

# ADERÊNCIA EM EPILEPSIAS

## I. ASPECTOS CONCEITUAIS E FATORES DE INFLUÊNCIA

NEIDE BARREIRA ALONSO \* — DÉLRIO FAÇANHA DA SILVA \*\*  
CARLOS J. REIS DE CAMPOS \*\*\*

RESUMO — No presente estudo apresentamos um conceito' de aderência e agrupamos seus diversos fatores de influência. O conceito de aderência por nós sugerido procura enfatizar a conscientização individual. Os fatores que interferem na aderência são aqui agrupados em técnicos, biológicos, psicológicos, sociais e mistos.

### **Compliance in epilepsy: I. Concept and influence factors.**

SUMMARY — The aim of this paper is to introduce compliance concept and to classify technicals, biologics, socials and mixed factors that may influence compliance. The importance of conscious attitudes in a good patient compliance is emphasized.

MAGNITUDE DA QUESTÃO «ADERÊNCIA» — O desenvolvimento da medicina, o aumento das pesquisas científicas e os avanços laboratoriais colocaram em foco a importância do tratamento farmacológico e do cumprimento adequado das prescrições médicas, objetivando levar o indivíduo a recobrar a saúde e/ou mantê-lo em homeostase como um todo dinâmico que interage com o meio ambiente. Um dos aspectos relevantes para se reconduzir o indivíduo à homeostase é o cumprimento apropriado do tratamento proposto. O termo utilizado em língua inglesa é «compliance», que pode ser traduzido por concordância, consentimento, submissão, adesão ou aderência. Diversos estudos têm abordado o problema da aderência em tratamentos prolongados **1,2**. Nas epilepsias tem sido relatada frequência elevada de pacientes epiléticos não aderentes **6,9,12**.

As crises epiléticas não são a única consequência de falhas na aderência. Erros do paciente na ingestão dos medicamentos tendem a não ser adequadamente valorizados, com subsequente incremento da politerapia, gastos desnecessários, aumento dos efeitos colaterais e dificuldades no ajuste correto da dose do medicamento<sup>12</sup>.

Embora a importância dada à aderência ao tratamento venha aumentando no decorrer dos anos, ainda encontramos falta de uniformidade quanto ao conceito de «aderência»<sup>1,4</sup> e em relação aos fatores associados à «não-aderência»<sup>1,4,11</sup><sup>12</sup>, dificultando muitas vezes abordagem mais precisa dessa questão.

Em função do exposto, pretendemos propor um conceito de aderência utilizável na prática clínica e agrupar os fatores mais comuns que interferem globalmente na aderência.

Setor de Investigação e Tratamento das Epilepsias (SITE), Disciplina de Neurologia, Escola Paulista de Medicina (EPM): \* Enfermeira; \*\* Doutor em Neurologia; \*\*\* Professor Adjunto Doutor, Chefe do SITE. Trabalho realizado com o apoio financeiro do CNPq (C.J.R.C; D.F.S.).

*Dr. Carlos José Reis de Campos — Setor de Investigação e Tratamento das Epilepsias, Disciplina de Neurologia, Escola Paulista de Medicina - Rua Botucatu 749 - 04023 São Paulo SP - Brasil.*

ASPECTOS CONCEITUAIS DA ADERÊNCIA — No manejo da aderência é essencial que não se confundam três situações. São elas: aderência, não-aderência e diagnóstico de aderência ou métodos utilizados para sua avaliação.

Em linguagem médica conceitua-se «aderência» como o processo de cumprimento das recomendações médicas, não apenas em relação aos medicamentos, mas também sobre hábitos de saúde<sup>3</sup>''<sup>8</sup>. Enfatiza-se ainda dentro do conceito de aderência o «comportamento aderente», que pode ser compreendido como a habilidade do paciente para desempenhar um papel ativo frente a situação terapêutica **6,11**. Todo o comportamento do paciente que fuja a estrita obediência às prescrições e orientações médicas é caracterizado como não-aderência. Assim, a não-aderência pode incluir omissões na ingestão dos medicamentos, erros do paciente quanto a dose e horário para consumo dos remédios e emprego de drogas adicionais não prescritas pelo médico i.

Os métodos utilizados para a avaliação da aderência baseiam-se em entrevistas, cálculo do número de comprimidos ingeridos, frequência de reposição de receitas, nível sérico da droga anti-epiléptica (DAE) e comparecimento às consultas **5,10**. Por sua objetividade, o nível sérico da medicação é o método que tem sido relatado como sendo o mais confiável para o diagnóstico de falhas na aderência. Após a dosagem da droga o paciente é classificado como aderente ou não, dependendo do resultado obtido. Porém, sabemos que apesar do nível sérico do medicamento constituir medida objetiva para diagnosticar falhas na aderência, tal método não deve ser analisado isoladamente, pois traduz apenas o comportamento momentâneo do paciente em relação à terapêutica, não levando em consideração o grande número de fatores que está por trás do cumprimento adequado das orientações médicas, além de limitar a análise da aderência tão somente a ingestão correta da medicação.

O indivíduo em tratamento prolongado que não conhece o nome e dose de seus medicamentos, bem como o nome do médico que o trata regularmente e que não comparece com frequência às consultas, provavelmente não é aderente. Além disso, quando o cliente afirma ao médico ou à equipe de saúde que não é aderente, deve-se dar credibilidade às suas palavras, mesmo que naquele momento esteja apresentando níveis plasmáticos satisfatórios da DAE. A resposta do paciente assegurando sua adesão ao tratamento, não deve excluir a possibilidade de não-aderência.

Percebemos que embora existam estudos que tentam focar a problemática da aderência dentro de um contexto comportamental e global de vida, há a necessidade de se enfatizar a conscientização individual para que realmente o paciente sinta-se motivado a seguir o tratamento. No Setor de Investigação e Tratamento das Epilepsias (SITE) da Escola Paulista de Medicina, que mantém atendimento multiprofissional ao paciente com epilepsia, admitimos o seguinte *conceito de aderência*: «processo consciente» de aceitar e seguir com persistência o tratamento proposto globalmente, visando ao restabelecimento ou à manutenção do estado de saúde.

FATORES QUE INTERFEREM NA ADERÊNCIA — Os fatores que influenciam na aderência estão intimamente relacionados às atitudes do paciente diante das orientações fornecidas pela equipe de saúde. Diversos estudos têm analisado esses fatores, relacionando-os à adesão ao tratamento **1,2,6,7,9,11,12**. De acordo com a prática clínica agrupamos esses fatores em técnicos, biológicos, psicológicos, sociais e mistos. A separação em fatores psicológicos e sociais é bastante imprecisa, devido a sua constante interligação, sendo preferível falar em fatores predominantemente psicológicos e fatores predominantemente sociais.

1. Fatores técnicos — São aqueles relacionados aos medicamentos e suas rotinas de administração como, por exemplo, apresentação das drogas (drágeas, cápsulas, comprimidos, soluções), quantidade diária consumida, frequência das ingestões, sabor e dificuldade para deglutição.

2. Fatores biológicos — Referem-se à farmacocinética das drogas (absorção, distribuição, metabolismo e excreção). Aqui incluímos os efeitos indesejáveis da medicação (colaterais, tóxicos e idiossincrásicos). Por exemplo, sabemos que indivíduos que apresentam excreção deficiente do medicamento, decorrente de insuficiência renal, podem apresentar manifestações tóxicas, que terminam por levá-lo a diminuir a dose por conta própria. Pacientes com redução da absorção dos medicamentos devido a síndrome de má-absorção podem, à primeira vista, ser diagnosticados como não-aderentes.

3. Fatores predominantemente psicológicos — São aqueles relacionados às características afetivas e emocionais dos pacientes frente à epilepsia. Incluímos a negação do diagnóstico, auto-estima diminuída, descrédito e desânimo frente às orientações médicas, vergonha das crises.

4. Fatores Predominantemente Sociais — resultam da interação do paciente com o meio social ao qual pertence, traduzindo-se mais especificamente em termos de valores sociais aceitos pelo indivíduo. Como exemplo temos: a dificuldade financeira para aquisição de medicamentos, fantasias relacionadas ao diagnóstico e aos remédios, repercussões da epilepsia e medicamentos sobre as atividades diárias, percepção baixa da relação custo/benefício da terapêutica, «experiência» (deixar de tomar o medicamento por conta própria com o objetivo de verificar se está curado) e o impedimento, religioso ou familiar, no trabalho ou na escola, para tomar a medicação. Consideramos também fatores sociais certas atitudes do paciente, tais como: julgar o remédio desnecessário, deixando de tomá-lo, não comprar a medicação quando termina, não tomar a droga deliberadamente ou suspendê-la para ingestão alcoólica e ainda trocar o medicamento prescrito, por conselho de terceiros.

5. Fatores mistos — São aqueles que permitem maior abrangência de interpretações, sendo difícil um agrupamento preciso. Assim, temos: esquecimentos e alteração da dose do medicamentos, complexidade do regime medicamentoso (uso da poli ou monoterapia), conhecimento do diagnóstico e duração do tratamento, gravidade da epilepsia, idade, sexo, estado civil e nível educacional.

**COMENTÁRIOS FINAIS** — A necessidade de obtermos maior objetividade na abordagem da aderência e suas inúmeras variáveis é fundamental no auxílio ao paciente. Entretanto, percebemos que a aderência ao tratamento envolve um universo de fatores técnicos, biológicos, psicológicos e sociais, raramente isolados, que devem ser considerados e amplamente debatidos pelos profissionais de saúde para o sucesso da terapêutica.

Enquanto a equipe de saúde não organizar esforços na tentativa de aproximar-se do paciente e procurar compreender as razões que o fazem ser ou não aderente, será difícil obter uma consciência individual que perceba o valor de sua saúde e a necessidade de promovê-la e conservá-la.

#### REFERÊNCIAS

1. Christensen DB. Drug-taking compliance: a review and synthesis. *Health Services Res* 1973, 13:171-187.
2. Eraker SA, Kirscht JP, Becker MH. Review: understanding and improving patient compliance. *Ann Intern Med* 1984, 100:258-268.
3. Gomes MM. Aderência à terapia anticomicial. *Rev Bras Neurol* 1987, 23:145-158.
4. Gomes MM. Qualidade do atendimento em epilepsia. *Rev Bras Neurol* 1987, 28:103-107.
5. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, Gibson ES, Bernholz CD, Mukherjee J. Can simple clinical measurements detect patient non-compliance? *Hipertension* 1980, 2:757-764.
6. Lisk DR. Some aspects) of drug compliance in african epileptics: experience from Keniatta National Hospital. *East Afr Med J* 1984, 61:177-183.
7. Litt IF, Cuskey WR. Compliance with medical regimens during adolescence. *Pediatr Clin North Am* 1980, 27:3-15.
8. Mion D Jr. Aderência do paciente hipertenso ao tratamento. Conferência. XLIII Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Brasília, 1987.
9. Peterson GM, MacLean S, Millingen KS. Determinants of patient compliance with anti-convulsant therapy. *Epilepsia* 1982, 23:607-613.
10. Peterson. GM, MacLean S, Millingen KS. A randomised trial of strategies to improve patient compliance with anticonvulsant therapy. *Epilepsia* 1984, 25:412-417.
11. Pryse-Phillips W, Jardine F, Bursey F. Compliance with drug therapy by epileptic patients. *Epilepsia* 1982, 23:269-274.
12. Stanaway L, Lambie DG, Johnson RH. Non-compliance with anticonvulsant therapy as cause of seizures. *NZ Med J* 1985, 98:150-152.