde para ajudar na gestão de regime terapêutico (WHO, 2003).

Por fim, em relação aos factores individuais relativos ao doente, é de salientar a idade, o sexo, a ausência de informação e de conhecimento/educação dos doentes relativamente à sua doença, a diminuição da motivação e da confiança no tratamento, a ansiedade inerente à toma dos fármacos, a incapacidade em manusear o esquema terapêutico, a ausência de percepção da necessidade do tratamento, o medo da dependência ou a discriminação, que interferem igualmente no cumprimento do regime terapêutico (WHO, 2003).

Os adultos com mais de 50 anos têm com frequência várias doenças crónicas em simultâneo e, conseqüentemente, têm necessidade de tomar múltiplos medicamentos, o que dificulta a gestão do regime terapêutico, (Murray *et al.*, 2004). Os mesmos autores referem que relacionados com a idade e com adesão terapêutica estão factores como a visão, a audição, a memória, o apoio social e os aspectos económicos.

No entanto, no que se refere à idade, a bibliografia consultada não é muito conclusiva. Se por um lado a idade pode condicionar a adesão devido a limitações como



por exemplo a falta de memória, por outro lado o facto de os idosos terem mais tempo disponível, ou percepcionarem com mais eficácia a gravidade da doença que trará a morte mais cedo, faz com que adiram mais ao tratamento proposto (Ownby, 2006). Em referência a este aspecto em particular, a WHO (2003), refere que a idade deve ser considerada de forma particular e independentemente de outros factores. Muitos estudos sugerem que os adolescentes são menos aderentes aos tratamentos que crianças mais jovens, o que parece estar relacionado com a aptidão dos pais em compreenderem e seguirem as indicações relativamente ao tratamento. Por outro lado, os adolescentes ao passarem por uma fase de busca de autonomia em relação aos pais, confrontam-se muitas vezes com outros factores como sejam a auto-estima, a imagem corporal e a definição do seu papel social e entre pares, pelo que assumem frequentemente a supervisão dos pais como uma forma de estes controlarem as suas vidas, o que leva frequentemente a incumprimento do regime terapêutico proposto.

De acordo com Hesbeen (2001), a natureza do projecto de vida de cada pessoa, a percepção que tem da sua afecção e do seu futuro e a sua vontade de se curar, são elementos importantes na sua motivação para aderir ao plano terapêutico.

Tendo em conta a variedade de factores implicados no processo de adesão ao regime terapêutico que aqui foram abordados, é peremptório que os profissionais de saúde os saibam reconhecer, para que possam intervir de forma concertada.

1.2. Estudos sobre a Adesão ao Regime Terapêutico

Nos países desenvolvidos calcula-se que o grau de adesão à terapêutica nas patologias crónicas seja apenas de 50% e que nos países subdesenvolvidos e em vias de desenvolvimento este número seja ainda mais baixo (Haynes *et al.*, 2002). Bennett (2002), refere que a adesão a qualquer tipo de tratamento que implique algum grau de escolha é muito reduzida. Refere ainda que apenas 60% dos doentes manifestam disponibilidade de seguir totalmente o tratamento proposto e que este número vai reduzindo à medida que aumenta a complexidade do tratamento. Estes dados estão de acordo com algumas estatísticas norte americanas que referem que a média da não adesão ao tratamento é de



cerca de 40%, (DiMatteo, 1985 citado por Joyce-Moniz e Barros, 2005). Os mesmos autores citam ainda Cluss e Epstein (1985), para referir que a média de adesão para a prescrição de medicamentos para prevenir doenças era de 60%, tanto para tratamentos a curto como a longo prazo; 78% para adesão ao tratamento de doenças agudas e 54% para as doenças crónicas.

Em Portugal, a realidade era até recentemente relativamente desconhecida, existindo poucos estudos sobre este problema. Contudo, por iniciativa da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA), Cabral e Silva (2010) realizaram um estudo com uma amostra de 1400 indivíduos. Deste estudo foi possível concluir que a não adesão à terapêutica se deviam a três conjuntos de motivos: os motivos práticos extrínsecos, as características intrínsecas dos medicamentos e da própria terapêutica e o papel das relações entre médicos e doentes.

Quanto aos motivos extrínsecos, verificou-se que perto de metade dos inqueridos acredita que o esquecimento é o principal motivo (46,7%); segue-se a falta de recursos económicos (18,6%); a «preguiça» (7,5%); a falta de instrução/conhecimentos (6,9%); não querer ou não gostar de tomar medicamentos (6,6%); e adormecer antes da hora a que devia tomar a medicação (4,3%), seguido de outros motivos com menor expressão percentual.

No que diz respeito às características dos medicamentos e à evolução dos tratamentos que podem condicionar a adesão à terapêutica, verificou-se que, para cerca de metade dos inqueridos, a falta de adesão se deveria a dois factores principais: os doentes sentirem-se melhor (26,6%) ou queixarem-se dos efeitos secundários dos medicamentos (22,2%). Em terceiro lugar surge o facto de não quererem misturar medicamentos com álcool ou outras substâncias (12,4%); sentirem-se pior quando tomam os medicamentos (8%); não sentirem melhoras ou considerarem que o tratamento não está a fazer efeito (7,3%); duvidarem da eficácia do tratamento (6,5%); a duração demasiado longa do tratamento (6,1%); terem de tomar demasiados medicamentos (5,2%) e dificuldade em tomar os medicamentos de acordo com a prescrição (3,5%).

Por fim, no que respeita ao papel da relação de confiança entre o médico e o doente para o êxito da terapêutica, verificou-se que para a generalidade dos inquiridos, o receio das pessoas de fazerem perguntas e de pedirem esclarecimentos aos médicos (31,7%),



bem como o facto de não prestarem atenção quando estes estão a explicar o tratamento (28,1%), seriam as principais razões que contribuem para as pessoas não aderirem à terapêutica. A falta de compreensão das vantagens do tratamento, por parte do paciente (20,5%), é a razão mais referida a seguir, surgindo por último a falta de confiança no médico (12,5%).

No que se refere à Saúde Mental em particular, Garcia *et al.* (2005) refere que os doentes portadores de doenças crónicas, tais como as doenças mentais, têm um risco maior de não-adesão terapêutica em torno dos 50%. Este facto é motivado pela recusa em fazer a medicação, por absentismo ou por interrupção do tratamento.

Neste sentido, deve ser dada atenção especial à ocorrência de sintomatologia psicótica e à falta de *insight* que, nestes casos, são factores preditivos de não adesão terapêutica. De igual forma, a ocorrência de efeitos adversos da medicação, que na maioria dos casos são constantes nos doentes com doença mental crónica, podem conduzir a uma maior percentagem dos casos de não adesão (Garcia *et al.*, 2005). Para estes autores, a atitude de comunicação e a informação dada ao doente sobre a sua doença e o tratamento, assim como a relação terapêutica estabelecida, poderão melhorar a adesão.

Num estudo realizado por Pinheiro *et al.* (2010), verificou-se que 75% dos portadores de esquizofrenia não tomavam correctamente a medicação. Este facto, segundo os próprios doentes, estaria relacionado com os efeitos adversos da medicação e com a dificuldade em adquirir a medicação por factores financeiros, assim como em alguns casos, a falta de cuidador que administre correctamente a medicação. Outra razão identificada neste estudo foi o facto de a maioria dos doentes com esquizofrenia terem um *insight* pobre em relação à doença e consequentemente à necessidade de tratamento. Zygmunt *et al.* (2002), referem que as taxas de não-adesão terapêutica nos doentes com esquizofrenia são de aproximadamente 50% durante o primeiro ano após alta hospitalar, o que aumenta significativamente (cerca de 3,7 vezes) o risco de recaída.

No que se refere ao Transtorno Bipolar, Santin *et al.* (2005), referindo Lingam e Scott (2002), afirmam que aproximadamente 50% dos doentes bipolares interrompem o tratamento pelo menos uma vez, enquanto 30% o fazem pelo menos duas vezes. Para



Greenhouse *et al.* (2000), referidos por Santin *et al.* (2005), nos casos em que os doentes são inicialmente tratados com Lítio, a adesão ao tratamento ronda os seis meses, sendo que 60% dos doentes internados com mania aguda apresentavam falhas na toma da medicação no mês que antecedeu o internamento. Segundo estes autores, a frequência de episódios depressivos, internamentos e suicídios aumentam com a não-adesão.

Greenhouse *et al.* (2000) e Lingam e Scott (2002), referidos por Santin *et al.* (2005), referem as razões apontadas pelos doentes para não aderirem ao tratamento com estabilizadores de humor, as quais se prendem sobretudo com a ideia de terem o seu humor controlado por medicamentos; de não aceitarem o facto de terem uma doença crónica; de se sentirem bem e por isso não terem necessidade de tomar medicamentos; de se sentirem menos atractivos ao cônjuge e aos amigos; de sentirem falta dos momentos "altos" e de se sentirem deprimidos, menos criativos e produtivos. Outra pesquisa de Scott e Pope (2002), mostrou ainda que as principais atitudes apontadas pelos pacientes não aderentes foram: a oposição em fazer um tratamento profilático a longo prazo; a falta de efectividade do lítio e o receio dos efeitos adversos.

A fraca adesão à medicação também constitui um obstáculo ao tratamento de outras doenças mentais crónicas, nomeadamente a Depressão. Desta forma, uma percentagem significativa destes doentes interrompe prematuramente a medicação antidepressiva (Demyttenaere, 2001, referindo Blackwell, 1976 e Lin *et al.*, 1995). Esta interrupção precoce ocorre independentemente de o tratamento ser prescrito por um clínico geral ou um psiquiatra, sendo as taxas de interrupção maiores durante o primeiro mês. Sobre este problema, estudos efectuados por Simon *et al.* (1993), referidos por Demyttenaere (2001), concluíram que 35% dos doentes em cuidados de saúde primários interromperam o tratamento antidepressivo no primeiro mês, sendo que os doentes do sexo feminino e os de meia-idade apresentam menor probabilidade de interromperem a medicação durante o primeiro mês de tratamento. Estes números em alguns países assumem maiores proporções, como seja o caso do Reino Unido (50%) e dos EUA (60%) (Katon *et al.*, 1992, referido por Demyttenaere, 2001).

A respeito da não-adesão terapêutica na depressão, DiMatteo *et al.* (2000) aponta três factores. O primeiro diz respeito às expectativas e crenças nos benefícios e na eficácia do tratamento, pelo que frequentemente os doentes com depressão experienciam



sentimentos de desesperança e falta de optimismo, o que pode influenciar a adesão do doente aos tratamentos prescritos. O segundo factor, sugere a importância do suporte familiar e social como factor favorável à melhoria da adesão, quando na maioria das vezes os doentes com perturbação depressiva experienciam ruptura das ligações familiares e/ou sociais e isolamento. Por último, a depressão poderá estar associada a deterioração temporária ou permanente das funções cognitivas necessárias à compreensão e manutenção do plano terapêutico.



2 – DIMENSÃO DO PROBLEMA

Como anteriormente referido, a identificação do problema de não adesão ao regime medicamentoso, partiu da percepção da equipa de que as pessoas internadas na unidade não cumpriam adequadamente com o esquema medicamentoso prescrito. Contudo, a dimensão do problema não era passível de quantificação pela consulta das notas de admissão de enfermagem, uma vez que não existia a prática de identificar claramente a não adesão ao regime medicamentoso como um problema, bem como a não utilização de instrumentos que permitissem a sua avaliação.

Desta forma, entre Janeiro e Julho de 2011, foi aplicada a todas as pessoas admitidas na unidade, um instrumento de avaliação da adesão terapêutica, no caso concreto a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). Da aplicação deste instrumento e da construção do indicador de Prevalência de Adesão ao Regime Medicamentoso proposto pela OE (2007), foi possível concluir que das pessoas reinternadas na unidade que praticavam auto-gestão da medicação (n=107; 71,33% do total de admissões), 40,74% (n=54), foram consideradas como aderentes – o que significa que 59,26% foram considerados como não aderentes. Esta percentagem de adesão encontra-se abaixo da média descrita nos estudos referidos anteriormente relativos à adesão terapêutica (DiMatteo, 1985; Cluss e Epstein, 1985; Garcia *et al.*, 2005; Haynes, 2002).

2.1 - Causas da não adesão

Uma das medidas para melhorar a adesão dos doentes ao regime terapêutico é identificar as atitudes (causas) que os fazem interromper o tratamento, promovendo o conhecimento sobre a doença e o tratamento (Santin *et al.*, 2005).

De forma a possibilitar a identificação das causas mais prevalentes de não adesão ao regime medicamentoso, foi realizado um estudo descritivo das respostas obtidas em cada uma das questões da MAT no período considerado. A apresentação dos resultados obtidos foi feita através do diagrama de *Pareto* (Figura 2), uma vez que este institui, após



a valorização dos itens considerados, a prioridade a ser dada às causas a serem analisadas e desenvolvidas.

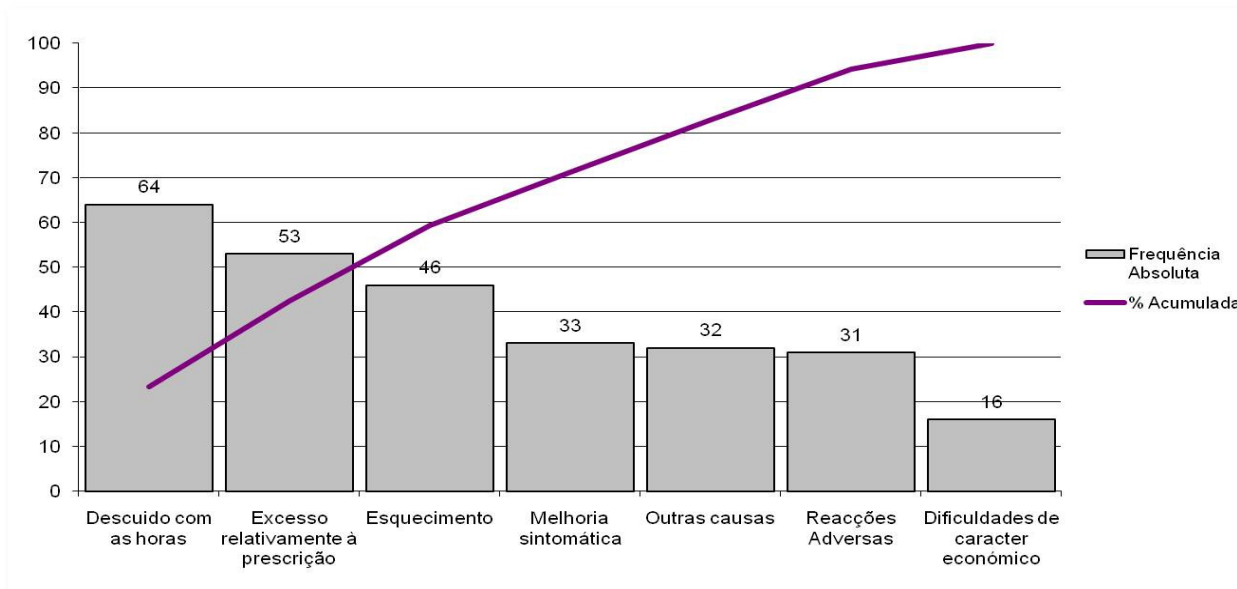


Figura 2 – Frequências absolutas e acumuladas das respostas obtidas em cada uma das questões da MAT



3 – OBJECTIVOS / METAS

Tendo em conta o indicador anteriormente referido e a necessidade de conhecer em pormenor a ocorrência deste problema na Unidade de São Rafael, foram definidos os seguintes objectivos gerais e específicos:

3.1 - Objectivos Gerais

1. Aumentar a adesão ao regime (medicamentoso) dos doentes reinternados na unidade em 20%, após 12 meses de implementação do programa.

Justificação:

- A percentagem de adesão ao regime medicamentoso é reconhecida como um indicador importante da eficiência dos serviços de saúde (WHO, 2003);
- A percentagem de adesão ao regime medicamentoso obtida está abaixo do descrito internacionalmente (54% nas patologias crónicas, 78% nas patologias agudas) (Joyce-Moniz e Barros, 2005);
- A não adesão ao regime medicamentoso acarreta aumento da incidência e da prevalência de várias patologias (WHO, 2003).

3.2 – Objectivos Específicos

- 30% dos doentes internados durante o período considerado (12 meses) sejam abrangidos por sessões psicoeducativas;



- 30% dos doentes internados durante o período considerado (12 meses) sejam abrangidos por consultas/entrevistas motivacionais;
- 30% dos doentes em ambulatório durante o período considerado (12 meses) sejam abrangidos pelo follow-up telefónico.

3.3 - Actividades a Realizar

1. Identificar o número de doentes reinternados na unidade com o diagnóstico de não-adesão ao regime medicamentoso (pela aplicação da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT);
2. Identificar as causas da não adesão ao regime medicamentoso, pela análise estatística das respostas às questões da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT);
3. Produzir dados para os indicadores de qualidade dos cuidados no âmbito da adesão do regime terapêutico medicamentoso;
4. Implementar acções de melhoria para o problema identificado, nomeadamente:
 - Sessões Psicoeducativas sobre a adesão terapêutica;
 - Implementar uma consulta/entrevista motivacional de preparação para a alta;
 - Desenvolver um programa de follow-up telefónico no pós-alta.



4 – INDICADORES DO PROGRAMA

4.1 – Indicadores de Estrutura

- Existência de sessões psicoeducativas quinzenais
- Existência de uma consulta/entrevista motivacional de preparação para a alta
- Existência de follow-up telefónico no pós alta

4.2 – Indicadores de Processo

- Percentagem de doentes abrangidos pelas sessões psicoeducativas
- Percentagem de doentes abrangidos pelas consultas/entrevistas motivacionais
- Percentagem de doentes abrangidos pelo follow-up telefónico
- Percentagem de doentes a quem foi cumprido o protocolo/norma

Para estes indicadores serão consideradas todas as pessoas reinternadas na unidade abrangidas pelas medidas correctivas no período considerado (12 meses).

Os dados para a construção destes indicadores serão da responsabilidade da equipa de enfermagem, que procederá ao registo intervenções numa base de dados informatizada.

Tendo em conta a abrangência da intervenção proposta (psicoeducação, consulta/entrevista motivacional e follow-up), estes três momentos no seu conjunto constituem o protocolo/norma definido para este programa.



4.3 – Indicador Epidemiológico

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007) define, para o problema da adesão ao regime medicamentoso, um indicador de prevalência. Este indicador tem uma periodicidade semestral e é avaliado pela seguinte fórmula:

$$\text{Prevalência de Adesão ao Regime (medicamentoso)} = \frac{\text{N.º de doentes reinternados com adesão} \times 100}{\text{Nº total de doentes reinternados}}$$

Para a construção deste indicador, serão considerados todas as pessoas reinternadas na Unidade de São Rafael no período compreendido (6 meses), que pela avaliação da adesão terapêutica obtida pela aplicação da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) obtenham *scores* iguais ou superiores a 5 (doentes com adesão ao regime terapêutico/medicamentoso).

A MAT também será aplicada às pessoas internadas pela primeira vez na unidade, uma vez que de futuro estas poderão ser reinternadas. Contudo, estas não serão contabilizadas para o indicador, uma vez que até ao momento do seu primeiro internamento na unidade, não pode ser inculcida à mesma a responsabilidade pelo seu comportamento de adesão.

4.4 – Indicador de Resultado

Este indicador permite ter acesso aos ganhos em saúde decorrentes das intervenções propostas, que indirectamente se irão reflectir na taxa de prevalência de adesão ao regime medicamentoso. Este indicador permitirá relacionar o número total de casos que resolveram este fenómeno/diagnóstico de enfermagem com as intervenções de enfermagem implementadas, e o universo dos que apresentaram este



fenómeno/diagnóstico, num certo período de tempo. Este indicador tem uma periodicidade anual e é avaliado pela seguinte fórmula:

Modificação positiva na adesão ao regime medicamentoso

=

Nº. de doentes com diagnóstico de não-adesão que passaram a
adesão com pelo menos 1 intervenção de enfermagem documentada X 100

Nº total de doentes com diagnóstico de não-adesão

Para a construção deste indicador, serão consideradas todas as pessoas reinternadas na Unidade de São Rafael no período compreendido (12 meses), que pela avaliação da adesão terapêutica obtida pela aplicação da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) obtenham scores superiores aos obtidos no internamento anterior e que tenham sido submetidas a pelo menos uma intervenção documentada (doentes com ganhos de adesão/conhecimento sobre o regime medicamentoso).



5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população em estudo para a construção deste programa é constituída por todas as pessoas internadas na Unidade de São Rafael no período considerado. Desta, será constituída uma amostra selectiva, composta pelas pessoas reinternadas e que pratiquem auto-gestão da medicação.



6 – FONTES DE DADOS

Perante a multiplicidade de factores implicados na adesão ao regime medicamentoso, avaliar os níveis de adesão é uma das dificuldades com que os profissionais de saúde, e os enfermeiros em particular, se deparam. Esta avaliação é muitas das vezes subjectiva, já que não existe a prática corrente de utilizar instrumentos de medida que permitam avaliar os comportamentos de adesão, o que dificulta a sua quantificação e melhoria. Segundo alguns autores, a medição rigorosa da taxa de não aderência é difícil, particularmente em ambatório, não existindo um método considerado como "*gold standard*" (Delgado e Lima, 2001; Jackevicius *et al.*, 2002; Vik *et al.*, 2005). Esta dificuldade tem conduzido à criação de instrumentos destinados à avaliação da adesão terapêutica que quando usados isoladamente, não conduzem, pelas suas limitações, a resultados totalmente fiáveis (Delgado e Lima, 2001).

Um instrumento estruturado baseado no método de *self-report* e que pode ser facilmente utilizado em contexto clínico, é a escala de Morisky. Esta escala de medida tem quatro itens de resposta dicotómica (Sim/Não), para avaliar a adesão aos tratamentos. Segundo Delgado e Lima (2001), a originalidade desta escala relativamente a outros instrumentos de *self-report*, reside fundamentalmente na construção das questões pela negativa, em que a resposta "Não" significa adesão, o que permite segundo os autores, evitar o enviesamento das respostas. As questões que inclui, dirigem-se às barreiras habituais para a toma dos medicamentos e permitem reforçar os aspectos positivos do comportamento aderente.

A escala de Morisky, com resposta dicotómica de "Sim/Não", tem vindo a ser utilizada há mais de 2 décadas, embora também tenha sido usado o mesmo teste com a resposta numa escala de Likert de 5 pontos, desde a "maioria das vezes" até "Nunca". Este método, para avaliação da adesão aos tratamentos, baseia-se na falta de aderência por esquecimento, por descuido, por melhoria sintomática ou por reacções adversas. A cotação total é calculada pela média das



cotações obtidas nas 4 perguntas, sendo baixa a aderência quando a cotação é inferior a 5. As quatro perguntas do teste são as seguintes (Rigby, 2007):

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos?
2. É descuidado com a hora da toma dos medicamentos?
3. Algumas vezes deixou de tomar os medicamentos quando se sentiu melhor?
4. Por vezes, quando se sente pior ao tomar os medicamentos, deixa de os tomar?

Desta forma, Delgado e Lima (2001), realizaram um estudo com a finalidade de criar uma escala para avaliar a adesão aos tratamentos a partir da Escala de Morisky. A escala criada – *A Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)* – apresentou consistência interna na condição de resposta em escala de Likert, pelo que em termos de validade concorrente, consideraram que a MAT apresentou correlações elevadas em qualquer condição de resposta. A escala construída e validada por estes autores, constitui a versão Portuguesa da Escala de Morisky, com sete itens para a medida de adesão aos tratamentos. Os autores verificaram que a resposta em escala de Likert, comparativamente às respostas em escala dicotómica, como a utilizada por Morisky, permitia melhorar a qualidade psicométrica do instrumento, a sensibilidade, a especificidade e a consistência interna. Paralelamente, os autores procuraram fazer a validação concorrente desta escala com o critério da contagem de medicamentos.

Neste estudo, os autores introduziram três perguntas adicionais em relação à Escala de Morisky, ao concluir que estas permitiam identificar novas situações de falta de adesão. Desta forma, a pergunta 5 permite aceder a comportamentos de não adesão por excesso relativamente à prescrição, e a pergunta 6 permite aceder às dificuldades de carácter económico, que estão frequentemente subjacentes à falta de aderência. Por fim, a pergunta 7 permite aceder a qualquer situação que não esteja expressa nas perguntas anteriores, em que o doente reflecte sobre o seu comportamento de adesão e, em consonância, pode corrigir o sentido de uma ou outra resposta dada anteriormente.



Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

Figura 3 – Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) in Delgado e Lima (2001).

Para a implementação deste programa e a construção dos indicadores anteriormente referidos, foi considerada a aplicação da MAT pelo facto de este instrumento estar validado para a população portuguesa. Paralelamente, este permite aceder às diversas dimensões do problema em análise, para além de permitir ser aplicado



directamente na forma de questionário, ou indirectamente pelo técnico de saúde na forma de entrevista estruturada.

De forma a possibilitar a identificação das pessoas com adesão actual ao regime medicamentoso, foram considerados os valores de resposta à MAT com *score* total igual ou superior a 5, valor acima do qual os autores consideram existir adesão ao regime terapêutico (Delgado e Lima, 2001).

Tendo em conta a abrangência da intervenção proposta (psicoeducação, consulta/entrevista motivacional e follow-up), nomeadamente a articulação entre os vários momentos – da avaliação da adesão terapêutica pela aplicação da MAT, ao follow-up telefónico – foi construída uma base de dados informatizada, onde são registados todos os dados referentes às pessoas incluídas no programa, de onde mais tarde serão extraídos os dados para a construção dos indicadores anteriormente propostos.



7 – ACÇÕES DE MELHORIA

Uma das medidas para melhorar a adesão dos doentes ao regime terapêutico é identificar as atitudes que os fazem interromper o tratamento, promovendo o conhecimento sobre a doença e o tratamento. Diferentes tipos de intervenções têm sido sugeridos, tais como psicoeducação, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e terapia centrada na família (Santin *et al.*, 2005).

Estudos realizados por Colom *et al.* (2004), referido por Santin *et al.* (2005), em doentes com Transtorno Afetivo Bipolar, mostraram diferenças significativas nos doentes que foram sujeitos a sessões psicoeducativas, nos quais houve uma redução significativa do número de recaídas e recorrência da doença, para além da diminuição do tempo de internamento. Outros estudos realizados por Dogan (2003), referidos pelo mesmo autor, mostraram que a psicoeducação aumentou o conhecimento dos doentes em relação à sua doença e aos medicamentos, melhorou a qualidade de vida dos mesmos no domínios geral, físico e social, diminuindo os sintomas psiquiátricos, diminuindo as recaídas e aumentando a adesão.

Contudo, quando o cumprimento da prescrição reside na fraca compreensão ou recordação do aconselhamento médico, muitas das vezes é suficiente o fornecimento adicional de informação (Heszen-Klemens, 1987, referido por Demyttenaere, 2001). Desta forma, pode-se melhorar a adesão terapêutica fornecendo instruções simples e específicas. Lin *et al.* (1995), referidos por Demyttenaere (2001), a respeito dos doentes depressivos, sugerem cinco instruções, que devem ser fornecidas aos doentes: (1) tomar diariamente a medicação; (2) para que os efeitos dos antidepressivos sejam visíveis, estes devem ser tomados durante 2-4 semanas; (3) deve-se continuar a tomar os medicamentos mesmo que os doentes se sintam melhor; (4) não suspender a medicação antidepressiva sem informar o médico; (5) o médico deve fornecer respostas específicas a questões relacionadas com os antidepressivos.



Outros estudos, como os desenvolvidos por Simon *et al.* (2000), referidos por Demyttenaere (2001), verificaram que entrevistas regulares de acompanhamento ou contacto telefónico com os doentes no decurso do tratamento, reforçam o cumprimento do tratamento.

Kemp *et al.* (1996), referidos por Zygmunt *et al.* (2002), realizaram estudos com o objectivo de melhorarem a adesão terapêutica em doentes com esquizofrenia, em que combinaram abordagens comportamentais e entrevistas motivacionais. Nestas sessões os doentes eram encorajados a expor as suas crenças e ambivalências relativamente à medicação antipsicótica, sendo focados os comportamentos adaptativos e a necessidade de se sentirem bem. Paralelamente os técnicos de saúde ajudaram os doentes a relacionar os benefícios indirectos da medicação com a redução dos sintomas e a melhoria das relações interpessoais. Os doentes sujeitos a estas sessões demonstraram melhorias significativas na adesão terapêutica nos 18 meses após alta hospitalar, assim como melhores níveis de *insight*.

Por seu lado, Boczkowski *et al.* (1985), referidos por Zygmunt *et al.* (2002), num estudo em que compararam dois grupos de doentes com esquizofrenia, concluíram que o grupo sujeito a terapia comportamental num período de follow-up de 3 meses, obteve melhorias mais significativas na adesão terapêutica, comparativamente ao grupo sujeito somente a intervenção psicoeducativa. Outros estudos, como os de Streicker *et al.* (1986), referidos por Zygmunt *et al.* (2002), não obtiveram ganhos relativamente à adesão terapêutica em grupos sujeitos a intervenções psicoeducativas, comparativamente aos grupos de controlo.

Pelo exposto anteriormente, parece-nos correcto afirmar que nenhuma intervenção por si só demonstra ser suficientemente abrangente face ao problema da adesão terapêutica, ao ponto de obter ganhos significativos. Esta opinião é de resto partilhada por Zygmunt *et al.* (2002), que após uma revisão sistemática das intervenções terapêuticas para o problema da adesão terapêutica na esquizofrenia, concluiu que as intervenções psicoeducativas que não tenham por base uma intervenção comportamental, não são eficazes na melhoria da adesão terapêutica, da mesma forma que a psicoeducação familiar também não demonstrou ter efeitos significativos. Na opinião deste autor, os programas mais eficazes são os que combinam estratégias



psicoeducativas, cognitivo-comportamentais e motivacionais, tais como o programa anteriormente referido, desenvolvido por Kemp *et al.* (1996).

Face ao exposto anteriormente, considerámos oportuno a implementação de acções de melhoria diversificadas, que permitissem responder às mais variadas dimensões do problema. Desta forma, como proposto por Kemp *et al.* (1996), referido por Zygmunt *et al.* (2002), as acções de melhoria a implementar serão as seguintes:

1 – Sessões Psicoeducativas sobre o tema “Adesão Terapêutica”

Estas sessões psicoeducativas serão desenvolvidas quinzenalmente pelos enfermeiros do serviço, tendo como alvo todas as pessoas internadas no serviço que pratiquem auto gestão do regime terapêutico. Serão abordadas genericamente as vantagens da adesão ao regime terapêutico, as consequências da não adesão e estratégias genéricas a considerar para melhorar a adesão/cumprir com o esquema terapêutico proposto.

Será adoptada a metodologia de grupo terapêutico, onde após exposição, pelo enfermeiro dinamizador da acção, da importância da adesão ao regime terapêutico (medicamentoso) e consequências/riscos da não adesão (com recurso a meios audiovisuais, folhetos ou outros dispositivos de suporte a elaborar), será dada oportunidade aos elementos do grupo de exporem e partilharem as suas dúvidas e experiências pessoais relativas ao tema.

No final da sessão, que se prevê de duração aproximada de 50 minutos), será disponibilizada informação em suporte de papel (folheto) e realizada uma súmula dos aspectos mais importantes da sessão.

2 – Consulta/Entrevista Motivacional

Tendo em vista a avaliação da propensão para a adopção de determinados comportamentos específicos, os profissionais de saúde começam com frequência, a utilizar estratégias baseadas na entrevista motivacional (EM) com os seus clientes (Pollak



et al., 2007). Os mesmos autores, referindo-se à aplicação desta estratégia em pessoas com excesso de peso, afirmam que a EM é uma estratégia eficaz de aconselhamento centrado no cliente, que pretende criar mudanças de comportamento tendo como objectivo ajuda-los a resolver as suas ambivalências em relação a uma determinada situação. Assim sendo, tem vindo a assumir-se como um estilo de comunicação que enfatiza a reflexão sobre os resultados da interacção do profissional de saúde com o cliente.

Poucos estudos têm sido conduzidos relativamente ao impacto da EM na adesão terapêutica. Di Lorio et al. (2003), citados por Possidente et al. (2007), relativamente à adesão à medicação retroviral em doentes com HIV, obtiveram scores de adesão terapêutica superiores em doentes submetidos a três sessões de EM, relativamente ao grupo de controlo. Outro estudo desenvolvido por Safren et al. (2001), referido por Possidente et al. (2007), em doentes com HIV submetidos a uma única sessão de EM, demonstrou um aumento significativo nos scores de adesão à terapêutica retroviral. Os mesmos autores citam ainda um estudo desenvolvido por Hayward et al. (1995), que num pequeno grupo de doentes com esquizofrenia submetidos a EM, demonstrou melhorias significativas nas atitudes e crenças dos doentes relativamente à medicação antipsicótica.

Os princípios da EM podem ser utilizados em qualquer tipo de tratamento de saúde, nos quais é exigido uma mudança de comportamentos, de modo a serem atingidos os benefícios de saúde pretendidos (McBride e Petersen, 2002), pelo que podemos depreender que a sua utilização também é válida na adesão ao regime terapêutico/medicamentoso, como anteriormente referido. Segundo Van Dorsten (2007), a utilização da EM conjuntamente com outros tratamentos comportamentais (como, por exemplo, a psicoeducação), poderá ter um resultado mais efectivo em relação aos objectivos pretendidos, pelo que mesmo em intervenções breves, este tipo de abordagem pode melhorar a confiança dos profissionais de saúde nas suas capacidades, para além do impacto positivo que podem ter no tratamento dos seus clientes (Befort et al., 2005).

No decorrer da EM, o profissional de saúde não deve tirar conclusões daquilo que ouve, mas sim avaliar a motivação e expectativas do doente/cliente, por via a fornecer orientações que levem a pessoa a aceitar e agir em conformidade com o que é esperado



(Befort et al., 2005). Estes autores referem que no decorrer de uma EM, o profissional de saúde e a pessoa devem ter em consideração os seguintes aspectos:

- A motivação para a mudança deve partir da pessoa;
- A pessoa terá que se empenhar para resolver a sua ambivalência em relação à situação em concreto;
- A persuasão directa não deverá ser usada, pelo que o profissional de saúde deverá ser passivo, tornando-se activo apenas na ajuda à pessoa para que esta reflita sobre a sua própria ambivalência;
- A disposição para a mudança não deverá ser reconhecida como uma característica da pessoa, mas como resultado da interacção do profissional de saúde e a própria;
- A relação profissional-doente/cliente deverá ser vista como uma parceria.

Em suma, a forma como os profissionais de saúde abordam a questão central da EM, pode influenciar as alterações comportamentais que daí podem advir. Pollak et al. (2007), num estudo relativo à adopção de comportamentos de saúde para redução do peso em obesos, concluíram que nos casos em que os profissionais de saúde criaram empatia e usaram técnicas adequadas no decorrer das EM's, as pessoas apresentaram mais mudanças nas suas rotinas de actividade física e nas tentativas de perda de peso.

No decorrer do presente programa, as Entrevistas Motivacionais serão desenvolvidas pelos enfermeiros a todas as pessoas internadas no serviço que pratiquem auto gestão do regime terapêutico, em momento oportuno aquando da preparação para a alta.

Nestas entrevistas serão abordadas as questões/dúvidas individuais da pessoa relativamente ao esquema terapêutico prescrito para a alta, as dificuldades que prevê que possa ter na gestão do regime medicamentoso e as estratégias a considerar em relação as suas dificuldades. Serão reforçadas as informações transmitidas anteriormente na sessão psicoeducativa, pela disponibilização de panfletos informativos sobre a importância da adesão terapêutica a entregar juntamente com o guia terapêutico.



Por fim, de acordo com a disponibilidade/concordância da pessoa, será realizado um contrato terapêutico relativamente ao follow-up telefónico a manter no pós-alta.

3 – Follow-up Telefónico

A procura de cuidados em saúde tem vindo a apresentar um crescimento contínuo ao longo dos últimos anos. Nesse sentido, as tecnologias de comunicação podem ajudar a promover cuidados de saúde “personalizados”, ou seja, centrado nas necessidades de cada pessoa. Para melhorar o acesso aos cuidados em saúde, tem sido estimulado o desenvolvimento de diversas tecnologias para o diagnóstico, seguimento e orientação de casos clínicos. Para isto, os investimentos no desenvolvimento destas tecnologias de informação têm sido incentivados (WHO, 2008).

Tendo como objectivo a melhoria da saúde a nível individual, comunitário, regional e/ou nacional, a evolução das tecnologias de comunicação nos últimos anos registou uma mudança crescente em praticamente todas as áreas de saúde, pelo que, actualmente, as tecnologias de comunicação são utilizadas em situações tão diversas como sejam a educação, a transferência de conhecimentos, o apoio social e a promoção da saúde, entre outros (Blake, 2008). As tecnologias de comunicação permitem o acesso a serviços e especialistas em saúde por pessoas que, de outra forma, não teriam acesso a estes serviços e/ou profissionais, com a frequência e facilidade adequada para o atendimento de suas necessidades. Estas tecnologias facilitam ainda, em países com falta ou distribuição irregular de médicos e enfermeiros, o acesso a esses profissionais sem que seja necessário percorrer longas distâncias (WHO, 2008).

Neste sentido, o uso do telefone surgiu como um importante método de comunicação entre o enfermeiro e o cliente alvo de cuidados, pelo que se prevê um aumento da aplicação desta tecnologia ao longo dos próximos anos (Blake, 2008). No âmbito da saúde, desde 1970 que o telefone é utilizado em diversas áreas, desde a triagem até o acompanhamento de pessoas em condições crónicas, bem como nos cuidados primários em saúde e em situações de aconselhamento em saúde (Car e Sheikh, 2003; Oldham, 2002). Os principais benefícios do uso do telefone são a velocidade de acesso ao profissional de saúde, a diminuição do tempo de espera para a consulta, a



redução do tempo e do custo na deslocação das pessoas, além da possibilidade de aumentar a frequência dos contactos das pessoas com os serviços de saúde (Car e Sheikh, 2003). Quando utilizado em serviços de triagem, esta tecnologia pode reduzir em até 39% a necessidade de consultas presenciais (Jiwa; Mathers, 2003).

Nessa perspectiva, a utilização do telefone surge como uma ferramenta promissora no cuidado de enfermagem, assumindo-se como uma inovação perante o tradicional cuidado de enfermagem (Peck, 2005; Snooks et al., 2008). Assim como na entrevista motivacional, o acompanhamento por telefone também requer algumas competências características da relação de ajuda, tais como a empatia; a capacidade de escuta; a auto-consciência em relação a seus próprios preconceitos; a capacidade de transmitir informações de forma clara e objectiva; a capacidade de adequar informações, considerando as particularidades dos clientes; a capacidade de perceber qual é a preocupação principal da pessoa, assim como orientar a intervenção de ajuda em função dela (Correia e Raposos, 2003). Para além das competências básicas anteriormente referidas, o acompanhamento por telefone também requer outras competências específicas, tais como a capacidade de captar informações por meio do tom da voz (uma parte importante da escuta é perceber o que é expresso indirectamente); respeitar o silêncio, sabendo quando e como interrompê-lo no sentido de manter a atenção na última coisa que foi dita; saber controlar o tempo da chamada e a própria chamada; saber lidar com as chamadas difíceis (nomeadamente a manipulação e a repetição de informação) e saber reconhecer quando e como terminar uma chamada (Correia e Raposos, 2003).

Em 2002, um estudo norte-americano com pessoas no início da terapia antidepressiva concluiu que o uso do telefone pode aumentar significativamente a satisfação das pessoas e melhorar os resultados clínicos (Gregory et al., 2004).

Desta forma, de acordo com a concordância da pessoa e o estabelecimento de um contrato terapêutico a efectuar na entrevista motivacional (na qual a pessoa deverá fornecer um contacto telefónico para contacto), serão realizados contactos telefónicos na 1ª, 2ª e 4ª semana pós alta, onde serão avaliadas as dúvidas e as dificuldades das pessoas relativamente ao esquema terapêutico proposto. Se necessário, conforme a necessidade, será realizada articulação com o médico assistente para alteração/reajuste do esquema



terapêutico (presencial em consulta médica a marcar, ou por indicação telefónica). Serão ainda reforçadas as indicações dadas anteriormente nas sessões psicoeducativas e na consulta/entrevista motivacional.

Para a operacionalização desta intervenção, foi desenvolvido um guião de entrevista segundo o modelo utilizado e proposto por Dudas et al. (2001). Segundo este autor, a alta hospitalar pode ser um momento de stress e insatisfação para as pessoas, em resultado da sua transição para um novo ambiente. Além disso, é-lhes ainda solicitado que compreendam e recordem esquemas terapêuticos complexos, o que gera frequentemente situações de incompreensão e incumprimento do mesmo. Desta forma, um mecanismo que pode melhorar a satisfação das pessoas e evitar incumprimento do esquema terapêutico por enganos, lapsos ou incompreensão dos mesmos, é o Follow-up telefónico. Este autor realizou um estudo com o objectivo de avaliar o impacto do Follow-up telefónico realizado por farmacêuticos em doentes na pós-alta hospitalar. Neste estudo, os farmacêuticos contactaram os doentes no 2º dia da pós-alta, questionando-os sobre a terapêutica.

Neste estudo, num total de 79 pessoas, 24% tiveram alguma questão a colocar relacionada com a medicação prescrita; 3% referiram não ter percebido a prescrição terapêutica; e 19% referiram que não conseguiram tomar toda a medicação conforme a prescrição. Foi ainda possível identificar um número substancial de pessoas que necessitaram de apoio ou assistência na obtenção de medicamentos, assim como ajuda para perceber a prescrição terapêutica, o que permitiu diminuir o número de recorrências a serviços de atendimento – urgências e consultas – na pós-alta (10% no grupo com seguimento em Follow-up vs 24% no grupo de controle). Em 15% dos casos houve necessidade de encaminhamento para o médico assistente. Pelo descrito anteriormente, concluiu-se que o Follow-up telefónico neste estudo permitiu a rápida identificação de problemas potenciais das pessoas, com necessidades de intervenção especializada, bem como a identificação precoce de efeitos adversos da medicação.



8 – CONCLUSÃO

A adesão ao regime terapêutico medicamentoso assume-se actualmente como uma preocupação acrescida na definição das políticas de saúde.

Desta forma é importante integrar este fenómeno na prática diária de todos os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, pois só desta forma será possível produzir os resultados desejados. Para isso, os enfermeiros deverão dispor de ferramentas e estratégias que lhes permitam identificar este problema e implementar intervenções para melhorar/aumentar a adesão ao regime medicamentoso (WHO, 2003).

Tendo os enfermeiros um papel preponderante neste problema, parece-nos seguro afirmar que no contexto da Unidade de São Rafael, este fenómeno ainda não é assumido pelos enfermeiros na prática diária do seu exercício profissional. Neste aspecto, a intervenção dos enfermeiros no que se refere à adesão é ainda um processo pouco sistematizado e intencional, limitando-se na maioria das vezes ao esclarecimento de dúvidas quando interpelados pelos doentes.

Partindo dos objectivos inicialmente traçados para este trabalho, verificamos que a percentagem de pessoas que aderem ao regime terapêutico medicamentoso é baixa (40,74%) relativamente ao descrito noutros estudos. Se tivermos em consideração que este valor poderá estar subestimado, pela previsão da existência de um número indeterminado de pessoas que se assume como aderente, apesar de não cumprir todos os requisitos inicialmente definidos, o número de não aderentes será consideravelmente mais elevado. Ainda assim, a percentagem de não aderentes estimada, excede largamente as expectativas, apesar da nossa percepção inicial ser no sentido de uma elevada prevalência de não adesão.

Neste contexto, a psicoeducação revela-se como um recurso fundamental na intervenção terapêutica dos enfermeiros, ao promover uma melhor adesão. Contudo, face aos resultados obtidos na pesquisa bibliográfica efectuada, as intervenções de enfermagem, tendo por foco a promoção de comportamentos de



adesão, afigura-se como uma excelente oportunidade de desenvolvimento da prática profissional, sobretudo se à abordagem psicoeducativa forem associadas outras intervenções de carácter cognitivo-comportamental, como sejam as entrevistas motivacionais e intervenções de acompanhamento pós-alta, como seja o follow-up telefónico. Estas intervenções de carácter mais individualizado, com a introdução de algumas medidas gerais relacionadas com a organização do trabalho, poderão facilitar a monitorização do fenómeno da adesão e a realização atempada das intervenções mais adequadas a cada pessoa, melhorando desta forma a taxa de adesão ao regime medicamentoso dos doentes internados na unidade.

Os ganhos em saúde decorrentes da implementação deste programa resultarão do contributo das intervenções enfermagem propostas, que estão de acordo com o seu mandato dos enfermeiros, pelo que este deverá ser o ponto de partida para a realização de outras pesquisas visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A partir avaliação dos resultados, seria interessante iniciar um percurso de reflexão sobre as práticas relativamente a este fenómeno, perspectivando-se as mudanças necessárias para melhorar ou introduzir outras intervenções, que permitissem um impacto positivo nos comportamentos de adesão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Climepsi Editores, Lisboa.

Cabral, M. e Silva, P. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Acedido em 7 de Abril de 2011, no Web site da: Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica – APIFARMA: <http://www.apifarma.pt/uploads/Conclus%C3%B5es%20Ades%C3%A3o%20%C3%A0%20Terap%C3%AAutica%20PT.pdf>.

Conselho Internacional de Enfermeiras. (2002). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – Versão β 2*. 1ª edição, ICN. Genebra.

Delgado, A. e Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, saúde & doenças*, **2 (2)**: 81-100.

Demyttenaere, K. (2001). Adesão ao tratamento antidepressivo. *Saúde Mental*, **3 (5)**: 15-24.

DiMatteo, M., Lepper, H., Croghan, T. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine*, **160 (14)**: 2101-2107.

Garcia, R., Mazza, R., Netto, E., Ramos, A., Silva, M., Amorim, F., Lima, M. (2005). Importância dada pelo psiquiatra à adesão ao tratamento nos pacientes psicóticos. *Revista Neurologia, Neurocirurgia y Psiquiatria*, **38 (4)**: 129-134.

Haynes, R., McDonald, H., Garg, A. (2002). Helping patients follow prescribed treatment: Clinical Applications. *The Journal of the American Medical Association*, **288 (22)**: 2880-2883.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem – Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lusociência. Loures.



- Jackevicius, C., Mamdani, M., Tu, J. (2002). Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *The Journal of the American Medical Association*, **288** (4): 462-467.
- Joyce-Moniz, L. e Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: Desenvolvimento e intervenção*. Edições ASA. Porto.
- Lei nº. 111/2009 de 16 de Setembro. *Diário da República n.º 180 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa.
- Leite, S. e Vasconcellos, M. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adoptados na literatura. *Ciência & Saúde Colectiva*, **8** (3): 775-782.
- Murray, M., Morrow, D., Weiner, M., Clark, D., Tu, W., Deer, M., Brater, D., Weinberger, M. (2004). A conceptual framework to study medication adherence in older adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, **2** (1): 36-43.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. OE. Lisboa. Acedido em 8 de Abril de 2011, no Web site da: Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. OE. Lisboa. Acedido em 8 de Abril de 2011, no Web site da: Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE Indicadores-VFOut2007.pdf>.
- Ownby, R. (2006). Medication adherence and cognition. *Geriatrics*, **61** (2): 30-35.
- Pinheiro, T., Cazola, L., Sales, C., Andrade, A. (2010). Fatores relacionados com as reinternações de portadores de esquizofrenia. *Cogitare Enfermagem*, **15** (2): 302-307.



- Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L. e Ferreira, P. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde [Versão electrónica]. *Revista Millenium*, 35: Acedido em 8 de Abril de 2011, no Web site do: Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/357>.
- Rigby, D. (2007). Adherence assessment tools: Drugs don't work when they're not taken. *The Australian Journal of Pharmacy*, **88**: 32-33.
- Santin, A., Ceresér, K., Rosa, A. (2005). Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, **32 (1)**: 105-109.
- Schoeller, K. (2005). *Why we don't follow doctor's orders: the crisis of nonadherence*. Acedido em 7 de Abril de 2011, no Web site da: University of Oregon, International Institute for Sport and Human Performance: https://scholarsbank.uoregon.edu/xmlui/bitstream/handle/1794/650/SW_Vol3No1%262.pdf?sequence=1.
- Scott, J., Pope, M. (2002). Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalization. *The American Journal of Psychiatry*, **159 (11)**: 1927-1929.
- Vik, S., Maxwell C., Hogan, D., Patten, S., Johnson, J., Romonko-Slack, L. (2005). Assessing medication adherence among older persons in community settings. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, **18 (2)**: e152-e164.
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Acedido em 7 de Abril de 2011, no Web site da: World Health Organization: http://www.who.int/chronic_conditions/adherence/en/.
- Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C., Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, **159 (10)**: 1653-1664.