

ADERÊNCIA EM EPILEPSIAS

II. ASPECTOS PRÁTICOS

NEIDE BARREIRA ALONSO * — DÉLRIO FAÇANHA DA SILVA **
SANDRA DAISY PEREIRA * — CARLOS J. REIS DE CAMPOS ***

RESUMO — Análise de 84 pacientes em relação à aderência ao tratamento. O método empregado para a avaliação da aderência constou de duas entrevistas com cada paciente, uma realizada pelo médico e outra pela enfermeira. Em nossos resultados detectamos maior número de pacientes epiléticos não-aderentes na entrevista realizada pela enfermeira (72,6%) em relação àquela conduzida pelo médico (23,3%). O esquecimento foi a principal barreira à aderência (50%). A duração do tratamento e a mudança de serviços médicos influenciaram negativamente na aderência. Por este estudo verificamos a importância de análise dos fatores que possam interferir na aderência e a utilidade da entrevista minuciosa para o diagnóstico da não-aderência.

Compliance in epilepsy: II. Practical aspects.

SUMMARY — Therapeutic regimen compliance was assessed in 84 epileptic patients. The compliance measurement was biased on two interviews, one has been taken by the physician and the other by the nurse. Most patients (72,6%) were detected as non-compliance by the nurse's interview. The forgetfulness of drugs intake was found in 50% subjects. The treatment length and changes from Medical Centers were negatively associated with compliance. Our findings point out the important role of detailed interview in order to detect the most influencing factors in compliance.

A aderência pode ser conceituada como o «processo consciente» de aceitar e seguir com persistência o tratamento proposto globalmente, visando ao restabelecimento ou à manutenção do estado de saúde i. Nas últimas décadas a aderência tem sido foco de muitas pesquisas, devido a sua importância para o sucesso do tratamento. Os mais diversos tópicos têm sido analisados dentro da questão da aderência, como o comportamento do paciente frente às prescrições médicas, a utilização de métodos que possam medi-la e a criação de estratégias que visem a estimulá-la 4,9,11,20,21. As estatísticas existentes sobre a porcentagem de indivíduos não-aderentes variam bastante, mas acredita-se que cerca de 50% dos pacientes não sigam o tratamento conforme proposto 4,8. Apesar de admitirmos, a priori que as pessoas procuram colaborar ao máximo com o tratamento médico, visando a seu próprio benefício, é muito comum que isso não ocorra. Isto pode ser observado tanto em doenças agudas como, principalmente, em doenças crônicas s,i3. O problema do não cumprimento das recomendações fornecidas pela equipe de saúde é tão sério nas epilepsias, que podemos afirmar que muitos casos considerados de difícil controle, com crises epiléticas recorrentes, se devam a falhas na aderência 16,18,23.

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 740 - 04023 São Paulo SP - Brasil

Em função do exposto pretendemos verificar a aderência de pacientes epiléticos e seus possíveis fatores de influência.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Nossa população constituiu-se de 84 pacientes epiléticos em início de tratamento no Setor de Investigação e Tratamento das Epilepsias (SITE) da Escola Paulista de Medicina. Para a avaliação da aderência foram realizadas duas entrevistas com cada paciente. A primeira foi feita pelo médico durante a consulta médica inicial, constando apenas de uma pergunta sobre o uso regular ou não da medicação anti-epiléptica. Logo após a consulta médica, uma segunda entrevista foi realizada pela enfermeira, contendo perguntas específicas relacionadas ao cumprimento do tratamento. As questões abordadas na segunda entrevista envolveram fatores técnicos, biológicos, psicológicos e sociais que poderiam interferir na aderência do paciente 1.

A partir das respostas obtidas após as duas entrevistas foram considerados: (1) Aderente — os pacientes que não apresentaram qualquer falha em relação ao tratamento proposto; (2) Não-Aderentes — os pacientes que alegaram esquecimentos frequentes da medicação (mais que uma vez ao mês), alteraram a dose dos medicamentos, realizaram «experiência» (deixaram de tomar a medicação com o objetivo de verificar a cura), suspenderam o remédio deliberadamente ou para ingestão alcoólica, trocaram a droga por conselho de terceiros, não compraram o medicamento quando de seu término). A afirmação pelo paciente de apenas um desses itens foi suficiente para o diagnóstico da não-aderência.

As crises e síndromes epiléticas foram classificadas de acordo com a Classificação Internacional das Crises Epiléticas e das Epilepsias 5,6. Para a análise dos resultados foram utilizados os testes não paramétricos do qui-quadrado e exato de Fisher²⁴; em ambos fixamos em 0,05 ou 5% o nível de rejeição para a hipótese, de nulidade, assinalando-se com asterisco (*) os valores significantes.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO ESTUDADA — Nossa população constou de 84 pacientes, 34 do sexo masculino (40,47%) e 50 do sexo feminino (59,52%), com idade variando entre 1 e 60 anos. Na faixa etária de 1 a 11 anos havia 10 pacientes (12%); de 11 a 18 anos, 30 pacientes (36%); com mais de 18 anos, 44 pacientes (52%).

Em nossa casuística observamos predomínio de crises parciais simples com ou sem generalização subsequente (52 pacientes: 61,90%), seguida das crises generalizadas tonico-clônicas (13 pacientes: 15,47%) e das crises parciais complexas com ou sem generalização subsequente (10 pacientes: 11,90%); as crises generalizadas tipo ausência, tônicas, atônicas e as crises inclassificadas totalizaram 10,71% dos casos. O tipo de síndrome epilética mais frequente em nosso estudo foi a epilepsia parcial secundária (52 pacientes: 61,90%), seguida da epilepsia generalizada primária (17 pacientes: 20,23%) e das epilepsias inclassificadas (14 casos: 16,66%); encontramos apenas um caso de epilepsia generalizada secundária (1,19%).

ADERÊNCIA NA POPULAÇÃO ESTUDADA — Verificamos que a queixa de efeitos colaterais sobressaiu (25%) dentre os fatores que influenciaram na aderência (Tabela 1). O esquecimento constituiu-se na principal, barreira à aderência (Tabela 2). A razão mais comum alegada para o esquecimento foi a preocupação com outros afazeres e a conduta prática assumida nesses casos foi tomar o remédio fora do horário indicado pelo médico.

Fatores	Total * %
Efeitos colaterais da medicação	25,0
Dificuldade financeira	11,9
Medicamento prejudicial	9,5
Descrédito no tratamento	5,9

Tabela 1 — Fatores de influência na aderência ao tratamento.

* Cada porcentagem refere-se ao total de 84 pacientes.

Fatores	Total * %
Esquecimento	50,0
«Experiência»	25,0
Não toma medicamento	17,8
Aumenta dose	15,4
Diminui dose	8,3
Término do remédio	8,3
Julga desnecessária	5,9
Ingestão alcoólica	2,3
Conselhos de outros	1,2

Tabela 2 — Fatores de influência na aderência ao tratamento relacionados à medicação.

* Cada porcentagem refere-se ao total de 84 pacientes.

Tabela 2 — Fatores de influência na aderência ao tratamento relacionados à medicação.

* Cada porcentagem refere-se ao total de 84 pacientes.

Em nossa população verificamos maior número de pacientes não-aderentes relacionados a duas ou mais mudanças de serviço médico (Tabela 3). Observamos predomínio de pacientes não-aderentes relacionado a 5 ou mais anos de tratamento (Tabela 4). Foi detectado maior número de pacientes não-aderentes na entrevista realizada pela enfermeira em relação à entrevista feita pelo médico (Tabela 5).

Mudança de serviços médicos	Aderência			% Não aderentes
	Aderentes	Não-aderentes	Total	
0 a 1 vez	14	21	35	60,0
2 ou mais vezes	5	29	36	80,5
Total	19	50	69	

Tabela 3 — Mudança de serviços médicos e aderência.

Não foi possível obter informações de 15 pacientes. Qui quadrado = 5,531 (*); V.C. = 3,841; $gl = 1$.

Duração do tratamento (em anos)	Aderência			% Não aderentes
	Aderentes	Não-aderentes	Total	
0 a 5	12	15	27	55,5
acima de 5	4	25	29	86,2
Total	16	40	56	

Tabela 4 — Duração do tratamento e aderência.

Não foi possível obter informações de 28 pacientes; qui-quadrado = 6,437 (*); V.C. = 3,841; $gl = 1$.

Avaliação	Aderência			% Não aderentes
	Aderentes	Não-aderentes	Total	
Médica	59	18	77	23,3
Enfermagem	23	61	84	72,6

Tabela 5 — Avaliação de aderência pelo médico e pela enfermeira.

Não foi possível obtermos informações de 7 pacientes na avaliação médica; qui-quadrado = 38,98 (*); V.C. = 3,841; $gl = 1$.

COMENTARIOS

ADERÊNCIA E FATORES DE INFLUÊNCIA — O esquecimento mostrou-se como a principal barreira à aderência em nossa população (Tabela 2). Várias razões podem levar o paciente a esquecer de tomar seus medicamentos como, por exemplo, a falta de motivação, principalmente em tratamentos prolongados⁴. Além da ausência de motivação, a necessidade de horários regulares de administração, a preocupação com atividades cotidianas, a vergonha de tomar medicamentos em público e a própria negação do diagnóstico, podem levar o indivíduo a «esquecer» de tomar seus remédios regularmente.

Aderência satisfatória tem sido relacionada ao uso de sistemas de lembrança para ingestão dos medicamentos²⁵ como, por exemplo, deixar a caixa da medicação à vista, uso de despertadores, cartazes e outros recursos. Verificamos em nossa população que 67,85% dos pacientes não utilizou sistemas de lembrança.

A manipulação da medicação pelo paciente, seja aumentando, diminuindo ou não tomando o medicamento, pode ser explicada pelas mais diversas razões, como crenças que o remédio seja prejudicial à saúde, queixas de efeitos colaterais, dificuldade financeira para aquisição dos medicamentos, descrédito no tratamento, conselho de terceiros, ingestão alcoólica, para verificar a cura («experiência») ou simplesmente por baixa percepção da relação custo/benefício da terapêutica (Tabelas 1 e 2). Como verificamos, a mudança de serviços médicos esteve relacionada negativamente à aderência em nosso estudo (Tabela 3). Na esperança de encontrar tratamento que possa curá-lo a curto prazo, o paciente constantemente recorre a novos serviços médicos, dificultando o estabelecimento de vínculos com a equipe de saúde, fato este que contribui para a não-aderência.

Em nossa população encontramos maior número de pacientes não-aderentes (86,2%) associados a 5 ou mais anos de tratamento (Tabela 4). Vários estudos têm relacionado negativamente a aderência à duração do tratamento^{2,4,17}. Percebemos que isso também ocorre nas epilepsias. O paciente epiléptico adquire durante o decorrer do tratamento uma série de fantasias que são prejudiciais à aderência, como «ter que tomar remédio a vida toda», «meu caso não tem cura», implicando em crescente falta de motivação, com conseqüente diminuição da aderência ao tratamento.

Verificamos predomínio de pacientes não-aderentes na avaliação realizada pela enfermeira (72,6%), em relação à avaliação de aderência feita pelo médico (23,3%) (Tabela 5). A utilidade da entrevista conduzida por outro profissional, além do médico, tem sido considerada de grande importância para avaliação da aderência¹⁰. Os demais profissionais da equipe de saúde, não estando diretamente envolvidos na relação médico-paciente, podem conseguir com mais facilidade estabelecer um diálogo aberto com o paciente, permitindo o levantamento de problemas que, por vezes, interferem na aderência.

A ENTREVISTA COMO MÉTODO PARA AVALIAÇÃO DA ADERÊNCIA — Alguns estudos têm mostrado que os resultados de entrevistas realizadas com o paciente sobre aderência estão intimamente relacionados a outros métodos de avaliação, como níveis séricos das drogas anti-epilépticas e frequência de reposição de receitas^{14,22}.

Perguntar ao paciente sobre sua aderência ao tratamento é método simples, pouco dispendioso e útil, pois o paciente que admite falhas na aderência raramente estará mentindo^{12M}. Entretanto, a eficiência desse método é muito questionada e relaciona-se à experiência do entrevistador e ao método de formulação das perguntas ao paciente¹⁷.

MÉTODOS QUE AUMENTAM A ADERÊNCIA — A partir dos problemas levantados em relação à aderência, devemos estabelecer um plano de cuidados que vise a auxiliar o paciente a cumprir corretamente o tratamento, lembrando que as orientações devem englobar a terapêutica como um todo, incluindo também hábitos de saúde^{7,8}.

Qualquer estratégia que tenha por objetivo o aumento da aderência deve enfatizar, em primeiro lugar, um bom relacionamento do paciente com a equipe de saúde. Recursos educacionais como dinâmica de grupo, palestras, álbuns seriados, recomendações escritas, têm-se mostrado úteis quando as orientações são fornecidas continuamente^{15,20,23,26}. Por fim, devemos lembrar que a abordagem educacional será mais eficaz se, além do paciente e familiares, a comunidade estiver envolvida, auxiliando no processo de reabilitação do indivíduo[^].

REFERÊNCIAS

1. Alonso NB, Silva DF, Campos CJR. Aderência em epilepsias: aspectos conceituais e fatores de influência. *Arq Neuro Psiquiat (São Paulo)* 1991, 49:
2. Becker MH. Patient adherence to prescribed therapies. *Med Care* 1985, 23:539-555.
3. Bonnar J, Goldberg A, Smith AJ. Do pregnant women take their iron? *Lancet* 1969, 1:457-458.
4. Christensen DB. Drug-taking compliance: a review and synthesis. *Health Services Res* 1978, 13:171-187.
5. Commission on Classification and Terminology of International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of seizures. *Epilepsia* 1981, 22:489-501.
6. Commission on Classification and Terminology of International League Against Epilepsy. Proposal for classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1985, 26:268-278.
7. Craig HM, Edwards JE. Adaptation in chronic illness: an eclectic model for nurses. *J Adv Nurs* 1983, 8:397-404.
8. Davis MS. Variations in patients compliance with doctors orders: analysis of congruence between survey responses and results of empirical investigations. *J Med Educ* 1966, 41:1037-1048.
9. Eraker SA, Kirscht JP, Becker MH. Review: understanding and improving patient compliance. *Ann Intern Med* 1984, 100 : 258-268.
10. Fletcher SW, Pappius EM, Harper SJ. Measurement of medication compliance in a clinical setting: comparison of three methods in patients prescribed digoxin. *Arch Intern Med* 1979, 99 : 635-638.
11. Friedman IM, Litt IF, King DR, Henson R, Holtzman D, Halverson D, Kraemer HC. Compliance with anticonvulsant therapy by epileptic youth. *J Adolesc Health Care* 1986, 7:12-17.
12. Gordis L, Markowitz M, Lilienfeld AM. The inaccuracy in using interviews to estimate patient reliability in taking medications at home. *Med Care* 1969, 7:49-54.
13. Haynes RB, Sackett DL, Gibson ES. Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. *Lancet* 1976, 1:1265-1268.
14. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, Gibson ES, Bernholz CD, Mukherjee J. Can simple clinical measurements detect patient non-compliance. *Hypertension* 1980, 2:757-764.
15. Kellaway GSM, McCrae E. The effect of counselling on compliance failure in patient drug therapy. *Nz Med J* 1979, 89:161-165.
16. Lisk DR, Greene SH. Drug compliance and seizure control in epileptic children. *Postgrad Med J* 1985, 61 : 401-405.
17. Litt IF, Cuskey WR. Compliance) with medical regimens during adolescence. *Pediatr Clin North Am* 1980, 27:3-15.
18. Menezes DBC, Pereira SD. In *Manual de Epilepsias*. São Paulo: Arquivos da Coordenação de Saúde Mental do Estado de São Paulo 1986, Cp 4, p 68-77.
19. Mudge PR, Turner W. Health education on epilepsy. *Aust Fam Physician* 1987, 16:1356-1365.
20. Nelson WJ, Edwards SA, Roberts AW, Keller RJ. Comprehensive self-medication program for epileptic patients. *Am J Hosp Pharm* 1978, 35:798-801.
21. Padrick KP. Compliance: myths and motivators. *Top Clin Nurs* 1986, 7:17-22.
22. Peterson GM, MacLean S, Millingen KS. Determinants of patient compliance with anticonvulsant therapy. *Epilepsia* 1982, 23:607-613.
23. Peterson GM, McLean S, Millingen KS. A randomised trial of strategies to improve patient compliance with anticonvulsant therapy. *Epilepsia* 1984, 25 : 412-417.
24. Siegel S. *Estatística Não-Paramétrica Para As Ciências Do Comportamento*. São Paulo: McGraw-Hill, 1981.
25. Stanaway L, Lambie DG, Johnson RH. Non-compliance with drug therapy as a cause of seizures. *NZ Med J* 1985, 98:150-152.
26. Young MS. Strategies for improving compliance. *Top Clin Nurs* 1986, 7 : 31-38.