ADESÃO AO TRATAMENTO NA PRÁTICA DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ANDREA BARBOSA DE ALBUQUERQUE
MICHAEL DEVEZA

Andrea Barbosa de Albuquerque – Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Psicóloga do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (HUPE/UERJ). Psicóloga da Disciplina de Psicologia Médica da UERJ. Preceptora da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UERJ

Michael Deveza – Médico e professor de Medicina da FCM da UERJ. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ. Grupo ComVida do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária (DMIF) da UERJ. Preceptor da Residência em Medicina de Família e Comunidade do DMIF/FCM/UERJ

INTRODUÇÃO

A **adesão ao tratamento** é um dos grandes desafios enfrentados na abordagem dos pacientes portadores de doenças crônicas. Os recursos terapêuticos disponíveis têm se mostrado bastante eficazes no controle de doenças como diabete, hipertensão e contaminação pelo HIV. Mas, para que haja esse sucesso terapêutico, é fundamental a participação ativa do paciente, ou seja, uma boa adesão ao tratamento.

A adesão ao tratamento pode ser compreendida como um compromisso estabelecido entre o paciente e o profissional/equipe de saúde de colaborar ativamente na delimitação e na execução de um projeto terapêutico.[1,2] Trata-se de um processo dinâmico que envolve diferentes atores – com diferentes funções – em prol de um objetivo comum.

Para saber mais

Ao falar de projeto terapêutico, enfatiza-se que não se trata apenas de adesão à terapia medicamentosa. Fatores de ordem psicológica e social interagem e interferem significativamente no estado clínico do paciente. Nessa perspectiva, o projeto terapêutico envolve uma atenção cuidadosa ao estilo de vida do paciente: suas relações com o trabalho, o lazer, a vida familiar e social; trata-se, portanto, de um cuidado com o bem-estar do paciente concebido de forma mais ampla.

A princípio, obter a adesão do paciente ao tratamento pode parecer simples. Uma vez feito o diagnóstico e definida a terapêutica, deve-se esclarecer ao paciente sobre sua condição clínica e prescrever a medicação, cuidando para que ele entenda com clareza os horários e as doses. É importante, também, orientar o paciente quanto a seu estilo de vida: alimentação, atividade física, cuidados sobre prevenção a doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

A prática clínica, no entanto, tem demonstrado o quanto pode ser difícil para o paciente seguir à risca as recomendações médicas. O uso contínuo de medicamentos, aliado à necessidade de mudanças nos hábitos de vida, nem sempre é facilmente assimilado e aceito pelo paciente. Por mais que ele entenda as prescrições médicas – e concorde com elas – é comum que, em algum momento, enfrente dificuldades em seguir essas recomendações a contento.

A questão da adesão ao tratamento ganhou especial visibilidade com a **ampliação da terapia antirretroviral (TARV) para os portadores do vírus HIV**, na medida em que a falha no uso adequado da medicação pode acarretar a perda do esquema terapêutico e a impossibilidade de se manter o tratamento do paciente. Foi nesse contexto que se tornou especialmente relevante fazer um trabalho consistente junto ao paciente a fim de criar as condições propícias para uma boa adesão antes de se iniciar o uso de medicação.

Diante da importância da adesão ao tratamento do paciente com HIV, faz parte das orientações do Ministério da Saúde para o uso da TARV, a recomendação de que a terapia medicamentosa só seja iniciada quando o paciente demonstrar estar suficientemente sensibilizado para o uso adequado dos medicamentos.

LEMBRAR

A adesão é um processo que se inicia antes da decisão de se usar medicamentos. Começa com o aconselhamento, prerrogativa aconselhável na construção de vínculo, quando se estabelecem as condições que possam consolidar uma boa relação médico-paciente.[3] Diversos fatores podem contribuir para a baixa adesão, sejam de **ordem orgânica, psicológica ou social**. Cada situação é única. É em uma relação de parceria e confiança que o profissional/equipe de saúde e o paciente podem, juntos, buscar entender os motivos que contribuem para a dificuldade na adesão ao tratamento e encontrar formas de lidar com esses obstáculos.

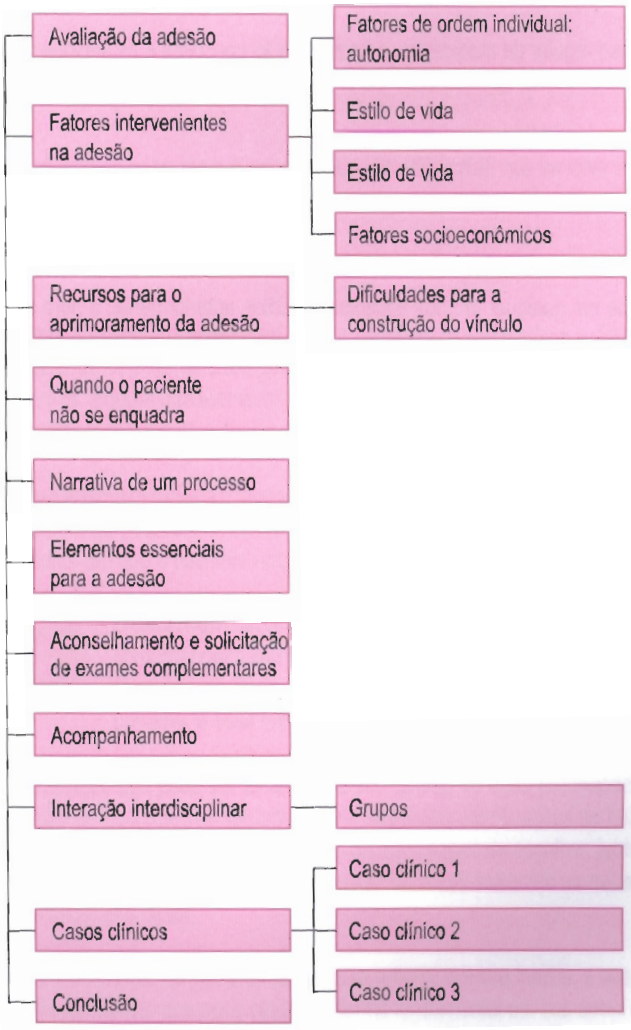
Neste artigo, são problematizados alguns aspectos que intervêm, de forma significativa, no processo de adesão ao tratamento. Procura-se indicar, também, alguns recursos que possam favorecer esse processo.

OBJETIVOS

Ao final da leitura deste capítulo, espera-se que o leitor seja capaz de:

- reconhecer as condições para o sucesso de um projeto terapêutico;
- identificar as medidas de cunho farmacológico e não-farmacológico que favoreçam a adesão ao tratamento;
- indicar atitudes médicas que possibilitem a autonomia e o autocuidado das pessoas;
- reconhecer os determinantes envolvidos no processo saúde-adoecimento.

ESQUEMA CONCEITUAL



AVALIAÇÃO DA ADESÃO

Um dos principais critérios para a avaliação da adesão ao tratamento tem sido o uso adequado de medicação, que, sem dúvida, é fator fundamental para o sucesso terapêutico. Considera-se, no entanto, insuficiente o uso exclusivo desse critério na avaliação da adesão do paciente ao tratamento. A descontinuidade no uso da medicação pode ser em virtude da dificuldade financeira para comprar o remédio ou por falha na distribuição gratuita.

A saúde não pode ser medida apenas por parâmetros clínico-laboratoriais. Pensar em saúde é considerar também a qualidade de vida, a possibilidade de a pessoa se situar satisfatoriamente em suas relações familiares, sociais, profissionais.

A avaliação clínica do paciente inclui, necessariamente, um saber sobre o modo como ele vive, como lida com as situações do cotidiano, como se valoriza ou se deprecia, como enfrenta as dificuldades e como estabelece suas interações pessoais. O conhecimento ampliado do paciente/pessoa permite a construção de um projeto terapêutico que contempla a singularidade daquele sujeito, com suas características próprias e inserido em uma rede de relações sociais.

A avaliação da adesão inclui, além do uso regular da medicação, a frequência às consultas e as atitudes de autocuidado, como:

- alimentação adequada;
- atividade física;
- atividades laborativas e de lazer;
- vida social e familiar satisfatória.

Caso seja constatada alguma dificuldade em qualquer um dos aspectos descritos anteriormente, é hora de centrar a atenção na investigação cuidadosa dos motivos subjacentes a essa dificuldade.

Os fatores para a avaliação da adesão incluem:

- uso adequado de medicação;
- frequência às consultas;
- atitudes de autocuidado.

1. Um projeto terapêutico representa

A) o número de medicamentos associados.
B) um estilo de vida.
C) as opções farmacológicas e não-farmacológicas.
D) as expectativas do paciente.

Resposta no final do capítulo

2. Como se avalia a adesão de um paciente ao tratamento?

.....
.....
.....
.....

FATORES INTERVENIENTES NA ADESÃO

A adesão ao tratamento é um **processo multifatorial**, que envolve variáveis de ordem individual, socioeconômica e cultural.[3,4]

FATORES DE ORDEM INDIVIDUAL: AUTONOMIA

Um dos elementos essenciais para a adesão ao tratamento é a disponibilidade e empenho da pessoa em **cuidar de si própria**. Esse cuidado se faz presente quando a pessoa pode se perceber como alguém que o merece, alguém que tem valor e importância. Além disso, querer cuidar de si pressupõe o desejo de viver, ter projetos a realizar na vida, ter sonhos para o futuro.

A autoestima diminuída e uma atitude geral de insatisfação ou desânimo frente à vida, que podem se expressar também no pessimismo em relação à eficácia do tratamento, podem também favorecer a baixa adesão, na medida em que o paciente não veja sentido em investir na própria vida.

O desenvolvimento da autonomia pode ocorrer a partir do momento em que a pessoa é capaz de compreender o seu processo de saúde/adoecimento. Essa compreensão nasce a partir do vínculo. Uma pessoa pode se vincular a algo que faça sentido para ela. O vínculo a alguém pressupõe parceria, e essa forma de cuidar pode gerar confiança.[5]

Na relação que pode ser tanto do médico quanto de outro profissional de saúde com a pessoa, a coparticipação do paciente nas decisões sobre eventuais modificações de hábitos e de comportamentos acaba por ter reflexos na adesão, uma vez que ele será capaz de escolher, junto com o médico, o melhor para si; ele assumirá o que poderá cumprir, inclusive os riscos inerentes ao tratamento, de posse de informações e da compreensão delas.

O entendimento do paciente também se refletirá em sua família, o que contribui para a consolidação de uma rede de suporte que pode ajudar de forma fundamental em sua adesão ao tratamento e às consultas.[5]

A partir de uma maior autonomia, por meio da boa adesão, o paciente estará desenvolvendo também a capacidade de se recuperar, de superar o desafio de viver com uma enfermidade crônica, buscando retomar sua vida, seu trabalho e seus sonhos.

A capacidade do paciente em enfrentar as dificuldades gerais da vida também é um fator importante na avaliação de suas possibilidades de lidar com o adoecimento. Há indicações de que pacientes que recorrem a estratégias de enfrentamento (*coping*) diretas tendem a ter melhor adesão ao tratamento do que aqueles com atitudes mais evitativas.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao modo como cada paciente lida com os **efeitos colaterais desagradáveis**, passíveis de ocorrer com o uso de alguns medicamentos. Há situações extremas com graves consequências para a autoestima, quando são os próprios medicamentos que geram a doença. O exemplo mais dramático é o da lipodistrofia em pacientes com HIV que iniciaram a medicação ainda assintomáticos.

ESTILO DE VIDA

De forma geral, todas as doenças crônicas impõem ao paciente a necessidade de ajustar seu estilo de vida, de forma a incluir atividade física regular em sua rotina e fazer alguma alteração na alimentação. Mudar **hábitos de vida** envolve sempre algum grau de dificuldade. Afinal, hábitos foram construídos e automatizados ao longo do tempo, trazendo algum grau de satisfação para o indivíduo.

Sabe-se o quanto é difícil abrir mão de algo de que se gosta. E, ainda, o quanto pode ser difícil o empenho em uma atividade que não causa prazer. Assim, a adesão a um programa regular de atividade física – mesmo tão simples quanto uma caminhada diária – pode constituir um desafio.

É preciso também tempo disponível para acrescentar uma atividade à rotina, em geral, já cheia de compromissos. Não surpreende, assim, que uma pessoa que acorda às 5 horas da manhã para ir ao trabalho e retorna por volta das 18 horas, para então estar com a família, diga que não encontra tempo para se exercitar.

A implementação de **mudanças na alimentação** também esbarra em obstáculos, ainda que, na grande maioria das vezes, se trate, na realidade, de introduzir hábitos alimentares saudáveis, passíveis e desejáveis de serem adotados por todos os membros da família. Em um primeiro momento, será necessário ajustar, nas refeições em casa, as orientações alimentares do paciente aos hábitos dos outros membros da família.

No caso de paciente obeso, por exemplo, pode ser especialmente difícil compartilhar o horário das refeições com a família, tendo que lidar com a frustração de não poder dividir com os outros os mesmos alimentos. Além disso, é mais trabalhoso preparar refeições diferenciadas para a família. Em reuniões sociais, pode ser constrangedor para a pessoa ter que compartilhar com os amigos o fato de estar sob restrição alimentar. O mesmo vale para as refeições no trabalho.



LEMBRAR

As concepções do profissional de saúde acerca de estilo de vida saudável podem estar muito distantes das concepções do paciente, pautadas na tradição cultural local e em valores familiares e individuais.

Os pacientes em uso de **medicação incompatível com a ingestão de bebidas alcoólicas** podem ter dificuldades em conciliar a vida social – festas, bares – e a restrição à bebida. Ocorre, com frequência, que o paciente opte por não tomar a medicação porque pretende beber, especialmente em situações especiais, como carnaval e festas de fim de ano.

Além do prazer de beber, está em jogo ter de revelar aos amigos o motivo pelo qual não pode beber. Eventualmente, as crenças pessoais a respeito das restrições de certos alimentos e bebidas inibem, sem necessidade, a vida social, a exemplo de certos medicamentos em pacientes usando antirretrovirais. O consumo de drogas ilícitas também intervem, de modo significativo, no uso adequado da medicação, na medida em que se consideram os possíveis efeitos indesejados dessa associação.

Muitos pacientes não desejam que outras pessoas saibam que eles estão adoecidos e que necessitam usar medicamentos de forma regular. Por exemplo, portadores do vírus HIV, com frequência, buscam esconder sua doença das pessoas com as quais convivem. Nesses casos, a necessidade de tomar vários comprimidos em horários certos, em jejum ou nas refeições, e ainda "escondido" de todos, pode favorecer, em larga medida, a falha terapêutica.

FATORES CULTURAIS

As representações sociais sobre doença e indicativos de saúde podem ser bastante diferentes das concepções estabelecidas pelo conhecimento médico consolidado. Muitas vezes, a pessoa só se percebe adoecida na **presença de sinais visíveis**, quando experimenta algum tipo de sintoma físico desagradável (febre, dor de cabeça ou dor abdominal) ou observa mudanças, seja na aparência corporal (perda de peso, mudanças na cor da pele, queda de cabelo), seja nas funções orgânicas regulares (frequência urinária, menstruação abundante, ritmo cardíaco irregular).

Quando a doença se apresenta de modo assintomático, pode ser difícil para o paciente acreditar no diagnóstico e aceitar o tratamento. Afinal, se ele não está sentindo nada, como pode estar doente? Mesmo quando o médico busca esclarecer o diagnóstico, o paciente pode relutar em aceitá-lo. Não se trata, muitas vezes, de falta de confiança no saber médico, mas do apego do paciente a seus **próprios conceitos** do que é saúde e doença, pautados, muitas vezes, em tradições culturais, familiares e religiosas.

O apego do paciente a conceitos próprios vale, também, no que se refere à terapêutica. Remédios caseiros, fé religiosa, a convicção de que "remédio demais faz mal" podem constituir elementos potentes na não-adesão ao projeto terapêutico.

Há ainda que se considerar o **nível cultural do paciente**. Para que ele adote o projeto terapêutico, é preciso que compreenda bem do que se trata. O paciente com poucos recursos cognitivos e linguísticos pode ter dificuldade em entender as explicações médicas.

FATORES SOCIOECONÔMICOS

Tendo em vista as precárias **condições econômicas** em que vive grande parte da população, é fundamental ter em mente a situação financeira do paciente ao se pensar em um projeto terapêutico. É preciso considerar, ao prescrever medicamentos, a viabilidade de o paciente ter acesso a eles.

Na rede pública, estão disponibilizados alguns medicamentos de uso contínuo, mas, mesmo nesses casos, muitas vezes, o paciente tem dificuldade em buscá-los devido à falta de transporte ou ao custo do mesmo. Em outros casos, cabe ao paciente arcar com as despesas de seu tratamento, o que nem sempre é possível.

As orientações quanto à dieta também podem ser comprometidas pela associação – frequentemente feita, mas nem sempre justificável – de que a situação financeira seria um fator impeditivo maior para a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis. Naturalmente, pessoas com restrição financeira importante terão dificuldade em adquirir alimentos de um modo geral e, muitas vezes, ao optarem dão preferência aos menos saudáveis.



É claro que os problemas de ordem socioeconômica estão além do campo de atuação médica. Mas, é importante que esses aspectos sejam considerados ao se fazer a orientação terapêutica e a avaliação da adesão ao tratamento.



3. De que maneiras o estilo de vida do paciente pode interferir na sua adesão ao tratamento?

.....
.....
.....
.....

4. Os fatores intervenientes na adesão apontados no texto são

A) estresse, gênero, sexo, comorbidades.
B) autocuidado, hábitos, crenças pessoais acerca da doença, renda.
C) raça, hereditariedade, acesso ao medicamento, tamanho da família.
D) Todas as alternativas estão corretas.

5. A crença do paciente em remédios caseiros, a fé religiosa e a convicção de que "remédio demais faz mal" são manifestações do fator

A) socioeconômico.
B) cultural.
C) individual.
D) Nenhuma das alternativas anteriores está correta.

Respostas no final do capítulo

RECURSOS PARA O APRIMORAMENTO DA ADESÃO

O foco das estratégias de adesão é a **pessoa**. O modelo que sustenta essas ações deve ser **integral**, dirigido à saúde do indivíduo, considerando-se os aspectos dinâmicos biopsicossociais, culturais e comportamentais que circunscrevem o processo saúde-doença.



O eixo das ações de adesão é o cuidado centrado na relação médico-paciente, no aconselhamento do indivíduo e suas famílias e parceiros.[6]

As ações voltadas exclusivamente para as doenças e parâmetros clínico-laboratoriais não dão conta da complexidade de situações que caracterizam a não-adesão, especialmente nas situações de falha terapêutica e troca de medicações. A adesão se constrói com **vínculo médico-paciente** e o estabelecimento de objetivos maiores que incluam:

- qualidade de vida e de trabalho, reconstituídos ou restaurados plenamente, se possível;
- aprimoramento das relações interpessoais e familiares;
- descobertas e manejo do preconceito, estima e valores.



LEMBRAR

Compreende-se que a adesão depende do grau de entendimento daquilo que está sendo proposto e não deve ser uma simples submissão à prescrição. Sem o compartilhamento de informação significativa e pertinente entre o médico e o paciente, as recomendações contidas no projeto terapêutico não serão seguidas de forma adequada.[3,7,8]

Na relação médico-paciente, a **escuta** ocupa um lugar destacado, sendo fundamental para a adesão, uma vez que as recomendações, as orientações e a prescrição medicamentosa exigem um movimento dialógico pautado na compreensão mútua de necessidades singulares e na percepção do que essas representam para o paciente.

O desenvolvimento das **competências e habilidades** constitui um dos atributos inerentes ao sucesso no manejo de uma adesão duradoura.[8] Cheever ressalta que, em um estudo em que foi gravada a conversa de paciente com paciente, constatou-se que, embora os médicos buscassem ouvir seus pacientes, a linguagem nem sempre era clara o suficiente para que eles conseguissem entender plenamente o que era dito.[9]

DIFICULDADES PARA A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO

A abordagem da adesão ao tratamento impõe um comentário acerca do modelo que sustenta a prática médica. Estruturar vínculos implica a utilização de ferramentas apropriadas. A opção de eleger este ou aquele modelo de cuidar depende de um conjunto de conhecimentos relacionados.

O saber médico, por estar assentado em bases que valorizam, preferencialmente, o conhecimento acerca dos mecanismos das doenças, entendidas como disfunções anatomofisiológicas, caracteriza-se por privilegiar o combate a essas, quer seja por envidados esforços preventivos ou curativos.

O processo de adoecimento humano é algo complexo, que envolve variáveis de ordem:

- social;
- econômica;
- psicológica;
- comportamental;
- microbiológica;
- anatomoclínica;
- fisiopatológica;
- epidemiológica;
- outras.

As ferramentas utilizadas tanto para a avaliação do chamado processo saúde-doença quanto para as devidas intervenções e ações, na prática, obedecem a uma lógica que se afasta dos determinantes apontados anteriormente e de seus respectivos pesos relativos para se fixar em conceitos desenvolvidos há dois séculos e que estabeleceram e desenvolveram um modo hegemônico de se perceber e intervir no processo saúde-doença.[5,6,10]

O desenvolvimento do método clínico (racionalidade biomédica) relacionado à forma de compreensão hegemônica de percepção e intervenção médica, que abrange da propedêutica à semiologia, do diagnóstico à terapêutica, da substituição progressiva da semiotécnica não-invasiva até os ultramodernos procedimentos diagnósticos terapêuticos, está assentado nesse conjunto de saberes que se convencionou chamar **modelo anatomoclínico** (MAT).

Com o MAT, a medicina se tornou socialmente acessível pelo aprimoramento de uma surpreendente linguagem de saber universal capaz de estabelecer um padrão de condutas médicas eficazes mediante o **trinômio causa-diagnóstico-tratamento consolidado em bases científicas**.[5,6,10]

A visão mecanicista, na verdade, não se fixou apenas na biologia: alcançou a sociedade em seu desenvolvimento histórico e é o entendimento predominante e atual dos fenômenos que se processam na vida.[11]

As ferramentas que permitem interferir no processo saúde-doença, no âmbito das consultas médicas, têm, portanto, a marca do MAT. **A análise criteriosa da parte**, **a fragmentação multidisciplinar**, **o olhar focalizado em um órgão ou sistema orgânico** são características fundamentais e consequentes do MAT; as ferramentas, *lato sensu*, pertencem a esse modelo, sendo indissociadas dele.

As ferramentas de intervenção médica são pertinentes e indissociadas do MAT porque esse foi construído histórica e socialmente, estabelecendo o substrato dominante no entendimento do mecanismo de produção das doenças. Além disso, apresenta uma característica atraente, quase irresistível; é *ready made*, ou seja, está pronto para uso.

LEMBRAR

Pode-se dizer que, para o MAT, não importam as mazelas de alguém que chega com dor epigástrica, sua origem socioeconômica, seu trabalho e sua vida. Examinando o corpo do indivíduo, à luz de determinados sintomas evidenciados por uma anamnese dirigida, pode-se supor uma hipótese diagnóstica. Geralmente, após submeter o paciente a exames diagnósticos, prescreve-se a terapêutica que se julga apropriada, desde a mais simples até medicamentos e procedimentos de última geração, embora nem sempre estejam ao alcance da população em geral.

Devidamente "orientado" e medicado, o paciente poderá, supostamente, ter o alívio desejado de seus sintomas somáticos e, por hora, conclui-se que o seu problema está resolvido. A "causa" orgânica foi supostamente eliminada, não importando muito as diferenças culturais e as histórias pessoais.[5,10]

"Ao eleger o nível biológico, através da infinita decomposição analítica do corpo, a medicina abstrai a realidade onde vive o homem que fala. Portanto, ao dirigir-se à vida vegetativa dos humores, células e tecidos, a atenção médica, em última análise, perde o vínculo com o sujeito que percebe a doença e a ela atribui um valor. Simultaneamente, desprezando o sujeito, a medicina afasta-se dos problemas históricos e concretos que o afligem. Desta forma, ela transfere seu compromisso para o âmbito da ciência pura, debruçando-se sobre conceitos internos a respeito de normal e patológico."[6]

6. A adesão aos medicamentos está associada

A) ao estilo de vida.
B) ao local de atendimento.
C) ao espaçamento entre as consultas.
D) a todas as alternativas anteriores.

7. O foco para a construção da adesão é a

A) comunidade.
B) pessoa.
C) família.
D) doença.

Respostas no final do capítulo

8. De que maneira é possível construir a adesão de um paciente ao tratamento?

.....
.....
.....
.....

9. Qual a importância da escuta na relação médico-paciente?

.....
.....
.....
.....

QUANDO O PACIENTE NÃO SE ENQUADRA

"Quem pergunta é incompleto"
Clarice Lispector

Muitas vezes, as queixas e demandas se vão... Mas, se os sintomas teimam em não desaparecer? Se retornam em outras formas de sofrer? E se o sofrer, aos sintomas, confidencia a vida? Como escutá-los? Auscultá-los e apalpá-los, mesmo se possível, não lhes diriam respeito: pois quando se sofre, a carne expressaria – em pedaços – aquilo que se sente? Ou o que se sente, os pedaços, por mil vezes perscrutados, se realinhados, aplacariam a alma e restabeleceriam a saúde?

É inegável a capacidade resolutiva do saber que fragmenta para informar os mecanismos do patológico, mas a soma aritmética das partes não define o ser complexo, o conjunto recíproco das relações humanas em sua dimensão polidimensional.[5,6,12]

A exaltação de habilidades e de conhecimentos específicos fez mais do que mover os médicos ao microcosmo da especialização: dotando-os de **visão tubular**, fê-los caminhar com antolhos, reduzindo a percepção da realidade, seja no âmbito coletivo ou individual. Não se vê mais a saúde em seu sentido ampliado nem o interesse coletivo ou das famílias.

Também se deixou de perceber o indivíduo; a pessoa humana precisa ser desbotada e tornada muda para dar lugar às digressões acerca do mundo decomposto dos humores e tecidos, validadas por certezas científicas que refazem os pedaços e supostamente definem a vida.[5]

NARRATIVA DE UM PROCESSO

Aquilo que se julga ser **história pregressa** pode ter um significado marcante para quem adoece. Essa história não é pregressa, é presente; não importa se patológica, social, psicológica ou outra qualquer. Para quem sofre, o tempo é subjetivo: o passado estará mais próximo e presente, não importando a distância cronológica.[13]



Para alguém se vincular a um determinado esquema de tratamento, é necessário estar preliminarmente vinculado à sua própria vida, ao desejo de viver. Reconhecer a existência dessas premissas é essencial àqueles que são os agentes do cuidado em saúde.

A adesão a uma ideia de tratamento é corolário da adesão à vida. O manejo de situações que envolvem esses conceitos é pertinente ao médico de família cuja habilidade e competência requer uma **visão ampliada de saúde**.[8,14]

Em um sentido mais amplo, é necessário que o futuro médico, ainda na graduação, obtenha as condições para:

- a compreensão do processo de saúde-adoecimento humano;
- a prática médica, considerando os diferentes graus de relevância dos fatores que constituem a complexidade desse processo no âmbito dos determinantes de ordem biopsicossocial;
- o reconhecimento de um sentido ampliado de saúde e da própria educação médica que resgate conceitos que possibilitem compreender a saúde enquanto condensações de expressões, e não apenas como ausência de doenças.[5,10]

Fazem-se necessários um paradigma e uma pedagogia que permitam uma capacitação que conduza os médicos a uma reflexão sobre os limites e as possibilidades da medicina e do modelo atual de intervenção diagnóstico-terapêutico, considerando a realidade socioeconômica da sociedade e as diversas inter-relações subjacentes.[5,15]

Compreender o processo de adoecimento humano exige um amplo domínio da rede de relações sociais, que são recíprocas e não-excludentes, tanto do lado da percepção do indivíduo que adoece, sua família e sua comunidade, quanto do profissional que cuida desses.[5,14,16,17]

Os espaços vitais são todos preenchidos em um processo dinâmico de inter-reciprocidades não-excludentes. O tempo-espaço da complexidade humana em suas condensações de expressões – nas mais diversas formas de viver – define a própria vida e deveria ser considerado pelos que cuidam da saúde das pessoas. Uma nova percepção do processo de adoecer e restaurar a saúde permite entender a coerência no caos por revelar o significado e o sentido de adoecimento humano.[5,18,19]

Alguns indicadores de má adesão estão, comumente, relacionados com a doença em questão, com o paciente ou com o regime terapêutico. Entretanto, para que um plano terapêutico tenha êxito, é necessário que faça sentido para o indivíduo, sua família ou sua comunidade.

LEMBRAR

Prescrições serão mais ou menos aceitas, em especial para aqueles portadores de doença crônica, se fizerem algum sentido para quem adoece.[20]

O quadro, a seguir, mostra as etapas da construção do processo de adesão dentro de uma perspectiva integral.

ETAPAS DA CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE ADESÃO DENTRO DE UMA PERSPECTIVA INTEGRAL

A) O começo: a escolha do modelo

- Conceitos dentro de preceitos. O paradigma de referência biopsicossocial.
- Adesão e vínculo: com o que e/ou quem. O foco na doença/pessoa.
- Fragmentos ou processo. A história natural das doenças ou narrativa do adoecimento.

B) As ferramentas

- Acolhimento.
- Aconselhamento.
- Acompanhamento.

C) A parceria

- A equipe multiprofissional. O papel da interconsulta.
- O grupo terapêutico. Os multiplicadores e facilitadores.

Estruturar os vínculos com pessoas reforçando a atenção às suas necessidades é essencial para a abordagem terapêutica. Pode-se dizer que a adesão começa com **o vínculo e o aconselhamento** para se solicitar os testes diagnósticos.

O aconselhamento, realizado de forma não-adequada, seja pré ou pós-teste, tem um peso significativo na adesão ao tratamento e, consequentemente, contribui para a falha do esquema utilizado. Pode-se dizer, ainda, que a estruturação de um vínculo malfeito compromete a relação médico-paciente, tornando mais árdua a tarefa de se ter êxito no plano terapêutico.[21-23]



10. O conhecimento médico atual orienta a intervenção no processo de adoecimento e as medidas terapêuticas. A base conceitual desse modelo é

A) psicossocial.
B) anatomoclínica.
C) integral.
D) empírica.

11. Para a racionalidade anatomoclínica, o paciente é

A) um ser complexo.
B) o interlocutor de doenças.
C) o resultado de uma condensação de expressões.
D) aquele que sofre.

Respostas no final do capítulo

12. O que é necessário para que o médico obtenha um sentido ampliado de saúde?

.....
.....
.....
.....

13. Quais são as "ferramentas" do modelo biopsicossocial de saúde?

.....
.....
.....
.....

14. O conceito da adesão que contempla o processo de saúde ampliado está construído em base conceitual cuja característica principal é

A) fisiológica.
B) integral.
C) patológica.
D) psicológica.

Resposta no final do capítulo

ELEMENTOS ESSENCIAIS PARA A ADESÃO

Os elementos essenciais para a adesão estão listados a seguir.

- Promover acolhimento, recepção integrada, aconselhamento.
- Estabelecer vínculo, relação médico/paciente, empatia, sigilo e confidencialidade.
- Buscar integralidade, conhecer a pessoa de quem se cuida, bem como parceiro(a) e família.
- Identificar grupo de suporte e o grau de adesão à vida: pessoal, familiar, social.
- Formar grupos de apoio terapêutico, construir parcerias interdisciplinares.
- Agendar as consultas com frequência suficiente para assegurar a compreensão correta da prescrição e de acordo com o estado clínico-psicológico, local de moradia, frequências das visitas domiciliares (VDs), suporte familiar, participação em grupos de pacientes.
- Considerar que o momento de se iniciar a terapêutica farmacológica deve ser precedido de uma ampla discussão acerca do alcance dessa, se possível, com antecedência de meses do seu início. A medicação deve ter início quando o paciente estiver pronto, com possibilidades reais de utilização de > 95% do esquema proposto.
- Elaborar um projeto terapêutico que inclua modificações de hábitos alimentares, atividade física e esquemas posológicos simplificados (uma ou duas vezes ao dia), de preferência tomados em casa, e que interfiram o mínimo possível nas atividades laborativas e da vida de relação, especialmente a afetiva e a sexual.
- Auxiliar na rotina das doses: despertador, caixa musical, contagem regressiva, *pillboxes* (*medisets*), principalmente com os esquemas rígidos que não podem ser alterados (TARV, por exemplo).
- Identificar os efeitos colaterais, procurando manter o melhor esquema e substituindo somente os que representarem risco significativo. Muitos efeitos tendem a desaparecer, e um bom vínculo pode ajudar a manter os medicamentos mais indicados.
- Avaliar precocemente efeitos colaterais de certos medicamentos (lipodistrofia em uso de TARV).

- Esclarecer que as trocas necessárias devem ser precoces, com orientações que sigam o roteiro mencionado anteriormente; não deixar de salientar que elas devem ser feitas sob orientação médica estrita, de preferência com o médico do paciente. Alertar que não se deve retornar ao esquema anterior e/ou recorrer aos esquemas alternativos sem orientação do médico-assistente. Muitas vezes, será necessário que este disponibilize ao paciente o número de seu telefone de mais fácil acesso.

- Reconhecer as situações sociais e estruturais que possam levar ao abandono do esquema terapêutico (baixa escolaridade, nível socioeconômico, problemas institucionais, local de moradia) e aquelas ligadas ao indivíduo: *deficit* cognitivo, negação, estresse pós-traumático, conflitos familiares, depressão, intolerância aos efeitos colaterais, frustração, preconceitos, indisciplina, uso de drogas ilícitas e abuso de álcool, violência familiar, idade, comorbidades, entre outras. O manejo deve considerar as ações multidisciplinares existentes (Figura 1).[24]

- Considerar as expectativas em relação ao prognóstico e qualidade de vida, projetos de vida, relações familiares atuais e possibilidades de constituir uma nova família.[3,25,26]

A Figura 1, a seguir, apresenta a abordagem integral à pessoa/paciente e adesão.



***Figura 1** — Abordagem integral à pessoa/paciente e adesão.*
***Fonte:** Adaptada de Oficina de Aconselhamento ComVida (2000).*

ACONSELHAMENTO E SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

O momento de se solicitarem exames complementares nem sempre segue o roteiro indicado na Figura 1. O médico é compelido a pedir exames com uma indicação clínica nem sempre clara. Exames de rotina viraram rotina e, embora representem uma parcela importante para a construção de um sólido diagnóstico, têm sido usados como exames indispensáveis para a realização de qualquer diagnóstico.

Em parte, a solicitação rotineira de exames se dá por conta do uso inapropriado dos guias e das recomendações de conduta terapêutica ou mesmo pelo desconhecimento deles. Com um custo muito elevado para os sistemas de saúde – e para os pacientes –, o uso inadequado dessas ferramentas de auxílio ao diagnóstico tem sido reiteradamente denunciado em publicações científicas no mundo todo.[17,27]

A avaliação do paciente, considerando sua história, o contexto de sua vida, o exame físico e as hipóteses de diagnóstico, é fundamental na hora de se solicitarem exames complementares. Em algumas situações, é necessário avaliar com maior cuidado os riscos e as vulnerabilidades, compartilhando conhecimentos acerca dos comportamentos e hábitos do paciente. É necessária, também, uma orientação clara em relação aos exames solicitados: indicação, procedimentos para a sua realização e resultados possíveis.

A etapa de avaliação do paciente é denominada **aconselhamento pré-teste**. Na etapa seguinte, o **pós-teste** (de preferência, com o mesmo profissional que solicitou o exame), os resultados serão discutidos, com ênfase no entendimento do significado dos testes, e será dada atenção especial ao impacto esperado em relação ao resultado de alguns exames.[28]

Uma compreensão equivocada – no pré ou no pós-teste – pode afetar o paciente a ponto de interferir negativamente na adesão terapêutica.[29] Para maiores esclarecimentos no manejo de certos testes, consultar o Manual de Adesão do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

ACOMPANHAMENTO

As medidas relacionadas a um acompanhamento exitoso estão presentes no seguimento das consultas subsequentes. É imprescindível que o médico esteja disponível, fornecendo ao paciente os locais e os telefones de contato. Dúvidas surgem, e a melhor pessoa para orientar o paciente é o seu médico.

As marcações de consultas devem obedecer à **ordem de prioridade de atendimento às necessidades do paciente**. É comum existir o que se convencionou chamar de vulnerabilidade institucional, em que nem o médico nem tampouco a instituição a que ele se vincula consideram-se responsáveis pelo acompanhamento do paciente.

LEMBRAR

Deve-se agendar os pacientes com necessidades de intervenção interdisciplinar de modo que haja tempo suficiente para uma consulta mais demorada.

Alguns pacientes apresentam alterações clínicas dependentes de boa adesão. São pacientes bem aderidos aos esquemas terapêuticos que passam a apresentar diversas alterações clínicas que podem interferir nas suas vidas sociais, na autoestima e representam um enorme desafio para a manutenção dos esquemas propostos. São sintomas leves, mas persistentes:

- enjoo e vômitos;
- alterações do sono;
- ganho de peso;
- queda de cabelos.

Outros sintomas são mais incapacitantes: impotência sexual, lesões oculares com diminuição da acuidade visual. Alguns apresentam alterações morfológicas que podem ser graves, a exemplo da lipodistrofia nos pacientes fazendo uso de TARV.

É possível que os esquemas utilizados não possam ser modificados, e a identificação de constrangimentos e outras representações psicossociais para os pacientes devem ser prontamente discutidas, verificando-se as alternativas existentes, tais como exercícios, apoio psicoterápico ou encaminhamento aos especialistas com experiência no manejo de complicações correspondentes a cada situação.[30,31]



15. O momento que precede a realização de exames complementares e estratégicos para a construção de uma boa adesão farmacológica é

A) a indicação clínica.
B) a história patológica pregressa.
C) o aconselhamento pré-teste.
D) a interconsulta médico-psicológica.

Resposta no final do capítulo

16. Como deve ser a marcação de consulta para os pacientes com necessidade de intervenção interdisciplinar?

.....
.....
.....
.....

INTERAÇÃO INTERDISCIPLINAR

"O cuidado é tão terapêutico quanto um antibiótico."
Leonardo Boff

"A convivência entre o médico, a equipe de saúde e a comunidade gera informações sanitárias especiais e, ao mesmo tempo, esta convivência torna-se em si mesma um processo de promoção e preservação da saúde."
Ricardo Donato Rodrigues

Outro aspecto importante na adesão ao tratamento é o **trabalho multiprofissional** dentro de uma perspectiva interdisciplinar. Nesse caso, o papel da **interconsulta é essencial**. A capacidade de avaliar e tomar decisão na prática médica sempre foi uma tarefa solitária. Por mais que se possa dividir as incertezas, existe um momento em que é o médico quem decide, opina, orienta, prescreve. O próprio código de ética estabelece com clareza as condutas aprovadas e aquelas passíveis de reprovação, todas no âmbito pessoal ou, pelo menos, a maioria.

A relação com o paciente também segue o mesmo ritual solitário: deve-se ouvir com atenção o que dizem os pacientes para, a seguir, estabelecer o que parece acertado. É isso que se espera dos médicos.

A interconsulta pode contribuir para rever as questões relativas ao fazer solitário da prática médica. A capacidade de avaliação será mais acurada se essa puder ser fruto de um processo que contenha a prática da interconsulta, na qual se amplificam, mediante o olhar de mais de um profissional, as múltiplas facetas que compõem o cenário de vida e de adoecimento de uma pessoa, família ou comunidade.

Na interconsulta, enquanto um profissional atende, outros estão próximos avaliando as dificuldades dele; no momento seguinte, é discutido o caso e proposto um caminho. A interconsulta médico-psicológica (IMP), em particular, contribui para o fortalecimento de estruturas cognitivas relacionadas à prática e possibilita reconsiderar posições, nem sempre visíveis, de dubiedade e de incerteza.[23,32]

Um profissional pode não estar plenamente capacitado para realizar suas atividades por conta de uma orientação pedagógico-educacional da formação excessivamente simplificadora dos complexos fenômenos biológicos pertinentes ao adoecimento humano, como foi salientado anteriormente.

LEMBRAR

A IMP tem sido essencial para que se possa aprimorar os conceitos de vínculo, escuta, acolhimento, enfim, do cuidado que os profissionais da saúde devem ter ao se inclinarem sobre aquele(s) que neles deposita(m) expectativas. Ela tem contribuído para refazer os caminhos de mão-dupla entre quem precisa e quem oferece cuidado.[30]

A parceria interdisciplinar, hoje, se estende aos pacientes em todas as atividades assistenciais do Departamento de Medicina Integral Familiar e Comunitária (DMIFC – primeiro departamento de medicina de família do Brasil, que fica na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estadual do Rio de Janeiro).

A parceria interdisciplinar vai mais além, abrangendo grupos terapêuticos que se formam para avaliar as questões da saúde, quer sejam de ordem individual ou coletiva. Essa nova abordagem contribui para a reconstrução da prática clínica com novas competências e habilidades necessárias a uma atenção apropriada, em que o juízo predominante é o interesse em atender às necessidades das pessoas, e não somente às suas demandas.[17,18,33,34]

Trabalhar em equipe é, também, o desenvolvimento de habilidades que possam resultar em um cuidado mais efetivo. Depende do trabalho coletivo multiprofissional que inclua um parceiro novo: o próprio paciente. Um dos melhores exemplos é o trabalho com grupos de pacientes.

GRUPOS

"O contato efetivo e afetivo com diferentes pessoas questiona certezas, mobiliza conhecimentos, provoca sentimentos, influencia atitudes e maneiras de pensar; é de fundamental importância um momento de reflexão dos profissionais sobre a tarefa que desenvolve."
Silveira, 2003

A estruturação de grupos com base na abordagem integral e com ênfase na autonomia que consolide o espaço dialógico entre quem cuida e quem é cuidado tem se mostrado eficaz no enfrentamento das **doenças crônicas e entre os dependentes químicos**.

Pelo entendimento da complexidade do processo e pela amplitude requerida no manejo da adesão, faz-se oportuna, em outro momento, além da consulta individual, a construção de espaços que viabilizem uma intervenção compartilhada daqueles que convivem com a doença. A incorporação de novos hábitos e comportamentos é tarefa muito difícil, pois envolve esclarecimento e orientações que devem ser incorporados permanentemente à vida dos pacientes.[8,34]



A estratégia do grupo de adesão constitui espaço solidário que permite o acesso à informação, a troca de experiências, o intercâmbio de motivações, o apoio mútuo e a vivência de uma pluralidade de situações que criam oportunidades para pacientes e profissionais de saúde posicionarem-se, tirarem dúvidas, interagirem e superarem dificuldades no processo de aderir ao tratamento.[8]

Assim como o cuidado, no grupo terapêutico, a aprendizagem e o ensino **são bilaterais**, integrantes de um processo mútuo e solidário, no qual todos ensinam e todos aprendem, assemelhando-se a um processo pedagógico baseado na exemplaridade, na simetria, na interação e na reciprocidade que permite aos seres humanos, reunidos naquele ambiente, colocarem-se uns frente aos outros, aprenderem uns com os outros, encurtando a distância entre profissionais e pacientes em uma aproximação que possibilita diminuir o fosso entre os serviços de saúde e o cotidiano da população assistida.[8]



O grupo terapêutico é um espaço de **construção coletiva** com vistas a uma abordagem ampliada da saúde com possibilidades de ser, a um só tempo, local de desenvolvimento de cuidado assistencial mais pertinente às necessidades das pessoas e cenário privilegiado de ensino e de capacitação discente.[8]

O trabalho com grupos terapêuticos integra as atividades prioritárias do DMIFC e as principais ações docente-assistenciais que são desenvolvidas no departamento.

"A insegurança gerada pela percepção das nossas fragilidades gera um movimento de reafirmação de verdades universais (...) de rever certezas, definir que papel se quer assumir em relação ao mundo, em relação à família e para si próprio. O processo de transformação pretendido em outros grupos terapêuticos ganha, aqui, uma dimensão ainda mais profunda, ampla e íntima. Daí a necessidade de uma maior coesão entre o grupo e do grupo com os profissionais que o acompanham" (Júlia, aluna do Curso de Medicina da UERJ, referindo-se à sua experiência na participação do Grupo ComVida).

Em um de seus trabalhos, Júlia afirma, ao se referir ao grupo de apoio aos pacientes com HIV/AIDS ComVida:

"Entende-se, ainda, que a prática do estudante de Medicina não deve ser uma experiência pedagógica dissociada do contexto do trabalho transformador (do próprio aluno, de sua consciência e do meio). Nesse contexto, o espaço do grupo de apoio aparece bem inserido nesta proposta por estar focado na assistência integral; por representar um espaço de cuidado alternativo ao do hospital; por dissociar a baixa intensidade tecnológica da ideia de primitivismo (princípio de sistema organizado em graus crescentes de complexidade adequados à necessidade de saúde trazida); por buscar parceria como forma de aumentar a adesão ao tratamento; por se encaixar nos princípios (universalidade, equidade e integralidade) e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) – como a intersetorialidade, sistemas de saúde em operação."

"O grupo colabora com a formação do médico, pois o ajuda a lidar" (Marcos, integrante do ComVida) e "a compreender como o paciente se sente" (Mauro, integrante do ComVida).

Para saber mais
O grupo ComVida é um grupo terapêutico multidisciplinar voltado para pessoas portadoras do vírus HIV regularmente atendidas na instituição, que funciona há 13 anos no HUPE/UERJ. Tem caráter institucional (está vinculado ao DMIFC). É um espaço docente-assistencial com duas reuniões semanais, uma reunião aberta aos demais pacientes/profissionais e um grupo estendido mensal (discussão de temas de interesse coletivo).



17. A não-adesão está associada

A) aos esquemas terapêuticos simplificados.
B) à participação de equipes multidisciplinares.
C) à existência de grupos terapêuticos.
D) à qualificação do médico.

Resposta no final do capítulo

18. Quais são as vantagens da interconsulta sobre a consulta tradicional?

.....
.....
.....
.....

19. Quais são os objetivos na formação do grupo terapêutico?

.....
.....
.....
.....

CASOS CLÍNICOS

Os casos clínicos descritos a seguir apresentam as possibilidades de manejo médico para manter a adesão do paciente em diferentes situações.

CASO CLÍNICO 1

D.M. ia regularmente às consultas para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica, que se encontrava sob controle, até que começou a faltar, e um dia queixou-se de tonteira ao médico de família e comunidade (MFC). Ao exame, a pressão da paciente era 165/110mmHg, e a mesma referia que seu medicamento havia acabado. Foi prescrita medicação anti-hipertensiva, e ela aguardou até que os níveis tensionais fossem reduzidos.

20. Quais medidas o MFC deve adotar para que os níveis tensionais da paciente do caso clínico 1 voltem a ser controlados?

.....
.....
.....
.....

Resposta no final do capítulo

Continuação do caso clínico 1

Uma avaliação cuidadosa revelou que D. M. enfrentava uma situação de risco no seu local de moradia: sua casa estava sendo eventualmente utilizada como rota de fuga por traficantes da área.

21. Quais medidas de cuidado de saúde podem ser utilizadas para ajudar essa paciente?

.....
.....
.....
.....

Resposta no final do capítulo

CASO CLÍNICO 2

José, 32 anos, casado, escriturário, tinha ido ao médico para consultar por tuberculose (BK). Estava tomando medicamentos regularmente, e seu estado de saúde era considerado bom. Estava sem febre, sem cansaço, e seu bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) havia negativado. Soube que teria que fazer um anti-HIV e, naquele momento, recebia o resultado:

– Aquele exame... deu positivo, viu? Disse-lhe o médico (que, de costas, sacudindo a mão com um exame reagente para o vírus HIV, deu o resultado para José, que vinha logo atrás, ambos indo em direção ao consultório).

José não conseguiu completar seu tratamento para BK e foi encaminhado para iniciar TARV. Atualmente, encontra-se no terceiro esquema de resgate farmacológico.

22. Indique quais os elementos que você apreendeu, neste texto, que podem modificar o atendimento mostrado no caso clínico 2.

.....
.....
.....
.....

Resposta no final do capítulo

CASO CLÍNICO 3

M.C., de 27 anos, casada e com dois filhos, foi ao consultório da Dra. Flávia, dermatologista, pois apresentava manchas na pele. Após avaliação clínica e laboratorial, o diagnóstico foi de púrpura trombocitopênica idiopática (PTI). Iniciou-se terapêutica com corticosteroides, mas não houve regressão do quadro. A paciente referia cansaço, e a Dra. Flávia solicitou exames que incluíam um anti-HIV.

23. Comente o atendimento realizado no consultório a partir das informações dadas no caso clínico 3, considerando as implicações em relação à futura adesão aos medicamentos prescritos.

.....
.....
.....
.....

24. Considerando que a paciente residia em área abrangida pelo MFC, qual a conduta se tivesse havido uma avaliação inicial em uma VD?

A) Encaminhar a paciente ao dermatologista.
B) Pedir um hemograma.
C) Avaliar riscos por meio de técnicas de aconselhamento pré-teste.
D) Todas as alternativas estão corretas.

25. Cite três elementos relacionados à não-adesão, considerando a evolução descrita.

.....
.....
.....
.....

26. Cite cinco itens que devem ser abordados em um aconselhamento pré-teste.

.....
.....
.....
.....

Respostas no final do capítulo

Continuação do caso clínico 3

O resultado do teste solicitado foi reagente. A Dra. Flávia encaminhou M.C. para o MFC responsável pela área programática da paciente.

27. Qual o elemento fundamental que deve estar presente no aconselhamento pós-teste da paciente M.C.?

.....
.....
.....
.....

28. Cite cinco elementos que devem estar presentes no aconselhamento pós-teste.

.....
.....
.....
.....

Respostas no final do capítulo

CONCLUSÃO

A possibilidade de estabelecer, em dado momento, valores diversos, projetados no indivíduo-organismo, implica reconhecê-lo enquanto ser que interage e se modifica e que estabelece contradições em um verdadeiro processo contínuo de autocriação. Agora, é a própria biologia recolocando o entendimento das ciências comportamentais e sociais quando se apresenta integrando uma condensação de expressões interativas e não-excludentes.[5]

A regra tem sido **estabelecer uma hierarquia de valores das queixas dos pacientes**, atribuindo um grau menor aos fatores psicossociais ou colocando em plano secundário as dores consideradas inexpressivas. Um paciente que se queixa de dor lombar, mas apresenta hipertensão arterial sistêmica e cuja pressão está elevada, pode sair do consultório com uma prescrição para reduzir os níveis pressóricos, mas sem uma abordagem adequada para o motivo real de sua ida ao médico.[35]



Dentre os inúmeros fatores citados, aqueles relacionados com a não-adesão que merecem maior atenção em relação ao paciente são a idade, a depressão, o esquema posológico, o uso de drogas e álcool, a presença de comorbidades, os efeitos colaterais dos medicamentos, as recidivas e recaídas por diversos motivos e aqueles mais fortemente associados aos preditores de adesão de pacientes com necessidades especiais (HIV/AIDS, por exemplo).[16,29,36,37]

De um modo geral, pode-se dizer que é possível que o especialista focal não esteja capacitado para uma prática clínica adequada por conta de uma orientação pedagógico-educacional da formação médica excessivamente simplificadora e que é estritamente vinculada a uma concepção mecanicista de fenômenos complexos biopsicossociais que circunscrevem o adoecimento humano.

Deve-se cuidar para que a visão simplificada em que uma lesão corresponde a uma doença, uma queixa leva a uma bateria de exames reveladores, geralmente solicitados e orientados pelos guias de condutas e pelos algoritmos supostamente decifradores de todos os males, não transforme a prática do MFC em um bem arranjado roteiro de recomendações e de condutas que têm o estrito intuito de auxiliar no manejo diagnóstico-terapêutico dos agravos de saúde, transformando-se em um entrave para a abordagem mais eficaz da adesão.[5,11,33,38]

A existência de recursos que permitam abordar de modo consistente a questão da adesão foi tema deste capítulo. As ferramentas apresentadas são algumas das muitas que se pode utilizar, desde que se tenha o propósito de repensar o que se sabe, de reavaliar os conceitos e práticas que não estão dando certo. A estratégia do confronto e das orientações terapêuticas impositivas tem afastado o médico de quem ele deveria estar próximo: os pacientes/pessoas, suas famílias e o ambiente social em que vivem.

RESPOSTAS ÀS ATIVIDADES E COMENTÁRIOS

Atividade **1**
Resposta: **C**
Comentário: O esquema terapêutico é diferente de um projeto. No primeiro, faz-se referência aos medicamentos; no segundo, ao conjunto de ações que envolvem o tratamento.

Atividade **4**
Resposta: **B**
Comentário: A abordagem ampliada em relação às questões de saúde consiste em não desprezar os elementos existentes na vida das pessoas e que contribuem para maior ou menor adesão ao tratamento.

Atividade **5**
Resposta: **B**
Comentario: Os fatores descritos na alternativa B são manifestações do fator cultural.

Atividade **6**
Resposta: **D**
Comentário: Muitos autores indicam o sistema de marcação, o acesso às consultas, os agendamentos e a personalização do atendimento como fundamentais à adesão e à frequência dos pacientes.

Atividade **7**
Resposta: **B**
Comentário: O vínculo se faz com alguém ou algo, ensina Lia Silveira. Se o médico se concentrar apenas nos exames e nos procedimentos, poderá enxergar a doença; se buscar entender a pessoa, conseguirá compreender melhor o processo de adoecimento.

Atividade **10**
Resposta: **B**
Comentário: Essa questão é chave para entender como funciona a medicina atual: as bases científicas da medicina estão vinculadas ao MAT.

Atividade **11**
Resposta: **B**
Comentário: Para um aprofundamento dessa questão, ver as obras de Pedro Demo, Michel Foucault, Capra, entre outros.

Atividade **14**
Resposta: **B**
Comentário: Uma percepção mais abrangente do adoecimento humano amplia as opções de intervenção em relação à adesão. Como bibliografia para esse assunto, sugerem-se as obras de Pedro Demo, Michel Foucault, Capra, entre outros.

Atividade **15**
Resposta: **C**
Comentário: A adesão não começa com a prescrição de medicamentos (essa é a principal recomendação do texto). É muito importante que o leitor consulte as referências citadas para essa questão.

Atividade **17**
Resposta: **D**
Comentário: Para que um MFC possa trabalhar bem o manejo da adesão, é necessária qualificação que desenvolva competências e habilidades específicas. As oficinas de capacitação, os grupos terapêuticos e uma prática supervisionada (interconculta) poderão contribuir para o manejo clínico dos pacientes com doenças crônicas.

Atividade **20**
Resposta: Para que a paciente tenha os seus níveis tensionais controlados, é necessário que o MFC identifique os fatores intervenientes que estejam envolvidos. Os de ordem biológica – efeitos colaterais, comodidade posológica, reavaliação da adesão, dificuldades em aceitar a doença, ausência ou presença de sintomas, *deficit* cognitivo e depressão e os de ordem estrutural (em relação ao medicamento) – preço da medicação, inscrição no programa "remédio em casa", acesso gratuito, situação socioeconômica, outros familiares que fazem uso de medicação anti-hipertensiva.

Atividade **21**
Resposta: O MFC precisa identificar se a situação de risco vivida pela paciente é transitória ou será duradoura. Entre as medidas que podem ser tomadas, encontram-se:

- verificar se a paciente tem outro local em que possa se abrigar nos momentos de maior risco (rede de suporte);
- identificar familiares que possam compor essa rede de suporte;
- oferecer um grupo de apoio com o qual a paciente possa conversar sobre o seu caso e obter informações de pessoas hipertensas que já vivenciaram tal situação;
- modificar os esquemas medicamentosos de modo a não perder as doses em função do ocorrido;
- utilizar os suportes disponíveis para não haver descontinuidade terapêutica;
- compartilhar esse desafio em uma consulta conjunta com a equipe multiprofissional para que a paciente possa ter um seguimento psicológico e da assistência social, inclusive obtendo o passe-livre que lhe permita os deslocamentos para as consultas e obtenção dos medicamentos;
- inscrever a paciente no programa "remédio em casa", utilizando um endereço acessível que possa garantir a entrega da medicação;
- avaliar, junto às instâncias gestoras da saúde, uma possível intervenção no local, disponibilizando mais equipamentos sociais com novas equipes da saúde da família ou o que couber.

Atividade **22**
Resposta: Não há só uma resposta certa para modificar o atendimento mostrado no caso clínico 2. Ela vai depender da interação que o leitor poderá construir com seu paciente. Uma aproximação de resposta pode ser representada pela estruturação dos vínculos com os pacientes e as pessoas, reforçando a atenção às suas necessidades essenciais com vistas a uma subsequente e correta abordagem terapêutica. Pode-se dizer que a adesão começa com o vínculo e o aconselhamento para se solicitar e entregar os testes diagnósticos. O aconselhamento pré e pós-teste não-adequado tem um peso significativo na adesão ao tratamento e, consequentemente, contribui para a falha do esquema utilizado. Pode-se dizer ainda que a estruturação de um vínculo malfeito compromete a relação médico-paciente, tornando mais árdua a tarefa de se ter êxito no plano terapêutico de pacientes de um modo geral e, em particular, nos pacientes em uso de TARV. O propósito deste capítulo é contribuir com novas ferramentas que possibilitem cuidar das pessoas, utilizando todo o conhecimento disponível e acessível ao MFC, considerando as necessidades delas, buscando superar o contencioso entre um saber biológico simplificado e a realidade de saúde subjacente.

Atividade **23**
Resposta: Os objetivos de qualquer terapêutica devem ser bem compreendidos pelo paciente. Se o cuidado tiver como foco exclusivamente a patologia, e não a pessoa, sem a necessária identificação dos fatores que estão envolvidos, há possibilidade de não-adesão.

Atividade **24**
Resposta: **C**
Comentário: O contato inicial requer identificação de vulnerabilidades que possam trazer esclarecimentos ao paciente.

Atividade **25**
Resposta: Esclarecimento da hipótese diagnóstica; orientação do uso de corticosteroides e seus efeitos colaterais; persistência de sintomas após a instituição da medicação.

Atividade **26**
Resposta: Dentre os itens que devem ser abordados em um aconselhamento pré-teste, estão:

- prática que inclua o cenário polissêmico e multifatorial que compõe a vida dos pacientes: heredograma e genograma;
- escuta ativa: permitir que o paciente use o tempo da consulta (VD ou formal) para falar de si. Privacidade das informações;
- identificação de riscos e de vulnerabilidades (alimentação, prática de exercícios, uso de medicamentos, comportamentos sexuais de risco, uso de preservativos, etc.);
- avaliação clínica minuciosa;
- orientação e informação acerca da situação clínica apresentada que inclua os dados considerados na escuta ativa;
- explicação acerca do exame que está sendo solicitado;
- orientação de medidas de prevenção (dieta, exercícios, preservativos, o que couber);
- indicação de telefones ou de rotinas que possibilitem que o paciente possa acessar o médico;
- retorno preferencial ao médico que atendeu o paciente inicialmente. O agendamento deverá obedecer ao critério da necessidade do paciente.

Atividade **27**
Resposta: O elemento fundamental que deve estar presente no aconselhamento pós-teste da paciente M.C é o apoio emocional. As outras questões concernentes ao aconselhamento podem ficar em segundo plano nas situações cujo resultado de testes diagnósticos implique doenças graves, que envolvem estigmas e preconceitos, impacto na expectativa de vida das pessoas, entre outros.

Atividade **28**
Resposta: Dentre os elementos que devem estar presentes no aconselhamento pós-teste, estão:

- apoio emocional, identificando a repercussão do resultado do teste para o paciente;
- identificação, junto ao paciente, do significado do teste, em função do que havia sido discutido na consulta precedente;
- rediscussão dos fatores de risco para a patologia em questão e dos cuidados indicados para cada caso;
- avaliação minuciosa do estado clínico do paciente;
- necessidade de se iniciar terapêutica farmacológica;
- orientação de acordo com o resultado do teste: um paciente com glicemia normal não deverá entender que não precisa adotar uma vida saudável que inclua uma dieta balanceada e exercícios. Pessoas não-reagentes a um teste anti-HIV devem ser orientadas quanto ao uso dos preservativos em todas as relações sexuais, alem de alertadas sobre comportamentos de risco e vulnerabilidades;
- disponibilidade e agendamento de retorno conforme necessidade do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Seidl EM, Melchíades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. Cad Saúde Pública. 2007;23(10):2305-16.

2. Lima L. Adesão como fator determinante de sucesso no tratamento do HIV/AIDS. BMS-Virologia. Atividade científica: s/d, ano 3, 33 ed.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Adesão. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.

4. Melchior R, Nemes MI, Alencar TM, Buchalla CM. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. Rev Saúde Pública. 2007;41:88-93.

5. Deveza M. Saúde para todos: médicos para o ano 2000? [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1983.

6. Rodrigues RD. A crise da medicina: prática e saber: alguns aspectos [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1979.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.

8. Silveira LM, Ribeiro VM. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de ensinagem para profissionais de saúde e pacientes. Interface- Comunic. Saúde, Educ. 2004;9(16):91-104.

9. Cheever L. Palestra proferida no Congresso Brasil-Hopkins. 2004; Rio de Janeiro.

10. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1977.

11. Capra F. O Ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 1982.

12. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2008.

13. Bury M. Illness narrative: fact or fiction? Sociology of Health & Illness. 2001;23(3): 263-85.

14. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC.The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. Am J Public Health. 1981 Feb;71(2):127-31.

15. Favoreto CA. A construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: Cepesq/IMS/ABRASCO; 2006. p. 185-204.

16. Bartlett JG, Cheever LW. A guide to primary care of people with HIV/AIDS. U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, HIV/AIDS Bureau; 2004.

17. Rodrigues RD. Hospital universitário no Brasil contemporâneo: dilemas e perspectivas ante o processo de consolidação do SUS [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1999.

18. Anderson MI, Deveza M, Rodrigues RD. Medicina integral: princípios, reflexões e perspectivas. Disciplina de Medicina Integral/FCM/UERJ. Rio de Janeiro; 1998. (mimeo).

19. Soares JC. A autonomia do paciente e o processo terapêutico: uma tecedura complexa [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.

20. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Med Care. 1975 Jan;13(1):10-24.

21. Klein JM, Gonçalves AG. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. Psico-USF. 2005;10(2):113-20.

22. Favoreto CA. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 2004. p. 205-20.

23. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/ABASCO; 2003. p. 89-112.

24. Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Cad Saúde Pública. 2000;16:65-76.

25. Ventura A. Adesão à terapêutica anti-retrovírica na infecção HIV/SIDA. ArquiMed. 2006;20(1-2):37-49.

26. Bonolo PF, Gomes RR, Guimaraes MD. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. Epidemiol Serv Saúde. 2007;16(4):267-78.

27. Landmann J. Evitando a saúde e promovendo a doença. 2. ed. Rio de Janeiro: Achiamé; 1982.

28. Brasil. Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

30. Sorli Redó ML, Knobel Freud H, Montero M, Jericó Alba C, Guelar Grimberg A, Pedro-Botet Montoya J. Impacto del sexo en el síndrome de lipodistrofia en pacientes con infección por el VIH y su asociación con factores de riesgo cardiovascular. Med Interna (Madrid). 2007;24(4):168.

31. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. Diretrizes da SBD; 2007.

32. Martines WR, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(3):426-33.

33. Mello Filho J, Silveira LM. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. Rev Bras Educ Med. 2005;29(2):147-51.

34. Adler HM. Toward a biopsychosocial understanding of the patient-physician relationship: an emerging dialogue. J Gen Intern Med. 2007 Feb;22(2):280-5.

35. Noronha JC. O Rio e a saúde. Seminário: "E Agora Rio?". IBAM/IUPERJ. 1983; Rio de Janeiro.

36. Rudnicki T. Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. Estudos de Psicologia. 2003;24(3):343-51.

37. Bartlett JG, Gallant JE. Tratamento clínico da infecção pelo HIV. Baltimore: Johns Hopkins University; 2005-2006.

38. Favoreto CA, Camargo Jr KR. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do programa de saúde da família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ. 2002;12(1):59-77.

REFERÊNCIAS RECOMENDADAS

Afonso DH, Silveira LM. O trabalho do médico de família e comunidade com grupos em atenção primária à saúde. Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. 2007;2(2):49-77.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.