

COOPERAÇÃO DO PACIENTE COM SEU REGIME TERAPÊUTICO

EDSON AMARAL CAMARGO^a
ANTONIO CARLOS ZANINI^b
FERNANDO BUENO PEREIRA LEITÃO^c

CAMARGO, E.A.; ZANINI, A.C.; LEITÃO, F.B.P. Cooperação do paciente com seu regime terapêutico. *Semina*, 12(2): 75-78, jun. 1991.

RESUMO

O frequente malogro dos pacientes em seguir as instruções médicas cria um problema para os médicos que necessitam conhecer se os seus pacientes estão ou não seguindo seus conselhos. A falta de adesão pelo paciente, relacionada ao seu regime terapêutico constitui-se em importante e fascinante problema médico. Relatos indicam que os pacientes não seguem fielmente as instruções médicas e que os médicos não são hábeis em determinar os níveis de cooperação de seus pacientes. A adesão à medicação pode ser definida em termos do ajuste entre a prescrição e a conduta de quem vai tomar os medicamentos. A necessidade por mais e melhores pesquisas é muito importante, agora que reconhecemos as consequências da não adesão.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão; Pacientes; Medicamentos; Prescrição.

O ponto focal de contato entre médicos e pacientes é a prescrição (Parish, 1974), sendo esta um indicador da qualidade do cuidado médico (Feinstein, 1974). Paulo et al (1989) definem receita médica ou prescrição como sendo o meio pelo qual o médico transmite instruções escritas ao paciente ou ao seu responsável para a obtenção do produto, sua administração, cuidados e outras instruções que julgar conveniente, inclusive dietas.

No entanto, mesmo uma prescrição bem elaborada, pode perder sua utilidade se não for bem compreendida pelo farmacêutico e não instruir adequadamente o paciente a tomar os medicamentos prescritos.

A maioria dos médicos acredita que, após realizado o diagnóstico e fornecida a receita, o paciente irá beneficiar-se da terapêutica adotada. No entanto, tratamentos medicamentosos de qualquer tipo costumam ser prejudicados pela

a - Departamento de Ciências Fisiológicas/CCB - Universidade Estadual de Londrina
b - Instituto de Ciências Biomédicas/USP - Universidade de São Paulo
c - Hospital das Clínicas/USP - Universidade de São Paulo

ausência de uma adesão ao regime terapêutico proposto (Fink et al, 1969; Gardner & Watson, 1970; Haynes et al, 1977). Os erros comuns na adesão ao regime pelos pacientes podem ser de omissão, propositais (tomar medicamentos por motivos errados), de dose, intervalos de administração, acréscimo de medicações não prescritas ou suspensão prematura da terapia quando ainda existiam sintomas e sinais que justificaram a prescrição (Blackwell, 1973; Lasagna, 1973; Rudd, 1979).

A eficácia da comunicação entre médico e paciente é inversamente proporcional à taxa de erro na tomada das medicações (Hemminki, 1975a e 1975b; Herman & Rodowskas, 1976; Leister et al, 1981). As instruções nas prescrições devem incluir todos os detalhes necessários para que o paciente saiba o que representa o medicamento prescrito, o que é esperado ao final do tratamento proposto, precisamente quanto e como tomar o mesmo e por quanto tempo, quais os possíveis efeitos colaterais e o que fazer se isso ocorrer (Stewart & Cluff, 1972; Christensen & Wertheimer, 1979; Hayer, 1982).

Muitos estudos sugerem que um número muito grande de médicos não instrui adequadamente os pacientes sobre a maneira de tomar a medicação prescrita (Porter, 1969; Mazzullo, 1972; Wilson, 1973; May et al, 1974; Gillum & Barsky, 1974; Mazzullo et al, 1974; Komaroff, 1976). Outros estudos indicam que 25 a 50% dos pacientes em várias situações clínicas não tomaram sua medicação conforme a prescrição (Blackwell, 1973). A maioria dos erros estava relacionada às instruções constantes da prescrição; o paciente havia tomado a medicação na dose errada, por motivos errados ou na hora errada (Bapna, 1989). Da mesma forma, alguns pacientes deixavam de tomar algumas doses ou não completavam o regime terapêutico (Matar & Yaffe, 1974; Cramer et al, 1990). Dados desse tipo enfatizam a necessidade de o médico conhecer os princípios básicos da elaboração de prescrições e saber como instruir os pacientes a respeito da medicação (Maronde et al, 1971; Stolley et al, 1972; Becker et al, 1972; Worthen, 1973; Rabin & Bush, 1974; Christensen & Bush, 1981; Westerholm et al, 1984).

A prescrição deve ser redigida de forma clara e em linguagem que se adapte à cultura do paciente.

"Compliance" em medicação pode ser definida como uma adesão ou obediência estrita ao plano de tratamento prescrito (Roth & Caron, 1978), ou um ajuste entre prescrição e o comportamento de quem está tomando medicamentos (Haynes, 1979). Logo após um diagnóstico apropriado, a seleção da terapia, dosagem, intervalos de administração e duração do tratamento terem sido determinados, muito da responsabilidade recai sobre o paciente. Contudo, o médico por influenciar na extensão desta adesão. A avaliação do "compliance" de medicamentos pode ser abordada de três diferentes modos, segundo Norell (1984):

A primeira abordagem é baseada em métodos precisos de utilização, através da mensuração dos teores plasmáticos de medicamentos e seus metabólicos em outros fluidos corporais, considerando variações na absorção, distribuição, biotransformação e excreção de drogas.

Embora eficaz, pois os exames laboratoriais se cons-

tituem em prova inequívoca de que os medicamentos foram mesmo administrados, deve-se considerar duas situações distintas. O teste pode determinar uma boa adesão àquele paciente, relapso, que pouco cumpre a prescrição, mas tomou uma dose do medicamento momentos antes da coleta de material. Ou pode ocorrer também de um paciente que cumpre rigorosamente a prescrição ser rotulado como desobediente, pois interrompeu seu tratamento algumas horas antes da coleta de seu material.

A segunda abordagem, mais complexa é baseada nos métodos utilizados para estudar aspectos na conduta de pacientes que estão tomando medicamentos, tais como: i) o número de doses tomadas durante um determinado período de tempo; ii) os intervalos entre as doses e; iii) o modo de administração. Para isso, utiliza-se entrevistas com o paciente, monitorização do medicamento, contagem manual, marcação radiológica;

A terceira abordagem é baseada nos métodos utilizados para estudar o resultado clínico, sendo esta o modo mais prático para se avaliar a adesão do paciente à prescrição. A melhora clínica ou mesmo o relato e efeitos colaterais já esperados, pode ser um bom indicativo de que o paciente foi obediente às instruções. Todavia, se o tratamento proposto foi mal sucedido, isso não significa necessariamente um mau "compliance" por parte do paciente.

Essas três abordagens, ainda segundo Norell (1984), têm sido utilizadas para "quantificar a adesão" em vários estudos e na sua avaliação, vários fatores são considerados:

- a) identificação de prescrição;
- b) comportamento do paciente sob tratamento;
- c) comparação entre prescrição e comportamento;
- d) número de doses tomadas ou prescritas para um certo período de tempo;
- e) os intervalos entre doses;
- f) o modo de administração;
- g) o responsável pela administração, e;
- h) interações com alimentos e medicamentos.

Estes métodos utilizados para a avaliação do "compliance", são mais facilmente acompanhados em situações de pesquisa, quando se pode acompanhar melhor seus efeitos. Embora todo indivíduo a ela participante deva ter conhecimento das finalidades da pesquisa, o fato de estar participando de um trabalho que se destina a avaliar "compliance", altera o "compliance".

Deve-se salientar que o propósito no aperfeiçoamento na adesão, segundo Norell (1982) não é alcançar um perfeito ajuste entre o comportamento do paciente e a prescrição, mas tão somente aumentar a adesão para um patamar que permita melhorar o tratamento clínico proposto.

O paciente, após ter recebido a receita, deve ter compreendido tanto a natureza quanto o prognóstico de sua doença. O médico deve ainda esclarecer seu paciente quanto os prováveis efeitos de sua medicação, envolvendo aspectos indesejáveis, como "boca seca", em um tratamento com medicamentos antidepressivos, bem como sintomas de melhora, o que poderia contribuir para a observância do regime.

Pacientes geriátricos merecem cuidados especiais com relação ao "compliance", principalmente naqueles que moram sozinhos. Por serem grandes consumidores de medicamentos – fator que diminui a observância, pois o uso de vários medicamentos, predispõe os pacientes a lapsos de memória, pode dificultar a eficácia dos medicamentos em uso.

Estimou-se que aproximadamente 30 a 35% dos pacientes em tratamento, falham em seguir as recomendações sugeridas por seus médicos (Davis, 1966) e que estes tendem, geralmente em super-estimar seus pacientes frente à adesão aos medicamentos prescritos (Caron & Roth, 1968; Roth et al, 1971; Blackwell, 1972 e 1973; Mushlin & Appel, 1977).

A falta de adesão ou obediência ao tratamento prescrito é também relativamente frequente em hospitais, mesmo quando a enfermagem é responsável pela administração do medicamento. A enfermagem passa a maior parte do tempo com os pacientes do que os médicos (Marston, 1970). Apesar desse fator, nem sempre se observa uma melhora na observância ou adesão nestes pacientes. Por exemplo, em hospitais psiquiátricos, a administração de medicação oral pode não ocorrer: em alguns casos, o doente não deglute o comprimido, jogando-o fora após a enfermagem se retirar; em

outros, o responsável, encontrando resistência ou agressão por parte do paciente joga fora o medicamento, assinalando na ficha de enfermagem que o mesmo foi administrado.

Também o horário de administração da medicação dificilmente é cumprido. Na maioria das medicações, a diferença de até uma hora não causa grandes diferenças no efeito terapêutico. No entanto, existem situações onde pequenas diferenças de tempo na administração de medicamentos, pode se constituir em fator de risco, desconforto ou ausência de efeito, como no caso de medicação pré-anestésica, que por possuir uma duração de efeito relativamente limitada, torna o fator tempo fundamental.

Assim, após o paciente ter recebido a receita médica, e conhecido de forma clara as instruções das dificuldades que eventualmente encontrará para obter e utilizar os medicamentos, caberá somente a ele a decisão de cumprí-la ou não.

Por isso, a relação entre médico e paciente deve ser vista como um processo de instrução e motivação para ambas as partes. Se a relação entre o médico e o paciente não for adequada, se este não teve uma perfeita compreensão da importância de seu tratamento e das possíveis consequências em desobedecer às instruções, haverá certamente, reduzidas chances do paciente vir a se beneficiar do tratamento proposto.

CAMARGO, E.A.; ZANINI, A.C.; LEITÃO, F.B.P. Patient's cooperation with his or her therapeutics regimen. *Semina*, 12(2): 75-78, jun. 1991.

ABSTRACT

The common failure of patients to follow medical instructions creates a problem for the physicians who need to know whether or not their patients are following advice. Lack of patient compliance with prescribed regimens is an important and fascinating problem in medical care. Reports indicate that patients do not follow medical instructions faithfully and that physicians are unable to determine their patient's cooperation levels. Medication compliance has been defined in terms of agreement between the prescription and the behaviour of those who will be taking medicines. The conclusion that can be drawn is that more research in the cited field is quite necessary.

KEY-WORDS: Compliance; Patients; Medication; Prescription.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BAPNA, J.S. Education on the concept of essential drugs and rationalized drug use. *Clin Pharmacol Ther*, 45: 217-9, 1989.
2. BECKER, M.H.; STOLLEY, P.D.; LASAGNA, L.; McEVILLA, J.D.; SLOANE, L.M. Differential education concerning therapeutics and resultant physician prescribing patterns. *J Med Educ*, 47: 118-27, 1972.
3. BLACKWELL, B. The drug defaulter. *Clin Pharmacol Ther*, 13: 841-8, 1972.
4. BLACKWELL, B. Patient compliance. *N Engl J Med*, 289: 249-52, 1973.
5. CARON, H.S. & ROTH, H.P. Patients cooperation with a medical regimen - difficulties in identifying the noncooperator. *J Am Med Assoc*, 203: 120-4, 1968.
6. CHRISTENSEN, D.B. & BUSH, P.J. Drug prescribing: patterns, problems and proposals. *Soc Sci Med*, 15: 343-55, 1981.
7. CHRISTENSEN, D.B. & WERTHEIMER, A.J. Sources of information and influence on new drug prescribing among physicians in an HMO. *Soc Sci Med*, 13: 313-22, 1979.
8. CRAMER, J.A.; SCHEYER, R.D.; MATTSON, R.H. Compliance declines between clinic visits. *Arch Intern Med*, 150: 1509-10, 1990.
9. DAVIS, M.S. Variations in patients compliance with doctors orders: analysis of congruence between survey responses and results of empirical investigations. *J Am Med Assoc*, 203: 129-4, 1966.

10. FEINSTEIN, A.R. Clinical biostatistics - XXX. Biostatistical problems in compliance bias. *Clin Pharmacol Ther* 16: 846-57, 1974.
11. FINK, D.; MARTIN, F.; COHEN, M.; GREY-CLOUD, M.A.; MALLOY, M.J. The management specialist in effective pediatric ambulatory care. *Am J Public Health*, 59: 527-33, 1969.
12. GARDNER, P. & WATSON, L.J. Adverse drug reactions: a pharmacist-based monitoring system. *Clin Pharmacol Ther*, 11: 802-7, 1970.
13. GILLUM, R.F. & BARSKY, A.J. Diagnosis and management of patient noncompliance. *J Am Med Assoc*, 228: 1563-7, 1974.
14. HAAYER, F. Rational prescribing and sources of information. *Soc Sci Med*, 16: 2017-23, 1982.
15. HAYNES, R.B.; SACKETT, D.L.; TAYLOR, D.W.; ROBERTS, R.S.; JOHNSON, A.L. Manipulation of the therapeutic regimen to improve compliance: conceptions and misconceptions. *Clin Pharmacol Ther*, 22: 125-30, 1977.
16. HAYNES, R.B. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment, in: COMPLIANCE in health care. Eds. R.B. Haynes, D.W. Taylor, D.L. Sackett. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1979, p. 49-62.
17. HEMMINKI, E. Review of literature on the factors affecting drug prescribing. *Soc Sci Med*, 9: 111-6, 1975a.
18. HEMMINKI, E. The role of prescriptions in therapy. *Med Care*, 13: 150-9, 1975b.
19. HERMAN, C.M. & RODOWSKAS, Jr., C.A. Communicating drug information to physicians. *J Med Educ*, 51: 189-96, 1976.
20. KOMAROFF, A.L. The practitioner and the compliant patient. *Am J Public Health*, 66: 833-5, 1976.
21. LASAGNA, L. Fault and default. *N Engl J Med*, 289: 267-8, 1973.
22. LEISTER, K.A.; EDWARDS, W.A.; CHRISTENSEN, D.B.; CLARK, H.A. Comparison of patient drug regimens as viewed by the physician, pharmacist and patient. *Med Care*, 19: 658-64, 1981.
23. MARONDE, R.F.; LEE, P.V.; McCARRON, M.M.; SEIBERT, S. A study of prescribing patterns. *Med Care*, 9: 383-95, 1971.
24. MARSTON, M.V. Compliance with medical regimens: a review of the literature. *Nurs Res*, 19: 312-23, 1970.
25. MATTAR, M.E. & YAFFE, S.J. Compliance of pediatric patients with therapeutic regimens. *Postgrad Med J*, 56 (6): 181-8, 1974.
26. MAY, F.E.; STEWART, R.B.; CLUFF, L.E. Drug use in the hospital: evaluation of determinants. *Clin Pharmacol Ther*, 16: 834-45, 1974.
27. MAZZULLO, J.M. The nonpharmacologic basis of therapeutics. *Clin Pharmacol Ther*, 13: 157-8, 1972.
28. MAZZULLO, J.M.; LASAGNA, L.; GRINER, P.F. Variations in interpretation of prescription instructions - the need for improved prescribing habits. *J Am Med Assoc*, 227: 929-31, 1974.
29. MUSHLIN, A.I. & APPEL, F.A. Diagnosing potential noncompliance. *Arch Intern Med*, 137: 318-21, 1977.
30. NORELL, S.E. Malignant compliance. *Lancet*, 1: 50, 1982.
31. NORELL, S.E. Methods in assessing drug compliance. *Acta Med Scand*, 683 (suppl): 35-40, 1984.
32. PARISH, P.A. Sociology of prescribing. *Br Med Bull*, 30: 214-7, 1974.
33. PAULO, L.G.; PEACH, L.T.; ZANINI, A.C. Sistemas de controle de medicamentos. In: FARMACOLOGIA aplicada. Eds. A.C. Zanini, S. Oga, 4. ed. São Paulo, Atheneu, 1989, p. 655-663.
34. PORTER, A.M.W. Drug defaulting in a general practice. *Br Med J*, 1: 218-22, 1969.
35. RABIN, D.L. & BUSH, P.J. The use of medicines: historical trends and international comparisons. *Int J Health Serv*, 4: 61-87, 1974.
36. ROTH, H.P.; CARON, H.S.; HSI, B.P. Estimating a patient's cooperation with his regimen. *Am J Med Sci*, 262: 269-73, 1971.
37. ROTH, H.P. & CARON, H.S. Accuracy of doctors estimates and patients statements on adherence to drug regimen. *Clin Pharmacol Ther*, 23: 361-70, 1978.
38. RUDD, P. Medication packaging: simple solutions to nonadherence problems? *Clin Pharmacol Ther*, 25: 257-65, 1979.
39. STEWART, R.B. & CLUFF, L.E. A review of medications errors and compliance in ambulant patients. *Clin Pharmacol Ther*, 13: 463-8, 1972.
40. STOLLEY, P.D.; BECKER, M.H.; LASAGNA, L.; McEVILLA, J.D.; SLOANE, L.M. The relationship between physician characteristics and prescribing appropriateness. *Med Care*, 10: 17-28, 1972.
41. WESTERHOLM, B.; AGENAS, I.; DAHLSTROM, M.; NORDENSTAM, I. Relation between drug utilization and morbidity pattern. *Acta Med Scand*, 683 (suppl): 95-9, 1984.
42. WILSON, J.T. Compliance with instructions in the evaluation of therapeutic efficacy - a common but frequently unrecognized major variable - *Clin Pediatr (Phila)*, 12: 333-40, 1973.
43. WORTEN, D.B. Prescribing influences: an overview. *Br J Med Educ*, 7: 109-17, 1973.

Recebido para publicação em 1/2/91