

Adesão à medicação

O que é a adesão à medicação?

Adesão à medicação (também conhecida como “adesão do doente” ou “compliance”) é até que ponto os doentes seguem as instruções do médico em relação à hora, frequência e dosagem quando tomam um medicamento.

Os doentes e os médicos devem concordar com um plano de tratamento. A adesão descreve até que ponto o doente segue o plano.

Os doentes são descritos como sendo aderentes se:

- Levarem a receita à farmácia e receberem os seus medicamentos.
- Tomarem os medicamentos de acordo com as instruções do seu médico e do folheto informativo. Isto significa que tomam o medicamento corretamente, à hora certa e na dose certa.
- Continuam a fazer o tratamento completo, exceto indicação em contrário do seu médico.

Os doentes não aderentes podem, por exemplo:

- Não levar a receita à farmácia ou não receberem os medicamentos.
- Não tomar os medicamentos de acordo com as instruções do seu médico ou do folheto informativo.
- Não terminar o tratamento completo.

Porque é que a adesão à medicação é importante?

Uma fraca adesão à medicação pode reduzir os potenciais

benefícios clínicos do tratamento e pode levar a fracos resultados na saúde do doente. Por sua vez, isto pode ter um impacto negativo na relação custo-efetividade dos medicamentos. A não adesão tem implicações na saúde pública e pode levar a custos, diretos e indiretos, para a sociedade e para a economia.

Os custos económicos diretos da não adesão incluem:

- Visitas desnecessárias ao médico.
- Admissões no hospital, urgências e serviços de enfermagem ao domicílio.
- Testes de diagnóstico adicionais.

Os custos económicos indiretos da não adesão incluem:

- Perda de rendimentos dos doentes.
- Perda de produtividade dos doentes.

Além disso, uma fraca adesão também pode ter um efeito negativo na epidemiologia das doenças que ultrapassa o impacto negativo para um doente individual e pode ter um grande impacto no sistema de saúde. Por exemplo, uma consequência da fraca adesão a um tratamento com antibióticos pode ser o desenvolvimento de estirpes de bactérias resistentes e, por conseguinte, aumento das taxas de infeção e disseminação de uma doença. As associações entre a fraca adesão e o desenvolvimento de resistência já foram claramente demonstradas em infeções crónicas, como a tuberculose (http://www.jhasim.com/files/articlefiles/pdf/ASM_6_7C_652-658_R1.pdf).

Quais são as razões para a não adesão?

Existem dois tipos de razões para a não adesão:

- Não intencional – razões que estão fora do controlo do

doente.

- Intencionais – quando os doentes tomam decisões ativas de não tomar o seu medicamento ou de parar o seu tratamento.

Não adesão não intencional

As razões para a não adesão não intencional incluem:

- Os doentes esquecerem-se de tomar o medicamento conforme agendado.
- Os doentes não terem dinheiro para comprar o medicamento.
- Ruptura no fornecimento do medicamento.

Não adesão intencional

As razões para a não adesão intencional incluem:

- Os doentes terem uma má compreensão da doença e/ou do tratamento.
- As crenças dos doentes.
- Os doentes acharem que não precisam do tratamento (por exemplo, porque se sentem melhor).
- Os doentes terem medo dos efeitos secundários.

Fatores chave para a não adesão

Os principais fatores incluem:

- Efeitos secundários do medicamento.
- Falta de perceção da necessidade do medicamento.
- Preocupações devido à falta de informação sobre o medicamento ou informação errada.
- Falta de perceção da eficácia do medicamento.
- Custo do medicamento.

Outros fatores referidos como tendo impacto na adesão incluem:

- Capacidades para lidar com a situação.
- Confiança e comunicação com o médico assistente.

- Necessidade de ter a sensação de controlo da situação.
- Envolvimento dos doentes nas decisões de tratamento.
- Crenças sobre a suscetibilidade pessoal à doença.
- Compreensão da gravidade da doença.
- Depressão.
- Apoio social.
- Situação social, por exemplo, ser sem abrigo.

Dissipar os mitos sobre a adesão

Mito 1: A não adesão é uma característica da doença

Uma fraca adesão é problemática tanto nas doenças crónicas (longo prazo) como nas doenças a curto prazo. A não adesão *não* está associada ao tipo de doença.

Mito 2: O esquecimento é o principal motivo para a fraca adesão

O esquecimento provoca falhas ocasionais e aleatórias na adesão à medicação. A adesão a longo prazo é o resultado de um processo de tomada de decisão e de uma avaliação pelo doente das suas crenças e experiências de tratamento (1).

Mito 3: Os profissionais de saúde dão aos doentes informações suficientes sobre os medicamentos, garantindo a adesão

Estudos demonstraram que os profissionais de saúde são inconsistentes nas suas comunicações sobre os medicamentos sujeitos a receita médica (2). Os doentes querem informações sobre os medicamentos que lhes são prescritos e acham frustrante quando não lhes são dadas informações suficientes (3).

Mito 4: Os profissionais de saúde e os doentes discutem a adesão periodicamente

Os profissionais de saúde assumem que os seus doentes são aderentes. No entanto, na realidade os doentes nem sempre

comunicam as suas intenções de adesão aos seus profissionais de saúde (4).

Conclusões

A adesão à medicação depende de os doentes e profissionais da saúde trabalharem em conjunto para garantir que um doente:

- **Sabe** como tomar o medicamento,
- É totalmente **informado** pelo seu médico,
- **Quer** tomar o medicamento,
- **Consegue** tomar o medicamento,
- **Está envolvido** na tomada de e
- Sente que é **capaz de compreender** o medicamento que lhe foi prescrito.

Outros recursos

- <http://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/adherence-compliance-concordance/adherence-joint-briefing-paper.pdf>
- http://www.jhasim.com/files/articlefiles/pdf/ASM_6_7C_652-658_R1.pdf

Referências

1. McHorney CA. The Adherence Estimator: A brief proximal screener for propensity to adhere to medications for chronic disease. *CMRO*, 25(1), 2009, 215-38.
2. g. Gardner ME, Rulien N, McGhan WF, Mead RA. A trial of patients' perceived importance of medication information provided by physicians in a health maintenance organisation. *Drug Intell Clin Pharm*. 1988;22:596-598; Makoul G, Arntson P, Schofield T. Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Soc Sci Med*. 1995;41:1241-1254; Tarn DM, Heritage J, Paterniti DA, Hays RD, Kravitz RL, Wenger NS. Physician

communication when prescribing new medications. Arch Intern Med. 2006;166:1855–1862.

3. Bailey BJ, Carney SL, Gillies AH, McColm LM, Smith AJ, Taylor M. Hypertension treatment compliance: what do patients want to know about their medications? Prog Cardiovasc Nurs. 1997;12:23–28; Ziegler DK, Mosier MC, Buenaver M, Okuyemi K. How much information about adverse effects of medication do patients want from physicians? Arch Intern Med. 2001;161:706–713.
4. Lapane KL, Dube CE, Schneider KL, Quilliam BJ. Misperceptions of patients vs providers regarding medication-related communication issues. Am J Manag Care. 2007;13:613–618.

A2-5.22-V1.0