

Adesão a tratamentos entre idosos

Treatment adherence among the elderly

Helcia Oliveira de Almeida¹
Estela Ribeiro Versiani¹
Adriana de Rezende Dias²
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes¹
Eliana Mendonça Vilar Trindade¹

¹ - Escola Superior de Ciências da Saúde/
Fundação de Ensino e Pesquisa em
Ciências da Saúde, Brasília-DF

² - Hospital Regional da Asa Sul / Secretaria
de Estado de Saúde do Distrito Federal

RESUMO

A sociedade contemporânea passa por uma transição demográfica, evidenciada por um crescimento da população idosa. Isso tem acarretado um aumento da prevalência de doenças crônicas, que necessitam de tratamentos complexos e de longa duração. Nesse contexto, a adesão de idosos aos tratamentos prescritos é essencial. É grande a repercussão da não-adesão nesse grupo etário, tanto no controle de sintomas quanto na manutenção da capacidade funcional, reduzindo a qualidade de vida e onerando o sistema de saúde. Este estudo tem como objetivo discutir a adesão a tratamentos entre idosos, mediante breve revisão qualitativa de artigos sobre adesão indexados nas bases da BIREME, livros e dissertações. A extensão em que o paciente adota comportamentos que coincidem com as recomendações do profissional de saúde depende de fatores externos, relacionais e internos. Uma constante avaliação dos determinantes da adesão entre idosos é necessária. Os profissionais de saúde, cientes da multiplicidade de aspectos envolvidos no processo de adesão, podem - numa perspectiva inter e transdisciplinar - planejar e implementar estratégias adequadas à população idosa. Cada paciente deve ser bem informado e a abordagem profissional deve ser individualizada, contemplando as singularidades de cada situação.

Palavras-chave: idoso – adesão – tratamento

Correspondência
Escola Superior de Ciências da Saúde
/ Fundação de Ensino e Pesquisa em
Ciências da Saúde – ESCS / FEPECS –
SMHN Q. 03 – conj. A – Bl. 01 – Asa
Norte – Brasília – D.F. CEP: 70710-100
helcialmeida@gmail.com.

ABSTRACT

Contemporary society is going through a demographic transition, evidenced by a growth of the elderly population. This fact has had an impact in the increase of chronic diseases, which demand complex and long term treatments. In such context, adherence by elderly patients to prescribed treatments is essential. The consequences of non-adherence are great in this age group, in symptom control as well as in functional capacity maintenance, reducing life quality and burdening the public health system. The objective of this work is to discuss treatment adherence among the elderly, by means of a brief qualitative review of papers

Recebido em 9/outubro/2006
Aprovado em 27/janeiro/2007

on adherence indexed on BIREME bases, books and dissertations. To what extent patients behave according to health practitioners' recommendations is determined by external, relational and internal factors. A constant assessment of adherence determinants among the elderly is necessary. Health practitioners, aware of the multiple aspects involved in the adherence process, can – in an inter and transdisciplinary perspective – plan and implement adequate strategies for the elderly population. Each patient must be well informed and the professional approach must be individualized, contemplating the singularities of each situation.

Key words: elderly-adherence-treatment

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida do idoso é fortemente determinada por sua capacidade de manter a saúde física e emocional. De acordo com Papaleo Netto¹, “mesmo considerando que envelhecer e adoecer não sejam sinônimos, não podemos ignorar que determinadas enfermidades são mais freqüentes em idosos. A visão e a audição progressivamente diminuídas, os problemas cardíacos, reumáticos e articulares limitando as atividades, a necessidade de internação e o tempo de permanência hospitalar estendendo-se”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde², estima-se que 6,4% da população mundial seja composta por pessoas idosas e que esse número cresça em 800.000 a cada mês, sendo o segmento da população que mais cresce em países desenvolvidos. Essa transição demográfica tem levado a um aumento na prevalência de doenças crônicas que são comuns na velhice².

Os idosos, convivendo freqüentemente com doenças crônicas, utilizam em grande escala os serviços de saúde e têm um alto consumo de medicamentos^{2, 3, 4}. Em países desenvolvidos, as pessoas com mais de sessenta anos consomem aproximadamente 50% dos fármacos prescritos e são responsáveis por 60% dos custos com medicamentos, ainda que representem de 12% a 18% da população nesses países².

No Brasil, o número de habitantes com sessenta ou mais anos de idade passou de três milhões em 1960 para 14 milhões em 2000³ e esti-

ma-se que 23% da população do país consome 60% da produção nacional de medicamentos^{5, 6}. Os achados de Veras (citado por Teixeira e Lefevre⁵), em estudo sobre a situação dos idosos no Rio de Janeiro, mostraram que 80,19% dos entrevistados faziam uso regular de medicamentos sob prescrição médica.

Os avanços tecnológicos da medicina levaram ao desenvolvimento de tratamentos comprovadamente eficazes para prevenir e ou controlar as doenças crônico-degenerativas. Tais tratamentos implicam, em sua maioria, mudanças de comportamentos e hábitos de vida e sua eficácia depende, basicamente, da adesão dos indivíduos a eles.

A questão da adesão é particularmente importante quando se trata do paciente idoso. Embora não existam dados consistentes que relacionem idade e adesão, é grande a repercussão da não-adesão nesse grupo etário, tanto no controle de sintomas, quanto na manutenção da capacidade funcional, tendo implicações importantes em sua qualidade de vida⁷.

Este trabalho tem como objetivo discutir a adesão a tratamentos entre idosos, mediante breve revisão qualitativa de artigos sobre adesão indexados nas bases da BIREME, livros e dissertações.

O QUE É ADESÃO

A adesão a regimes terapêuticos tem sido definida como a extensão na qual o comportamento de uma pessoa coincide com as recomendações do

médico ou de outros profissionais de saúde^{2, 8, 9}. Assim, a adesão implica comportamentos tais como tomar medicamentos, seguir dietas ou executar mudanças de hábitos de vida que coincidam com o regime terapêutico prescrito. Para Leite e Vasconcellos¹⁰, adesão implica ainda que as prescrições sejam seguidas em pelo menos 80% de seu total.

Um problema freqüentemente encontrado em investigações sobre comportamentos de adesão diz respeito à mensuração. Roter et al.¹¹, em revisão de literatura que abrange estudos publicados entre 1977 e 1994, categorizaram da seguinte forma as medidas de adesão: resultados de tratamentos de saúde (como pressão arterial e hospitalização); indicadores diretos (avaliados através de exames de urina ou sangue, ou de verificação de perda de peso, por exemplo); indicadores indiretos (como contagem de pílulas); relatos subjetivos (de pacientes ou de outros); e utilização (como comparecimento a consultas e uso de serviços preventivos). Considerando que cada tipo de medida tem suas próprias fontes de erro¹², acreditamos que o ideal seria a combinação de duas ou mais medidas de adesão, de forma a procurar garantir a fidedignidade e a confiabilidade dos resultados obtidos.

Em países de língua inglesa, existe uma polêmica quanto à terminologia a ser utilizada no contexto da adesão a tratamentos. É o caso do uso das palavras *compliance* e *adherence*. O termo *compliance*, largamente utilizado, tem sido alvo de críticas. Esse termo implicaria uma visão do paciente como um cumpridor de recomendações, sem autonomia para decidir se segue ou não um tratamento. Haveria, assim, uma relação de poder do profissional de saúde sobre o paciente, uma vez que se trata de um tipo de comunicação de uma só via, em que uma mensagem, sob a forma de direção ou ordem, é enviada a um receptor¹³. Esse conceito não abarcaria outros aspectos importantes, tais como as opiniões e interferências da família, do trabalho, dos vizinhos, assim como as representações de saúde, corpo e doença¹⁴.

O termo *adherence* tem sido considerado mais adequado por sugerir um esforço voluntário do paciente para seguir o tratamento prescrito¹⁵. O paciente passa a ser entendido como sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre seu tratamento¹⁰.

Outros autores afirmam que essa divergência reflete perspectivas diferenciadas, o que pode repercutir na teoria e na pesquisa¹⁶. Segundo Leven-

thal et al.¹⁷, os termos *compliers* e *non-compliers* referem-se a indivíduos e suas características (ser “obediente” ou “desobediente”), enquanto o termo *adherence* refere-se ao que as pessoas fazem (seguir ou não um tratamento).

Por outro lado, alguns pesquisadores defendem a utilização do termo *compliance* por considerar que o mesmo é consistente com a literatura, não implicando necessariamente a não participação do paciente no cumprimento das recomendações¹⁸. Haynes⁸ considera que a conotação do termo resguarda questões éticas e sociais em pesquisas e delineamentos experimentais, enquanto que um termo mais neutro poderia não o fazer. Vermeire et al.¹⁹ também adotam o termo *compliance*, considerando que este tem sido utilizado pela maioria dos trabalhos por eles revisados num período de trinta anos.

Neste trabalho utilizaremos o termo “adesão”, por entender que o mesmo não apresenta qualquer conotação negativa na língua portuguesa e por considerar que esse é o termo utilizado pela maioria dos profissionais da área de saúde no Brasil.

FATORES RELACIONADOS À ADESÃO ENTRE IDOSOS

Um número considerável de estudos tem investigado a relação entre comportamento de adesão e variáveis pessoais, sociais e situacionais. Diversas abordagens têm sido propostas para explicar os comportamentos de adesão a tratamentos de saúde, diferenciando-se quanto ao enfoque: algumas buscam compreender o fenômeno em fatores externos ao paciente, outras em fatores relacionais, enquanto outras focalizam fatores internos ao paciente.

Fatores externos ao paciente

Entre os fatores externos encontram-se: acesso aos medicamentos, características da doença e do regime terapêutico.

■ Acesso aos medicamentos

Dados da OMS (citados por Rozenfeld⁶) evidenciam que 25% da população mundial estão sem assistência farmacêutica completa, isto é, não têm acesso – ou têm acesso limitado – aos fármacos. Estima-se que no Brasil 64,5 milhões de pessoas em condições de pobreza não têm como custear suas necessidades básicas e não têm acesso aos medicamentos, a não ser os da rede pública^{6, 5}.

O fator econômico adquire especial importância no acesso aos medicamentos por idosos. Muitos trabalhadores informais, ao envelhecer, deixam de possuir qualquer rendimento e a aposentadoria, na maior parte das vezes, reduz o poder econômico e rebaixa a condição social dos idosos que possuíam emprego formal⁷, o que reduz significativamente sua capacidade para comprar medicamentos.

Estudo realizado no Canadá por Brand et al. (citado por Leite e Vasconcellos¹⁰), evidenciou que o principal fator para a não-adesão ao tratamento por idosos foi o alto custo do medicamento: o custo mensal das prescrições dos pacientes não-aderentes era em média o dobro do custo mensal das prescrições dos aderentes. Isto parece indicar que, mesmo em países desenvolvidos, o alto custo de fármacos pode impedir a adesão dos pacientes aos tratamentos.

■ Características da doença e do regime terapêutico

Não está bem estabelecida a importância das características das doenças como determinantes de adesão. Haynes¹⁹, em ampla revisão de literatura, examinou diversos estudos que avaliaram a relação entre uma ou mais características de doenças e a adesão de pacientes a tratamentos prescritos. Foi verificado que menos da metade das investigações encontraram alguma correlação significativa e que, dessas, apenas poucos fatores demonstraram consistência entre os estudos. Correlações entre diagnóstico e adesão foram encontradas principalmente em pesquisas realizadas com pacientes psiquiátricos.

Já um outro importante trabalho de revisão bibliográfica, realizado pela Organização Mundial de Saúde², conclui que entre os fortes determinantes de adesão a tratamentos encontram-se fatores como: severidade dos sintomas, nível de incapacidade (física, psicológica, social, vocacional), taxa de progressão, severidade da doença e existência de co-morbidades. O impacto desses fatores sobre a adesão depende de como eles influenciam a percepção do paciente sobre a própria doença e seu tratamento, ou seja, a forma como o paciente vê seu estado, compreende sua enfermidade¹⁰ e percebe seus riscos².

As características do regime terapêutico recomendado, principalmente seu nível de complexidade, têm sido identificadas como alguns dos fatores mais claramente relacionados à adesão. Vários estudos têm evidenciado que o número de medicamentos, bem como o número de tratamentos

prescritos, tem um importante efeito sobre a adesão: quanto maior o número de tratamentos ou medicações, mais baixa a adesão^{2, 10, 16, 20, 21, 22}.

Outras características do esquema terapêutico que parecem influenciar a adesão são: duração do tratamento; presença de efeitos colaterais^{2,7, 21}; características do medicamento tais como via de administração, apresentação, sabor e tipo de embalagem^{7, 21}; falhas em tratamentos anteriores; mudanças freqüentes de tratamento; e a rapidez em que são evidenciados os efeitos benéficos do tratamento². Assim como as características da doença, as características do regime terapêutico parecem não explicar isoladamente o comportamento de adesão², mas exercem influência sobre a percepção do paciente acerca do tratamento e de seus possíveis custos e benefícios, o que é essencial para a decisão de seguir ou não um regime prescrito.

Os idosos freqüentemente têm doenças concomitantes e utilizam simultaneamente grande número de fármacos, conseqüentemente apresentando mais reações adversas, responsáveis por 10% a 20% das admissões hospitalares agudas⁵. Considerando que co-morbidades múltiplas e regimes médicos complexos podem comprometer a adesão, supõe-se que seja grande a possibilidade de a população idosa ter dificuldades em aderir a tratamentos.

Fatores relacionais

Os principais fatores relacionais que têm sido estudados são o apoio social e a relação profissional de saúde-paciente.

■ Apoio social

O termo apoio social, de acordo com House e Kahn²³, refere-se a diferentes aspectos das relações sociais. O apoio social é algumas vezes definido conceitualmente ou operacionalmente em termos da existência ou da quantidade de relações sociais em geral, ou da existência de um tipo em particular, tal como casamento, amizade ou grupos organizados. O apoio social é também algumas vezes definido e medido em termos da estrutura das relações sociais de uma pessoa. Outras vezes, é definido em termos do conteúdo funcional das relações, tal como o grau em que as relações envolvem afeto ou preocupação emocional, ajuda instrumental ou tangível ou apoio informacional.

Várias hipóteses podem ser levantadas no que diz respeito à forma pela qual o apoio social favorecerá a saúde. Ele pode ser visto, por exemplo,

como tendo um efeito “tamponador”, que modera as conseqüências de eventos estressantes, ou ainda como reforçador da sensação de controle sobre a própria vida, trazendo efeitos positivos sobre a saúde²⁴. Especificamente em relação à adesão ao tratamento, o apoio social contribui, segundo Valle et al.²¹, para aumentá-la – o que resultados de diferentes estudos confirmam.

Nunes²⁵, em revisão de literatura sobre o apoio social de portadores de diabetes, cita alguns estudos que tratam da relação entre apoio social e adesão, como o de Tilloston et al., que conclui que o apoio social prediz de forma estatisticamente significativa a adesão ao tratamento de diabéticos.

Estudo realizado por Fecho e Malerbi²⁶, com o objetivo de verificar se um programa de atividade física aumentaria a freqüência de exercícios físicos entre portadores de diabetes habitualmente sedentários, metade dos quais com mais de 60 anos, constatou que as mudanças de comportamento mais significativas se deram nos pacientes cujos familiares tiveram um maior envolvimento no programa.

A relação do autocuidado do idoso com o apoio da família foi estudada por Lima et al.²⁷, que constataram influência da família no tratamento da hipertensão arterial, concluindo que ela atua como suporte para o idoso no controle de sua pressão, na medida em que participa do seu tratamento, aderindo, por exemplo, às modificações no estilo de vida recomendadas para o idoso hipertenso.

■ Relação profissional de saúde-paciente

A forma como os profissionais de saúde interagem e se comunicam com os pacientes é um importante determinante da adesão ao tratamento: pacientes satisfeitos com a equipe e com o tratamento aderem melhor às recomendações². Na visão de Leite e Vasconcellos¹⁰, a confiança do paciente na equipe de saúde constitui fator decisivo para a adesão.

White (citado por Caprara e Rodrigues²⁸) afirma que 25% dos benefícios terapêuticos derivados da prática médica não estão ligados às capacidades técnicas dos médicos, aos efeitos dos medicamentos ou aos efeitos placebos. Eles seriam o resultado da própria palavra do médico sobre uma série de sintomas que surgem como eventos ligados aos fenômenos de estresse. Taylor²⁹ destaca o fato de que apesar da qualidade técnica do cuidado e a maneira como esse cuidado é dispensado não serem interdependentes, o paciente não faz distinção entre

os dois, avaliando os dois fatores indistintamente. Isso pode contribuir para que a satisfação dos pacientes frente à atenção de saúde recebida seja diretamente relacionada à adesão ao tratamento.

Vários pesquisadores têm se interessado pela questão da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes e, mais especificamente, pela relação entre informação e adesão a tratamentos.

Um grande número de pacientes deixa o consultório médico sem ter a compreensão exata de como proceder para seguir o tratamento. Alguns estudos mostram a extensão do problema. Svarstad (citado por Di Matteo e Di Nicola³⁰) verificou que 50% dos pacientes não puderam relatar corretamente por quanto tempo deveriam tomar sua medicação, 70% não puderam relatar corretamente a freqüência com que deveriam tomá-la e 23% não puderam identificar o objetivo dos fármacos prescritos. Radhamanohar (citado por Teixeira e Lefèvre⁵), avaliando o conhecimento dos pacientes a respeito de suas doenças e tratamentos, concluiu que um quarto dos diagnósticos e dos medicamentos era desconhecido dos pacientes, implicando uma das três considerações: os pacientes não eram totalmente informados; a situação não era claramente explicada; ou era explicada, mas os pacientes não entendiam a terminologia médica usada pelo prescritor.

Algumas investigações têm encontrado correlações significativas entre o conhecimento do regime terapêutico e a adesão. Pacientes com mais conhecimento sobre a medicação prescrita, bem como sobre os comportamentos requeridos para o seguimento do tratamento, parecem ser mais prováveis de aderir ao tratamento do que aqueles com menos informação^{31, 32, 33}.

Em trabalho que visava investigar a adesão medicamentosa de idosos, assim como acessar o conhecimento desses idosos a respeito de sua medicação, Barat et al.³⁴ constataram uma correlação positiva entre conhecimento das drogas e adesão a elas – levando-os a concluir que ter um bom nível de informação sobre a medicação pode contribuir para prevenir a não-adesão do idoso.

Fatores internos ao paciente

Os principais fatores citados na literatura relativos ao paciente são: dados sociodemográficos, fatores psicológicos, locus de controle e crenças relativas à saúde.

■ Fatores sociodemográficos

Diversas investigações têm procurado verificar a relação existente entre fatores sociodemográficos e a adesão a tratamentos.

Alguns estudos sugerem que a adesão a tratamentos é deficitária em crianças e idosos, principalmente pela dependência que eles apresentam em relação a outras pessoas²¹. Por outro lado, Haynes²⁰, em revisão de literatura, verificou que, de 36 estudos que relacionavam idade e adesão, em apenas seis esta era menor em idosos, enquanto 30 não demonstravam tal relação. Assim, idade não tem sido consistentemente correlacionada à adesão^{2,16,35,36,37}.

Parece bem estabelecido que homens e mulheres não diferem sistematicamente em seguir recomendações médicas^{2,16,32,37,38}.

Apesar do nível socioeconômico dos pacientes não ser relacionado à adesão a tratamentos de maneira consistente como um preditor independente, nos países em desenvolvimento o baixo poder aquisitivo dos pacientes ganha relevância na adesão quando se pondera as prioridades de gastos entre os familiares, filhos, e a si próprio². Segundo a Organização Mundial de Saúde², alguns fatores que têm um efeito significativo sobre a adesão são: baixo status socioeconômico, pobreza, analfabetismo, baixo nível de educação, desemprego e condição de vida instável.

Estudo realizado por Teixeira e Lefèvre⁵, com o objetivo de identificar a relação do paciente idoso com a prescrição de medicamentos, apontou a existência de duas vertentes no que diz respeito a essa relação. A primeira revela um sujeito independente que consegue ler a bula do medicamento e utilizá-lo de maneira segura, além de não ter problemas financeiros para adquiri-lo. A segunda, por outro lado, mostra um sujeito que depende de outros para a compreensão da prescrição e da posologia do medicamento – o que ressalta a importância do cuidador no sentido de garantir um uso eficaz do medicamento em questão.

Tem sido verificado um alto índice de analfabetismo na população idosa brasileira⁷, que teve menos acesso a serviços de educação do que as gerações seguintes, o que pode dificultar a compreensão de prescrições escritas e, conseqüentemente, a adesão.

■ Fatores psicológicos

Valle et al.²¹, em revisão de literatura, apontam os seguintes fatores psicológicos relacionados à baixa adesão: hipocondria, paranóia, sensação de perda de controle e medo do estigma social. Em doenças estigmatizadas, como a AIDS, a tuberculose e o câncer, nas quais o tratamento obriga o paciente a assumi-las socialmente, a negação do diagnóstico pode prejudicar a adesão ao tratamento.

Estudos recentes de pacientes com problemas de saúde mental fornecem evidências de que a depressão e a ansiedade podem ser preditores de uma baixa adesão a recomendações médicas, especialmente quando a prescrição envolve o autocuidado². Em estudo sobre a adesão de idosos a tratamentos, Diaz⁷ cita sentimentos e quadros clínicos que se relacionariam à não-adesão: depressão, negação ou medo da doença, auto-estima diminuída, idéias de suicídio e necessidade de sofrimento ou autopunição.

No que diz respeito a traços de personalidade, não há um padrão de características preditivas de não-adesão. Poucas características de personalidade têm sido examinadas empiricamente, além de existirem poucos estudos relativos a cada característica de personalidade que tem sido examinada, sendo difícil avaliar a estabilidade de algum resultado particular¹².

A baixa preditibilidade de variáveis de personalidade no que diz respeito à adesão de pacientes a tratamentos pode ser devida à própria definição de personalidade como constituída por traços imutáveis. Segundo Di Matteo e Di Nicola³⁰ pode ser necessária uma maior ênfase sobre a noção de “personalidade social”. De acordo com Jessor et al. (citado por Di Matteo e Di Nicola³⁰), uma ênfase sobre os sistemas cognitivos aprendidos socialmente - incluindo crenças, atitudes, valores e expectativas - poderia promover uma melhor compreensão de como a personalidade se relaciona à ação do indivíduo.

■ Locus de Controle

Locus de Controle é um construto psicológico oriundo da teoria de aprendizagem social de Rotter (citado por Taylor²⁹) e sustenta que o comportamento ocorre como uma função de expectativas constantes sobre os reforços em uma dada situação. A dimensão interno-externo define uma crença generalizada do indivíduo sobre a fonte de reforços. Os indivíduos com um locus de controle interno tenderiam a acreditar que os reforços são conseqüências de seu próprio comportamento,

enquanto que indivíduos com um locus de controle externo tenderiam a perceber seus reforços como estando sob controle de agentes externos.

Para estudar a relação entre locus de controle e comportamentos relativos à saúde, foi desenvolvida por Wallston, Wallston e de Vellis (citados por Di Matteo e Di Nicola³⁰) a “Multidimensional Health – Locus of Control Scale”, medida por três fatores: 1) locus de controle de saúde interno - crença do indivíduo de que pode controlar aspectos de sua saúde com o próprio comportamento; 2) controle de outros poderosos sobre sua saúde – crença do indivíduo de que profissionais de saúde ou outras pessoas poderiam manter ou recuperar sua saúde; e 3) locus de controle de saúde casual – crença do indivíduo de que sua saúde ou doença é um acontecimento casual, dependente da sorte.

Indivíduos com locus de controle de saúde interno teriam uma tendência à adesão – justamente por acreditarem que, em alguma medida, seu próprio comportamento controla os resultados do tratamento¹³.

Stanton³³, em estudo realizado com pacientes hipertensos, verificou que uma maior expectativa de controle interno sobre a saúde e sobre a hipertensão foi um determinante significativo da adesão ao tratamento prescrito.

Por outro lado, Kurita e Pimenta³⁹ observaram, em estudo com pacientes com dor crônica, que, quanto maior a crença do paciente de que o controle de sua saúde dependia de si próprio, menor foi a adesão. As autoras relatam que o alívio obtido com a medicação foi modesto e que o tratamento foi prolongado. Assim, levantam a possibilidade de que o paciente com orientação mais interna avaliaria a situação e tomaria a decisão de interromper a terapia e que talvez pacientes com orientação mais externa sejam mais obedientes, independentes da avaliação particular da situação.

Wallston e Wallston (citados por Di Matteo e Di Nicola³⁰), em revisão de literatura sobre a relação entre locus de controle e comportamentos de adesão, observaram que a relação encontrada é muitas vezes fraca ou até mesmo equívoca. Almeida¹² avalia que, para realizar uma melhor predição de comportamentos de saúde, as medidas de locus de controle deveriam ser combinadas com medidas de fatores cognitivos e sociais do indivíduo. Estudo realizado por Voils et al.⁴⁰ parece corroborar essa idéia.

Esses autores, em estudo com idosos depressivos, investigaram se apoio social e locus de controle, individual ou conjuntamente, seriam associados à adesão e às barreiras ao tratamento. Eles verificaram que um maior apoio social subjetivo e instrumental foi associado a uma maior adesão entre pacientes com um locus de controle interno alto, mas não entre pacientes com um baixo locus de controle. Um menor apoio social instrumental foi associado com mais barreiras ao tratamento entre os pacientes com baixo locus de controle interno, mas não entre pacientes com um locus de controle interno alto. Assim, o locus de controle parece ter sido importante para mediar a relação entre o apoio social e a adesão ao tratamento dos antidepressivos.

■ Crenças de Saúde

O Modelo de Crença de Saúde foi desenvolvido originalmente da teoria fenomenológica de “espaço vital” formulada por Kurt Lewin (citado por Di Matteo e Di Nicola³⁰). Postula que o comportamento de um indivíduo é influenciado por suas crenças e expectativas, ou seja, a percepção de mundo do sujeito é um forte elemento de motivação para o seu comportamento. Um indivíduo procuraria aderir a regimes de saúde preventivos e reabilitativos, contanto que o alívio ou a prevenção da doença fossem percebidos como mais positivos do que as dificuldades encontradas para obter a prevenção ou a cura. Para realizar o comportamento de saúde, um indivíduo necessitaria ainda se sentir ameaçado pela doença e sentir que teria algum poder para vencê-la. Assim, com base em suas expectativas, as pessoas tomariam suas decisões³⁰.

Deste modo, o Modelo de Crença de Saúde postula que o comportamento de seguir uma ação de saúde recomendada depende das percepções do indivíduo quanto: 1) à suscetibilidade à doença; 2) à severidade das conseqüências (orgânicas ou sociais) que poderiam resultar da doença; 3) aos benefícios ou eficácia das ações de saúde para prevenir ou reduzir a suscetibilidade ou a severidade percebida; e 4) às barreiras ou custos relacionados a iniciar e continuar o comportamento sugerido. Esse modelo estipula ainda que uma “deixa” para a ação, ou estímulo, necessita ocorrer para engatilhar o comportamento apropriado.

O Modelo de Crença de Saúde foi formulado originalmente para explicar comportamentos de saúde preventivos. Nexoe et al.⁴¹ verificaram que o Modelo de Crenças de Saúde foi capaz de prever a aceitação de idosos à vacina contra gri-

pe e que três dimensões do modelo foram altamente significativas: barreiras percebidas, benefícios percebidos e severidade percebida. Por outro lado, Van Essen et al.⁴², investigando fatores motivacionais para vacinação contra gripe entre idosos saudáveis, verificaram que a crença de não ser suscetível à gripe foi a razão mais freqüentemente mencionada para não aderir.

Outros estudos têm procurado verificar a utilidade desse modelo para explicar comportamentos de adesão a tratamentos prescritos. Investigando a relação entre crenças de saúde e a adesão à terapêutica e ao controle glicêmico em idosos diabéticos não dependentes de insulina, Polly⁴³ verificou que barreiras percebidas foram relacionadas à adesão ao tratamento e a severidade percebida foi associada ao controle glicêmico.

Em outro contexto clínico, Cline et al.⁴⁴ buscaram avaliar o papel de crenças e atitudes relacionadas à osteoporose e ao seu tratamento na decisão de usar novos fármacos e de submeter-se a terapia hormonal. Vários componentes do modelo de Crença de Saúde foram preditivos do uso de novos fármacos, incluindo suscetibilidade percebida, benefícios percebidos e barreiras percebidas. Quanto à terapia hormonal, apenas a dimensão barreiras percebidas foi associada à sua utilização.

O PROBLEMA DA NÃO-ADESÃO

O problema da não-adesão a tratamentos parece ser tão antigo como a própria medicina. Hipócrates já afirmava que o médico “deveria estar ciente do fato de que pacientes freqüentemente mentem quando dizem que têm tomado certos medicamentos”⁸. A despeito da advertência de Hipócrates, a adesão só passou a ser considerada uma questão importante a partir do início do século XX³⁰.

Leite e Vasconcellos¹⁰ ressaltam o fato de a não-adesão ter adquirido importância nas últimas décadas, constando, ao lado de outros fatores que influem sobre o que denominam “uso racional de recursos terapêuticos”, da lista de preocupação dos profissionais de saúde.

Diversos estudos têm mostrado que a não-adesão ocorre em pacientes de todas as idades, classes sociais e grupos étnicos. A não-adesão é uma resposta comumente encontrada entre pacientes assintomáticos, sintomáticos, levemente doentes ou mesmo gravemente doentes³⁰. Outros estudos demonstraram índices significativos de baixa adesão em todos

os tipos de tratamento, terapêuticos ou preventivos²¹, independente da severidade da doença^{2, 21} e da acessibilidade aos recursos de saúde².

Segundo a Organização Mundial de Saúde², tem sido evidenciado que, nos países desenvolvidos, a adesão entre os pacientes que sofrem de doenças crônicas – prevalentes na população idosa - é de apenas 50%, supondo-se ainda que a magnitude e o impacto da baixa adesão em países em desenvolvimento sejam mais elevados devido à carência de recursos e às dificuldades no acesso aos cuidados de saúde.

A não-adesão a regimes terapêuticos tem sido considerada um dos maiores problemas da prática médica atual, sendo que alguns autores a consideram o mais sério^{9,16}. Segundo a Organização Mundial de Saúde², a baixa adesão é a razão primária da redução do benefício clínico, levando a complicações médicas e psicossociais e reduzindo a qualidade de vida dos pacientes.

Uma das formas de não-adesão refere-se a erros no seguimento de um esquema terapêutico. Valle et al.²¹ citam três graves problemas que podem advir desses erros: efeitos colaterais, tolerância e resistência. Os efeitos colaterais poderiam ocorrer tanto pelo excesso de ingestão (na tentativa de compensar doses não ingeridas, por exemplo) quanto pela falta de medicamento (como o efeito rebote após suspensão abrupta do tratamento). O uso incorreto de medicamentos poderia provocar tolerância, ou seja, necessidade de doses progressivamente maiores para atingir seu efeito. A resistência bacteriana e viral, relacionada a baixos níveis séricos de antimicrobianos, poderia ser também devida a não-adesão ao tratamento.

Tais erros no seguimento de regimes terapêuticos podem facilmente ocorrer entre idosos, considerando que nessa faixa etária são comuns deficiências cognitivas e visuais, o que pode dificultar o reconhecimento do medicamento e o cumprimento das prescrições³. Além disso, o esquecimento, freqüentemente verificado em idosos, seja decorrente do próprio processo de envelhecimento (esquecimento senescente benigno), ou de processos patológicos (como nas diversas formas de demência), é um dos fatores que podem concorrer para uma baixa adesão⁷.

Di Matteo e Di Nicola³⁰ salientam que a não-adesão interfere com os esforços terapêuticos dos profissionais, induzindo-os a receitar um curso repetido de avaliações diagnósticas e ou a prescrever um

outro regime de tratamento. Essas manobras provavelmente levam ao desconforto do paciente e à confusão do profissional, aumentando o custo, o risco e a incerteza sobre os cuidados. Se o paciente permanece doente e o profissional continuamente frustrado, a relação terapêutica é provavelmente prejudicada. Valle et al.²¹ chamam atenção para a deterioração da relação médico-paciente como possível efeito da não-adesão, lembrando ainda que uma relação médico-paciente difícil pode ser tanto consequência quanto causa da não-adesão.

A interpretação de estudos clínicos pode também ser prejudicada por falhas na adesão²¹. Essas falhas podem ameaçar a precisão de estudos destinados à mensuração da efetividade de um novo fármaco ou tratamento, que se baseia na suposição de que os pacientes têm seguido as condições de administração³⁰.

Finalmente, a não-adesão afeta também o sistema de saúde, na medida em que são aumentados o número de hospitalizações, os gastos financeiros e o tempo de tratamento²¹. Estudos econômicos relativos ao tratamento de três doenças crônicas – diabetes, hipertensão e asma – evidenciam que o agravamento das enfermidades e as co-morbidades advindas de uma baixa adesão aumentam de forma significativa os gastos com os serviços de saúde². Isso pode ser exemplificado por estudo realizado por Balkrishnan e Christensen (citado em WHO²), que constatou que uma baixa adesão à medicação entre pacientes idosos com asma moderada a severa foi associada com um aumento de 5% nas consultas médicas anuais, enquanto que uma melhor adesão foi associada com 20% de redução nas internações hospitalares anuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É grande a repercussão da não-adesão a tratamentos entre idosos. A prevalência de doenças crônicas nesse grupo etário implica tratamentos que requerem um alto consumo de fármacos, assim como mudanças de comportamento e de hábitos de vida. Isso pode dificultar a adesão, levando a problemas relacionados aos medicamentos, a um baixo controle de sintomas e a uma redução da capacidade funcional.

A adesão a tratamentos é influenciada por múltiplos fatores. Um grande número de investigações tem sido realizado com o intuito de verificar a

relação entre comportamento de adesão e fatores externos, relacionais e internos ao paciente.

Vermeire et al.¹⁹, em importante revisão de literatura, afirmam que a qualidade metodológica é variável em pesquisas quantitativas e que a falta de um padrão de medida de adesão pode levar a confusão sobre o tipo de não-adesão em estudo. A literatura científica sobre o tema é bastante extensa e foge ao escopo desta revisão estabelecer de forma conclusiva os determinantes do processo de adesão entre idosos. Acreditamos, como Teixeira e Lefèvre⁵, que *“os idosos são uma categoria para a qual não se pode generalizar. Qualquer medida de cuidado com sua saúde deve levar em conta o indivíduo, o momento e a necessidade de uma ação específica”*.

Políticas de saúde que garantam o acesso dos idosos a programas e a medicamentos são fundamentais, porém não suficientes para o sucesso dos diferentes tratamentos, sendo necessária uma constante avaliação dos determinantes da adesão nessa população, de forma a estabelecer estratégias para reduzir ou eliminar a não-adesão.

Não existe um único tipo de intervenção que tenha demonstrado efetividade para aumentar a adesão de todos os pacientes em quaisquer condições ou situações. Segundo Roter et al.¹¹, as intervenções que combinam componentes cognitivos, comportamentais e afetivos são mais efetivas do que intervenções focalizadas em um único aspecto. As intervenções devem ser definidas a partir das singularidades e demandas individuais. Assim, é necessário que sejam desenvolvidas estratégias para uma avaliação precisa não apenas da adesão do paciente, mas dos fatores que a influenciam.

Os profissionais de saúde, conhecendo a multiplicidade de aspectos envolvidos no processo de adesão, podem - numa perspectiva inter e transdisciplinar - planejar e implementar estratégias adequadas ao paciente idoso, de forma a contemplar as singularidades de cada situação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Papaleo Netto M. Gerontologia. São Paulo Editora Atheneu, 1996.
2. World Health Organization – WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Library Cataloguing-in-Publication, 2003.

3. Loyola Filho AI; Uchoa E; Firmo JOA; Lima-Costa, MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2005, 21(2): 545-553.
4. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro jun.* 2003, 19(3).
5. Teixeira JJV; Lefèvre F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(2): 207-213.
6. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2003, 19(3): 717-724.
7. Diaz R.B. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes idosos. In: Netto (org.), *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão global*. São Paulo. Editora Atheneu. 2002, pp.230-241.
8. Haynes RB. Introduction. In: Haynes, RB; Taylor, DW & Sackett, (Eds.). *Compliance in Health Care*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1979a. pp. 1-7.
9. Rice JM & Lutzker JR. Reducing noncompliance to follow-up appointment keeping at a family practice center. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17(3), 303-311. 1984 fall.
10. Leite SN; Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.8, n.3. Rio de Janeiro. 2003.
11. Roter DL; Hall JA; Merisca R; Nordstrom B; Cretin D; Svarstad B. Effectiveness of Interventions to Improve Patient Compliance: A Meta-Analysis. *Medical Care*, 36(8):1138-1161, August 1998.
12. Almeida H O. Fatores preditivos de adesão ao tratamento da hipertensão arterial. [Dissertação de Mestrado] Universidade de Brasília, Brasília, 1991.
13. Namey, Marie. 2001. "Promoting Adherence to Complex Protocols". In: *Advanced Concepts in Multiple Sclerosis Nursing Care*. Halper Ch.05(061-072). Disponível em <http://www.demosmedpub.com/files/HalperAdv_05.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2006.
14. Gonçalves H; Costa JSD; Menezes AMB; Knauth D; Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad. Saúde Pública*, v.15, n.4, Rio de Janeiro, out./dez.1999.
15. Rodin J & Salovey P. *Health Psychology. Annual Review of Psychology*, 40, 533-579. 1989.
16. Dunbar JM & Stunkard AJ. Adherence to diet and drug regimen. In: Levy, R; Rifkind, B; Dennis, b & Ernst, N (Eds.). *Nutrition, Lipids, and coronary Heart Disease*. New York: Raven Press. pp. 391-423. 1979
17. Leventhal H; Zimmerman R & Gutmann M. Compliance: a self-regulation perspective. In: Gentry, WD. Ed. *Handbook of Behavioral medicine*. New York: The Guilford Press. 1984. pp. 396-436.
18. Levy RL. Treatment Compliance in social Work. *Progress in Behavioral Social Work*, pp. 85-103. 1987.
19. Vermeire E; Hearnshaw H; Van Royen, P; Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics (J. clin. pharm. ther.)*. 2001, vol. 26, no5, pp. 331-342 .
20. Haynes RB. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. In: Haynes, RB; Taylor, DW & Sackett, (Eds.). *Compliance in Health Care* Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1979b. pp. 49-62.
21. Valle EA.; Viegas EC.; Castro CAC. & Toledo Junior A.C. A adesão ao tratamento. *Revista Brasileira de Clínica Terapêutica*, 26(3): 83-86. 2000.
22. Hulka BS. Patient-clinician interactions and compliance. In: Haynes, RB; Taylor, DW & Sackett, Eds. *Compliance in Health Care* Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1979. pp. 63-77.
23. House JB & Kahn RL. Measures and concepts of social support. In: *Social Support and Health*. Orlando, Florida: Academic Press, Inc. 1985. pp. 83-108.
24. Andrade, C.R.; Chor, D.; Faerstein, E.; Griep, R.H.; Lopes, C.S.; Fonseca, M.J.M. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública* vol.21 n°2 Rio de Janeiro Mar./Abr. 2005.
25. Nunes M. Apoio social na diabetes. *Millenium. Revista do ISPV*, nº 31, maio de 2005. <http://www.ipv>.

- [pt/millennium/Millennium31/10.pdf](#). (acessado em 28/jun/ 06).
26. Fecho J.J. & Malerbi F.E.K. Adesão a um programa de atividade física em adultos portadores de diabetes. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 48 (2): 267-275. 2004.
 27. Lima F.E.T.; Lopes M.V.O. e Araújo T. L. A família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial. *Fam. Saúde Desenv. Curitiba*, v. 3 (1): 63-69. Jan./jun. 2001.
 28. Caprara, A. e Rodrigues, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1): 139-146, 2004.
 29. Taylor S.E. *Health Psychology*. New York: Random House. 1986.
 30. Di Matteo MR & Di Nicola DD. *Achieving Patient Compliance: The Psychology of the Medical Practitioner's Role*. New York: Pergamon Press. 1982.
 31. Becker MH; Drachman RH e Kirscht JP. A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *American Journal of Public Health*, 64 (3), 205-216. march 1974.
 32. Kirscht JP e Rosenstock IM Patients problems in following recommendations of health experts. In Stone, GC; Cohen, F & Adler, NE Eds. *Health Psychology* San Francisco: Jossey-Bass. 1979. pp. 189-215.
 33. Stanton AL. Determinants of adherence to medical regimens by hypertensive patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(4), 377-394. 1987.
 34. Barat I., Andreasen F; Damsgaard E.M.S. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 51 (6): 615. 2001.
 35. Black DR; Brand RJ; Greenlick M; Hughes G & Smith J. Compliance to treatment for hypertension in elderly patients: the SHEP pilot study. *Journal of Gerontology*, 42 (5), 552-557. 1987.
 36. Darnell JC; Murray MD; Martz BL & Weinberger M. Medication use by ambulatory elderly an in-home survey. *Journal of American Geriatrics Society*, 34 (1), 1-4. jan.1986.
 37. Costa JSD; Gonçalves H; Menezes AMB; Devens E; Piva M; Gomes M; Vaz M. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento *Cad. Saúde Pública*, v.14, n.2.Rio de Janeiro abr./jun.1998: 409-415.
 38. Lessa I; Evangelista Filho D e Santo MEGE. Adesão, eficácia e custo do tratamento da hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 41 (2), 119-123. agosto.1983.
 39. Kurita, GP e Pimenta, CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* v.61 n.2B São Paulo jun. 2003.
 40. Voils CI; Steffens DC; Flint EP, Bosworth HB. Social Support and Locus of Control as Predictors of Adherence to Antidepressant Medication in an Elderly Population. *American J Geriatr Psychiatry* 13:157-165, February 2005.
 41. Nexoe, J.; Kragstrup, J.; Sogaard, J. Decision on influenza vaccination among the elderly: A questionnaire study based on the Health Belief Model and the Multidimensional Locus of Control Theory. *Scand. J. Prim. Health Care*.17:105-110, 1999.
 42. Van Essen, G.A.; Kuyvenhoven, M.M.; Melker, R.A. Why do healthy elderly people fail to comply with influenza vaccination? *Age and Ageing*. 26: 275-279, 1997.
 43. Polly RK. Diabetes health beliefs, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Educ.* 18(4):321-7 Jul-Aug. 1992
 44. Cline RR; Farley JF; Hansen RA; Schommer JC. Osteoporosis beliefs and antiresorptive medication use. *Maturitas*, Volume 50, Issue 3, 14 March 2005, Pages 196-208.
-