



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura - PPGSICC

Percepção de médicos pediatras acerca da adesão ao tratamento e seus indicadores

Ana Sidrim

Brasília, agosto de 2019



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura -PPGPSICC

PERCEPÇÃO DE MÉDICOS PEDIATRAS ACERCA DA ADESÃO AO TRATAMENTO  
E SEUS INDICADORES

Ana Cristina Sidrim de Carvalho

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO INSTITUTO  
DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA, COMO REQUISITO PARCIAL À  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM  
PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA, ÁREA DE  
CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE.

Orientador: Prof. Dr. ÁDERSON LUIZ COSTA JUNIOR

Brasília, julho de 2019

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Dissertação de Mestrado aprovada pela seguinte banca examinadora:

---

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior

Instituto de Psicologia/ Universidade de Brasília

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Larissa Polejack Bambatti

Instituto de Psicologia/ Universidade de Brasília

---

Dr<sup>a</sup>. Valéria Botan Gonçalves

Hospital da Criança de Brasília José Alencar

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marina Kohlsdorf

UniCEUB - Centro Universitário de Brasília

Agosto, 2019

## **Agradecimentos**

Ao chegar no final dessa jornada, é necessário olhar para trás e ao redor para perceber quantas pessoas foram essenciais para a concretização de mais uma etapa e o quão sou privilegiada por todos que me cercam, apoiam e torcem. E por isso, não posso deixar de reconhecê-los e demonstrar a cada um minha gratidão e carinho por tanto. Agradeço...

À Deus pela vida, pelas oportunidades que tenho no meu caminho e à quem me ensinou a ter fé e a fortalece a cada dia: a minha saudosa Irene, ao REMA, meu recanto de amor e a toda minha família Remista.

Aos meus pais que sempre acreditaram em mim, que me ofereceram apoio incondicional, que me ensinaram sobre a força, o amor e a sonhar, e que me inspiram a lutar pelo que acredito.

À minha filha que, mesmo ainda no meu ventre, tem me ensinado mais ainda sobre o amor, que me transborda de alegria e que tanto colaborou para a finalização dessa etapa.

Ao meu amor, George, que tem me inspirado a ter novos sonhos e tem sido um grande companheiro na concretização deles.

Aos meus irmãos que estiveram ao meu lado torcendo por mim.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Áderson, por aceitar mais esse desafio e ter confiado em mim. Seu apoio e palavras de incentivo, além de sua ajuda com tanta sabedoria foram fundamentais em toda minha trajetória dentro da psicologia.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Larissa Polejack por ter me apresentado o *Discurso do Sujeito Coletivo* com tanta empolgação, bem como por todo incentivo e grande ajuda ofertada a mim quando quis embarcar em uma nova forma de analisar os dados.

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura e às pessoas que estiveram comigo nessa trajetória acadêmica: professores e alunos que a cada aula, discussão de texto, apresentação e reflexão proporcionaram aprendizado e crescimento, fortalecendo ainda mais meu amor por essa ciência que é a Psicologia.

Ao HCB pelo apoio aos meus estudos e à presente pesquisa desenvolvida. Não esquecendo meu agradecimento especial a cada participante que dedicou seu tempo para essa pesquisa.

Aos meus grandes e amados amigos: sem o cuidado de cada um, as palavras de incentivo, o carinho, as vibrações de amor, a compreensão, eu não conseguiria chegar até aqui

Vocês são muito especiais, cada um tem morada no meu coração e nas minhas preces!

## Resumo

Adesão ao tratamento é um desafio sério e global no contexto de cuidados com a saúde e, assim, um objeto relevante de estudo. Ela deve ser compreendida a partir da adoção de diversos comportamentos de saúde, por englobar aspectos socioeconômicos e culturais, relacionados ao tratamento, à doença, ao paciente, à instituição e ao relacionamento com os diversos profissionais da equipe de saúde. Embora a literatura apresente teoria extensa quanto aos fatores do indivíduo que afetam o comportamento de adesão, pouco é estudado sobre a percepção dos médicos à própria participação no processo de adesão do paciente, principalmente no contexto pediátrico e brasileiro. Além disso, se faz necessário compreender quais são os indicadores que os médicos adotam para avaliar a adesão. Dentro desse cenário, a pesquisa teve como objetivo, a partir da análise da percepção de médicos pediatras quanto à adesão à terapêutica em diferentes clínicas de especialidade pediátrica, (a) identificar os fatores facilitadores e dificultadores do processo de adesão à terapêutica em pediatria; (b) identificar os aspectos da atuação médica que estão relacionados funcionalmente ao processo de adesão; (c) identificar os indicadores adotados por pediatras para avaliar adesão à terapêutica; (d) verificar se existe algum indicador padrão de avaliação de adesão por clínica de especialidade pediátrica; e (e) verificar se os pediatras referem o uso de indicadores qualitativos para avaliar a adesão à terapêutica. Para tal, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, de perguntas abertas, com 22 médicos de cinco especialidades pediátricas (endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, alergia e pneumologia) do Hospital da Criança de Brasília José Alencar, hospital público do Distrito Federal. O material gravado das entrevistas foi analisado por meio qualitativo da técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Participaram 20 pessoas do sexo feminino e duas pessoas do sexo masculino, com idades entre 29 e 58 anos. Quanto aos fatores que facilitam e dificultam a adesão, os discursos resultantes correspondem às dimensões relacionadas ao processo de adesão, destacando-se o discurso referente a dinâmica familiar que foi amplamente descrito e encontra correspondência na literatura. Os resultados indicam que os conceitos adotados pelos médicos se inserem em definições clássicas como a de *Compliance* e *Adherence*. Por meio da análise dos discursos, verifica-se que há uma responsabilização dos pais e cuidadores dos pacientes pediátricos quanto ao seguimento da terapêutica e um conseqüente distanciamento do prescritor da responsabilidade deste processo. Quanto aos indicadores utilizados, os discursos identificados se referem a padrões subjetivos e qualitativos de avaliação, pois dessa maneira é mais fácil ter acesso a erros, contradições e falhas na adesão ao tratamento. Os resultados apontam para a necessidade de treinamento dos

profissionais de saúde em processos de comunicação, principalmente frente ao paciente pediátrico, bem como uma maior abordagem dessa temática em demais meios científicos e de formação acadêmica.

Palavras-chave: aderência ao tratamento; adesão terapêutica e concordância; pediatria; médicos.

## **Abstract**

Adherence to treatment is a serious and global challenge in the context of health care and, thus, it becomes a relevant object of study. It should be understood from the adoption of various health behaviors and from encompassing socioeconomic and cultural aspects, related to treatment, disease, patient, institution and relationship with the various professionals of the health team. Although the literature presents extensive theory regarding the factors of the individual that affect adherence behavior, little is known about the physicians' perception of their own participation in the patient's adherence, especially in the pediatric and Brazilian context. In addition, it is necessary to understand what kind of indicators the doctors use to assess adherence. Within this scenario, based on the analysis of the perception of pediatric physicians regarding adherence to therapy in different pediatric specialty clinics, the research had the objective to (a) Identify the factors that facilitate and complicate the process of adherence to therapy in pediatrics; (b) Identify the aspects of medical performance that are functionally related to the adherence process; (c) Identify the indicators adopted by pediatricians to assess adherence to therapy; (d) Check if there is any standard pediatric adherence assessment indicator and (e) Check if pediatricians refer to the use of qualitative indicators to assess adherence to therapy. In order to do this, it was conducted semi-structured interviews with 22 doctors from five pediatric specialties (endocrinology, gastroenterology, neurology, allergy and pneumology) at Hospital da Criança de Brasília José Alencar, a public hospital in the Federal District. The recorded material of the interviews was analyzed by qualitative technique of the Discurso do Sujeito Coletivo. Twenty females and two males participated in this study, aged between 29 and 58. For the factors that facilitate and hinder adherence, the result corresponds to the dimensions related to the adherence process. The discourse that refers to the family dynamics has been widely described and is in correspondence with the literature. The results indicate that the concepts adopted by physicians fit into classic definitions such as Compliance and Adherence. It is verified by the analysis of the speeches that there is an accountability of the parents and caregivers of the pediatric patients in relation to following the therapeutic treatment and a consequent distancing of the prescriber from the responsibility in this process. The most frequently identified type of indicators used refer to subjective and qualitative evaluation standards, by this way it is easier to access errors, contradictions and failures in adherence to treatment. The results point to the need of training the health professionals in the communication processes, especially in relation to the pediatric

patient, as well as a greater approach to this subject in other scientific means and academic graduation.

Key words: treatment adherence and compliance; pediatric; physicians.



## Sumário

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introdução</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>Capítulo 1 – Saúde e Adesão ao Tratamento</b> .....  | <b>4</b>  |
| 1.1 Saúde e Psicologia da saúde .....   | 4         |
| 1.2 Adesão ao tratamento: aplicação .....   | 5         |
| 1.3 Adesão ao tratamento: conceitos .....   | 6         |
| 1.4 Adesão ao tratamento: contexto pediátrico .....   | 8         |
| 1.5 Adesão ao tratamento: como mensurar .....   | 9         |
| <b>Capítulo 2 - Dimensões da adesão e Intervenções</b> .....  | <b>13</b> |
| 2.1 Fatores Socioeconômicos .....   | 13        |
| 2.2 Fatores relacionados ao tratamento .....  | 15        |
| 2.3 Fatores relacionados a doença .....   | 16        |
| 2.4 Fatores relacionados ao indivíduo .....   | 16        |
| 2.5 Fatores relacionados à relação médica e instituição .....                                       | 18        |
| 2.6 Intervenções .....  | 18        |
| 2.7 Alguns programas do SUS voltados para a melhoria da adesão ao tratamento ....                   | 22        |
| <b>Capítulo 3 - Papel dos Médicos e Demais Profissionais de Saúde na Adesão ao Tratamento</b> ..... | <b>25</b> |
| 3.1 Comunicação/ Relação na tríade médico-paciente-acompanhante e adesão .....                      | 25        |
| 3.2 A equipe multiprofissional na promoção da adesão ao tratamento .....                            | 30        |
| <b>Capítulo 4 – Metodologia</b> .....   | <b>33</b> |
| 4.1 Delineamento de pesquisa .....  | 33        |
| 4.2 Objetivos .....   | 33        |
| 4.2.1 Objetivos gerais .....  | 33        |
| 4.2.2 Objetivos específicos .....   | 33        |
| 4.3 Método .....  | 33        |
| 4.3.1 Local de realização do estudo .....   | 33        |
| 4.4 Participantes .....   | 34        |
| 4.5 Coleta de dados: instrumentos e procedimentos .....   | 34        |
| 4.6 Instrumentos .....  | 35        |
| 4.7 Procedimentos .....   | 36        |
| 4.8 Análise de Dados .....  | 36        |
| <b>Capítulo 5 – Resultados</b> .....  | <b>39</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>5.1 Características sociodemográficas dos participantes .....</b>   | <b>39</b>  |
| <b>5.2 Acesso a informações sobre adesão ao tratamento .....</b>   | <b>39</b>  |
| <b>Capítulo 6 – Discussão .....</b>  | <b>87</b>  |
| <b>6.1 Fatores que facilitam e dificultam o processo de adesão<br/>à terapêutica em pediatria .....</b>  | <b>87</b>  |
| <b>6.2 A atuação médica no processo de adesão .....</b>  | <b>89</b>  |
| <b>6.3 Indicadores utilizados para avaliar adesão à terapêutica em pediatria e o uso de<br/>indicadores qualitativos para avaliar a adesão à terapêutica .....</b> | <b>94</b>  |
| <b>6.4 Indicadores por clínica de especialidade pediátrica .....</b>   | <b>95</b>  |
| <b>6.5 Possibilidades de ação .....</b>  | <b>95</b>  |
| <b>6.6 Limitações do estudo .....</b>  | <b>97</b>  |
| <b>Capítulo 7 – Considerações Finais .....</b>   | <b>99</b>  |
| <b>Referências .....</b>   | <b>101</b> |
| <b>Anexos</b>  |            |
| <b>Anexo A – TCLE .....</b>  | <b>110</b> |
| <b>Anexo B – Roteiro de Entrevista .....</b>   | <b>111</b> |
| <b>Anexo C – Parecer Consubstanciado do CEP .....</b>  | <b>113</b> |

## Introdução

A adesão ao tratamento é um desafio sério e global no contexto de cuidados com a saúde, haja vista estudos indicarem taxas altas de não adesão em todos os países (Laugesen, Hassanein, & Yuan, 2015). Sabe-se que a adesão tem implicações importantes para a saúde do indivíduo, da sociedade e para evitar gastos excessivos no sistema de saúde. Dentro dessa perspectiva, diversas pesquisas são desenvolvidas visando compreender esse fenômeno.

A adesão deve ser entendida como um conceito além da tomada de medicamento. Ela é compreendida a partir da adoção de diversos comportamentos de saúde e engloba aspectos socioeconômicos e culturais, relacionados ao tratamento, à doença, ao paciente, à instituição e ao relacionamento com a equipe de saúde (Gusmão & Mion-Jr, 2006; Haskard-Zolnierrek & DiMatteo, 2009; Organização Mundial de Saúde, 2003).

Para o sucesso do tratamento instituído, a adesão é de fundamental importância. A não adesão é associada a piora da qualidade de vida do paciente, a necessidade de tecnologias de saúde mais avançadas, a maior frequência de internações, ao afastamento do trabalho para cuidados médicos e ao aumento de complicações, agravos e mortalidade precoce (Laugesen, Hassanein & Yuan, 2015; OMS, 2003). Dentro dessa perspectiva, a adesão insuficiente tem repercussões econômicas, sociais, comunitárias, corporativas e individuais.

Apesar de usualmente a adesão ser associada como responsabilidade apenas do paciente, segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS], o fenômeno da adesão é multidimensional, ou seja, diversos fatores determinam esse processo. Dentre esses fatores, a OMS (2003) cita cinco dimensões que influenciam a adesão: socioeconômica, sistema e equipe de saúde, relacionada ao paciente, à doença e ao tratamento. Assim, o fenômeno da adesão considera o paciente de forma integral, responsabilizando diversos atores envolvidos nesse processo.

Um dos grandes responsáveis pelo processo de adesão ao tratamento do paciente, é o médico. Muitos estudos apontam a importância da comunicação médico-paciente para esse processo, considerando aspectos verbais e não-verbais da comunicação e participação do paciente na tomada de decisão (Haskard-Zolnierrek & DiMatteo, 2009). No entanto, poucos estudos são desenvolvidos na área pediátrica, onde a adesão deve ser estabelecida com, pelo menos, dois atores diferentes: o cuidador e a criança.

Embora a literatura apresente, sistematicamente, intervenções para a promoção de adesão no âmbito individual e investigação quanto aos fatores do indivíduo que afetam o comportamento de adesão, pouco é estudado sobre a percepção dos médicos quanto a própria participação no processo de adesão do paciente, principalmente no contexto pediátrico e

brasileiro. Além disso, não existe um padrão ouro de avaliação de adesão a terapêutica e, portanto, se faz necessário compreender quais são os indicadores que os médicos utilizam para avaliar a adesão e se há um consenso quanto a esses indicadores nas especialidades pediátricas.

Compreender os papéis desempenhados pelos atores envolvidos no processo de adesão e identificar as dificuldades encontradas na atuação deles pode auxiliar os indivíduos que passam por processo de saúde e doença a melhor lidar com tal situação, bem como humanizar os cuidados dispensados aos pacientes. Portanto, é fundamental compreender se os médicos de especialidade pediátrica estão preparados para atuar de forma a promover a adesão.

O interesse pela temática da adesão surgiu a partir da atuação da pesquisadora em contextos de cuidados em doenças crônicas pediátricas e a crescente demanda para atendimento psicológico das crianças e seus cuidadores devido a dificuldade de adesão ao tratamento. Através do acompanhamento de tais demandas, verificou-se que diversos fatores influenciavam os comportamentos de adesão e que grande parte dessas dificuldades poderiam ser amainadas se desde o início o paciente fosse colocado no centro dos cuidados e participasse da tomada de decisão. No entanto, verifica-se que para essa mudança de paradigma, são necessárias intervenções iniciais no processo de cuidados com a saúde.

Motivada por tais preocupações, alguns questionamentos foram suscitados que nortearam a presente pesquisa: os médicos pediatras se percebem como corresponsáveis pela adesão à terapêutica de seus pacientes? Os pediatras motivam os pacientes e cuidadores a participarem da tomada de decisão quanto à terapêutica? Os pediatras avaliam variáveis psicossociais que poderiam intervir sobre a adesão à terapêutica? Os pediatras avaliam graus diferenciados de adesão à terapêutica, adotando indicadores específicos?

Nesse sentido, a presente pesquisa pretende contribuir para o trabalho de profissionais da saúde em pediatria que lidam com as dificuldades impostas pela baixa adesão de forma a promover a implementação de práticas embasadas no modelo de saúde biopsicossocial e espiritual. Além disso, este trabalho procura identificar as demandas relacionadas a adesão e os indicadores utilizados para avaliação de adesão a partir da vivência dos médicos quanto a essa temática, visando a geração de dados que possam subsidiar o desenvolvimento (futuro) de intervenções que promovam a participação dos pacientes e cuidadores na tomada de decisão, o estabelecimento de comunicações mais empáticas e funcionais entre a tríade médico-paciente-cuidador e a consequente adesão ao tratamento, diminuição de custos financeiros para o Estado e melhora da qualidade de vida. Além disso, o desenvolvimento da presente pesquisa pretende estabelecer alguns indicadores para avaliação de adesão em certas especialidades médicas pediátricas.

A dissertação que se segue está organizada em sete capítulos. No primeiro capítulo é apresentado inicialmente, uma visão geral sobre a saúde e o papel da psicologia da saúde. Em seguida, é tratado sobre a temática da adesão ao tratamento a partir da abordagem dos seus aspectos globais como índice de adesão no mundo e nas fases de desenvolvimento, e os conceitos existentes sobre esse tema. É pontuada a adesão ao tratamento no contexto pediátrico e por fim, são referidos os modos de mensuração da adesão.

O capítulo 2 é dedicado às informações referentes às dimensões que influenciam o processo de adesão ao tratamento, as intervenções existentes e utilizadas para a promoção da adesão de acordo com cada fator interveniente e apresentado alguns exemplos de programas do Governo que são voltados para a melhoria desse processo.

O capítulo 3 foca especialmente em descrever o papel dos médicos e demais profissionais da saúde na adesão ao tratamento. Para tal, é abordada a temática da comunicação e relação médico-paciente-acompanhante, bem como da equipe multiprofissional referente aos seus aspectos comuns com a adesão ao tratamento.

No capítulo 4 os objetivos e os procedimentos éticos e metodológicos utilizados na pesquisa em questão e seu campo de estudo são descritos. Os resultados são apresentados no capítulo 5 e descritos brevemente para uma compreensão mais didática. Primeiramente, os dados sociodemográficos são abordados para em seguida dar seguimento aos resultados da análise dos dados por meio dos Discursos do Sujeito Coletivo.

No sexto capítulo os resultados são analisados e discutidos à luz da teoria acerca da adesão ao tratamento, bem como apresentado informações sobre possibilidades de ação e limitações do estudo. Por fim, o capítulo 7 constam as considerações finais e conclusões que puderam ser aferidas por meio deste trabalho. Nos anexos são disponibilizados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como o roteiro de entrevista realizado.

## Capítulo 1 - Saúde e Adesão ao Tratamento

### 1.1 Saúde e Psicologia da Saúde

Saúde é um conceito complexo e um objetivo desafiador de alcançar e manter, haja vista ser um alicerce de crescimento e produção econômica, satisfação social e bem-estar pessoal, tornando-se uma fonte de riqueza (Jenkins, 2009). Para se tentar compreendê-la, são necessários múltiplos olhares sobre esse processo, uma vez que é influenciada por diversas dimensões e vai muito além da contraposição ao conceito de doença. Esta perspectiva de integralidade, portanto, se opõe à prática pautada pelo modelo biomédico em que há a ênfase sobre aspectos biológicos, negligenciando a funcionalidade de outras dimensões psíquicas, econômica, social e política na produção da saúde (Batistella, 2007).

Para uma atual compreensão desse fenômeno, pode-se destacar que saúde-doença é um processo dinâmico, socialmente produzido e coletivo entendido a partir do prisma dos Determinantes Sociais, ou seja, a saúde é considerada a partir das relações estabelecidas entre as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, e as condições de vida e trabalho, bem como a inserção social e comunitária (Batistella, 2007; Buss, 2000; Staliano & Araujo, 2011). A importância de se considerar os determinantes sociais na saúde é necessária para o compartilhamento de responsabilidades quanto ao desenvolvimento desta, planejando ações que vão para além de procedimentos de tratamento e cura de doenças.

A psicologia se insere nesse contexto por meio da aplicação de conhecimentos e técnicas psicológicas à saúde, derivando, assim, a área da Psicologia da Saúde. Essa especificidade se pauta pela compreensão dos aspectos biológicos, comportamentais e sociais que condicionam estados de saúde e doença, com foco nas experiências, comportamentos e interações estabelecidas nesse âmbito. É importante para a área considerar os contextos culturais e sociais em que os processos de saúde ocorrem (Castro, & Bornholdt, 2004; Teixeira, 2004). De acordo com a publicação de 2004 da *American Psychological Association* (APA), as intervenções da psicologia no campo dos cuidados com a saúde devem visar a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos sujeitos, a redução da quantidade de internações e uso de medicamentos, a aprimoração do uso dos serviços e recursos de saúde, a melhoria das relações entre profissionais de saúde e usuários, a humanização dos serviços e cuidados prestados (APA, 2004).

A psicologia da saúde em seu caráter científico tem fomentado o desenvolvimento de

modelos explicativos relacionados a diversos problemas de saúde, considerando a relação do indivíduo com a doença, bem como os determinantes sociais que influenciam esse processo (Moraes, Rolim, & Costa Junior, 2009). Sendo assim, um fator de grande impacto para o sucesso potencial dos processos de manutenção da saúde é a adesão ao tratamento. Atualmente, verifica-se que há taxas altas de não adesão ao tratamento, em todos os países, o que se torna um problema de magnitude global e um comportamento (de saúde) que necessita de maior atenção.

## **1.2 Adesão ao tratamento: aplicação**

O conhecimento científico sobre a adesão ao tratamento ainda apresenta informações discordantes e complexas que vão da definição do termo, critérios para mensurá-la, até formas de manejar esse comportamento e seus indicadores ao longo do curso de vida. Não se pode ignorar, contudo, que a adesão é um comportamento de saúde de grande importância devido a sua relação direta com custos financeiros para o Estado, qualidade de vida, mortalidade e pesquisas acerca da eficácia de medicamentos. Assim, o comportamento de adesão tem impactos biológicos, sociais e psicológicos (Pai & Drotar, 2010). A não adesão é onerosa para o Estado, haja vista contribuir para um maior número de consultas médicas e hospitalizações, gastos hospitalares (com procedimentos médicos e leitos de internação), bem como custos indiretos que consistem no afastamento ou absenteísmo no trabalho - seja para o autocuidado como para o cuidado de outros (filhos, por exemplo) e em diferentes contextos, tais como na escola (Steiner, Torres, Penna, & Melo, 2013; Straub, 2014). Monti e Nealis (2017), por exemplo, indicam que é documentado que o uso regular de medicamentos para asma (corticoide inalado) reduz em 30% a quantidade de internações. Já Oetzel e cols., (2019) destacam que 60 a 70% dos indivíduos com febre reumática que não aderem ao tratamento mensal devem apresentar necessidade de cirurgia cardíaca de alto custo.

Além disso, considerando que a maior parte das doenças atuais são acometimentos crônicos, a adesão tem forte relação com aspectos psicológicos e a qualidade de vida dos indivíduos afetados por patologias crônicas, seja devido a necessidade de seguimento de terapêuticas complexas, rotineiras e de longa duração, seja devido ao adoecimento e suas complicações - dor, incapacidade, perda de consciência, amputação, desconforto, mau funcionamento do órgão, dentre outros (Jannoo & Khan, 2019). A não adesão ao tratamento também se configura como uma variável interveniente em pesquisas de avaliação de eficácia de alguns protocolos de tratamentos médicos, levando a conclusões errôneas acerca da

eficiência do medicamento caso não associado a comportamentos de adesão adequada (Kahana, Drotar, & Frazier, 2008).

Quando se considera a população em tratamento para doenças crônicas, sabe-se que a forma mais comum de comportamento é a de não adesão (Steiner, Torres, Penna, & Melo, 2013). Denominada de “epidemia invisível”, a não adesão ao tratamento ocorre em, pelo menos, 50% dos casos em países desenvolvidos, sendo que esse percentual é ainda maior em países em desenvolvimento (Brasil, 2016; OMS, 2003).

Em estudo sobre Diabetes Mellitus, Abate (2019) observa que, na Etiópia, o índice de não adesão varia entre 21,8% a 25,4%, mas que em outros países essa taxa varia, sendo de 80% na Suíça, 55% no Sudão e 48,1% na Botsuana. Essa estimativa não melhora quando aplicada à população pediátrica, uma vez que pesquisas apontam taxas superiores que 50% de não adesão ao tratamento de doenças tais como doença inflamatória intestinal, asma e diabetes e em adolescentes essas taxas chegam a 88% (Hommel, Franciosi, Hente, Ahrens, & Rothenberg, 2011; Hommel & Baldassano, 2009; Pai & Drotar, 2009).

Tais taxas de não adesão são reflexos da dificuldade de se manejar as condições crônicas de saúde, uma vez que é necessário que a criança e o seu cuidador, normalmente a família, se envolvam em atividades de cuidado com a saúde que são complexas, que envolvem tarefas como a administração regular de medicamentos, mudanças nos hábitos de vida, comparecimento regular a consultas e exames, bem como consomem muito tempo, necessitam da colaboração da criança e do manejo de seus comportamentos e crenças (Pai & Drotar, 2009; Hommel, Franciosi, Hente, Ahrens, & Rothenberg, 2011; Jannoo & Khan, 2018).

É importante ressaltar, contudo, que as taxas de não adesão ao tratamento variam conforme a concepção de adesão adotada e os critérios de comportamentos relacionados, as necessidades de cada regime terapêutico e as formas de mensuração da adesão (Quittner, Espelage, Levers-Landis & Drotar, 2000), o que significa tratar-se, ainda, de um campo instigante de pesquisa para a Psicologia.

### **1.3 Adesão ao tratamento: conceitos**

Por ser um fenômeno muito estudado, existe, hoje, uma variedade de definições acerca do que é adesão, provocando certa ambiguidade (Vrijens et al., 2016), sendo que os termos mais comumente usados são adesão (adherence) e observância (compliance) (Remondi, Oda, & Cabrera, 2015).

Haynes, no ano de 1979, definiu adesão como a extensão com a qual o comportamento de uma pessoa (paciente ou cuidador) coincide com a orientação do profissional. Atualmente,



a definição mais bem aceita no meio acadêmico é a da OMS (2003) que define adesão como a medida em que o comportamento de uma pessoa - tomar medicação, seguir uma dieta e/ou executar mudanças de estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com um profissional de saúde. Essa concepção possibilita a compreensão do protagonismo do indivíduo no planejamento e na execução do tratamento, valorizando seu papel ativo e colaborativo frente ao plano de tratamento a longo prazo. Nessa perspectiva, o paciente entende e concorda com a prescrição recomendada.

Por outro lado, muitos autores preferem adotar o termo *Compliance*, ou seja, obediência do paciente às recomendações prestadas (Gusmão & Mion-Jr, 2006; Remondi, Oda, & Cabrera, 2015). Esta concepção reforça uma relação paternalista em que o sujeito não possui autonomia sobre a tomada de decisão acerca dos próprios cuidados de saúde, cabendo a ele apenas obedecê-la. Dessa maneira, o termo adesão é mais bem aceito do que *Compliance* por considerar um papel mais ativo do paciente e familiar no consentimento e seguimento do tratamento proposto (Lee, et al., 2019).

Visando proporcionar maior compreensão acerca do fenômeno da adesão, alguns autores ainda sugerem o uso do termo *Persistence* (Persistência) para se referir ao tempo entre o início do tratamento e a descontinuação do tratamento. Segundo Remondi, Oda e Cabrera, (2015), a adoção pelos profissionais dos termos referidos revela as possíveis e variadas posturas e compreensão acerca das responsabilidades e papéis dos atores nesse processo - indivíduo, profissional de saúde, cuidador e gestor de saúde. Dessa maneira, alguns estudos apontam que os profissionais que concordam com a concepção de “obediência” tendem considerar o doente como passivo frente ao tratamento, bem como se eximem da responsabilidade sobre a garantia da manutenção do cuidado.

Desta forma, pode-se afirmar a adesão ao plano de cuidado, ou ao tratamento, é considerada um termo amplo que abrange não só a administração de medicamento(s) prescrito(s), como também mudanças no estilo de vida (seguimento de dieta, realização de atividade física, prática de sexo seguro, dentre outros) e seguimentos longitudinais com profissionais de saúde (comparecimento as consultas e realização de exames periódicos) (Brasil, 2016). Dessa maneira, as ações de adesão ao tratamento podem se refletir em comportamentos de promoção de saúde, prevenção e reabilitação, ou seja, em todos os níveis de cuidados com saúde preconizados pelo SUS (Polejack, 2007).

Na literatura diversos dados são referidos acerca da porcentagem de administração/ingesta de medicamentos prescritos que são representativos de boa adesão ao tratamento medicamentoso (Steiner, Torres, Penna, & Melo, 2013). Apesar disso, sabe-se que

é difícil mensurar e definir a quantidade mínima de medicamento ingerido para a obtenção da efetividade terapêutica aceitável para o tratamento de determinada doença. No entanto, de forma geral, a boa adesão é compreendida como o uso de, pelo menos, 80% do tratamento medicamentoso prescrito, seguindo os respectivos horários, doses e tempo de tratamento (Leite & Vasconcelos, 2003; de Arruda, Eto, Velten, Morelato, & de Oliveira, 2015).

Alguns estudos definem padrões de comportamentos que se configuram como de não adesão: sujeitos que abandonam o tratamento ou perdem o acompanhamento, que aumentam ou reduzem a dose ou o número de doses da medicação, que tomam o medicamento com o propósito errado, que estejam vencidos ou foram descontinuados pelo médico, ou não da forma como foram instruídos (após refeições, por exemplo) (Jay, Litt, & Durant, 1984; Abate, 2019). Verifica-se que é predominante, ainda, a percepção da não adesão como um comportamento desviante e irracional, depositando sobre o paciente a responsabilidade, seja por simples desobediência às ordens médicas ou por ignorância dos pacientes ou responsáveis acerca da importância do tratamento, devido à baixa escolaridade ou reduzida compreensão cognitiva. Nessa perspectiva, presumir-se-ia que a não adesão é um comportamento exclusivo de classes menos privilegiadas (Leite, & Vasconcellos, 2003).

Atualmente, modelos de saúde concebem a adesão ao tratamento com uma abordagem mais dinâmica, flexível e holística. Considerando essa perspectiva, o processo de adesão ao tratamento não é percebido como de responsabilidade exclusiva do doente, havendo assim, uma partilha do poder entre os profissionais de saúde e o sujeito no planejamento das ações, a consideração das representações do paciente acerca da concepção de saúde, bem como da realidade do doente e da família deste. Busca-se assim formas mais autônomas do doente na forma de integrar as recomendações terapêuticas à sua realidade (Santos, 2005).

#### **1.4 Adesão ao tratamento: contexto pediátrico**

A abordagem da saúde se torna especialmente importante e complexa quando se trata do contexto pediátrico, uma vez que a doença da criança não é apenas vivida pelo doente, mas também pela sua família (Santos, 2005). Programas de atenção à saúde da criança necessitam compreender as peculiaridades inerentes a essa população, quanto aos cuidados em saúde, aos aspectos do crescimento físico e desenvolvimento psicossocial, bem como a dependência de terceiros nesse processo (Ferreira, 2006). Na população pediátrica, deve-se considerar que os processos de adoecimento e tratamento se traduzem, muitas vezes, por alterações na dinâmica familiar, modificação da rotina diária, tolerância ao desconforto e assunção de novos papéis por parte da criança e dos pais (Santos, 2005). Por se tratar de um processo dinâmico que se estende

ao longo de todo o adoecimento da criança, a adesão ao tratamento necessita ser “*sistematicamente, negociada, planejada, avaliada e reavaliada*” (Bauman, 2000 como citado em Santos, 2005). Deve-se considerar, ainda, que nem sempre as percepções dos pais acerca do processo de adoecimento da criança refletem os sentimentos e necessidades das crianças (Perosa, & Gabarra, 2004). Desse modo, visando o objetivo de obter resultados mais próximos do esperado - seja a promoção de saúde, prevenção, cura ou controle de alguma doença, ressalta-se a importância do envolvimento direto da criança em seu tratamento, desde o processo diagnóstico, tomada de decisão até a execução do tratamento (Ferreira, 2006). A criança, portanto, deve ser tratada como ser ativo, capaz de reconhecer, avaliar e modificar seus comportamentos relacionados a saúde (Pinto, 2010).

Embora a concepção atual de adesão ao tratamento coloque o sujeito doente no centro e protagonista do processo de tratamento, no contexto pediátrico isso nem sempre ocorre. É natural que na infância os pais assumam toda a responsabilidade pelos cuidados de saúde e seguimento da terapêutica. Contudo, é esperado que, à medida que a criança cresce e amadureça, os cuidadores transfiram, gradativamente, a responsabilidade do manejo da doença para a criança. É difícil, porém, definir o momento ideal para essa transferência sem comprometer a saúde da criança (Quittner, Espelage, Levers-Landis & Drotar, 2000). Outro fator importante de se reconhecer é que há indicadores clínicos e teóricos de que a participação da criança em todo o processo de saúde é fundamental para maiores níveis de satisfação e adesão ao tratamento e conseqüentemente melhor prognóstico (Perosa & Gabarra, 2004) e, ainda, redução de gastos dos indivíduos e do Estado com a saúde.

### **1.5 Adesão ao Tratamento: como mensurar?**

Considerando a importância do processo de adesão ao tratamento para um efetivo cuidado clínico, para o planejamento e execução de pesquisas científicas que analisem as relações funcionais dos processos de adesão, ainda é necessário uma compreensão mais precisa sobre uma multiplicidade de medidas válidas e potencialmente eficazes de adesão ao tratamento (Quittner, Espelage, Levers-Landis & Drotar, 2000).

Um aspecto que deve ser considerado quando se trata da temática da adesão do paciente ao tratamento proposto é a falta de um padrão-ouro na avaliação desse constructo, uma vez que ainda não foram desenvolvidos procedimentos capazes de mensurar de forma fidedigna a adesão de uma pessoa (Polejack, & Seidl, 2010). Para avaliar a adesão ao tratamento de um determinado indivíduo, ou coletividade, existem, descritas na literatura, diversas estratégias, entretanto, todas possuem desvantagens, não sendo suficientemente capazes de acessar esse

fenômeno de forma integral (OMS, 2003), ou ao longo de um período de tempo de permita a obtenção de medidas de estabilidade clínica.

É importante uma medida com maior acurácia, pois o monitoramento da adesão permite a identificação inicial daqueles pacientes com risco de não adesão, bem como a exata noção da falha terapêutica ocasionada pelo medicamento ou pela não tomada. Sendo assim, os resultados obtidos com essas medidas são fundamentais para o embasamento de políticas públicas ou intervenções voltadas para o aprimoramento de comportamentos de adesão (Polejack, & Seidl, 2010).

Dentre essas estratégias de avaliação da adesão ao tratamento, métodos qualitativos e quantitativos são referidos. Alguns autores ainda atribuem uma divisão entre os métodos como objetivos e subjetivos, diretos e indiretos (Leite, & Vasconcellos, 2003; Polejack, & Seidl, 2010). Os métodos diretos são aqueles que se baseiam em técnicas analíticas, ou seja, que verificam se o medicamento foi administrado ou tomado na dose e frequência prescritas, por meio da identificação de marcadores químicos de maior permanência no organismo ou, então, por observação direta. Enquanto os métodos indiretos perpassam por comportamentos do ser humano e incluem entrevistas e contagem de medicamentos (Leite, & Vasconcellos, 2003; Polejack, & Seidl, 2010). Nesse trabalho, serão adotadas a classificação por estratégias quantitativas e qualitativas.

Conforme exposto, para cada doença crônica, existem diversos componentes do regime terapêutico que necessitam de seguimento e adesão (tomada de medicamento, práticas de exercício físico, mudança de comportamentos alimentares, por exemplo). E para cada um desses componentes podem ser exemplificadas formas mais adequadas de medir a adesão (Pai & Drotar, 2009). Portanto, por adesão ser compreendida como um conjunto de comportamentos – tomar medicação, seguir uma dieta e/ou executar mudanças de estilo de vida, é necessário que, previamente seja definido o foco da mensuração (Remondi, Oda, & Cabrera, 2014). Para maior acurácia, a literatura sugere o uso associado de diferentes instrumentos de mensuração, devendo combinar medidas de ato (contagem de comprimidos), medidas de processo (escalas de adesão ou autorrelato) e medidas de efeito (mensuração da melhora clínica) (Remondi, Oda, & Cabrera, 2014).

As formas quantitativas de mensurar a adesão à terapia medicamentosa podem ser diversas, porém, todas com pontos negativos em que se poderia questionar a fidedignidade. São exemplos de estratégias para avaliação de adesão: contar a quantidade de medicamentos remanescentes (em frascos) durante as consultas de retorno; o uso de dispositivos eletrônicos para monitoração, que registra o horário e a data que o recipiente da medicação foi aberto

(Monitoramento Eletrônico - MEM); a monitorização do nível terapêutico de uma substância; o acesso ao banco de dados das farmácias que constem as retiradas de medicamentos; o uso de marcadores biológicos não tóxicos na fabricação dos medicamentos e sua medição através de fluidos corporais – dosagem sérica, fecal ou urinária; o uso de medidas psicométricas (escalas e questionários), dentre outros (Brasil, 2016). Alguns exemplos de escalas psicométricas mais utilizadas para avaliação do grau de adesão ao tratamento são o Teste de Haynes, Taylor e Sackett (1979), o teste de Morisky Green (1986), o ARMS – Adherence to Refills and Medications Scale (Kripalani et al., 2009), o BMQ – Beliefs About Medications (Salgado et al., 2013) e o MAM - The Medical Adherence Measure (Zelikovsky & Schast, 2008). Este último consiste em uma entrevista estruturada baseada no conhecimento do paciente, comportamentos de adesão e barreiras no controle de doenças ocorridas na última semana.

Tais estratégias além de não fornecerem informações importantes acerca das barreiras que dificultam o comportamento de aderir podem ter custos altos, bem como não garantir o uso do medicamento. Nos casos de uso de contagem de medicamentos ou uso de dispositivos, não se garante, necessariamente, que o sujeito tenha tomado a dose retirada (OMS, 2003). Além disso, é difícil ter a exata noção de se a resposta terapêutica está diretamente relacionada ao uso da medicação prescrita, além de se os marcadores biológicos medidos foram alterados devido a resposta metabólica de cada indivíduo (Phillips, Leventhal, & Leventhal, 2011).

Por outro lado, existem maneiras qualitativas de mensurar a adesão que também apresentam algum tipo de limitação. Essa forma de mensuração é considerada subjetiva, pode ser realizada através de entrevistas, questionários, preenchimento de diário ou grupo-focais, e que dependem da avaliação (singular) de cada indivíduo. A entrevista estruturada é uma estratégia de mensuração de adesão que se propõe a questionar ao paciente, ou ao seu cuidador, sobre comportamentos relacionados à terapêutica proposta, sendo, hoje, a mais adotada por sua aplicação ser a mais acessível e de menor custo. Contudo, como já pontuado anteriormente, existem limitações quanto a essa forma de mensuração, uma vez que o participante pode superestimar, ou subestimar, seus comportamentos de adesão, omitindo informações ao entrevistador, acerca de como realizou o tratamento, por desejo de responder o que seria correto e medo de repreensão, que pode ser explicado pelo modelo da desejabilidade social (Brasil, 2016; Polejack, & Seidl, 2010). Para minimizar esses efeitos, a relação profissional-usuário deve ser pautada no acolhimento e no vínculo de forma a permitir que o paciente se expresse sem medo de julgamentos sobre o seu tratamento (Polejack, & Seidl, 2010).

Em pesquisa desenvolvida por Hommel, Franciosi, Hente, Ahrens e Rothenberg (2011) acerca das taxas de adesão ao tratamento de crianças com doenças gastrointestinais, os autores

utilizaram multimétodos e multi-informantes para avaliar a adesão dos pacientes ao tratamento proposto. Os métodos utilizados foram um questionário desenvolvido especificamente para a pesquisa e uso de um monitor eletrônico - dosador - que era instalado na tampa do medicamento e mensurava a quantidade de compressões realizadas e a quantidade restante de inalações. Tais dados foram cruzados com objetivo de se obter informações mais apuradas acerca da adesão ao tratamento dos participantes.

Em outra pesquisa, os autores utilizaram para avaliar a adesão à antibioticoterapia de crianças com anemia falciforme as seguintes estratégias: realizaram três entrevistas com cuidadores (no dia do recrutamento, no meio do estudo e no final deste), analisaram o prontuário médico (verificaram o registro da resposta que os cuidadores forneciam ao médico assistente em consulta médica sobre pergunta relativa ao uso regular, irregular ou não uso da medicação) e a atividade antibacteriana em uma amostra de urina das crianças participantes. Nessa pesquisa, eles verificaram que o grau de concordância entre as três medidas foi baixo, indicando, assim, que há limitações importantes de indicadores de adesão, principalmente aqueles relacionados ao relato dos cuidadores ao profissional de saúde em consulta médica (Bitarães, Oliveira, & Viana, 2008).

## Capítulo 2 - Dimensões da Adesão e Intervenções

Adesão ao tratamento é um processo dinâmico, sofre oscilações e necessita de atenção continuada, uma vez que os indivíduos que vivenciam esse processo são influenciados por diferentes fatores, ou dimensões, que se relacionam funcionalmente com os resultados dessas ações. Além disso, deve-se considerar que esse fenômeno de oscilação é coerente com a complexidade dos indivíduos e, assim, necessário se faz a compreensão para além do que o indivíduo apresenta de igual, mas também de sua singularidade (Brasil, 2008; Brasil, 2014). Conforme referido por Mello (2012), os universos sociais e culturais devem ser considerados nos estudos e ações sobre a adoção de comportamentos saudáveis e a utilização dos serviços de saúde, uma vez que a cultura embasa a percepção que o indivíduo tem acerca do processo de saúde-doença.

Apesar de, usualmente, as causas dos problemas de adesão serem relacionadas aos fatores do paciente, ou seja, são associadas como responsabilidade apenas do paciente, negligenciando-se outros condicionantes desse processo (Reiners, Azevedo, Vieira, & Arruda, 2008), segundo a OMS (2003), o fenômeno da adesão é multidimensional, ou seja, diversos fatores influenciam esse processo. Dentre esses fatores, a OMS (2003) destaca cinco dimensões: socioeconômica, sistema e equipe de saúde, relacionada ao paciente, à doença e ao tratamento. Assim, o fenômeno da adesão considera o paciente de forma integral, responsabilizando diversos atores envolvidos nesse processo.

### 2.1 Fatores socioeconômicos

O fator socioeconômico se refere, especialmente, ao baixo status socioeconômico, pobreza, analfabetismo, baixa escolarização, desemprego, condições instáveis de vida, alto custo de transporte, longas distâncias dos centros de saúde, altos custos dos medicamentos e idade. Quando se trata de adesão ao tratamento em pediatria, níveis baixos de escolarização dos cuidadores podem estar relacionados a não adesão, devido a não compreensão parcial, ou total, do que foi prescrito, bem como quanto a forma de aplicação das recomendações na vida diária, uma vez que a complexidade da terapêutica exige habilidades cognitivas que nem sempre podem ser alcançadas pelo sujeito (Araújo et al., 2017). Um estudo transversal brasileiro realizado com cuidadores apresentou dados consistentes de que a não adesão da criança ao tratamento antirretroviral estava associada ao baixo nível de escolaridade dos cuidadores e à ausência de pais biológicos (Wachholz & Ferreira, 2007).

Um determinante Social da saúde considerado pela OMS é o Letramento Funcional em Saúde (LFS) que tem grande impacto no processo de adesão ao tratamento e é fundamental para o autocuidado. Ele tem relação com o nível educacional, porém não está exclusivamente associado. A abordagem da temática do LFS é crescente na área da promoção da saúde e é definido por Chehuen Neto, e colaboradores (2019) como “a capacidade de se obter, processar e compreender as informações e serviços básicos de forma a tomar decisões apropriadas quanto a própria saúde e cuidados médicos” (p.1122). Na prática, os indivíduos com letramento satisfatório tendem a compreender melhor as instruções sobre o tratamento e tem melhor noção da necessidade das medidas terapêuticas e, portanto, apresentam melhores condições de saúde. Em pesquisa desenvolvida por esses autores, constataram que 26,7% dos participantes afirmaram não compreender sobre sua condição de saúde e 62% indicaram sentir a necessidade de ter maiores informações. Um terço dos participantes dessa pesquisa pontuaram ter dificuldades na compreensão das orientações médicas e no controle dos horários dos medicamentos.

A pobreza tem papel importante no processo da adesão, pois verifica-se que um grande entrave ao seguimento da terapêutica é o custo relacionado ao tratamento - preço do medicamento, acesso a alimentos e dieta balanceada, transporte para os centros de saúde e inserção em atividades físicas, por exemplo. Embora alguns medicamentos sejam ofertados de forma gratuita no Brasil, ainda não é suficiente para atender a todas as necessidades terapêuticas. Em pesquisa realizada por Brand et al. (1977), constatou-se, desde então, que o valor dos medicamentos daqueles pacientes que não aderiram ao tratamento era o dobro do que o dos pacientes que aderiram. Quando há recursos financeiros limitados, muitas vezes, não há como fornecer suprimento alimentar adequado, fazendo com que algumas doses de medicamentos sejam puladas, pois há a recomendação de que sejam administrados com alimentos ou após uma refeição. Além disso, pode se configurar como uma causa de não adesão a falta de dinheiro para o transporte, para as consultas nos centros de saúde ou para retirar os medicamentos nos centros farmacêuticos, como apontado pela literatura. Nesse sentido, as condições relacionadas a pobreza promovem uma escolha do sujeito entre pagar pelo transporte ou usar o dinheiro para a alimentação (Ricci, Netto, Luz, Rodamilans, & Brites, 2016; Bugni, et al., 2012). Foi constatado em pesquisa sobre Diabetes Mellitus (DM) que o local da residência era associado significativamente com a não adesão, sendo que aqueles que moravam em zonas rurais era mais propensos a comportamento de não adesão do que aqueles que residiam em zonas urbanas (Abate, 2019).



Um estudo norte americano sobre o impacto do acesso a moradia (*housing*) no manejo da diabetes mellitus indicou que as situações de falta de moradia ou a instabilidade na habitação são fatos que esgotam o indivíduo psicologicamente e dificultam a priorização dos cuidados com a saúde, bem como a criação de uma rotina de comportamentos ligados a DM. Esse aspecto, como ressaltado por esse estudo, raramente é o foco de intervenções para promoção de cuidados em DM, priorizando-se educação em saúde ou mudanças no estilo de vida. Contudo, verifica-se a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas e práticas com essa perspectiva para maiores ganhos na adesão ao tratamento (Keene, Guo, & Murillo, 2018).

## **2.2 Fatores relacionados ao tratamento**

Os fatores relacionados ao tratamento que mais impactam sobre o processo de adesão ao tratamento são: (a) a complexidade do regime terapêutico; (b) o grau de potencial aversivo como dor, mobilização, desconforto; (c) a duração do tratamento; (d) os benefícios imediatos do tratamento; (e) o tempo necessário até a obtenção dos resultados positivos; (f) os efeitos colaterais e o fracasso terapêutico prévio; (g) o tamanho, gosto e forma de administração dos medicamentos; e (h) a necessidade de mudança permanente de estilo de vida (OMS, 2003; Santos, 2005). As doenças crônicas, em sua maioria, exigem um tratamento com esquemas terapêuticos complicados, de longa duração e de grande empenho por parte do paciente, tendo que adaptar a alimentação, horários e rotinas diárias para o seguimento do tratamento prescrito sistematicamente (Leite & Vasconcellos, 2003; Fernandes, da Nóbrega, de Amorim Silva, Machado, & Collet, 2017). Os tratamentos propostos variam quanto a natureza e exigências, sendo que algumas terapêuticas exigem apenas a administração de um medicamento, enquanto para outras é necessária a associação de diversos medicamentos, dietas e atividades físicas (Ferreira, 2006).

Em análise qualitativa dos comportamentos de não-adesão ao tratamento para doença inflamatória intestinal, Hommel e Baldassano (2009) verificaram que a complexidade do regime terapêutico (quantidade de medicamentos por dia) foi pontuada como uma barreira à adesão, resultando, ocasionalmente, na mudança arbitrária do regime terapêutico pelos próprios pacientes ou seus cuidadores. No estudo de Bugni et al. (2012) foi encontrado que o uso de três ou mais medicamentos por dia pelas crianças com doenças reumáticas era um preditor de má adesão. Além disso, há evidências na literatura de que a percepção pelo paciente, ou pelos cuidadores, de efeitos colaterais causados pela terapêutica, o uso de terapêuticas que geram dor e desconforto como o uso de órteses e a aplicação de injeções diárias, no caso de tratamento

com hormônios para crescimento, bem como a duração do tempo de tratamento, se configuram como entraves à adesão ao tratamento (Leite & Vasconcellos, 2003).

### **2.3 Fatores relacionados a doença**

Consideram-se fatores associados à doença: tipo de doença (aguda ou crônica), gravidade dos sintomas, nível de incapacidade (física, psicológica, social e vocacional), taxa de progressão da doença, a disponibilidade de tratamento efetivo e as comorbidades (Santos, 2005). Esses fatores impactam sobre a percepção de risco do sujeito, na importância de seguir o tratamento e a prioridade que dá a adesão ao tratamento (OMS, 2003). Em casos de doenças crônicas, a adesão ao tratamento tende a diminuir com o passar do tempo, verificando-se relapsos principalmente quando há, ou se mantém, o controle de sintomas (Ferreira, 2006). Verificou-se, a partir de pesquisa com cuidadores de crianças com hipotireoidismo congênito que quando o cuidador não tem um repertório - seja por desconhecimento da gravidade ou de ausência de sintomas - para analisar as consequências e riscos envolvidos, o comportamento de adesão ao tratamento não se torna estável e compromete o controle da doença (Oliveira e Ferreira, 2010). Por outro lado, quanto maior a percepção de gravidade da doença pelos cuidadores, maior a adesão mesmo em tratamentos prolongados (Leite & Vasconcellos, 2003).

### **2.4 Fatores relacionados ao indivíduo**

Os fatores do indivíduo se referem aos recursos, conhecimentos, atitudes, crenças, expectativas e percepções do paciente acerca de sua condição e perspectivas de futuro. Muito se estuda acerca da influência de aspectos motivacionais, da percepção de autoeficácia<sup>1</sup> e das crenças e conhecimento do indivíduo sobre a doença nos comportamentos de adesão ao tratamento. As pesquisas apontam que aspectos do indivíduo, tais como esquecimento, baixa motivação, estresse, ansiedade, aspectos psicológicos (desesperança, sentimentos negativos), baixo conhecimento e habilidades, não aceitação da doença, medo de preconceito e estigmatização, crenças disfuncionais sobre a doença e tratamento, são preditores de comportamentos de não adesão (OMS, 2003). Usualmente, nos estudos sobre adesão ao tratamento se identifica que esquecimento ou indisponibilidade do sujeito por estar em outra atividade são as principais barreiras referidas. Deve-se considerar, também, que a percepção e

---

<sup>1</sup> De acordo com Bandura (1977), a autoeficácia consiste na percepção da pessoa acerca da sua capacidade de executar as ações requeridas para produzir determinado resultado.

as crenças do indivíduo acerca da doença, do tratamento e dos efeitos colaterais impactam de forma significativa na decisão quanto ao seguimento da prescrição e, assim, ele altera os comportamentos relacionados à saúde de acordo com o que, para ele, é mais necessário (Leite & Vasconcellos, 2003; Sianturi, Perwitasari, Islam, & Taxis, 2019).

Recentemente o uso de tratamentos alternativos como substitutivo ou como complementar ao tratamento baseados em evidência tem crescido sobremaneira no mundo todo, em especial nos países asiáticos. Esse uso gera particular preocupação sobre a adesão ao tratamento devido à falta de evidencia quanto à eficácia e seguridade de tais tratamentos. A literatura aponta que o uso de tratamentos alternativos, muitas vezes, é motivado pela preocupação quanto aos efeitos colaterais do tratamento, baseado em evidências, bem como quanto à falência do modelo biomédico em atender adequadamente as diferenças individuais dentre os pacientes (Sandler, et al., 2001; Ramdzan, et al., 2019). Os estudos relacionados ao uso de tratamentos alternativos para doenças crônicas pediátricas ressaltam também que esse uso está relacionado à necessidade do cuidador de ter controle sobre a doença crônica além das crenças e percepções que os cuidadores têm acerca desse tipo de tratamento (Sandler, et al., 2001; Ramdzan, et al., 2019). Ramdzan e colaboradores (2019) investigaram por meio de grupos focais a percepção dos cuidadores de crianças com asma acerca do uso de tratamentos alternativos e identificaram que os participantes que acreditavam na efetividade do uso desse tipo de tratamento, percebiam poucas desvantagens, substituíam o uso do tratamento baseado em evidências por esse e retardavam a procura por cuidados médicos por acreditarem na potencialidade dos tratamentos alternativos utilizados.

No caso do contexto pediátrico, insere-se características peculiares relacionados à participação da família e questões específicas do desenvolvimento da criança. Os determinantes familiares no processo de adesão se configuram como as representações que os familiares fazem acerca da doença, tratamento e equipe de saúde, características, qualidade e funcionalidade das relações familiares e estressores situacionais (Santos, 2005). Em análise de modelo comportamental acerca da adesão ao tratamento apresentada por Steiner, Torres, Penna e Melo (2013), verificou-se que a dinâmica familiar (coesão familiar) e as relações afetivas estabelecidas entre pais e filhos eram importantes preditores de adesão, uma vez que estavam associados ao maior suporte familiar, como corroborado por Bugni, et al. (2012). Além disso, o estado emocional do cuidador da criança interfere sobre o processo de adesão, como apontam os estudos. Quando a mãe tem depressão, está em meio a conflitos familiares ou tem pouca rede de apoio social, identifica-se maior negligência nos cuidados dispensados às crianças doentes (Ferreira, 2006).

A literatura sistematicamente indica que a medida que a criança se desenvolve, a adesão ao tratamento tende a diminuir, tendo em vista a passagem de responsabilidade da família para a criança, bem como os desafios para a criança e adolescente na aquisição de novos padrões de comportamentos (Hommel, Franciosi, Hente, Ahrens, & Rothenberg, 2011). O estudo longitudinal de García, Araya, Coo, Waisbren e de la Parra (2017) avaliou as taxas de adesão ao tratamento durante a infância em indivíduos com fenilcetonúria e concluiu que ela decresce com o passar do tempo. Nos estudos sobre o uso de hormônios de crescimento, concluiu-se que crianças em período pré-puberal apresentam taxas maiores de adesão que crianças na fase puberal, sendo que a adolescência é um período de maior não adesão, quando apenas 23% dos adolescentes seguem o tratamento prescrito (Farfel, Shalitin, Morag, & Meyerovitch, 2019).

## **2.5 Fatores relacionados à relação médica e instituição**

Os fatores da equipe de saúde e da instituição podem ser resumidos em referência ao relacionamento entre profissionais e pacientes, falta de incentivo e suporte para a adesão e consultas rápidas (sem detalhamento de elementos que interferem sobre a execução e continuidade de tratamentos de doenças). Esse item é detalhadamente apresentado no próximo capítulo, tendo em vista ser o foco da presente pesquisa. Quanto à instituição, ou os serviços de saúde, as barreiras para a adesão se configuram como a localização da unidade (distante do domicílio), a má gestão dos serviços e conseqüente má distribuição de medicamentos, insuficiência de recursos humanos e materiais, prestadores de cuidados de saúde sobrecarregados, burocracias do sistema, falta de incentivos e *feedback* sobre o desempenho, consultas muito rápidas, fraca capacidade do sistema de educar os pacientes e fornecer acompanhamento ao longo do tempo (OMS, 2003; Reiners, Azevedo, Vieira, & Arruda, (2008).

## **2.6 Intervenções**

Devido às taxas de adesão serem abaixo do esperado na maioria das condições clínicas, as pesquisas sobre comportamentos de saúde têm investigado intervenções que promovam o fenômeno da adesão (Santo et al., 2017). Apesar de evidências contrárias, continua sendo uma tendência na pesquisa em saúde intervir apenas na dimensão do indivíduo, responsabilizando-o pela baixa adesão ao tratamento e assim, negligenciam-se outros fatores que também influenciam o processo. A visão simplória, reduzida e obsoleta de adesão ao tratamento como o seguimento passivo ou obediência às orientações dos profissionais de saúde, atrasam o desenvolvimento de mecanismos e estratégias que poderiam contribuir para o alcance de

melhores índices de saúde, pois colocam a responsabilidade apenas para o indivíduo e desconsideram a participação dos demais fatores determinantes da saúde. Na prática, o foco das intervenções permanece nos aspectos biológicos, não sendo consideradas as especificidades de cada indivíduo, nem favorecendo a participação do usuário e família no estabelecimento dos cuidados necessários com a saúde, relegando a eles uma atitude passiva frente a uma conduta baseada nas queixas (Fernandes, da Nóbrega, de Amorim Silva, Machado, & Collet, (2017).

Haynes, Ackloo, Sahota e McDonald (2008), em uma revisão sistemática sobre intervenções para aumentar a adesão a medicamentos, indicaram que nenhum método utilizado para promover o seguimento de tratamento de longa duração demonstrou, empiricamente, ser eficiente e acessível nas pesquisas com grupo de controle. Além disso, os estudos com melhores resultados aplicaram intervenções muito complexas e de difícil replicação em contextos naturais de tratamento ou acompanhamento clínico.

Por outro lado, verifica-se na literatura da área que intervenções em dimensões distintas produzem efeitos positivos sobre a adesão ao tratamento. Assim, a promoção de comportamentos de adesão deve visar distintos alvos, mas principalmente, os profissionais de saúde devem seguir um processo sistemático a fim acessar as possíveis barreiras. Investigar e explorar técnicas que facilitem o processo de adesão do paciente à terapêutica é o principal objetivo da maioria das pesquisas nessa área. Sendo assim, diversos estudos têm identificado que a implementação de técnicas simples pode potencializar os comportamentos de adesão do paciente (Guéguen, Meineri & Charles-Sire, 2010; Santo et al., 2017).

Nesse sentido, é necessária uma caracterização dos motivos para a má adesão tendo em vista a formulação de estratégias específicas para a elaboração de planos de ação para cada tipo de barreira identificada. Uma vez que os fatores interagem entre si e potencializam a influência do outro sobre o processo de adesão, é ressaltado a necessidade de abordar mais de um fator por vez (OMS, 2003).

Na dimensão socioeconômica da adesão, a pobreza se destaca como barreira substancial e de difícil transposição. As intervenções nesse âmbito não se circunscrevem apenas ao setor da saúde, responsabilizando os demais setores sociopolíticos no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento dos problemas socioeconômicos, como segurança, infraestrutura, saneamento básico, emprego, provisionamento de padrão alimentar e nutricional adequado, apoio social e atividade física (Campos, Barros, & Castro, 2004; Brixner et al., 2017). Além disso, visando um acesso universal aos medicamentos e terapêuticas indicadas, é necessário um maior subsídio governamental na compra de medicamentos e no fornecimento gratuito das demais atividades de tratamento prescrito (OMS, 2003). Outro apoio para o enfrentamento das barreiras

socioeconômicas é a participação dos pacientes ou cuidadores em associações, ou organização não governamentais voltadas para doenças ou condições específicas que prestam serviços variados e auxílio financeiro (OMS, 2003).

Um estudo conduzido na África do Sul objetivou investigar até que ponto o apoio econômico, na forma de voucher, melhoraria a adesão dos pacientes ao tratamento de tuberculose. Os resultados obtidos indicaram uma melhora modesta nas taxas de sucesso do tratamento do grupo de intervenção. Verificou-se que, apesar do apoio financeiro auxiliar a compra de alimento, que se configurava como uma barreira para a administração do medicamento, não era suficiente para o aumento da adesão (Lutge, Lewin, Volmink, Friedman, & Lombard, 2013; Lutge, Lewin, & Volmink, 2014).

O analfabetismo é um empecilho à adesão devido à dificuldade de saber qual o medicamento e qual horário tomá-lo, uma vez que tais informações são identificadas pelos componentes gráficos. Para isso, é necessário o uso de recursos alternativos como figuras, cores e ilustrações visando a identificação dos medicamentos e horário a serem tomados, por exemplo, remédio de cor azul tomar de manhã (desenho de um sol), e se possível, o auxílio de uma pessoa alfabetizada para gestão dos medicamentos (Brasil, 2016).

As intervenções encontradas na literatura e relacionadas à dimensão do tratamento estão associadas ao papel dos profissionais de saúde na intervenção precoce quanto aos efeitos colaterais dos medicamentos, bem como a diminuição da complexidade do tratamento proposto. Tendo em vista esse último, uma pesquisa avaliou a repercussão do uso de polipílula, ou seja, uma única pílula que contém vários medicamentos na adesão ao tratamento de pacientes com doenças cardiovasculares e encontrou que o uso de uma única pílula, ao invés de diversos medicamentos, fez com que os pacientes apresentassem maior adesão ao tratamento (Selak et al., 2014). A abordagem da terapêutica através do cuidado farmacêutico se configura como uma alternativa de intervenção na dimensão do tratamento. Os autores Araújo et al., (2017) sugerem que a avaliação e revisão das prescrições medicamentosas pelo profissional farmacêutico de forma a identificar precocemente problemas farmacoterapêuticos, como o desenvolvimento de reações adversas ao medicamento, intoxicações ou interações medicamentosas, além da realização de intervenções farmacêuticas, contribuem sobremaneira para a promoção da adesão ao tratamento e o alcance dos melhores desfechos clínicos.

Quanto à dimensão da doença, destaca-se que uma das principais estratégias visando o incremento da adesão ao tratamento apresentadas na literatura é a sensibilização dos pacientes e cuidadores quanto aos danos que a doença pode gerar, as peculiaridades e possíveis desfechos, resgatando as consequências possíveis a curto, médio e longo prazo (Araújo et al., 2017). Essas

estratégias podem se configurar como informacionais e serem ofertadas pessoalmente, através da mídia, (jornal, televisão, dentre outros) por telefone, correios, grupos educativos de forma a orientar, recomendar, informar e sensibilizar a população para as questões de saúde, hábitos de risco e situações de risco (de Moraes, Rolim, & Costa Jr, 2009).

A maioria das intervenções encontradas na literatura tem o foco na dimensão do indivíduo, variando de estratégias de recordação dos horários das medicações, entrevistas motivacionais, técnicas de planejamento para a ação, educação em saúde, desenvolvimento de habilidades, aconselhamento e até modelagem comportamental. Nesse sentido, identifica-se pesquisa que avalia o impacto do uso de aplicativos e de mensagens, via SMS, com lembretes dos horários das medicações, visando o aumento da adesão, bem como com lembretes motivacionais (Waller et al., 2019). Para esses autores, o uso de mensagens de texto tem o potencial de atingir um maior número de pessoas, exige mínimos recursos e podem ser incluídas nas rotinas dos serviços de saúde.

Outra estratégia referida é associar a tomada do medicamento a episódios da vida diária, como tomar o medicamento após o programa de televisão favorito (Ferreira, 2006). Os pesquisadores apontam, ainda, que nos casos de esquecimento, é necessário entender a causa de tal para auxiliar o indivíduo no desenvolvimento de competências para o manejo de eventos inesperados e mudança na rotina (Hommel & Baldassano, 2009). Em um estudo que visou compreender o impacto sobre a adesão ao tratamento de aplicativos de celular para recordação de horários de medicamentos de pacientes com doenças cardiovasculares, verificou-se que esta estratégia se configurava como positiva para auxiliar os pacientes na tomada do medicamento (Santo et al., 2019).

As terapêuticas relacionadas a mudanças de hábito ou estilo de vida e uso de medicamentos, necessitam de intervenções que auxiliem o paciente no desenvolvimento de habilidades cognitivas e comportamentais de autocontrole, autoregulação ou autogestão, bem como de motivação para a mudança de forma a facilitar a cooperação do paciente com o tratamento proposto (OMS, 2003). No entanto, em condições crônicas, essas intervenções devem ocorrer por um grande período para que os resultados sejam positivos. A adesão ao tratamento ressalta os processos de aprendizagem a partir da relevância dada a necessidade de o indivíduo construir novos repertórios de comportamento ou fortalecer os já existentes. Considerando as intervenções com foco no treino de competências e habilidades específicas, técnicas como modelagem, contrato comportamental, uso de diários e gráficos de ocorrência são utilizadas com grande contribuição para a colaboração e participação do indivíduo no tratamento (Ferreira, 2006; Moraes, Rolim, & Costa Junior, 2009). Nos casos pediátricos, é

necessário que os profissionais de saúde, juntamente com a família, intervenham através da percepção das contingências ambientais que geram recompensas, atenção diferencial e reforço positivo para os comportamentos desejados (Hommel, Franciosi, Hente, Ahrens, & Rothenberg, 2011).

Uma estratégia alternativa, ainda muito referida como intervenção para melhoria da adesão ao tratamento, é a educação em saúde, apesar de se saber que sozinha é uma intervenção com fraca eficácia. A educação em saúde visa auxiliar o paciente e seus cuidadores na compreensão da doença e do tratamento e encorajá-lo a aderir ao tratamento (Nolan, Desmond, Herlich, & Hardy, 1986).

As intervenções com foco na dimensão da relação médica e da instituição se caracterizam por fomentar protocolos de tratamento, supervisão através de visitas domiciliares, ou contatos telefônicos, facilidade no acesso à equipe de saúde, acompanhamento pelo mesmo profissional, comunicação mais satisfatória entre a tríade médico-paciente-acompanhante (OMS, 2003; Ferreira, 2006). Essas intervenções são descritas no próximo capítulo.

## **2.7 Alguns programas do SUS voltados para a melhoria da adesão ao tratamento**

Destacam-se três estratégias importantes do SUS que contribuem para a melhoria da adesão ao tratamento e, portanto, compartilham das premissas da promoção de saúde, de produção de vida, protagonismo e autonomia, e que conversam entre si, quais sejam: clínica ampliada, autocuidado apoiado e Projeto Terapêutico Singular. Essas estratégias visam a percepção da relevância das diversas dimensões que influenciam o processo de saúde-doença do indivíduo, para além de pedaços fragmentados, bem como objetivam aumentar a autonomia dos indivíduos sobre esse processo.

A clínica ampliada é uma diretriz da Política de Humanização do SUS que consiste na articulação de diferentes saberes para uma compreensão mais global dos usuários do serviço de saúde. Ela é um instrumento para os profissionais e gestores da saúde utilizarem esses saberes em prol da participação e autonomia dos usuários, família e comunidade, considerando sua singularidade e a complexidade do processo de saúde, ampliando o olhar sobre esse sujeito para as demais perspectivas - social, econômica, cultural, psíquica (Sundfeld, 2010; Brasil, 2007). Essa tecnologia de humanização do cuidado coloca o sujeito no centro dos cuidados em saúde, valorizando o papel dos profissionais de saúde, usuários e gestores e aumentando o grau de corresponsabilidade na produção da saúde.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um dispositivo que prevê um conjunto de propostas terapêuticas de uma equipe interdisciplinar negociadas com um indivíduo, ou



coletivo, de forma a propiciar uma atenção integral em que diversos aspectos são levados em consideração e uma trajetória de ação é elaborada. Essa equipe, em conjunto com o usuário, seja indivíduo ou coletividade, trabalham para a avaliação das vulnerabilidades, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliações (Silva et al., 2013).

Esse instrumento considera a singularidade do indivíduo na construção de ações terapêuticas visando a autonomia do mesmo, podendo ter apoio matricial, se necessário. Sua elaboração é fomentada por discussões e estudo de caso por uma equipe que, inicialmente, estabelece um diagnóstico biopsicossocial para então estabelecer metas que a serem negociadas com o usuário pelo profissional que melhor tiver vínculo com o sujeito. Em seguida serão definidas responsabilidades com clareza para que, por fim, haja uma reavaliação e reajustes. Ressalta-se que em contextos em que se atende um grande número de usuários como um hospital, é necessário que as equipes utilizem esse instrumento principalmente para aqueles casos mais graves, tendo em vista a impossibilidade de tempo para uso dessa estratégias com todos os usuários. Considera-se que esses casos mais graves são aqueles em que na clínica tradicional não são possíveis de serem resolvidos. Essa modalidade tem crescido sua aplicação nos casos de saúde mental, porém pode ser utilizada em diferentes outros contextos, priorizando a capacitação do profissional de saúde para a compreensão mais global e integral do sujeito, buscando acessar o entendimento, enfrentamento e as possíveis barreiras do sujeito para os cuidados em saúde, estabelecendo uma relação de parceria com os atores envolvidos. Além disso, a inserção do modelo de atendimento interdisciplinar é fundamental para o sucesso de ações nessa área e, portanto, exigem treinamentos e reflexões sobre tal. (Brasil, 2007; Carvalho, Moreira, Rézio, & Teixeira, 2012; da Silva, Loccioni, Orlandini, Rodrigues, Peres, & Maftum, 2016).

Por sua vez, o autocuidado apoiado é uma modalidade de construção do PTS que explora as motivações e habilidades dos indivíduos e os incentiva na autogestão do processo de saúde, tornando-os protagonistas do cuidado e compartilhando as responsabilidades. Essa estratégia tem como premissa a mudança de comportamentos e desenvolvimento de competências, e podem ser realizadas por meio de grupos operativos e entrevista motivacional, por exemplo (Fernandes, da Nóbrega, de Amorim Silva, Machado, & Collet, 2017). Para tal, é necessário a qualificação da equipe de saúde para o uso de técnicas efetivas de aconselhamento de pessoas e grupos que precisam considerar a possibilidade de mudar de comportamento que está relacionado a saúde.

Contudo, para uma aplicação efetiva dessa modalidade é importante que a equipe de saúde esteja capacitada a reconhecer os estágios de mudança de comportamentos para que

possam intervir de acordo com essa prática e ser uma forma de apoio para o alcance e manutenção dos novos estilos de vida fundamentais para os cuidados de saúde e de condições crônicas (Brasil, 2012). A aplicação dessa estratégia é necessária àqueles profissionais da saúde que lidam rotineiramente com as recomendações de hábitos de vida saudáveis e, portanto, tem uma perspectiva nova a produção de saúde e intervenções no âmbito da adesão ao tratamento. Como os próprios gestores do manual dos profissionais de saúde de Autocuidado apoiado indicam, para o uso dessa estratégia e melhoria dos atendimentos aos usuários de saúde, é importante a educação permanente e o uso metodologias participativas.

Essas estratégias descritas pressupõem a construção de um novo processo de trabalho e novas atitudes dos profissionais de saúde frente à organização dos serviços e assistência prestadas aos usuários, pois adota uma visão mais ampliada sobre o sujeito, considerando-o de uma forma integral, ou seja, a partir de suas múltiplas dimensões – social, psíquica, biológica, e singular, colocando-o no centro dos cuidados. Dessa maneira, o processo de adesão ao tratamento se beneficia dessas práticas por compreender o indivíduo a partir dessa mesma perspectiva. E embora não sejam práticas possíveis de serem adotadas em todos os contextos e casos, a filosofia que embasa o desenvolvimento desses três dispositivos, devem ser guias para os modelos atuais de saúde.

### **Capítulo 3 - Papel dos médicos e demais profissionais de saúde na adesão ao tratamento**

Embora se configure como uma dimensão que influencia o processo de adesão ao tratamento, a relação profissional de saúde (provedor) e paciente é, comparativamente à dimensão do indivíduo, pouco pesquisada, bem como são raras as intervenções sobre este aspecto (OMS, 2003). Sabe-se também que os fatores relacionados às instituições de saúde, tais como condições do ambiente de espera e de atendimento, têm implicações importantes no estabelecimento de uma adequada relação profissional de saúde-paciente. Atualmente, exigem-se dos provedores de cuidados de saúde uma produtividade cada vez maior o que implica numa diminuição do tempo das consultas, bem como em profissionais sobrecarregados, portanto, a quantidade sobrepõe-se a qualidade (Kohlsdorf, & Costa Junior, 2013).

Em alguns estudos ainda é recorrente a ideia de que o paciente tem autonomia para aderir, ou não, ao tratamento e que o profissional de saúde não tem responsabilidade sobre esse processo (Reiners, Azevedo, Vieira, & Arruda, 2008; Ngo et al., 2019). Mesmo que os profissionais de saúde não controlem a administração dos medicamentos ou a realização das terapêuticas propostas quando em contextos externos a centros de saúde, aspectos relevantes se destacam na conduta do profissional de saúde, principalmente médicos – pois estes são os principais prescritores - que interferem sobre o processo de adesão ao tratamento do sujeito. Nesse sentido, quando se deseja o fortalecimento da autonomia para o autocuidado, a adesão ao tratamento deve ser compreendida como um processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, em que se estabelecem as responsabilidades específicas de cada um. Contudo, na literatura, pouco se discute acerca dos critérios que os profissionais de saúde adotam para avaliar adesão, se os profissionais de saúde se consideram co-responsáveis pela adesão e quais as barreiras para o desenvolvimento desse papel.

Conquanto a atuação da equipe multiprofissional é essencial para a definição das estratégias terapêuticas e acompanhamento ao longo do tratamento, há um maior foco nos profissionais médicos dentre os estudos acerca dessa temática, pois é este profissional que prescreve os medicamentos, bem como é o principal responsável pelas condutas terapêuticas (Polejack, 2007).

#### **3.1 Comunicação/ Relação na tríade médico-paciente-acompanhante e adesão**

A literatura aponta que comunicação entre profissional de saúde e paciente/acompanhante é de grande importância para adesão ao tratamento, considerando a

comunicação efetiva e redução de crenças mal adaptativas sobre a saúde, o adoecimento e tratamento (Cheiloudaki, & Alexopoulos, 2019).

Huizinga, Bleich, Beach, Clark e Cooper (2010) indicam que os médicos consideram difícil abordar a temática da adesão nas consultas e se embasam nas próprias inferências. Eles tendem a abordar tal temática somente sob suas perspectivas, ignorando as do paciente, assim, “deixam de considerar a variabilidade e negam a legitimidade dos comportamentos que diferem das suas prescrições. Agindo assim, distanciam-se das ações e razões dos pacientes, julgando-os e rotulando-os, em vez de conhecê-los e entendê-los”. Além disso, as pesquisas pontuam que questões raciais, de gênero, socioeconômicas influenciam a percepção dos médicos em relação a adesão dos pacientes. Aliado a esse aspecto, é evidenciado na literatura que os médicos não são precisos quanto à estimativa que fazem (ou referem fazer) em relação a adesão dos pacientes a qualquer tipo de tratamento (Bitarães, Oliveira, & Viana, 2008). Dados indicam que a acurácia dessa estimativa é de apenas 10 a 40% (Phillips, Leventhal, & Leventhal, 2011).

A ineficácia na detecção de pacientes que não aderem ao tratamento, bem como as crenças dos médicos acerca dos pacientes podem refletir em maiores taxas de não adesão e piores resultados de saúde, uma vez que essas crenças impactam de modo adverso sobre as atitudes do provedor, fazendo com que eles adotem comportamentos mais autoritários, estabeleçam uma relação mais verticalizada, responsabilizando o paciente pela não adesão e não possibilitando espaço de escuta e acolhimento das dificuldades de adesão dos mesmos (Pedro, 2003). Ratificando assim, Huizinga, Bleich, Beach, Clark e Cooper (2010) explicam que a percepção do médico quanto a não adesão ao tratamento pelo paciente “pode levar a um senso de frustração nos médicos o que pode acarretar em atitudes mais paternalistas no manejo do paciente” (p. 1932).

Um fator relevante para a compreensão do fenômeno da adesão a partir da conduta do prescritor é que os estudos nessa área destacam que a atitude do paciente em relação ao tratamento proposto começa a se formar na consulta médica e que essa atitude é um fator preditor de adesão ao tratamento. Nesse sentido, sabe-se que a linguagem adotada pelo prescritor, um atendimento acolhedor, respeito as verbalizações, questionamentos e crenças dos pacientes são aspectos importantes para o estabelecimento de uma relação positiva em que o paciente e/ou seu cuidador depositam confiança na prescrição, na equipe de saúde e no médico desde o primeiro contato (Leite & Vasconcellos, 2003). Essas autoras apresentaram dados que corroboram essa premissa, uma vez que identificaram que os profissionais de saúde que utilizavam linguagem mais popular e demonstravam mais respeito ao paciente e às suas crenças, eram mais acreditados pelos usuários da unidade de saúde. Outro estudo investigou

que a confiança que os pacientes têm no médico associa-se com o comportamento de adesão de forma positiva, pontuando que o estilo de comunicação adotado pelo médico é relevante para a percepção de confiança (Gabay, 2015).

Considerando que as teorias sobre adesão indicam que as crenças que o paciente tem sobre a medicação impactam sobre a decisão de adesão ao tratamento e que os pacientes podem apresentar muitas crenças disfuncionais acerca da medicação e tratamento, embasadas em senso comum ou experiências prévias, ressalta-se a importância de que essas crenças e compreensão acerca da doença e tratamento sejam acessadas (Kucukarslan, Lee, Patel, & Ruparelia, 2015). Portanto, o profissional de saúde precisa estar atento a esses fatores e avaliar a compreensão dos pacientes e familiares.

Visando facilitar o processo de adesão ao tratamento na dimensão discutida nesse capítulo, alguns autores ressaltam a importância do trabalho em equipe, da partilha de decisões, do estabelecimento de uma relação empática, da escuta ativa, do respeito ao paciente e suas crenças, do estabelecimento de objetivos comuns e centrados no paciente, discutidos e adaptados à criança, à família e ao contexto sociocultural e da capacidade de flexibilização e adaptação da prescrição a realidade do sujeito doente, como por exemplo, são realizadas pelos dispositivos do SUS apresentados no capítulo anterior quando implementados pelos profissionais de saúde (Gabay, 2015; Pedro, 2003; Pinto, 2010; Ruberton et al., 2016; Santos, 2005).

A dimensão da relação médico-paciente na promoção da adesão a terapêutica ressaltam a necessidade do profissional de saúde de incluir o paciente e seus familiares na tomada de decisão quanto ao tratamento, tendo em vista a compreensão da influência do contexto socioeconômico e cultural do paciente nesse processo, bem como o conhecimento das crenças do paciente quanto à doença e tratamento (Gabay, 2015; OMS, 2003; Ruberton et al., 2016).

A discussão mais atual considera primordial a associação das competências técnicas dos profissionais de saúde às competências relacionais e comunicacionais (Santos, 2005). No entanto, verifica-se que a formação dos profissionais médicos ainda é pautada em elementos biológicos do processo de adoecimento, sendo eles treinados e ensinados para procurar pelas causas das doenças e pouco incentivados à busca da integralidade da assistência, da compreensão dos significados relativos ao adoecimento e tratamento para o paciente e de responsabilidade mútua entre profissionais e pacientes (Bastos, Cunha & Souza, 2018; Jay, Litt, & Durant, 1984). Subestimam o poder de se entender os motivos pelos quais o paciente não adere ao tratamento, bem como seu papel ativo frente ao processo de doença e tratamento.

Especialmente em pediatria, espera-se que o profissional de saúde promova uma relação de confiança, trabalhe com a criança e seus cuidadores para uma progressiva autonomia e responsabilização, auxilie na criação de estratégias de resolução de problemas e contribua para o aumento do sentido de controle e competência dos cuidadores (Santos, 2005). Assim, a abordagem atual da saúde, ressalta que para atender as demandas dos indivíduos, grupos e coletividades, é necessário escutar e entender as queixas e dificuldades apresentadas (Bastos, Cunha & Souza, 2018), buscando e testando hipóteses de relações funcionais.

Nesse sentido, destaca-se o papel de uma comunicação eficiente entre médico-paciente-família, considerando aspectos verbais e não-verbais da comunicação e participação do paciente sobre a tomada de decisão quanto as formas de produção da saúde (Haskard-Zolnierek & DiMatteo, 2009). A comunicação médico-paciente é apontada pela literatura acadêmica da área como um preditor da adesão do paciente a terapêutica. Em pesquisa apresentada por Kohlsdorf e Costa Junior (2013), dados confirmam a afirmação de que a melhor qualidade da comunicação e das habilidades comunicativas (uso de protocolos educativos, instruções escritas) estabelecidas em consulta pediátrica estavam associadas a maior adesão às recomendações e consequentemente, menos internações ou visitas às emergências.

Essa comunicação envolve desde atitudes dos profissionais e pacientes, informações sobre a doença, sintomas e prognóstico, até a prescrição do tratamento e os cuidados necessários (Oliveira & Gomes, 2004). Comportamentos que reforçam a autoconfiança e a motivação dos pacientes, adaptação da linguagem técnica para uma mais acessível, informações claras e detalhadas, acolhimento frente a incertezas e ansiedades dos cuidadores e pacientes, identificação de acompanhantes e pacientes pelo nome, disponibilidade de tempo para perguntas são fatores identificados na literatura como promotores da adesão ao tratamento (Kohlsdorf & Costa-Junior, 2013; Wahl, et al., 2005). Nesse sentido, diversos estudiosos investigaram sobre os aspectos da comunicação que afetam essa relação que serão apresentados a seguir. Guéguen, Meineri e Charles-Sire (2010), por exemplo, avaliaram a influência do toque no comportamento de adesão e na percepção de qualidade da consulta, encontrando correlações positivas para esses dois aspectos. Gabay (2015) por sua vez avaliaram o impacto da confiança que os usuários sentiam em relação ao médico na adesão ao tratamento e identificaram que há uma significativa correspondência, ressaltando que a comunicação é um aspecto fundamental para o estabelecimento dessa percepção.

Em consultas pediátricas, verificou-se que a participação das crianças nas verbalizações presentes durante o atendimento tende a ser pequena ou mesmo ausente, aumentando à medida que a criança se torna mais velha. Enquanto as interações dos médicos com os pais têm valor

mais instrumental, ou seja, fornecimento de instruções e informações e esclarecimento de dúvidas, com as crianças, por sua vez, eles adotam comportamentos afetivos (brincadeiras e elogios). É fato que lidar com crianças doentes requer habilidades comportamentais e comunicacionais específicas e, muitas vezes, os médicos possuem receio de se comunicarem diretamente com a criança por conceberem que a criança não tem capacidade de entender nem de tomar decisões, por não saberem como abordá-las verbalmente ou por acreditarem que a criança pode sofrer perturbações emocionais com as informações passadas por ele. Além disso, a literatura aponta que as interações mais frequentes nas consultas pediátricas com os cuidadores são quanto a abordagens instrumentais, deixando de lado as psicossociais, fundamentais para a compreensão das barreiras à adesão (Kohlsdorf & Costa Junior, 2013; Pinto, 2010).

Os estudos sobre comunicação médico-paciente-acompanhante em pediatria reforçam a noção de que, mesmo crianças menores, são capazes de entender conceitos como saúde e doença. A participação ativa da criança na consulta pediátrica e na formulação de metas auxilia na preservação do princípio ético da autonomia e do consentimento informado, bem como promove o senso de controle que tem relação com o maior ajustamento dela ao processo de adoecimento e tratamento (Ferreira, 2006; Mendonça, 2007). Em um estudo desenvolvido por Tates e Meeuwesen (2001) foi avaliado que menos de um terço das crianças participava efetivamente e de forma verbal das consultas médicas pediátricas, sendo que a maioria das informações médicas eram passada diretamente aos acompanhantes adultos. Foi notado também que os pais tinham grande responsabilidade pela exclusão dos pacientes. Essa não inclusão do paciente na comunicação formal, instrumental, coloca os pacientes como espectadores dos próprios cuidados, evitando uma responsabilização que em casa ou mais tarde será cobrada (Oliveira, & Gomes, 2004).

Mendonça (2007) ressalta que uma boa compreensão pela criança e acompanhante da informação passada pelo médico durante a consulta é preditor de comportamentos de saúde destes, incluindo adesão ao tratamento. A medida que o paciente fica mais velho e se torna mais independente e responsável pelo tratamento, é necessário que o médico, a cada consulta, aborde a adesão ao tratamento, explique ao paciente com uma linguagem adaptada à idade sobre a razão do tratamento e acesse qualquer dúvida que o paciente possa apresentar (Farfel, Shalitin, Morag, & Meyerovitch, 2019). De acordo com alguns autores, tem comportamentos do médico que podem causar a não-adesão entre os adolescentes e esses estão altamente associados à qualidade da comunicação, repasse de informações e esclarecimento de dúvidas (Jay, Litt, & Durant, 1984).

### **3.2 A equipe multiprofissional na promoção da adesão ao tratamento**

Com a mudança de paradigmas e com uma concepção mais moderna e integral de saúde, sabe-se que a introdução de tecnologias biomédicas de ponta não é suficiente para atender as necessidades de saúde dos indivíduos. A saúde pública como um todo tem responsabilidade sobre o planejamento e execução de ações de promoção de saúde e, portanto, o hospital se torna um contexto para implementação dessa prática, com a prática das diferentes especialidades, gestores e formuladores de políticas públicas.

A OMS (2003) pontua que, embora haja uma extensa base de conhecimentos acerca da problemática da adesão ao tratamento, na prática esse problema é visto de forma fragmentada e, conseqüentemente, as responsabilidades ficam minimizadas, não se aproveitando as possíveis contribuições das disciplinas da saúde. Portanto, considerando que a adesão é um problema multidimensional e intersetorial, há a necessidade da união desses saberes em abordagens multidisciplinares para a progressão de ações nessa área. Para tal, exige-se uma ação coordenada dos profissionais de saúde, pesquisadores, gestores de saúde e governo.

Além disso, as relações de poder e as interações verticalizadas entre usuários, profissionais de saúde e gestores que ocorrem dentro do hospital dificultam sobremaneira a construção de um espaço em que se promove a autonomia e participação do sujeito no processo de saúde. Faz-se mais necessário ainda o estabelecimento de práticas multidisciplinares para o gerenciamento, organização e orientação dos cuidados de saúde, principalmente no que tange a adesão ao tratamento. Em estudo acerca da adesão ao tratamento antirretroviral de crianças e adolescentes, Crozatti et al. (2013) pontuaram que a participação em atividades multidisciplinares, tais como atividades educativas, oferecidas pelos serviços de saúde, se configurou como fator protetivo à não-adesão, sugerindo que uma abordagem de diferentes aspectos da saúde favorece o tratamento.

A equipe multidisciplinar pode desenvolver estratégias para o incremento da adesão ao tratamento, considerando cada um com suas competências para tal. Contudo, uma ação de forte impacto é o processo de sensibilização do paciente e família para a percepção dos danos e riscos relacionados ao não tratamento, proporcionando meios para que se empoderem em relação ao seu tratamento. O trabalho em conjunto possibilita orientar o paciente e familiar sobre a doença e suas particularidades e estabelecer metas com a participação do usuário para serem seguidas, respeitando as particularidades deste. Outra possibilidade de ação da equipe é por meio de um aconselhamento periódico que oferta um suporte essencial que visa estimular autonomia e



autocuidado do paciente, orientar sobre o modo de tomada do medicamento, encorajar o relato das dificuldades no tratamento, dentre outros (Araújo, et al., 2017).

Dentre os profissionais que podem atuar em conjunto para o aprimoramento da adesão ao tratamento, abaixo são descritos alguns trabalhos que descrevem e destacam o papel de cada especialidade nos cuidados em saúde, ressaltando que a atuação em uma perspectiva interdisciplinar é a ideal para o manejo do processo de adesão ao tratamento.

O serviço social pode atuar de forma a prever e minimizar os riscos sociais e financeiros que dificultam a adesão ao tratamento, acionando e articulando com a rede de apoio social e os dispositivos do Estado (Bugni et al., 2012).

O trabalho do farmacêutico, tradicionalmente, tem pouca inserção na assistência direta de cuidados ao paciente. Em uma nova perspectiva, segundo Araújo et al., (2017, p.38) “o cuidado farmacêutico constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde e centrada no usuário para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da prevenção de agravos”. Por meio de educação em saúde, as ações desses profissionais visam promover o uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, orientar o usuário quanto a terapêutica, revisar a farmacoterapia e a conciliação dos medicamentos, avaliar e promover a adesão terapêutica, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade de vida do usuário (Araújo et al., 2017).

O serviço de enfermagem tem o papel de auxiliar na gestão da doença e da medicação, aprimorando assim a adesão ao tratamento. A consulta de enfermagem se estabelece como uma estratégia de intervenção primordial para a organização dos cuidados da saúde, educação em saúde e qualidade da comunicação e acesso às práticas de saúde. Sendo assim, essa orientação individualizada e continuada proporcionada pelo profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, possibilita o aumento da adesão à medicação e dos cuidados de saúde, minimizando seu impacto individual e coletivo (Henriques, 2011).

A psicologia, por sua vez, além desse papel educativo supracitado, pode desempenhar intervenções focalizadas, de acordo com a abordagem cognitivo-comportamental, na aprendizagem de novos comportamentos, modificação das rotinas diárias, tolerância ao desconforto, no desenvolvimento de habilidades, no manejo do estresse e estabelecimento de estratégias de enfrentamento funcionais, na criação de repertórios comportamentais, dentre outros (Ferreira, 2006).

Além desses profissionais, destacam-se, também, o papel dos Agentes Comunitários de Saúde que visando a promoção da adesão, acessa o potencial das equipes de Saúde da Família

e constrói, em conjunto com esta, medidas sistematizadas de promoção da adesão ao tratamento (Araújo, 2017).

## **Capítulo 4 - Método**

### **4.1 Delineamento de pesquisa**

Neste capítulo são descritos os procedimentos éticos e metodológicos adotados no planejamento e execução da pesquisa. São apresentados, também, os objetivos que nortearam a presente pesquisa, realizada ao longo de 2018. O presente trabalho se caracteriza por ser um estudo exploratório, descritivo e transversal.

### **4.2 Objetivos**

#### **4.2.1 Objetivo geral**

Analisar a percepção de médicos pediatras quanto à adesão à terapêutica em diferentes clínicas de especialidade pediátrica.

#### **4.2.2 Objetivos Específicos**

(1) Identificar os fatores facilitadores e dificultadores do processo de adesão à terapêutica em pediatria.

(2) Identificar os aspectos da atuação médica que estão relacionados funcionalmente ao processo de adesão.

(3) Identificar os indicadores adotados por pediatras para avaliar adesão à terapêutica.

(4) Verificar se existe algum indicador padrão de avaliação de adesão por clínica de especialidade pediátrica.

(5) Verificar se os pediatras referem o uso de indicadores qualitativos para avaliar a adesão à terapêutica.

### **4.3 Metodologia**

#### **4.3.1 Local de realização do estudo**

O estudo foi realizado no Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB), hospital público do Distrito Federal administrado por uma Organização Social, o Instituto de Câncer Infantil e Pediatria Especializada (ICIPE), que oferece atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O HCB integra a rede da Secretaria de Saúde de Saúde do Distrito Federal e é uma unidade de referência e de atendimento terciário. O HCB oferece atendimento médico ambulatorial de quase todas as especialidades pediátricas, incluindo: alergia,

anestesiologia, cardiologia, cirurgia pediátrica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, genética clínica, ginecologia infanto-puberal, homeopatia, imunologia, infectologia, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, oncohematologia, ortopedia, pneumologia, psiquiatria e reumatologia. Além disso, disponibiliza assistência em: hemodiálise, diálise peritoneal, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, musicoterapia, terapia ocupacional, odontologia, farmácia, nutrição, enfermagem e serviço social aos pacientes em acompanhamento por algumas das especialidades referidas.

O HCB foi escolhido como campo do estudo por ser um centro especializado de alta complexidade que atende crianças e adolescentes com doenças crônicas que, na maioria das vezes, necessitam de tratamento complexo, multidisciplinar e de longo prazo.

#### **4.4 Participantes**

Participaram do estudo 22 médicos pediatras, de ambos os sexos, das seguintes especialidades: endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, alergia e pneumologia. Tais clínicas foram escolhidas por se tratarem dos cinco maiores ambulatórios do hospital em termos de contingente de atendimento, a exceção da oncohematologia, por se tratar de uma clínica já muito estudada pelos pesquisadores de psicologia no HCB. Foi considerado para a pesquisa apenas os profissionais médicos que se encontravam em efetivo exercício naquele período, desconsiderando os que se encontravam em férias ou em licença por algum motivo. Foi definido previamente que a amostra de participantes da pesquisa corresponderia a 30% da quantidade de médicos de cada especialidade visando garantir um mínimo de variabilidade da amostra dentro do tempo de disponibilidade de pesquisa.

#### **4.5. Coleta de dados: instrumentos e procedimentos**

A amostra da pesquisa foi formada a partir da disponibilidade dos profissionais em participar da pesquisa, a partir do mês de julho de 2018 até a contemplação de 30% da quantidade de médicos de cada especialidade. Inicialmente, foram encaminhadas mensagens de texto para o telefone pessoal de todos os médicos das cinco especialidades convidando-os a participarem da pesquisa e solicitando que, aqueles que tivessem interesse, que respondessem à pesquisadora para agendamento de entrevista, de acordo com a disponibilidade de cada um. Após uma semana do envio das mensagens, os profissionais que não responderam às mensagens de texto foram procurados pessoalmente pela pesquisadora para convite a participarem da pesquisa. Dessa forma, a amostra da pesquisa foi sequencial, temporal e de conveniência. Aos

profissionais que atenderam ao convite foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) e incluídos na pesquisa apenas aqueles que concordaram com os termos da pesquisa e assinaram o TCLE. Foi excluído um caso em que o participante não respondeu a, pelo menos, 50% da entrevista alegando necessidade de iniciar expediente e posteriormente, pontuou não conseguir finalizar a entrevista por sua agenda estar cheia.

#### **4.6 Instrumentos**

Conforme apontado pela literatura, a pesquisa qualitativa é muito adotada em saúde por permitir uma compreensão global acerca dos fenômenos associados a saúde e assim fornecer informações relevantes para o processo de aprimoramento dos serviços de saúde (Green & Thorogood, 2004). Sendo assim, a entrevista semiestruturada é uma excelente ferramenta para avaliação qualitativa desses fenômenos, uma vez que possibilita o acesso aos significados que as pessoas conferem ao objeto de investigação, bem como por promover uma compreensão global acerca dos fenômenos associados ao objeto de estudo (Denzin & Lincoln, 2006).

Para a coleta de dados da pesquisa foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada (Anexo B) com questões abertas e fechadas baseado, em parte, no questionário aplicado por Pedro (2003) em seu trabalho de doutoramento, bem como um roteiro de perguntas acerca dos dados sociodemográficos para caracterização específica da amostra. Tal entrevista foi avaliada em estudo piloto para adequação das questões de forma a ser compreensível ao público, seguindo todos os procedimentos éticos necessários e indicados pela legislação brasileira. Verificou-se, assim, que o roteiro de entrevista atendia satisfatoriamente ao objetivo da investigação.

O roteiro de entrevista foi estruturado a partir de temáticas relevantes para a avaliação da percepção dos médicos acerca do fenômeno da adesão, que consistiram nas seguintes questões:

(1) Dados sociodemográficos: faixa etária, tempo de trabalho, experiência profissional, atuação no HCB.

(2) Sobre adesão ao tratamento: concepções sobre adesão, vivências de atendimento de pacientes com muita e pouca adesão, característica(s) do paciente com boa adesão e com baixa adesão, indicadores da adesão, métodos para avaliação da adesão, estratégias de intervenção para promoção da adesão, percepção acerca das responsabilidades de cada um na adesão a terapêutica, bem como de barreiras e facilitadores da adesão.

(3) Sobre o paciente e o acompanhante: comunicação entre médico, paciente pediátrico e família, avaliação de compreensão acerca da consulta, aspectos da consulta pediátrica.

(4) Abordagem acerca da adesão: busca e uso de temáticas relacionadas a adesão na prática médica, por publicações ou em eventos científicos.

#### **4.7 Procedimentos**

A primeira etapa foi submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (FEPECS/SES-DF). Após o parecer e autorização para a pesquisa em junho de 2018, sob CAAE Número 90846718.8.0000.5553 (Anexo C), foi realizada uma entrevista piloto com uma médica imunologista para validação do instrumento de entrevista e verificação de possíveis dúvidas quanto às perguntas feitas. Para tal, foi realizado todos os procedimentos éticos. Em seguida foi feita reunião com os coordenadores médicos de cada especialidade para apresentar a pesquisa e solicitar a divulgação do convite à participação aos profissionais de cada especialidade, por meio de mensagem de telefonia celular. Durante a primeira semana de agosto de 2018, alguns profissionais médicos procuraram a pesquisadora para agendar a entrevista. Haja vista, após duas semanas do convite, não ter sido atingida a cota de participantes por especialidade, foi necessária a busca ativa por participantes. Foi verificado diariamente quais dos médicos das cinco especialidades que se encontravam no hospital, naquele dia, para abordagem individual e convite para participarem da pesquisa. O agendamento das entrevistas era realizado de acordo com a disponibilidade dos profissionais. Todos os médicos optaram por serem entrevistados no período em que se encontravam no hospital, antes do início (horário de almoço, por exemplo) ou após o término das consultas do dia (final da tarde ou início da noite).

Uma vez que o médico estivesse de acordo em participar do estudo, era entregue o TCLE para que lesse e assinasse as duas vias (via do pesquisador e via do participante). Questionava ao participante acerca de demais dúvidas, esclarecendo-as e assim, dava-se início à entrevista, acionando-se, simultaneamente, dois gravadores digitais de áudio. As entrevistas foram realizadas nas salas de ambulatório do hospital, sala de estar médico e/ou salas de espera ambulatorial.

#### **4.8 Análise de dados**

O material gravado das entrevistas foi transcrito completamente e analisado por meio qualitativo da técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Essa proposta de análise rompe com os tradicionais métodos de categorização quantitativo-classificatória em que há o agrupamento dos discursos em uma nomenclatura de classe, desconsiderando o discurso dos

sujeitos. Essa estratégia metodológica, proposta por Lefèvre e Lefèvre (2005) e baseada na Teoria das Representações Sociais, se configura como uma técnica de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal (depoimentos, por exemplo) em que se reúne os conteúdos das opiniões, ou expressões individuais, que possuem sentidos semelhantes de modo a formar um depoimento síntese, e esse depoimento é apresentado como um discurso escrito na primeira pessoa do singular. Para tal, os autores se utilizam de figuras metodológicas: as expressões-chave, as ideias centrais e as ancoragens, em procedimentos transparentes e padronizados (Duarte, Mamede, & Andrade, 2009).

As *expressões-chave* consistem em trechos, transcrições literais do discurso que são destacadas pelo pesquisador, sejam sublinhando-as ou grifando-as, que constam o conteúdo correspondente à questão da pesquisa

A *ideia central* é um nome ou expressão linguística que descreve de forma precisa, fidedigna e sintética o sentido de um conjunto de expressões-chave. Usa-se as palavras do entrevistado, não atribuindo qualquer interpretação ao discurso.

A *ancoragem* consiste na manifestação linguística explícita de uma dada teoria, crença ou ideologia que o autor do discurso professa.

O DSC, portanto, visa obter o pensamento coletivo através de discursos de sujeitos coletivos. Ou seja, resgata o imaginário social (opiniões, crenças, depoimentos) de um determinado grupo sobre um dado assunto, por meio de entrevistas, e os apresenta como resultado num painel de discursos, redigidos na primeira pessoa do singular como se tratasse de uma coletividade falando na primeira pessoa de um indivíduo (Lefevre, & Lefevre, 2014; Lefevre, Lefevre, & Marques, 2009). A ideia, então, é que o receptor/leitor acesse uma opinião coletiva expressa por um único sujeito de discurso, uma única “boca”, produzindo neste o efeito de uma coletividade falando.

Nessa metodologia de análise, os autores indicam a necessidade de que sejam feitas perguntas abertas para um conjunto de indivíduos representativos de uma coletividade. Para a confecção do DSC, os discursos obtidos a partir das perguntas formuladas são analisados e busca-se extrair as ideias centrais e/ou ancoragens e suas respectivas expressões-chave. Todas essas informações devem constar no Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1) que é uma tabela com três colunas: expressões-chave, ideias centrais e ancoragem. Portanto, o primeiro passo é trabalhar o material de cada questão de forma individual. Assim, copia-se integralmente o conteúdo das respostas referente à questão na primeira coluna do IAD1. O segundo passo é identificar e sublinhar ou destacar em cada uma das respostas, as expressões chaves referentes às ideias centrais e às ancoragens (quando houver), colocando-as, em seguida, na coluna

correspondente do IAD1. No terceiro passo, é necessário que se identifique e agrupe as ideias centrais e ancoragens de mesmo sentido ou sentido equivalente da resposta de cada participante. O quarto passo consiste em separar cada grupamento e denomina-los a partir de uma expressão-chave de uma ideia central ou ancoragem de mesmo sentido. No quinto passo, é preenchido uma nova tabela denominada Instrumento de Análise do Discurso 2 (IAD2) que possui duas colunas, sendo a primeira para as expressões-chave do mesmo grupamento e a segunda coluna para o DSC formado a partir da junção das expressões-chaves do grupamento. Dessa forma, copia-se todas as expressões-chaves de cada agrupamento do IAD1 e cola-se na primeira coluna do IAD2. Os DSC's de cada agrupamento são construídos por meio do sequenciamento de cada expressão-chave, transformando-os em um discurso com início, meio e fim. Para a coesão do discurso e sua formulação, utiliza-se alguns conectivos da língua portuguesa, como “então, logo, enfim...”

Os autores Lefèvre e Lefèvre (2005) sugerem que a apresentação do DSC's deve ser feita por questão e se houver mais de um DSC em cada questão, as ideias centrais devem ser apresentadas em um quadro síntese. Nesse sentido, na presente pesquisa, é realizado a apresentação dessa forma como sugerido pelos autores.

Por ser considerada uma técnica que engloba as duas condições: qualitativa e quantitativa, segundo Lefèvre e Lefèvre (2006), pois, além de dar valor ao produto analisado, também se configura como uma medida que expressa a opinião de um quantitativo de indivíduos que compõem a coletividade pesquisada, a pesquisa que se segue optou por indicar a quantidade de indivíduos (N) que expressaram as respostas que constituem o discurso apresentado referente a casa Ideia Central, considerando, principalmente, àqueles em que esse N é significativo e concorda com uma discussão mais necessária.



## **Capítulo 5 - Resultados**

A apresentação dos resultados obtidos através das entrevistas semiestruturadas foi dividida em duas partes. Em um primeiro momento, são descritos os resultados obtidos a partir das perguntas fechadas acerca das informações sociodemográficas dos participantes. São apresentadas as análises estatísticas desses dados e, em seguida, é apresentado o conteúdo das respostas das perguntas abertas, analisados a partir da técnica do discurso do sujeito coletivo. O tempo médio de cada entrevista foi de 22 minutos e dois segundos, sendo que a menor entrevista durou 14 minutos e 21 segundos e a maior durou 45 minutos e oito segundos.

Embora a entrevista seja extensa em relação a quantidade de perguntas, muitas delas, com o propósito de obter maiores informações sobre a temática, traziam respostas semelhantes ou de igual valor para o entrevistado, assim sendo, muitos participantes respondiam às perguntas indicando que já haviam expressado sua opinião em questões anteriores. Além disso, acredito que devido ao fato das entrevistas terem sido realizadas no contexto de trabalho dos participantes, muitos não se alongaram em suas respostas por terem que cumprir horário tanto nos afazeres laborais (início de expediente, participação em reunião) quanto nos domésticos (buscar filho na escola, por exemplo).

### **5.1 Características sociodemográficas dos participantes**

Participaram 20 pessoas do sexo feminino (90,9%) e duas pessoas do sexo masculino (9,1%), com idades entre 29 e 58 anos, com média igual a 40,22. Dentre os participantes, oito eram naturais da região sudeste, seis da região nordeste, cinco da região centro-oeste, sendo todos naturais de Brasília, dois da região sul e um da região norte.

Considerando a porcentagem definida de 30% do total de profissionais de cada especialidade, participaram seis endocrinologistas e seis gastroenterologistas, quatro neurologistas, três pneumologistas e três alergistas. Quanto a experiência profissional, foi identificado que os participantes tinham entre quatro e 32 anos ( $M=15,63$ ) e o tempo de atuação no Hospital variou entre seis meses e sete anos ( $M= 4,81$ ), sendo sete anos o tempo de funcionamento do Hospital na época da entrevista.

### **5.2 Acesso a informações sobre adesão ao tratamento**

#### **Questão 1- O que é adesão a tratamento?**

### Ideias Centrais

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>Seguir o que a gente prescreve</b><br>N = 14 | <b>É o paciente vir às consultas</b><br>N = 10 | <b>É o paciente tentar fazer o máximo possível dentro do que foi orientado e dentro da realidade</b><br>N = 8 | <b>Compreender o que ele tem</b><br>N = 7 |
|---|--|---|---|

#### **Ideia Central 1 (IC1)- Seguir o que a gente prescreve (N = 14)**

**Discurso do Sujeito Coletivo 1 (DSC1)** – *Adesão ao tratamento seria o paciente seguir o que a gente prescreve, ou seja, fazer as coisas que a gente pede. É a receptividade do paciente às orientações, adaptação realmente ao que é proposto em relação a terapêutica. É quando o paciente segue as nossas recomendações dentro do que foi conversado. Ele se compromete em fazer o que foi combinado em consulta. Tanto usar medicamento, quanto às orientações que foram passadas durante a consulta. Portanto, é o paciente aderir a conduta não farmacológica e o uso de medicação, realizar os exames, tudo certinho. O paciente segue certinho o que orientamos durante a consulta e quando ele voltar, fazendo aquilo que você falou como era para fazer, da forma como foi prescrito, ele vir com um resultado positivo daquele tratamento. É o paciente se adequar ao que é orientado para ele é seguir as orientações que a gente passa para atingir o objetivo.*

#### **IC2 - É o paciente vir às consultas (N = 10)**

**DSC2** - *Adesão é o paciente vir às consultas com regularidade, comparecer aos retornos. Logo, é aderir às consultas. Só o fato de retornar já diz que de alguma maneira ele está comprometido. Mesmo se não pôde retornar, voltou para remarcar. Assiduidade, é ter frequência nas consultas.*

#### **IC3 - É o paciente tentar fazer o máximo possível dentro do que foi orientado e dentro da realidade (N = 8)**

**DSC3** - *É o paciente tentar fazer o máximo possível dentro do que foi orientado e dentro da realidade, ou seja, fazer parcialmente ou na sua quase integralidade o que nós orientamos. Tentar ou fazer o que é proposto na consulta. É, por exemplo, fazer as terapias no máximo possível dentro da sua realidade. É o paciente que consegue fazer os exames também solicitados, que faz uso da medicação, às vezes mesmo que não de uma maneira correta, mas por falta de entendimento. Então nem sempre eu considero só - ah, fez uso certinho de toda a receita. É você conseguir manter o orientado dentro do bom senso do orientado. O quanto o paciente compactua do que nós solicitamos em consulta, mas eu acho que não é uma coisa unilateral, não é simplesmente fazer o que estamos pedindo, é ter parceria com o tratamento médico em que há uma disponibilidade entre os dois envolvidos, isto é, existe um combinado com o paciente e ambas as partes cumprem esse combinado.*

#### **IC4 - Compreender o que ele tem (N = 7)**

**DSC4** - *É o paciente compreender de forma correta o que ele tem, a sua doença, entender quais são as propostas de tratamento para ele e o motivo pelo qual está precisando de tratamento e, assim, aderir ao tratamento entendendo que aquela medicação, aquela terapêutica vai ajudar a cura da sua doença. Ele tem a exata importância de tudo o que é orientado. Desde um nível,*

*emocional, um tratamento medicamentoso. Assim, é quando ele entende exatamente a importância daquela programação que a gente faz para ele.*

É importante esclarecer de antemão que, embora os teóricos do Discurso do Sujeito Coletivo pontuem que o DSC seja formulado na primeira pessoa do singular, os discursos apresentados nessa sessão de resultados estão, muitas vezes, na primeira pessoa do plural, pois os participantes responderam às perguntas como se fossem uma coletividade, utilizando, assim, a primeira pessoa do plural ou “a gente” para referirem às suas próprias práticas. Optou-se por deixar na primeira pessoa do plural como presente no discurso individual, uma vez que a autora acredita que tal característica comum às respostas dos participantes revela um aspecto importante do público investigado que é discutido posteriormente.

No DSC2 os participantes ressaltam a importância de os pacientes comparecerem às consultas e indicam que esse aspecto é fundamental para considerar que há adesão ao tratamento. No DSC3 os participantes destacam que o seguimento parcial do que foi proposto e acordado em atendimento é o que configura adesão ao tratamento, podendo o paciente não seguir de forma correta devido a dificuldades de compreensão. Esses participantes consideram, também, que a adesão consiste não só na ingestão/tomada de medicamentos, mas, também, no seguimento de orientações (dieta, prática de exercícios físicos, outros), realização de exames e de demais terapêuticas (fisioterapia, por exemplo). Eles afirmam ainda que a adesão deve ser compreendida como uma ação conjunta entre o médico e o paciente em que se estabelece uma relação de parceria.

Por outro lado, o relato no DSC1 é de um seguimento total e de forma correta da terapêutica prescrita, em que o paciente e seu cuidador se adaptam ao que foi indicado. Essa prática sem erros ou deslizes pode consistir em crenças subjacentes no imaginário dos profissionais da saúde que não são congruentes com a realidade. A fala de um participante expõe essa incongruência: “Todo mundo falha. Não tem jeito. A gente falha, né?” (P1). A adaptação ou adequação apresentada nesse discurso remete a um papel passivo e obediente do usuário que é associado a definição de *Compliance* já apresentada. Esse discurso reflete uma percepção antiga e ultrapassada de uma relação verticalizada entre o usuário e o profissional de saúde a que resta ao paciente apenas a obediência e o seguimento passivo do que lhe prescrito.

No DSC4, os participantes relacionam a adesão ao tratamento com a compreensão acerca da doença, do tratamento e da necessidade desta última. Esse discurso pode associar-se ao fato de que um aspecto importante para a promoção da adesão ao tratamento é que o paciente esteja ciente sobre as consequências do não seguimento do tratamento. Embora seja um aspecto

muito utilizado nas intervenções que visam a melhora da adesão ao tratamento por meio de educação em saúde, grupos e materiais informativos, sabe-se que outras dimensões influenciam igualmente, ou até mais, esse fenômeno.

Cabe ressaltar, nessa primeira questão, que suas concepções acerca do que é adesão ao tratamento deveriam nortear suas condutas e ações frente ao paciente e seu cuidador que estão em acompanhamento médico. No entanto, verificaremos no transcorrer da análise dos resultados obtidos das demais questões que essa percepção se modifica a medida que a vivência desse fenômeno – adesão ao tratamento – é investigada.

Destaca-se, também, que os discursos referentes a *Compliance* (N = 14) tem um N quase 60% maior do que o discurso que remete o conceito de *Adherence* (N = 8), o que permite a discussão acerca da prevalência de um discurso e possivelmente postura que está associada a uma relação verticalizada e de poder entre médicos e pacientes/acompanhantes no que tange a condução terapêutica. Fica claro a pouca participação do indivíduo na tomada de decisão quanto ao seu planejamento terapêutico, podendo ocasionar maiores entraves à adesão ao tratamento, pois não há o acesso às possíveis barreiras ao seguimento desta.

Quando se caracteriza a adesão como um problema de desobediência, assim como o termo *Compliance* propõe, atribuindo ao indivíduo e às suas características pessoais o não seguimento do que é proposto, um estudo indica que as intervenções dos profissionais de saúde acabam por serem baseadas em controle aversivo que ressaltam a culpa do paciente e vão na contramão dos modelos de saúde atuais que consideram a integralidade do indivíduo e as demais variáveis que interferem no processo de adesão (Moraes, Rolim, & Costa- Jr., 2009).

Nessa questão chama a atenção, ainda, o fato de que parte dos entrevistados (N = 10) indicou o comparecimento do paciente à consulta como adesão ao tratamento. Dentro dessa perspectiva, considerando o público atendido e a distância do hospital do centro da cidade, bem como a dificuldade de acesso, o esforço da família e paciente para comparecer ao atendimento pode se configurar como um reconhecimento da importância dos cuidados que o paciente recebe, bem como da necessidade desses cuidados para a qualidade de vida e promoção de saúde do paciente.

**Questão 2 - Você já vivenciou alguma situação de adesão positiva? Como conduziu?**

### **Ideias Centrais**

|  |                 |                                 |
|--|-----------------|---------------------------------|
| Elogio quando tem adesão positiva.<br>Dou reforço positivo | Nós estimulamos | É muito bom para o profissional |
|--|-----------------|---------------------------------|

### **IC1 – Elogio quando tem adesão positiva. Dou reforço positivo (N = 14)**

**DSC1** – *Eu elogio quando tem adesão positiva para que ele mantenha essa adesão. Eu sempre gosto de dar um reforço positivo. A gente tem cuidador, no centro de pediatria, então, além da criança, a gente sempre reforça nela e parabeniza a criança pelo entendimento da programação dela e também parabeniza a família, os pais, a mãe. Eu solto foguinho. Coloco parabéns no prontuário, coloco que houve uma melhora significativa e informo que eu vou dar alta.*

### **IC2 – Nós estimulamos**

**DSC2** – *Tentando trazer o paciente junto. Nós estimulamos, fala para eles que continuem assim, incentiva que eles permaneçam fazendo as práticas que eles já estão fazendo. A gente sempre tenta incentivar muito para que ele continue fazendo cada vez melhor, e aí continua reforçando a importância da adesão.*

### **IC3 – É muito bom para o profissional**

**DSC3** – *Na verdade é ótimo. É muito bom para o profissional, porque você vê que existe um combinado que é cumprido, que o paciente fica bem, então é muito agradável atender um paciente assim. Acho que dá mais tranquilidade quando a gente vê que adere bem. Nós ficamos felizes, sem dúvida, e isso motiva a continuar dentro do nosso empenho, do nosso trabalho. É gratificante.*

Nessa e na próxima questão, o objetivo foi compreender como os profissionais vivenciam a experiência da adesão em suas práticas profissionais. Assim sendo, a partir dos DSC's formados, identificamos no DSC1 que os profissionais apresentam práticas comuns dirigidas àqueles usuários que apresentam uma boa adesão que é de elogiar e emitir comportamentos que servem de reforçamento positivo. É indicado que esse comportamento seja voltado não só ao cuidador, mas também à criança. Moraes, Rolim e Costa Junior (2009) ressaltam que a liberação de reforço positivo periódico é essencial para os casos de doenças crônicas para a manutenção e incentivo do padrão de comportamento de adesão ao tratamento.

O segundo DSC apresenta a importância do estímulo, incentivo de permanência dessas boas práticas, uma vez que se trata de doenças crônicas e que os comportamentos de adesão devem continuar ocorrendo para a manutenção e recuperação da saúde. O reforço positivo em sua concepção teórico na abordagem comportamental tem esse objetivo de fazer com que o comportamento reforçado positivamente seja incentivado à sua manutenção. No DSC3, é

apresentado como é sentido e vivenciado a boa adesão pelo profissional. Vale questionar, dentro da perspectiva das relações estabelecidas entre os médicos e paciente-cuidadores, o quanto que esses sentimentos interferem nessas relações e o impacto disso nos comportamentos de adesão. Verifica-se que o seguimento das orientações valoriza o papel do médico e atribui um significado positivo para a relação entre médico e paciente, uma vez que, como pontuado na questão anterior, eles adotam comportamentos menos aversivos e punitivos.

### Questão 3- Você já vivenciou alguma situação de adesão negativa? Como conduziu?

#### Ideias Centrais

|  |   |  |   |   |  |
|--|---|--|---|---|--|
| <b>Eu tento trazer a importância da adesão correta ao tratamento</b> | <b>Entender o porquê da não adesão.</b> | <b>Trazer o multidisciplinar junto</b> | <b>Eu tento mostrar aos pais que a responsabilidade é deles</b> | <b>Eu falo com jeito. Antigamente eu brigava.</b> | <b>Se ele não estiver disposto a fazer o que está sendo proposto que é preferível ele não voltar</b> |
|--|---|--|---|---|--|

#### IC1 – Eu tento trazer a importância da adesão correta ao tratamento (N= 9)

**DSC1** – *Eu tento mostrar para ele que a falta de adesão vai fazer muito mais mal para ele e para o filho do que para nós. Eu reforço a importância da medicação, eu tento mostrar que o ganho com a adesão vai ser maior. Normalmente eu tento falar mais ainda da doença, da gravidade, das coisas que podem acontecer, porque às vezes a pessoa nunca vivenciou nada de grave e aí não entende que precisa tratar; às vezes acha normal o que acontece, então eu tento insistir um pouco na doença, mesmo, para ver se realmente acaba aderindo. A gente tem que chamar atenção deles, para mostrar que se não vai usar medicação, vai ter um impacto muito maior. Nos casos, por exemplo, da hepatite autoimune, que se ele não tratar, vai evoluir para cirrose, vai ter que transplantar, e na verdade o número de medicações para transplante é ainda maior. Então a gente chama atenção quanto o tratamento é importante para que ele continue bem. Eu tento trazer a importância da adesão correta ao tratamento, dizendo: “Se você está bem, ok, mas seria bom se você aderisse porque a medicação ajuda em outras coisas para você também. Tem outros órgãos que serão beneficiados com o tratamento”. Temos sempre que retomar o que essa medicação poderia fazer para ele, por que ele está usando, então essa parte educativa a gente aborda assim. Desse modo, é necessária uma nova orientação: contar os riscos da doença, a necessidade de um bom empenho em relação a questão de adaptação ao que é proposto através da terapêutica, mostrar o que pode acontecer se não fizer o tratamento, o que está acontecendo, o que pode acontecer, como é que vai ficar. Enfim é tentar conscientizar do risco que ele está correndo.*

#### IC2 - Entender o porquê da não adesão. (N= 8)

**DSC2** - *Quando a gente suspeita que não está bem tentamos entender o motivo, o que está acontecendo para ele não estar fazendo aquilo que tinha sido combinado. Entender o porquê da não adesão. Temos que identificar o porquê não está usando. Ontem atendi um paciente, ele usa enquanto ele tem e às vezes a família não pode vir buscar porque arrumou um trabalho e ninguém pode vir. Às vezes eles não tem dinheiro para vir buscar o medicamento. Para cada situação de não adesão, temos que avaliar direito o que está acontecendo. Sempre pergunto: Foi pelo custo? Foi pela dificuldade de entender? Foi por que ele não achou necessário ou se ele tem medo da medicação? Se ele tem medo do malefício que a medicação possa causar? É falta de entender o diagnóstico? É falta de acesso? A gente sempre tenta identificar com a família qual o motivo da não adesão.*

### **IC3 - Trazer o multidisciplinar junto (N= 6)**

**DSC3** - *Trazer o multidisciplinar junto porque pode haver outras coisas que não é só do ambiente médico e paciente. Então às vezes há necessidade da interação da equipe interdisciplinar, para a gente conseguir essa adequada adesão. Como trabalhamos em equipe, conversamos entre os profissionais da mesma equipe e chegamos a um acordo; normalmente a pessoa que tem maior acesso ao paciente, maior intimidade com o paciente, eles conversam normalmente, a enfermeira, até a psicóloga faz uma intervenção inicial e depois vamos conversando com eles. Particularmente aqui no hospital, temos ajuda nisso, enfim, de enfermagem, psicologia, assistente social, que acaba entrando junto, cada um fazendo um pouquinho para ver se consegue meio que esse combinado seja cumprido. Temos a enfermagem que ajuda muito no desenho da rotina do dia, como fazer para ele não esquecer, para que entenda qual remédio é o que, a farmácia também coloca umas bolinhas “bolinha verde, amarela” e vai colocando qual remédio tem que ser qual dose. Porque às vezes eles precisam disso para ajudar a conduzir o tratamento como um todo.*

### **IC4 – Eu tento mostrar aos pais que a responsabilidade é deles. (N= 4)**

**DSC4** – *Geralmente eu tento mostrar aos pais que a responsabilidade é deles. Eu tenho entendimento que as famílias são responsáveis por aquelas crianças, eles vão fazer o que eles acharem mais adequado dentro das crenças deles. O sucesso do tratamento não depende só de mim, depende muito mais, assim, 10% é da minha conduta e 90% é do paciente, do familiar, aqui no caso é de familiar, quando a criança é muito pequena. Então o resultado do tratamento depende dele, não é, e se ele não está fazendo, não tem muita coisa que eu posso fazer mais. Logo, depende muito do apoio familiar e as vezes a família não está presente, tentamos sensibilizar a família “olha, é importante que você esteja presente”, “ah, mas ele é grande”, sim, mas ele é criança ainda, ele está sob sua supervisão, é isso que dizemos. Você não tem como cobrar de uma criança o compromisso de um adulto, É dividir responsabilidades, supervisionar, que o mais importante é o pai estar supervisionando e não obrigando a fazer.*

### **IC5 – Eu falo com jeito. Antigamente eu brigava (N= 4)**

**DSC5** – *Eu falo com jeito. Antigamente eu brigava, só que não adianta muito brigar. Eu me polio para não dar bronca, nem ficar, às vezes, chateada quando eles não seguem as recomendações. Desse modo, a condução é tentar ter um canal para que ele fale a verdade, não fique julgando ou dando bronca, pré julgando as pessoas porque ai que não vai falar o que é o motivo, não vai ter abertura; então abordamos tentando deixar um canal, sem julgamento para que ele exponha o motivo. Porque se nós tomamos para nós, parece que ele:*

*“eu vou mentir porque ela vai brigar comigo”. A gente tenta não ser muito agressivo, mas puxa um pouco a orelha. Eu acho que a questão é acolher. Se nós tentarmos ser autoritários, geralmente o paciente acaba espirrando. Então o acolhimento acaba trazendo ele mais próximo e nos permite ver qual a dificuldade real para não aderir.*

**IC6 - Se ele não estiver disposto a fazer o que está sendo proposto que é preferível ele não voltar (N= 2)**

**DSC6 -** *A gente convida o paciente ao empenho de persistir no tratamento ou se retirar ao tratamento, assim, se ele não estiver disposto a fazer o que está sendo proposto que é preferível ele não voltar.*

No DSC1, eles referem adotar estratégias educativas para promover a adesão. Essas estratégias constituem na orientação e esclarecimento dos pacientes e cuidadores acerca da gravidade da doença, das consequências possíveis do não seguimento da terapêutica, bem como dos aspectos positivos da adesão. Conforme apresentado no capítulo dois, uma pesquisa acerca de intervenções educativas que abordam temáticas relacionadas ao adoecimento e tratamento demonstram que, por si só, são ineficientes na promoção de adesão e que outras estratégias devem ser utilizadas em conjunto para uma maior adesão ao tratamento. Visando essa promoção, é necessário, como referido pelo DSC2, a compreensão dos fatores e motivos que levaram ao não seguimento da orientação de saúde. Os participantes destacam que, ao identificarem a não adesão ao tratamento, é necessário investigar o motivo pelo qual o paciente e familiar não conseguiram ou não quiseram aderir a terapêutica proposta. Nesse aspecto, é importante que haja, na medida do possível, um questionamento livre de julgamentos ou de preconceitos para que o paciente/familiar se sinta confortável em relatar as barreiras encontradas e que seja permitido a participação deste no planejamento terapêutico, como é proposto pela atual concepção de adesão ao tratamento.

Dessa maneira, é possível pensar em quais as ações necessárias para auxiliar na adesão. Diversos profissionais da saúde podem atuar em conjunto com esse propósito. O DSC3 destaca que uma das ações frequentes dos profissionais médicos é o acionamento da equipe multidisciplinar, disponível no hospital, para que cada um possa atuar de forma a contribuir para o enfrentamento da dificuldade de adesão. Pontuam, assim, o papel do serviço social para intervenção quanto aos aspectos socioeconômicos, a enfermagem para estabelecimento de rotinas, esclarecimento de dúvidas e uso de ferramentas gráficas, da psicologia em intervenções pontuais. Contudo, ainda apresentam uma visão fragmentada do trabalho desses profissionais, não considerando que o trabalho em conjunto traria benefícios maiores aos usuários.



Fica claro no DSC4 que os profissionais percebem que a maior parte da responsabilidade pelo seguimento da terapêutica em pediatria é do familiar/cuidador e que pouca importância tem o papel da criança e dos profissionais de saúde na condução desse fenômeno. Embora a criança, muitas vezes, não tenha ainda desenvolvido competências, habilidades e capacidades cognitivas para o seguimento da terapêutica e seja necessária a supervisão e orientação de um cuidador, é importante considerar a criança e suas peculiaridades no processo de definição terapêutica, visando a colaboração desta no seu tratamento de saúde. Além disso, como referido no capítulo terceiro, os médicos, profissionais de saúde têm responsabilidade compartilhada nesse processo, uma vez que podem, em conjunto com paciente e cuidador, estabelecer terapêuticas mais adaptadas e coerentes com as condições de vida de paciente e familiar, bem como proporcionar uma relação mais positiva e de confiança.

É necessário ressaltar que a adesão nos termos atuais é um processo dinâmico, multideterminado e de corresponsabilidade entre o usuário e a equipe de saúde (Polejack & Seild, 2010) e, portanto, a responsabilização única destes é fator discordante a teoria recente. O DSC5, por sua vez, apresenta essa mudança de atitude dos profissionais visando um melhor acolhimento dos e relação com os pacientes. Eles verificam que uma postura autoritária dificulta uma relação de confiança e a identificação das barreiras à adesão, proporciona oportunidades para não se falar a verdade, bem como desestimula os cuidados em saúde de ambos os lados.

Poucos participantes indicam (N= 2), conforme demonstrado no DSC6, a possibilidade de que os usuários e familiares que apresentam adesão negativa de forma recorrente sejam convidados a se retirar do acompanhamento. Mesmo que pela quantidade de participantes que emitiram tal opinião seja reduzido em comparação ao quantitativo total, optou-se por dar voz a esses dois, pois trazem uma perspectiva controversa diante da seguridade à saúde proposta pela Constituição Brasileira. Contudo, vale destacar que essa opção aparenta ter o objetivo de impactar o usuário quanto a sua conduta (inadequada) frente ao tratamento. Contudo, desconsidera a influência das demais dimensões no processo de adesão, depositando unicamente no indivíduo a responsabilidade por seguir o tratamento e, novamente, ressalta a atitude autoritária e patriarcal do profissional médico frente ao usuário.

**Questões 4 e 5 - Como você avalia a adesão do seu paciente? Explique os indicadores que utiliza. Você segue algum protocolo de avaliação da adesão? Qual?**

### **Ideias Centrais**

|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
| <b>A gente vê se o que foi orientado na última consulta está sendo feito, por anamnese, questionamento</b> | <b>Normalmente a gente tem os indicadores clínicos</b> | <b>Algumas doenças os indicadores são a resposta laboratorial</b> | <b>No caso do tratamento com remédio, a gente às vezes usa a dosagem.</b> | <b>Nós temos um protocolo de atendimento</b> |
|--|--|---|---|--|

**IC1 – A gente vê se o que foi orientado na última consulta está sendo feito, por anamnese, questionamento (N = 17)**

*DSC1 – A cada consulta a gente vê se o que foi orientado na última consulta está sendo feito, por anamnese, questionamento. Perguntar de modos diferentes e várias vezes na consulta do médico. A gente volta na conduta e confere. Em termos de medicação a gente sempre pergunta a posologia, forma de aplicação, como está sendo feito no tratamento, o que está usando, se está usando de maneira regular, nos horários corretos. Questionamos: “quantos dias da semana você tem esquecido de usar a medicação?”. Verificamos se não está faltando consulta. A gente também pergunta das outras terapias que às vezes podem fazer parte do tratamento, como fisio, fono, outros atendimentos, se está fazendo, vai com que frequência, se falta. Tentamos na consulta não induzir resposta, a gente pede para o paciente ou para o cuidador contar o que ele usa mesmo sabendo, deixa ele falar ativamente, porque se a gente só pergunta: “está usando tal coisa, assim, assim, assado”, muitos respondem só com a cabeça “sim”. Porque às vezes perguntamos: está usando? Eles dizem: estou usando. É diferente de você perguntar o que você está usando e como está usando. Então uma das coisas é deixar a pergunta em aberto e vamos ouvindo o que a pessoa fala, pois se a gente dar a margem a que eles falem, na maioria das vezes eles acabam dizendo: esqueço umas três vezes na semana, uso só quando estou passando mal. Acabam revelando. Quando eles falam de forma trocada, se confundem, não sabem, cada hora fala uma coisa para um profissional, depois para o outro fala diferente, então a gente supõe que a adesão não está boa. A gente também pergunta a adesão auto referida: “Como está a adesão de 0 a 10?” “Ah, a minha adesão é 5, é 10”, não sabemos até que ponto esse número é real. Muitos falam a verdade, que não está boa, mas não garantimos que o paciente está falando a verdade, não tem como saber! Podemos comparar ele com ele mesmo, de repente ele falou “Faço 6 a adesão” e na outra consulta, “como você acha que está hoje”, e aí a gente vai tendo uma linha do tempo de como está, se está melhor, se está pior. A outra forma que tentamos é a contradição da fala, isso nos dá uma sugestão de que não está aderindo, então por isso prefiro que a pessoa fale, e eu não induza. É subjetivo. A gente também tem, dentro do ambulatório de asma, o asma controteste que é um score subjetivo que aplicamos nos pacientes a cada consulta e que ele dá uma graduação de notas em relação ao que ele tem de utilização de medicamentos, presença de sintomas e como ele classifica a doença dele, então é um score subjetivo que a gente faz, mas que dá para ter uma noção se ele está indo bem ou não no tratamento.*

**IC2 – Normalmente a gente tem os indicadores clínicos (N = 12)**

*DSC2 – Normalmente a gente tem os indicadores clínicos, que é ver se o paciente está tendo melhora dos sintomas, se ele está bem do ponto de vista físico, e se ele não está recaindo dos sintomas. Então, por exemplo, se está crescendo bem, se não está crescendo bem, se a criança não ganha peso adequadamente, se não ganha estatura adequadamente, nós sabemos que o tratamento não está sendo feito de forma eficaz. No caso do paciente com sobrepeso,*

*acompanhamos o IMC, então sabemos que tem que estar dentro de uma faixa, vemos se melhorou, se piorou, vejo se está ganhando peso, está perdendo peso, ou pelo menos manteve o peso. Uma puberdade que a gente está usando medicação para não avançar, eu também consigo ver como estão os sinais: se está avançando, se está diminuindo. Na asma, tem o próprio controle das crises, no exame físico é para a ausculta ter mudado. Na dermatite, se a pele está melhor, porque que não está, o que que fez, o que que não fez. Então, eu consigo avaliar e ver se está tendo adesão.*

### **IC3 – Algumas doenças os indicadores são a resposta laboratorial. (N= 12)**

*DSC3 – Algumas doenças os indicadores são a resposta laboratorial. Às vezes o paciente passa a perna em você e aí você, pelos exames laboratoriais, você percebe que ele não tem uma boa adesão. Então a gente tem alguns marcadores. Existem alguns exames que podem ajudar, por exemplo espirometria. Ela nos ajuda a avaliar se está caindo fluxos, se com a medicação normalizou ou melhorou os parâmetros. No diabetes, tem o exame da hemoglobina glicada que, por mais que ele tente me enganar, eu consigo ver como foi o controle dele durante três meses, pelo menos. Claramente isso também reflete os resultados do tratamento, se a glicemia capilar fica melhor quando ele faz tudo direitinho, o exame de sangue melhora, no caso do paciente diabético. Mas tem outros fatores que são variantes que interferem, por exemplo, se a hemoglobina glicada está ruim, pode ser que ele esteja pedindo uma infecção. Outro exemplo é o paciente que tem a doença celíaca, a gente tem como saber que não está aderindo à dieta, porque a gente faz o controle do antitransglutaminase, que é sorologia, e ela acusa quando o paciente não está aderindo à dieta. Dessa maneira, a gente tem coisas palpáveis que são os índices de atividade da doença, que por eles a gente tem indicadores se o paciente está aderindo ou não*

### **IC4 – No caso do tratamento com remédio, a gente às vezes usa a dosagem (N = 6)**

*DSC4 – No caso do tratamento com remédio, a gente às vezes usa a dosagem do nível do remédio no sangue, porque aí você vai ter uma ideia se o paciente está tomando a medicação, porém cada organismo a gente sabe que vai ter um aproveitamento diferente. Algumas medicações têm como nós controlarmos porque ela vem com contador de doses. Tem um mecanismo que chama “easypod” que é um aplicador de hormônio, como se fosse uma caixinha que aplica, a agulha sai dele, aplica. Ele vai mostrando a dose, quando foi aplicada, ele mostra a aderência do paciente, se o paciente aplicou ou não aplicou por relatório mensal, trimestral. Tem como olhar também quando o paciente veio trocar a receita, se ele não veio trocar a receita e diz que o mesmo frasco está usando há quatro meses e um frasco dura três meses, então ele não está usando. Nós não temos feito aqui, mas eu sei que em alguns lugares pedem para trazer as capsulas vazias de alguns remédios inalatórios, isso de um lado pode contar quantas vezes ela fez, mas ao mesmo tempo sei de pessoas que jogam fora as capsulas vazia. Já no ambulatório de diabetes o paciente precisa fazer glicemias capilares, furar o dedinho pelo menos quatro vezes ao dia, aplicar insulina e temos um programinha no computador que transfere os dados do aparelho glicogênio dele, então vemos quantas vezes por dia ele realmente furou o dedo, se ele não fez a aferição aparece lá que pulou o horário. Para nós é espelhado ali no computador realmente a adesão do paciente.*

### **IC5 – Nós temos um protocolo de atendimento. (N= 4)**

**DSC5** – *Nós temos um protocolo de atendimento, a consulta tem aqueles parâmetros necessários que todos os médicos da equipe avaliam. Sinceramente não dá para fazer em todos os pacientes porque o tempo não ajuda muito, mas acabamos fazendo as mesmas perguntas, é uma entrevista estruturada. Não é tão longo, mas às vezes depende que o paciente responda e isso acaba atrasando um pouco. É uma forma que também podemos avaliar fora as perguntas que fazemos direcionadas para cada situação perguntamos que período que é crítico, quantas crises teve, se tem sintomas no dia a dia, se isso atrapalha a vida, a quantidade de uso de medicação de resgate. Nós temos um protocolo internacional da avaliação especificamente e um protocolo clínico que nós fizemos aqui para esta doença. Nós temos também um protocolo nacional, um regional e o internacional que seguimos. Agora esqueci o nome, mas tem o que é um padrão internacional.*

Considerando que não há um padrão ouro na avaliação da adesão ao tratamento, essas duas questões visaram identificar quais os métodos adotados pelos médicos pediatras das cinco especialidades e se há abordagens particulares a cada uma delas. No entanto, pela análise dos dados obtidos, verifica-se que há uma predominância pelo uso de métodos considerados subjetivos e indiretos, como consta no DSC1. Esse discurso apresenta que o questionamento, principalmente por meio de perguntas abertas, é a forma mais utilizada para verificar a adesão ao tratamento. É importante ressaltar que eles próprios conseguem perceber as limitações desse método e propõe estratégias que utilizam para a aquisição de relatos mais fidedignos. Destaca-se, ainda, o fato de realizarem essa avaliação por meio de entrevistas possibilita, também, o acesso aos motivos da não adesão e dificuldades de compreensão do adoecimento e da terapêutica prescrita, conforme Polejack e Seidl (2010) destacam como um aspecto importante do autorrelato. Para essas autoras, a partir desse método de avaliação de adesão é possível conhecer características socioculturais e as especificidades de cada indivíduo e contexto.

No DSC2 é apresentado as avaliações clínicas que eles fazem do paciente e que indicam se o paciente e familiar estão seguindo as orientações realizadas. Essas medidas clínicas se referem à avaliação da melhora do quadro de saúde, ganho ou perda de peso conforme a necessidade, índice de massa corporal, estatura, diminuição ou cessão de crises, dentre outros. Embora não apresentem as limitações desse método, se considerarmos doenças progressivas como a fibrose cística ou doenças que alteram de acordo com a mudança de clima, como a asma, a piora do quadro de saúde pode estar relacionada com outros fatores que vão além do seguimento correto e justo do tratamento.

No DSC3 é apresentado um outro indicador: exames laboratoriais. Nesse método, avalia-se, por meio de exames, específicos ou não, o índice de ativação da doença, os parâmetros laboratoriais de comparação de resposta ao tratamento. Nessa perspectiva, a pneumologia utiliza a espirometria como um exame que explicita essa adesão, a endocrinologia

utiliza os dados da hemoglobina glicada e a gastroenterologia verifica o controle do antitransglutaminase no sangue.

Outra maneira para avaliar a adesão ao tratamento referida no DSC4 é através de contagem de medicamentos tanto da dosagem do nível do remédio no sangue quanto de cápsulas, comprimidos, tempo do retorno à farmácia e quantidade de aplicações, por exemplo. No acompanhamento de pacientes da endocrinologia, principalmente de diabetes e que fazem uso de hormônio de crescimento, é pontuado alguns mecanismos já existentes que auxiliam na mensuração eletrônica da quantidade de vezes em que o remédio foi aplicado. Enquanto as áreas que cuidam da asma, pneumologia e alergia, indicaram a possibilidade de mensuração por cápsulas vazias do medicamento para inalação. Nesse sentido, nenhum dos discursos indicam a importância do fator surpresa, ou seja, a contagem inesperada dos medicamentos ou exame de dosagem de medicamento no sangue, para uma avaliação mais fidedigna da adesão ao tratamento quando se utiliza essa técnica (Polejack & Seidl, 2010).

Outra alternativa implica em verificar as passagens do paciente ou cuidador na farmácia, haja vista os medicamentos durarem certo período de tempo. Esse tipo de mensuração tem sido menos comum devido ao custo financeiro, a resposta metabólica de cada organismo no caso de dosagem do medicamento no sangue e adesão a mais um tipo de orientação (guardar as cápsulas, mandar o relatório final dos mecanismos eletrônicos).

Por serem doenças crônicas, alguns protocolos são firmados para a avaliação da adesão, haja vista a importância da adesão ao tratamento para controle da doença. Sendo assim, no DSC5, os protocolos usados pelos profissionais entrevistados são descritos sem muitos detalhes e vão desde métodos objetivos a métodos subjetivos. O protocolo de diabetes é um roteiro de consulta médica em que os profissionais que atendem essa demanda devem seguir, verificando principalmente os índices clínicos e laboratoriais. Por outro lado, o protocolo da asma se configura como um método subjetivo e que não é aplicado a todos os usuários. Na fibrose cística, destaca-se, por meio do discurso, a existência de diversos métodos de avaliação, tanto nacionais quanto internacionais. Um recurso positivo é o uso de outros métodos para que o paciente consiga se lembrar das vezes que não apresentou adesão, diariamente, como o uso de diários e agendas que apenas dois participantes indicaram.

**Questões 6 e 7 - Quais os fatores que você percebe que facilitam a adesão? Os fatores facilitadores da adesão? Existem características de comportamento da família, do paciente, que você percebe que facilitam a adesão?**

### Ideias Centrais

|  |  |   |                             |                            |
|--|--|---|-----------------------------|----------------------------|
| <b>Uma boa interação/relação da consulta médico-paciente</b> | <b>A estrutura e a dinâmica familiar</b> | <b>Eu acho que quando ele compreende o que nós explicamos</b> | <b>Nível socioeconômico</b> | <b>O ambiente de saúde</b> |
|--|--|---|-----------------------------|----------------------------|

|  |   |                              |
|--|---|------------------------------|
| <b>Você prescrever tratamentos factíveis e que são disponíveis</b> | <b>Como o paciente enxerga a doença</b> | <b>A gravidade da doença</b> |
|--|---|------------------------------|

#### IC1 – Uma boa interação/relação da consulta médico-paciente (N= 12)

**DSC1** – *Uma boa interação/relação da consulta médico-paciente, empatia, confiança, a pessoa ter confiança no profissional que atende, então o paciente acaba fazendo mais. Se existe uma relação de confiança, se o paciente é bem informado e ele confia na informação que ele está recebendo, ele vai aderir de uma maneira melhor. A gente vive momentos em que por mil fatores se desqualificou muito essa relação. Porque o paciente, hoje, ele tem uma postura mais desconfiada, parece que está buscando equívocos na conduta, buscando erros, testando o profissional o tempo inteiro. Assim, a amistosidade é boa para os dois lados. A igualdade de posições entre médico e paciente ajuda também, porque acho que se não houver isso eles ficam com medo de perguntar. Meio que se o médico manda, eu obedeço. Eu acho que tem que ser um pouco mais tranquilo e tentar uma amizade mesmo com eles, mostrando uma abertura, para ter uma troca: eles se sentirem à vontade de perguntar, de entender. Mais no sentido: “me conta para eu te ajudar”. Então, o médico também tem que ser um bom ouvinte, e para ele ouvir, o outro tem que falar. Até porque, se o paciente não adere porque não tem o dinheiro, ele vai dizer também: olha, doutora, mude de remédio porque esse eu não consigo comprar. Portanto, a proximidade com o paciente e sempre se mostrar aberto, com atenção especial para que o paciente tenha a falar em relação a queixa de sintomas das doenças é fundamental. Quando a gente começa realmente a ter mais empatia com o pai, porque você não cuida só do paciente, você está ali com a família também. Então a relação desse paciente com a família, dentro da família, a relação com a doença são aspectos relevantes de serem considerados. Outro aspecto importante é deixar o paciente muito livre a retirar sempre as suas dúvidas, estar com o ambulatório sempre aberto para que ele possa, quando tiver alguma necessidade ou renovação de receita, procurar o ambulatório para poder está suprindo as suas necessidades. O que também deve facilitar na adesão, é ter uma linguagem clara para o paciente. A gente falar de forma clara para o paciente, porque, às vezes, a gente usa termos mais técnicos que acho que não são adequados. Então você tentar abordar também numa linguagem que o paciente entenda, porque às vezes o médico pode explicar tudo bem detalhado, mas em termos que o paciente não entende. Então o primeiro ponto acho que é o médico tentar explicar de uma forma clara e breve, porque também às vezes se a gente vai explicar muita coisa, o paciente não lembra mais do que a gente falou no início.*

#### IC2 – A estrutura familiar (N= 11)

**DSC2** – *A estrutura familiar, quando a criança tem estrutura familiar mais organizada fica mais fácil. Na verdade, aquelas famílias mais engajadas, que tendem a se estruturar de forma melhor para cuidar da criança acabam aderindo melhor ao tratamento. Logo, a parceria com*

*a família, no caso de criança. Então se a família tiver estrutura mínima de apoio, não precisa ser rico, mas uma dinâmica familiar que funciona melhor, talvez mais comprometido, que não tenha tantos problemas. Se eu tenho uma família que é estruturada, em que a criança vive em um ambiente de segurança, que ela tem o apoio de um pai ou de uma mãe, dos dois, ou de uma avó e de uma mãe, isso promove a adesão. Essa estrutura familiar, essa segurança do ambiente familiar com certeza promove. Essa adesão da família como um todo, de estar ali, geralmente a mãe ou o responsável que vai conduzir. No caso das crianças, a participação da família no processo, a forma como a família encara isso. Não pode ser nem “faz do jeito que você quiser, toma aí o remédio”. Não pode ser assim e não pode ser tão rígida. É tentar encontrar o equilíbrio. Normalmente as famílias que conseguem equilibrar esses dois fatores, o tratamento vai bem melhor. Porque, tudo bem, estão na hora de realmente assumir algumas coisas, porém eles têm de ter o respaldo e saber que alguém está cuidando deles também, que o pai e a mãe estão cuidando. O compromisso; estabilidade da família, a unidade, a família estruturada, que eu acho que também isso é importante. Parte da companhia dos pais, quando ele tem um suporte em casa, a família estar junto, entender junto e mostrar para o paciente junto com a gente, é essencial em todos os aspectos.*

### **IC3 – Eu acho que quando ele compreende o que nós explicamos (N= 8)**

*DSC3 – Eu acho que quando ele compreende o que nós explicamos facilita muito. No caso que a gente fala mais na pediatria, do responsável, se ele entendeu. Os facilitadores são: a compreensão do que é a doença, da importância daquela prescrição, tanto de tratamento medicamentoso como não medicamentoso, para que serve cada coisa, quando ele entende o que está acontecendo no organismo dele, as possíveis complicações dele não aderir, qual o objetivo, o que vai beneficiar, o porquê é necessário toda aquela atividade para evitar a evolução da doença. Às vezes o paciente vai para casa com uma receita, e um monte de exame para fazer, aí ele não sabe o que é o que, para que é o exame, por que ele tem que tomar um remédio. O paciente, então, fala: “eu tenho que tomar remédio, não sei para que é esse remédio”. Outro aspecto facilitador é quando você explica o acesso. “Toma aqui a receita. Você vai lá na farmácia do posto”.*

### **IC4 – Nível socioeconômico (N= 7)**

*DSC4 – Nível socioeconômico, cultural também, um pouco maior facilita mais. É lógico que a família que vem a família inteira, se tem mais pessoas juntas para entender o que foi proposto. Assim, quando vêm pai e mãe na consulta é mais fácil para a gente. Eu preciso fazer com que ela entenda para eu poder ter essa adesão, então a gente ajudando a entender, desenhando, mas claro se a pessoa souber ler é mais fácil, um grau de instrução melhor, ajuda. Outro aspecto é o acesso à medicação eu acho que facilita. Aqui no hospital, por exemplo, tem a medicação ali. Então, esse acesso fácil facilita muito. Quando a medicação não é disponível, o custo. Medicamentos mais baratos têm uma maior facilidade.*

### **IC5 – O ambiente de saúde (N= 5)**

*DSC5 – Eu acho que a consulta não é só o momento lá dentro nas quatro paredes. Acho que ela começa desde que ele entra no ambiente de saúde. Então ele ser acolhido desde o início, por exemplo, ele pode lembrar de alguma coisa depois que sair da consulta, então ter acesso à enfermagem, acesso a quem perguntar mesmo depois, isso facilita também a adesão, ter pós consulta da enfermagem, eu acho que seria um facilitador. Os acessos às medicações às*

*práticas, por exemplo, da fisioterapia, acho que facilita. Uma consulta interdisciplinar que várias profissões falam a mesma linguagem, ou essa organização que faz do papel, qual é o horário do remédio, cada coisinha num papel só para pessoa ter uma rotina no dia, para lembrar, ajuda.*

**IC6 – Você prescrever tratamentos factíveis e que são disponíveis. (N= 4)**

*DSC6 – Você explicar para os pais os efeitos colaterais, o que pode acontecer, o que pode dar errado, explicar o que é a medicação. Por exemplo, a Ritalina, é uma medicação que os pacientes têm muito medo. Você explicar que não causa dependência, que não é uma medicação perigosa, que não faz mal para o cérebro ajuda muito. Você dar a receita até o retorno também ajuda muito para ele não ter de ficar vindo aqui trocar a receita. Você diminuir a quantidade de medicamento e de vezes ao dia que tem de usar a medicação também facilita muito. De tratamento, você prescrever tratamentos factíveis e que são disponíveis e acho que é isso. Se o paciente começa a usar alguma coisa e melhora clinicamente, ele se sente melhor, também acho que vai ajudar a aderir mais*

**IC7 – Como o paciente enxerga a doença (N= 2)**

*DSC7 – E acho o que ajuda muito é como o paciente enxerga a doença. E como ele enxerga tomar a medicação. Se ele aceita bem, se ele já encaixa isso na rotina dele e aceita numa boa, acho que vai super bem. Quando o paciente está positivo em relação ao tratamento ele tende a fazer o uso, a forma com que ele enxerga a doença faz muita diferença. Os pacientes positivos, que vem animados, vem dispostos a tratar é mais fácil eles aderirem, porque aqueles que vem já achando ruim de ter a doença, de ter o diagnóstico e de ter que usar uma medicação para isso.*

**IC8 – A gravidade da doença (N= 2)**

*DSC8 – A gravidade da doença, porque às vezes quando é uma doença não perceptível, tipo lipodislipidemia, ele não sente nada, então ele acha que pode ficar bem mais solto. Agora quando é uma doença mais séria, mais crônica, aí eles terminam aderindo, assim, aderindo não, mas vindo mais às consultas. E fazendo o que o que a gente pede com uma certa frequência. Às vezes tem pessoas que parecem só aderir quando percebem as complicações possíveis, quais as consequências da não adesão.*

**Questões 8 e 9 - Quais os fatores que dificultam a adesão? E existem características de comportamentos que dificultam essa adesão?**

**Ideias Centrais**

|   |                             |                             |                                     |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Eu acho que o nível sociocultural é uma coisa que dificulta bastante</b> | <b>O tipo de tratamento</b> | <b>A estrutura Familiar</b> | <b>A dificuldade de compreensão</b> | <b>O tempo de consulta.</b> |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|



|  |                             |   |
|--|-----------------------------|---|
| <b>Quando a relação médico-paciente não é boa.</b> | <b>A negação da doença.</b> | <b>A adesão dos pacientes crônicos, dependendo da gravidade também.</b> |
|--|-----------------------------|---|

### **IC1 – Eu acho que o nível sociocultural é uma coisa que dificulta bastante (N= 16)**

**DSC1** – *Eu acho que o nível sociocultural é uma coisa que dificulta bastante. Então quanto mais baixo, às vezes, pior a adesão, até por dificuldade de vir a consulta, adquirir remédios, falta de acesso geográfico, mora longe, não tem condição de pegar, de levar, de trazer. Algumas coisas propostas eles botam como barreiras, vou dar um exemplo, no caso do paciente obeso, né? Eles botam como uma desculpa de não estar fazendo atividade física, não ter dinheiro para pagar academia e a gente fala: olha, mas pode fazer caminhada. É de graça, né? Mas eles falam: olha, na região que eu moro é muito violenta, não tem como fazer. Além disso, tem caso em que a pessoa que administra nunca veio a consulta, porque não tem grana para pagar a passagem, então acaba vindo um acompanhante que não é responsável pela administração da medicação. São pacientes, às vezes, analfabetos funcionais ou mesmo analfabetos, que tem muita dificuldade de compreender o que tem. Entra também a escolaridade materna. Desse modo, algumas vezes para uma criança maior, temos que buscar apoio na própria criança que às vezes tem uma instrução melhor do que seus pais. Logo, famílias pobres, famílias sem instrução tem mais dificuldade. Mas eu acho que isso pode ser contornado se o paciente entende. Porque às vezes a gente vê pessoas que faltam esses recursos econômicos, mas se você dá um passe livre e ele entende, ele vem. Ontem atendi um paciente, ele usa enquanto ele tem e às vezes a família não pode vir buscar porque arrumou um trabalho e ninguém pode vir. Às vezes eles não tem dinheiro para vir buscar o medicamento. Outros a família não sabe orientar direito o uso e por mais que a gente explique, o nível cognitivo é baixo, não entende a importância. Tem vários que a gente tenta, fala, repete, e quando você vê, parece que você entregou uma receita de bolo para eles. A gente tem alguns pacientes que você vê que a cognição da família é prejudicada, e isso reflete até no paciente, então a gente vê pacientes que vão mal na escola, mas às vezes não tem nenhum déficit neurológico, e a gente vê que é falta de estímulo da família. A família que tem uma cognição um pouco mais prejudicada, por falta de um estímulo que vem de gerações. Criança pequena depende da família para usar e muitas vezes o pai, a mãe, ou responsável não sabe ler, tem uma dificuldade de compreensão. Tem pacientes aqui que pedimos para fazer a aplicação da medicação e depois de muito tempo não vemos resultado, nós acabamos percebendo que aplicavam errado, que administrava errado. O paciente não consegue compreender o que ele tem, que a doença é crônica e não entende para que é que serve aquela medicação.*

### **IC2 – O tipo de tratamento (N= 9)**

**DSC2** – *A gente nota principalmente nas doenças mais crônicas, que você tem que usar medicações diárias, de uso contínuo que é mais difícil a pessoa aderir, às vezes acha que está melhorando, normalmente melhora, acaba parando. Quando a criança está muito bem, às vezes eles não entendem que está muito bem por causa da medicação. Às vezes o paciente estar ótimo é uma coisa que diminui a adesão. Outros eles acham que estavam melhorando e pararam de usar. Acha que como estão melhor não precisa mais. Além disso, a utilização de muitas medicações, o método como elas são utilizadas, o uso dos dispositivos, o tipo de*

*tratamento - agulha é pior do que comprimido, os efeitos colaterais, os horários da terapêutica, são dificultadores muito grandes.*

**IC3 – A falta de organização das famílias, a estrutura e a dinâmica familiar ruim. (N= 6)**

*DSC3 – A falta de organização das famílias, a estrutura e a dinâmica familiar ruim, são barreiras. Porque se tem uma família desestruturada é mais difícil você ter uma aderência. Quando o paciente não tem um bom relacionamento com os pais, e na alergia tem muita medicação que é o uso de bombinha que as vezes precisa do pai, da mãe, de alguém para ajudar, para lembrar, e quando eles não têm um bom relacionamento eu vejo que isso é uma piora também. Outro fator é quando os pais são separados, mora um dia na casa do pai, outro dia na casa da mãe, leva as insulinas, leva o Gh, leva o hormônio tireoidiano. Às vezes o fator econômico não interfere, mas o ambiente familiar está ali prejudicando. Tem algumas depressões, às vezes vejo as mães muito cansadas, desanimadas, meio deprimida, então a falta de apoio do casal; o casal as vezes está afastado, o emocional deles as vezes atrapalha, desanima. A mãe um pouquinho sobrecarregada. Os pacientes crônicos acho que sobrecarregam um pouco o emocional, muda muito a rotina da casa, quando tem mais de um filho, às vezes, o outro irmão solicita um pouco mais a mãe, isso sobrecarrega o emocional da cuidadora. A mãe vem um pouco sobrecarregada, e aí as vezes ela precisa dormir mais, falta uma medicação, um horário, deixa de fazer algumas coisas porque está cansada, e aí sinto que atrapalha.*

**IC4 – A dificuldade de compreensão (N= 5)**

*DSC4 – A dificuldade de compreensão, de entendimento da doença, de para que serve o tratamento, porque mesmo pessoas que tem um bom nível educacional, às vezes não conseguem compreender o que é a doença, tem acesso a informações inadequadas, como de Internet e não entendem que precisam usar ou acham que a medicação vicia. Às vezes é uma questão de que o pai acha que precisa e a mãe acha que não precisa. São problemas sociais, independente de nível e de classe social. Porque às vezes a gente vê pessoas que faltam esses recursos econômicos, mas se você dá um passe livre e ele entende, ele vem. Não acreditar no remédio, às vezes por receio, porque nós na neuropediatria usamos muito remédio controlado. Assim, o receio às medicações controladas. E o paciente se comprometer com o tratamento dele também. O médico falou, tem que fazer, e pronto. Ele não se envolve também, não se compromete que uma parte do tratamento é ele que tem que fazer.*

**IC5 – O tempo de consulta. (N= 3)**

*DSC5 – Às vezes a gente não tem tanto tempo na consulta para avaliar se a pessoa realmente entendeu o que está sendo falado, então você teria que perder um tempo maior para explicar ou tentar fazer outra coisa para ela entender. Enfim, o tempo de consulta.*

**IC6 – Quando a relação médico-paciente não é boa (N= 3)**

*DSC6 – Quando a relação médico-paciente não é boa você não vai ter a adesão. O comportamento do médico também. Por exemplo, a gente fala, ou escreve na receita, ou fala o nome do remédio. Você coloca: “você tem que tomar de 12 em 12 horas”. Na sua cabeça, o paciente sabe que de 12 em 12 horas é duas vezes ao dia, mas não é. Já aconteceu do paciente dar 12, meio dia, e no outro dia meio dia, porque não entendeu. Então eu acho que a dificuldade*

*do médico comunicar para o paciente, pode dificultar a adesão sim. E também a imposição: “você tem que fazer isso e pronto, acabou, e é assim”. De alguma forma você tem que envolver o paciente no tratamento dele também.*

**IC7 – A negação da doença e da gravidade (N= 2)**

*DSC7 – A negação da doença e da gravidade do que pode vir a acontecer é uma barreira grande. Às vezes o paciente nem está tão bem, mas “o meu filho não precisa disso”. No caso de autista: “meu filho não é autista. Ele só tem um atrasozinho. É o tempinho dele”. E aí não vai atrás. Uma das coisas que contribuem demais é a negação. Tem uma mãe que é obesa, um pai que gosta de comer besteira dentro de casa o tempo inteiro. A criança já está com obesidade e eles dizem que ela só tem sobrepeso.*

**IC8 – A adesão dos pacientes crônicos, dependendo da gravidade também. (N= 1)**

*DSC8 – A adesão dos pacientes crônicos é, lógico dependendo da gravidade também, são barreiras a adesão. Doenças crônicas, ao mesmo tempo que o paciente vem mais, mas ele também cansa do tratamento. O renal crônico vai ser diferente do paciente que faz uso de injeção para crescimento. Ele quer crescer, mas ao mesmo tempo a injeção todo dia, não tem uma gravidade, não vai morrer se não fizer.*

Nas quatro perguntas acima descritas, foi avaliada a percepção dos participantes acerca dos fatores que facilitam a adesão ao tratamento e fatores que se constituem barreiras para esse processo. Nesse sentido, a partir da análise proposta por meio do Discurso do Sujeito Coletivo, conseguiu-se identificar as cinco dimensões que influenciam a adesão ao tratamento como proposto pela OMS (2003). Contudo, algumas temáticas como “estrutura familiar”, “relação médico-paciente” e “compreensão acerca da doença” se destacaram devido a sua frequência e relevância dada pelos participantes e, portanto, foram apresentadas de forma separada. Cabe ressaltar, no entanto, que é necessária a compreensão de que esses fatores, muitas vezes, estão ligados e tem influência entre si. Optou-se também por destrinchar essas quatro perguntas de forma conjunta, pois eles se repetiam e se completavam na análise dos discursos.

Em ambos os grupos de perguntas, fica evidente o papel da dimensão socioeconômica na adesão do paciente à terapêutica (DSC4 e DSC1). Essa dimensão, conforme apresentado nos discursos, influencia a adesão devido, primeiramente, a questão financeira que impacta na compra de medicamentos, de alimentos (para os tratamentos dietéticos ou mesmo medicamentoso que necessitam da ingestão de alimentos), acesso ao hospital e farmácias, por falta de transporte ou pelo custo deste, práticas de atividades físicas devido ao custo ou mesmo à violência do local onde reside. O segundo fator indicado e que foi dada grande relevância é a baixa escolarização, principalmente, dos cuidadores e acompanhantes. Eles pontuam que a dificuldade de compreensão provocada por questões cognitivas e de letramento. Por serem

doenças crônicas, muitos tratamentos são complexos e exigem habilidades cognitivas, tais como raciocínios lógicos e deduções, para a execução. Como referido, a forma de uso de alguns medicamentos, o horário e qual medicamentos precisam ser seguidos de forma correta para um bom resultado terapêutico. Essa visão apresentada nesses dois DSC's é concordantes com a teoria de que um nível maior de educação dos pacientes está associado a uma melhor compreensão da doença e no uso de medicamentos e inaladores no caso da asma Emilio, et al., 2019).

Tendo em vista a dimensão da doença, os DSC's2 pontuam o impacto da gravidade e cronicidade da doença na adesão ao tratamento. Esses discursos indicam que o tratamento das doenças que apresentam consequências graves ou que são consequências a curto prazo, tendem a ser mais seguidas e realizadas com mais atenção. O DSC's3, por sua vez, corresponde a dimensão do tratamento. Nessa perspectiva, os discursos apresentam que as características do tratamento como tipo de tratamento, forma de aplicação, efeitos colaterais, disponibilidade do tratamento, complexidade da terapêutica e quantidade de medicamentos influenciam a adesão à terapêutica pelos pacientes. Uma quantidade menor de medicamentos a serem administrados, a tomada de comprimidos ao invés de aplicação por agulha, o estabelecimento de horários mais coerentes com a rotina do paciente, efeitos colaterais menores são exemplos apresentados nesses discursos. Além disso, é pontuado que a resposta positiva ao tratamento pelo manejo dos sintomas tem poder (positivo) sobre a adesão. Porém, os discursos se distinguem nesse ponto, uma vez que o DSC sobre os facilitares refere acreditar em uma melhor adesão com o resultado positivo do manejo de sintomas, o DSC que trata das barreiras indica que a melhora dos sintomas diminui a adesão, pois o paciente acredita que está curado e que não há a mais a necessidade do tratamento.

No DSC3 dos facilitadores e no DSC4, mais uma vez é destaque a questão da compreensão do paciente e familiar acerca da doença, tratamento e consequências da adesão/não adesão. Nesse discurso, no entanto, a compreensão vai para além do aspecto cognitivo da compreensão, mas uma dimensão individual em que as crenças do paciente e familiar influenciam na percepção sobre a doença e tratamento. Dentro dessa perspectiva, embora o familiar tenha instrução, seja letrado, muitas vezes, há a falta de explicação e orientação acerca dos aspectos relacionados ao tratamento e essas informações são acessadas em outros meios como internet, conhecidos, televisão, dentre outros. Pode-se pensar a partir desses discursos sobre a teoria do letramento funcional em saúde tratada por Chehuen Neto e colaboradores (2019) em que um déficit nessa área pode comprometer as ações de autocuidado. Embora seja uma dificuldade comumente relacionada ao indivíduo, esses autores destacam que,

não se pode considerar como o único determinante da não compreensão, pois, muitas vezes, há uma inabilidade do profissional de saúde de reconhecer esse o grau de letramento funcional em saúde do paciente, bem como adaptar sua linguagem para uma maneira compreensível ao paciente.

Nos DSC'5 de ambas as questões são indicados os fatores ambientais, da instituição de saúde que facilitam ou atrapalham esse processo. Os discursos destacam que a presença e disponibilidade de acesso às equipes interdisciplinares, bem como o acesso ao tratamento (medicamentos por meio da farmácia, fisioterapia, fonoterapia, dentre outros) são aspectos positivos e que auxiliam o seguimento da terapêutica. Além disso, é ressaltada a importância de um ambiente ser acolhedor para a criança e familiar na adesão. Por outro lado, destacam que o (reduzido) tempo de consulta estabelecido pela instituição dificulta o processo de adesão. Esse aspecto é apresentado em discurso posterior de forma mais detalhada pelos participantes.

A dimensão do indivíduo também foi retratada pelos DSC's 6 em que se descreve os aspectos psicológicos do indivíduo como facilitadores e barreiras ao processo de adesão ao tratamento. Nesse caso, é pontuada a aceitação/negação da doença pelos paciente, mas principalmente pelos pais que tem dificuldade de aceitar e perceber essa vulnerabilidade da criança. Destaca-se, também, nos discursos a postura da criança/adolescente frente ao tratamento. Se positiva, a criança tende a aderir melhor do que a criança que vê o tratamento e a doença como algo difícil e ruim. Ainda nessa dimensão, a estrutura/dinâmica familiar é expressamente retratada nos DSC's 7 como um fator de grande relevância para a adesão ao tratamento em pediatria. Para eles, a família estar estruturada e organizada é preditor de maior apoio, dedicação e engajamento no tratamento da criança, principalmente com a divisão da sobrecarga provocada pelos cuidados em saúde. Sem uma organização familiar, a criança fica sem uma rotina de tomada de medicamentos e, muitas vezes, a responsabilidade é passada para elas sem demais orientações.

A dimensão da instituição e da relação médica é caracterizada por ambos os discursos em que se apresenta os fatores da relação médico-paciente e familiar para uma boa adesão a terapêutica. Esses discursos retratam a importância de uma relação horizontalizada, de confiança, parceria e amizade entre o médico, paciente e família para que estes últimos se sintam acolhidos e confortáveis de questionarem, referirem dúvidas e indicarem as dificuldades que enfrentam. Outro aspecto relevante descrito nos discursos é o papel da comunicação clara e adaptada para uma melhor compreensão do paciente e cuidador acerca da doença e tratamento, corroborando o aspecto da importância do profissional de saúde em adequar suas orientações de uma maneira que seja compreendido e absorvido pelo usuário.

**Questões 10 e 11 - Você aborda temas relacionados com a adesão com o paciente ou familiar? Você faz isso toda a consulta ou tem um momento específico dessa consulta?**

### Ideias Centrais

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>Sempre abordo, eu acho importante</b> | <b>Só se eu perceber que está tendo dificuldades especificamente</b> | <b>Eu pergunto o porquê não fez, se houve algum problema</b> | <b>Aquela abordagem sem mostrar os erros, tentando não julgar</b> |
|--|--|--|---|

#### **IC1 – Sempre abordo, eu acho importante**

**DSC1** – *Sempre abordo, eu acho importante. Todas as consultas nós checamos as orientações e as medicações. Acho que é praticamente durante a consulta toda, pois a gente vê o que está acontecendo você faz perguntas clínicas, pode trabalhar a adesão nessa hora, na outra parte que a gente trabalha é quando está checando os remédios que usa, e aí ele vai falando e vamos percebendo, então se eu perceber que a mãe não sabe nada, entramos nessa situação ou no final quando vamos ler os exames que aí vê se melhorou ou piorou, algum dado importante do exame mesmo, então depende da situação porque são vários momentos, e na própria consulta interdisciplinar que vamos conversar. Em transplantados, hepatite autoimune, em toda a consulta. As consultas de seguimento eu acho que são muito voltadas para a própria adesão do paciente, porque antes de você saber que uma programação que você fez não deu certo, o primeiro passo é saber se ele aderiu. Porque se não, é como eu falei, toda consulta a gente tem que voltar nessa parte, seja se é uma dieta, se tem uso de medicamento envolvido, mas você tem que estar sempre voltando e explicando. Então eu costumo sempre voltar, em toda consulta, para ver como está essa questão da adesão. Para o diabético e a aplicação de medicações injetáveis nós sempre perguntamos se está aplicando.*

#### **IC2 – Só se eu perceber que está tendo dificuldades especificamente**

**DSC2** – *Só se eu perceber que está tendo dificuldades especificamente. Só faço se eu perceber que não aderiu ao tratamento, do contrário, assim rotineiramente eu não pergunto. Normalmente a gente chama mais a atenção quando está com a má adesão, quando vejo que o paciente não está fazendo as mudanças, retorna e não teve mudança, converso então fazemos algumas abordagens de que, às vezes, sugere um atendimento terapêutico com aquela família, ou família toda, ou especificamente com o paciente ou com o cuidador mais próximo, que eu preciso que ele tenha essa adesão ao tratamento. Quando está indo muito bem, a gente acaba não falando muita coisa. Então acaba que nos que eu vejo que estão fazendo tudo direitinho, os exames estão todos normais, eu acabo não abordando de forma tão enfática essa questão da adesão*

#### **IC3 – Eu pergunto o porquê não fez, se houve algum problema**

**DSC3** – *Eu pergunto o porquê não fez, se houve algum problema, enfim, é a adesão que tá ruim, não está usando a medicação, está em falta, ou está usando de forma errada, a dose tá menos que a prescrita. e peço até para o próprio paciente me indicar onde houve o erro. Às vezes a mãe ou o próprio paciente fala: “eu comi muita besteira, engordei porque parei de fazer atividade física”. Então o próprio paciente indica, e nesses casos a gente acaba reforçando. Assim, se a gente fizer uma programação para o paciente, a gente sempre pergunta se ele está conseguindo fazer, se está cumprindo horário, a rotina que a gente pediu que fosse feita, se não faz, o porquê ele não faz, então eu vou checar o que aconteceu. Mas não é impositivo, porque senão acabamos afastando em vez de ajudar*

#### **IC4 – Aquela abordagem sem mostrar os erros, tentando não julgar**

**DSC4** – *Primeiro, aquela abordagem sem mostrar os erros, tentando não julgar, no final eu vou dar um feedback para ele, falar: “olha, isso aqui não está legal, poderia estar diferente”, quando o paciente fala e você já vai pontuando o que está incorreto a pessoa vai ficando na defensiva e acaba não respondendo as coisas com muita liberdade, acaba respondendo o que acha que você quer ouvir. Como eu pergunto tudo e depois eu dou o feedback, eu acho que eu consigo a abordagem na forma mais suave das coisas. Deixamos no ar o que está acontecendo para ele está assim, pior, então eles vão pensar, e nessas reflexões acaba surgindo essa situação “Ah, ele não está usando o remédio. Eu penso que se a consulta for superficial fica sem saber, eu percebo que para o paciente é mais cômodo, e para gente acaba sendo cômodo, mas se a gente for fazer realmente uma consulta tem que deixar um espaço meio vazio para que eles falem, então as vezes a gente fala “Olha, piorou a função pulmonar” poxa, o será que está acontecendo, tem que pensar em algumas possibilidades, então eu deixo uma pergunta e as vezes o próprio paciente fala, fala assim: “Ah, porque não está fazendo tal remédio, não está fazendo fisio”. Ou o contrário “poxa, você melhorou, o que você está fazendo de diferente?”, porque as vezes não fez nada, é só coincidência, ou as vezes fez: “olha eu consegui fazer fisio agora todo dia”, então você começa a entender, mas depende do que o paciente traz ou apresenta tanto para melhor como para pior. Ai eu deixo meio aberto para se refletir. Deixo um pouco mais livre. Porque se nós perguntamos assim: o que nós combinamos? Quantos por cento você fez, logo de cara, a tendência é que ele se dê uma nota melhor do que realmente ele está fazendo. Então por exemplo, “nós combinamos que iria parar de usar vassoura dentro de casa. Isso foi feito?”*

O DSC1 expõe que é sempre importante abordar a temática da adesão, independentemente de o paciente apresenta boa ou má adesão. Apresenta, assim, que, além da sua importância, devido ao roteiro de consulta, esse tema sempre é abordado e ocorre durante todo o atendimento. No entanto, o DSC2 indica que apenas nos casos de não adesão e de resultados negativos, a adesão é investigada e trabalhada em contexto de atendimento. Os dois seguintes DSC se referem ao tipo de abordagem que os profissionais fazem acerca da adesão ao tratamento em conjunto com o os pacientes e profissionais. No DSC3 é descrito que o motivo do mau resultado dos cuidados em saúde é investigado, bem como o motivo da não adesão. Enquanto que o DSC4 indicou abordar a adesão negativa ou positiva de forma livre, sem julgamentos e de forma a proporcionar a resposta mais fidedigna possível acerca do tratamento.

Fica claro a partir dessa questão que não há uma uniformidade entre os profissionais acerca da importância e da prática voltada para a abordagem da temática da adesão ao tratamento, embora seja considerada um problema mundial.

## Questões 12 - Você utiliza estratégias específicas para promover a adesão do paciente?

### Ideias Centrais

|  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| A gente explica a importância de fazer o tratamento. | Reunião com os pais para ver se ajuda | Nós desenhamos como é que é para fazer |
|--|---------------------------------------|--|

#### IC1 – A gente explica a importância de fazer o tratamento. (N = 11)

*DSC1 – Só realmente a conversa no geral mesmo. A gente explica a importância de fazer o tratamento. Então toda consulta, ainda mais paciente crônico, a gente senta, orienta, explica a importância. Retoma o que ele entende da doença, o que essa medicação poderia fazer para ele, por que ele está usando, tento reforçar que está usando aquela medicação por um motivo necessário, então essa parte educativa a gente aborda assim. Portanto, o que fazemos é mostrar para o paciente ou para o cuidador quais são as possíveis consequências da falta de adesão ou no caso de já haver uma consequência nós mostramos “olha aqui, aconteceu isso”, tentamos mostrar. Eu sou muito visual, eu gosto de mostrar para o paciente “olha esse exame aqui, olha esse, lembra o que você fez que ficou diferente? Olha, o resultado foi esse”. Eu acho que temos que convencer o paciente o máximo a tratar a doença, o tanto que aquela medicação é importante, como se eu estivesse fazendo uma propaganda, isso eu tento fazer sempre. Eu sempre gosto de explicar bem o que é a doença e no que o tratamento vai ajudar na doença, e eu dou os exemplos para o paciente do que pode acontecer sem o tratamento, não é fazendo terrorismo, é só para ele ter noção do que ele perde se ele não usar e eu gosto de deixar bem claro a necessidade do medicamento, dou exemplos bem práticos. Se você acha que ele não entendeu direito, você tem que esclarecer. A gente que conhece a doença, que conhece a evolução e que conhece o prognóstico - informar adequadamente. No nosso caso tem a questão da família acompanhando, porque a família na verdade é o que vai conduzir isso, então é explicando e tirando as dúvidas. Às vezes a mãe também não aderiu porque ela também não tem dimensão do impacto, de não aderir ao tratamento da criança e do que isso pode repercutir na vida do filho dela no futuro.*

#### IC2 – Reunião com os pais para ver se ajuda (N= 3)

*DSC2 – Além disso, nós estamos fazendo reunião com os pais para ver se ajuda, grupos de WhatsApp para que eles conversem entre si, palestra de orientação em relação a asma, para ver se melhora a adesão*

#### IC3 – Nós desenhamos como é que é para fazer (N= 3)

*DSC3 – Às vezes nós desenhamos como é que é para fazer. Independente do nível cognitivo, nós vamos, desenhamos: “o senhor vai fazer assim, vai pegar esse aqui, vai pegar aquele ali”, faz o desenho do frasquinho, o desenho do solvente. Através do desenho - para mim é a melhor ferramenta - e analogias simples, eu, por exemplo, explico ao paciente o que é hipófise, o que são as glândulas e os hormônios. Aí eu vou explicando, vou desenhando e faço analogia. Por*



*exemplo: a hipófise é como se fosse o maestro da orquestra, as glândulas é como se fossem os instrumentos e a hipófise, que é o maestro, comanda o ritmo da música. É dessa forma que eu tento e eu vejo que os pacientes - muitos, inclusive - ficam com o desenho e é uma maneira melhor de eles entenderem a doença e assim eu consigo promover a adesão.*

Considerando que na identificação das barreiras e dos facilitadores da adesão foi descrito o aspecto da compreensão do quadro de saúde e tratamento, é coerente que dentre as estratégias específicas para promover a adesão seja indicada a explicação e conversa com pacientes e cuidadores sobre a doença e a importância do tratamento. Sendo assim, o DSC1 dessa questão apresenta que, em sua maioria, é adotada conversa para auxiliar na compreensão do processo de adoecimento, gravidade e riscos caso não haja a adesão. A fala do médico pode se configurar como um processo de convencimento por meio de ações que assustam ao apresentar as consequências, mas também esclarecem sobre a necessidade de mudanças de comportamento frente ao adoecimento.

Nesse sentido, poucos profissionais ressaltaram (N= 2) a utilização de outras estratégias informativas como material gráfico de panfletos, sites na internet e diretriz que, devido à baixa representatividade de ações, não se configurou como um DSC. Essa diretriz indicada consiste em um projeto desenvolvido pelo Hospital em questão que são cadernos com informações sobre a doença (por exemplo, diabetes mellitus, transtorno do espectro autista, dentre outros), o fluxo de atendimento, orientações aos pais e atividades propostas aos pacientes visando o seguimento da terapêutica e melhora da qualidade de vida.

Outra estratégia de promoção de adesão ao tratamento tratada no DSC2 é o estabelecimento de grupos, sejam físicos ou virtuais, de pacientes e pais para a troca de informações, bem como palestras informativas. Sabe-se que esses grupos também servem para a criação de vínculos e fortalecimento de rede de apoio social que auxiliam no enfrentamento da doença e consequente melhoria de comportamentos de adesão. Tendo em vista o público pediátrico e, muitas vezes, com menor índice de alfabetismo dos acompanhantes, o DSC3 ressalta o uso de estratégias para melhor explicação sobre a doença e tratamento a esse público que é por meio do desenho e das metáforas.

Outras alternativas indicadas uma única vez foram o estabelecimento de metas a serem cumpridas até a consulta seguinte. Essa estratégia colabora para a responsabilização e ressalta as competências do sujeito no processo de tratamento. Foi pontuado, também, a verificação do modo como o paciente e o cuidador usam o medicamento, seguida de demonstração do uso para aprimoramento da técnica. A partir dessa estratégia, é possível verificar possíveis erros e falhas na aplicação do medicamento e dificuldades no seguimento de orientações. Embora seja comum

o esquecimento da tomada de medicamento e confusão quanto a terapêutica prescrita, o uso de estratégias para intervenção quanto a esses aspectos foi também brevemente indicado pelo uso de um organograma e aplicativos para a recordação do uso do medicamento e orientação quanto aos horários e quais medicamentos.

Ressalta-se que nenhum participante indicou a utilização de metodologias e intervenções baseadas nos dispositivos do SUS citados nos capítulos introdutórios: clínica ampliada, projeto terapêutico singular e autocuidado apoiado. Esse aspecto deve ser visto com um olhar mais crítico de forma a problematizar o não aparecimento desses conceitos, uma vez que, pode-se acreditar que o alcance desses programas, bem como a formação e capacitação desses profissionais acerca do SUS não estão sendo realizadas de forma eficiente.

### **Questões 13 - Ao seu ver, de quem é a responsabilidade por avaliar a adesão do paciente?**

Nessa questão, por se tratar de uma questão do tipo fechada, os resultados obtidos são apresentados de forma quantitativa, pois os profissionais responderam pontualmente. Sendo assim, dez médicos indicaram que a responsabilidade por avaliar a adesão do paciente é de exclusividade médica, onze referiram ser a equipe de saúde, composta por equipe multidisciplinar e dois indicaram o paciente e familiar também como responsável.

Fica evidente nas respostas obtidas que a avaliação quanto a adesão ao tratamento do paciente depende muito dos profissionais de saúde envolvidos, seja por terem as ferramentas específicas para essa avaliação, seja pela importância da adesão para a condução do caso. Verifica-se que o papel da equipe multidisciplinar de saúde nesse caso é importante, haja vista, considerarmos que o paciente e o acompanhante vinculam com diferentes profissionais e se sentem mais confortáveis, bem como estabelecem relação de confiança que permitem um melhor acesso às informações pertinentes ao processo de adesão. Além disso, por se tratarem de profissionais de diferentes especialidades, cada um prioriza suas competências profissionais para avaliar a adesão.

### **Questões 13 - E de quem é a responsabilidade de intervir para promover essa adesão, né?**

#### **Ideias Centrais**

|   |                          |                        |
|---|--------------------------|------------------------|
| <b>Eu acho que é da equipe de saúde</b> | <b>Minha como médico</b> | <b>São as famílias</b> |
|---|--------------------------|------------------------|

**IC1 – Eu acho que é da equipe de saúde (N= 18)**

**DSC1** – *Eu acho que é da equipe de saúde. A intervenção e depende do motivo da falta de adesão. Eu acho que a primeira, dependendo do tipo de tratamento, acho que o primeiro sou eu que intervenho, depois, se eu precisar de outras ajudas vai depender do tipo de falta de adesão. Aí eu peço ajuda para outros profissionais. Às vezes eu preciso da escola para ajudar às vezes eu preciso de outras pessoas da equipe multi. A gente aciona outros funcionários de saúde, enfermagem, farmacêutico, a psicologia, mas todos falando a mesma linguagem. Geralmente eu referencio aqueles pacientes que eu acho que tem alguma coisa a mais do que eu detecto dentro da minha consulta, ou aquele paciente que não está indo bem no tratamento. Se a gente detecta que o problema é social, a assistente social atua para a gente tentar melhorar essa adesão. Eu acho que o apoio psicológico é bem fundamental, o psicólogo faz essa intervenção inicial, orientando sobre a importância. Se todo mundo estiver junto, a gente consegue mais adesão. Eu acho importante fazer uma conversa na equipe, falar a mesma linguagem importante, então todo mundo entendendo qual aquele problema para abordar, porque se cada um falar de um jeito ou acha de um jeito aí é difícil. Por exemplo no nosso caso, quanto tem uma adesão ruim, a gente marca uma reunião sem o paciente, com a família e mais alguns cuidadores próximos, vamos conversar sobre a evolução do paciente, o que está acontecendo, ouvir o que está acontecendo e envolver a família, então todo mundo tem que participar, é a equipe toda. Conversamos entre a equipe, chegamos a uma conclusão, conversamos com eles e entende o que está acontecendo do lado de lá para poder ter uma estratégia um combinado, fazemos um combinado toda consulta.*

**IC2 – Minha como médico. (N= 4)**

**DSC2** – *Minha como médico. É porque às vezes acabamos esperando que por terem sido orientadas as pessoas consigam fazer aquilo que esperamos delas. Se a gente está avaliando e algo não está adequado, nós é que precisamos intervir nisso. O médico é fundamental. Agora, cabe ao médico também orientar em todas as consultas e ele pode intervir sim de forma positiva.*

**IC3 – São as famílias (N= 4)**

**DSC3** – *São as famílias, infelizmente cabe a elas, isso eu não posso fazer por eles. Portanto, considerando que é um menor de idade, se existe uma orientação médica para a adesão, quem toma conta disso em casa é o pai e a mãe, não é a criança. Independente da condição clínica da criança, quem tem de cuidar dessa adesão em casa são os pais, ponto final. O menino pode ter 16 anos, mas a responsabilidade é do pai e da mãe. Eu acho que toda consulta é responsabilidade do médico checar a adesão e aí, ele fazendo essa prescrição, cabe a responsabilidade de isso acontecer em casa é dos pais.*

Não diferente do que encontrado no DSC3 da pergunta três, os profissionais indicaram que as intervenções para promoção de saúde devem ser feitas por equipe multidisciplinar. Nessa perspectiva, o DSC1 descreve a necessidade de que a equipe esteja integrada de forma a trabalhar em conjunto para a promoção da adesão ao tratamento, sendo cada especialidade responsável por intervir na área que lhe compete e de acordo com o motivo da não adesão

avaliado. Há um destaque maior para o serviço de psicologia e de assistência social nessa intervenção, pois é referido barreiras relacionadas às questões socioeconômicas e individuais. Embora o papel da psicologia e do serviço social sejam referidos com frequência pelos participantes, pontua-se que há a possibilidade, pautada na prática profissional da autora dessa dissertação, que eles não têm clareza sobre os serviços prestados por essas duas profissões e delegam a esses serviços atividades que poderiam ser feitas por cada profissional de saúde e minimizadas as barreiras com intervenções simples de acolhimento e escuta qualificada. No DSC2, é indicado que a responsabilidade por intervir é do médico por meio de orientações e informações. O DSC3 responsabiliza a família, unicamente, pela promoção da adesão ao tratamento, indicando que é ela quem irá realizar as atividades diariamente e que não devem passar a responsabilidade sem supervisão aos filhos.

#### **Questões 14 - A idade do paciente influencia sobre o processo de adesão?**

##### **Ideias Centrais**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Quando ele é pequeno a responsabilidade é mais familiar</b> | <b>Eu noto uma maior resistência dos adolescentes em geral</b> | <b>A medida que ele vai crescendo, a mãe passa a responsabilidade para ele</b> |
|--|--|--|

#### **IC1 – Quando ele é pequeno a responsabilidade é mais familiar (N= 15)**

*DSC1 – Quando ele é pequeno a responsabilidade é mais familiar, daí a adesão é melhor porque a mãe, geralmente, no primeiro ano, está do lado da criança o dia inteiro. Quando o paciente é menor não têm noção, então depende do pai para tomar a medicação corretamente, a mãe consegue dar e pronto. Ele não se manifesta, não reclama. Assim, em relação a aderir o tratamento em crianças que são menores de idade, eu credito a maior responsabilidade naturalmente aos pais, a mãe que é responsável pelo tratamento, pois a criança menor depende totalmente da família. Então eu preciso que a família esteja junta comigo entendendo para poder estar sempre reforçando para a criança, ajudando-a, se a família não ajuda, não tem o que a gente esperar do menino. Se é uma criança menor e que a mãe também não contribui muito, aí não tem resultado nenhum, porque você depende muito do fator materno, da mãe e do pai participarem do processo que você solicitou que fosse feito para ver o resultado. Assim, tem crianças pequenas que tem uma baixa aderência, porque fica tudo por conta da mãe e a família vitimiza demais a criança. Às vezes, o menino maior ajuda aquela família a utilizar, a lembrar da medicação e tudo mais.*

#### **IC2 – Eu noto uma maior resistência dos adolescentes em geral (N= 13)**

*DSC2 – Adolescente é terrível, é triste para a adesão, já é uma fase difícil, crítica, porque passa a responsabilidade do pai para a pessoa. Por mais que ele seja menor de idade, a responsabilidade já é dele. E às vezes o paciente que é mais revoltado. Começa a usar álcool,*

*drogas e aí o remédio deixa às vezes mais para beber ou toma o remédio e fica mais sonolento. Vai parar de beber? Não, vai parar de usar o remédio. Na adolescência já envolve o lado comportamental da adolescência de querer influenciar no tratamento. De muitas vezes negar, não aceitar usar a medicação, é uma fase que questiona tudo e quando tem um tratamento a seguir, às vezes, eles não querem seguir. Eu noto uma maior resistência dos adolescentes em geral, há um processo de negação muito grande, principalmente das doenças crônicas, existe aquela rebeldia própria da idade. Portanto, adolescente é assim: ou ele sozinho usa, acha que ele é responsável também pela situação, ou ele se rebela e não usa. É uma idade sim que dificulta. O adolescente, por si só, ele é mais sem noção, então a gente vê que o paciente ali quando ele chega por volta dos 10 anos, 11 anos é um paciente que não está muito afim de continuar fazendo a medicação, é um paciente que, às vezes, abandona e depende do adulto. A gente tem adolescente que a mãe dá o remédio na mão para tomar, e joga fora. Nos pacientes diabéticos, a adolescência é mais difícil porque os pais acabam que às vezes perdem o controle ou acham que o filho já é um adulto e que pode se virar. A gente tem paciente adolescente que tem doença no fígado, e quando chega aqui a gente vê o uso de droga. A aderência com o uso hidratante para adolescente é difícilimo*

### **IC3 – A medida que ele vai crescendo, a mãe passa a responsabilidade para ele (N= 7)**

**DSC3** – *A medida que ele vai crescendo, a mãe passa a responsabilidade para ele, porque tem coisa para fazer, às vezes ele vai à escola, os pais ficam mais tranquilos e deixam por conta deles tomarem os remédios. Essa fase é mais difícil, porque a criança tem que assumir a responsabilidade do seu tratamento. Logo, quando ele é adolescente, ele já entra, porém começa a esquecer, a mãe já confia nele, mas ele não tem aquela responsabilidade ainda. E mesmo aquelas famílias que procuram ser cuidadosas e fazem tudo certinho quando chega na adolescência é natural a sua transferência da responsabilidade aos poucos para o adolescente e isso influencia bastante.*

Por se tratar de público pediátrico nesse estudo, verifica-se que a adesão ao tratamento é percebida de forma diferente se comparada a adesão ao tratamento na vida adulta. Dentro dessa perspectiva, o DSC1 reforça que com crianças menores, a cobrança acerca da adesão é feita aos pais e responsáveis pelos pacientes, principalmente às mães que, dentro da nossa realidade, se configuram como as principais cuidadoras em contextos de saúde. Assim, é referido que se os cuidadores não têm essa responsabilidade, esse cuidado e não colaboram para o seguimento da terapêutica, conseqüentemente a adesão da criança não é boa, uma vez que ela é dependente de forma total dos seus cuidadores. Essa percepção passiva da criança diante do tratamento, desconsidera a participação desta devido à percepção de seu pouco desenvolvimento cognitivo, de habilidades e competências.

No DSC3 é apresentada a passagem de responsabilidade de cuidados com a saúde e seguimento de tratamento do cuidador para a criança a medida em que ela vai crescendo. Essa passagem é vista como um período difícil, pois confunde-se de quem é a responsabilidade pelo tratamento e credita-se a dificuldade de adesão a falta de amadurecimento do paciente, porém,

a necessidade de colaboração da criança ao tratamento, haja vista ela não estar mais sob os cuidados integral dos pais e responsáveis, é essencial nesse período.

Coerente com o senso comum acerca do período da adolescência, o DSC2 retrata um período de dificuldade a partir do uso de termos como “triste”, “sem noção”, “terrível”. Junta-se a essa ideia, a concepção de que o adolescente é rebelde, revoltado e apresenta estratégias recorrentes de negação quanto a doença. Assim sendo, esse discurso destaca a adolescência como um marco para a queda da adesão devido aos fatores supracitados, as comorbidades como o uso de drogas e a passagem total de responsabilidade para eles.

### Questões 15 - Em relação a participação da criança na consulta, qual a sua opinião?

#### Ideias Centrais

|  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <b>A gente faz a criança participar de toda a consulta</b> | <b>A gente tem que explicar na linguagem da criança</b> | <b>Mostra para ele a responsabilidade dele no tratamento</b> | <b>O correto, eu acho que seria a criança participar também, mas na maioria das vezes não acontece isso</b> | <b>A gente sempre tenta ser de uma maneira mais lúdica.</b> |
|--|---|--|---|---|

#### IC1 – A gente faz a criança participar de toda a consulta

**DSC1** - *A gente faz a criança participar de toda a consulta. Eu dirijo muito das perguntas à criança, inclusive, tem famílias que respondem pelas crianças e eu falo: “não, eu quero realmente ouvir da criança”, porque a criança se sente parte importante daquele tratamento, até para ver o que ela tem de percepção já do tratamento, afinal é ele que é o interessado. Quando vem adolescente aqui então, a gente conversa olhando direto para o adolescente. Nós tentamos envolver e perguntar para a criança. As crianças menores, elas não são responsáveis, mas elas têm já um entendimento. A partir do momento que a criança tem o entendimento é importante que ela participe. Explicamos, sempre perguntamos se ela tem alguma dúvida, se ela quer comentar alguma coisa. A partir de uns cinco, seis anos de idade, a criança tem de participar. Porque mesmo criança, às vezes, fala quando se esquece, se está tomando ou não tomando. Na grande maioria das vezes eles participam bem, e nesse caso, o adolescente, o paciente que já tem uma idade um pouco maior que os pequeninhos costumam participar de uma forma mais ativa, até porque eles estão mais interativos com a questão do uso das medicações, então muitas vezes eu pego acompanhantes, pais, responsáveis que quem conduz a consulta é a criança, ela responde o nosso score de acompanhamento, nosso asma control-teste e, às vezes, eles mesmos relatam quando tiveram que usar medicação, como é que foi realmente reconhecido o sintomas, então tem algumas crianças bem ativas. Ela tem que estar envolvida. Se ela é a paciente, ela tem que se sentir o personagem principal ali. Ela tem que falar, tem que falar o que ela está sentindo, o que ela acha e devemos ouvir. Tento sempre dirigir a maior parte das perguntas para a criança, para ela me responder. Às vezes, o pai já vem e responde. Às vezes, ele respondeu, e eu redireciono de novo para ver se ela vai me dando o feedback também. Eu costumo falar do remédio, às vezes a criança mesma fala: “o remédio*

*é ruim”, e aí eu explico que o remédio tem que usar, que é para o dodói da barriguinha, ou do fígado, dependendo do que a criança apresenta. É importante perguntar o que ela acha: “No colégio você usa esse remédio, como é que é lá, como é que você faz?” Geralmente perguntamos como ele passou, o que ele achou do tratamento. São tipos de sintomas que preferimos perguntar diretamente para a criança a para a mãe, qual o impacto da doença no dia a dia dela. Perguntamos: “você está usando a sua medicação?”, aí ele fala: “mãe, eu estou usando a medicação” eu digo não quem está usando a medicação é você, ou você faz assim “você tossiu ontem?”, aí ele pergunta “mãe, estou tossindo?” Não quem tosse é você, então você tem que dizer como é que está a cor da sua secreção, está bom? Ou às vezes fazemos assim: “você fez xixi ontem?”, e ele fica meio assim, mas o xixi é seu então quem tem que responder é você. Quando é com adolescente, às vezes a mãe já fala: “a senhora tem que falar com ele, porque eu já falei e não resolve”, então a gente tem que ser mais enfática com esse grupo.*

## **IC2 – A gente tem que explicar na linguagem da criança (N= 9)**

*DSC2 – A gente tem que explicar na linguagem da criança porque ela usa o remédio, para ela entender e querer usar e aceitar. A partir do momento que ela consiga entender que ela já tem idade suficiente para entender eu acho importante ser explicado. Quando eu peço uma ressonância eu já explico na consulta como vai ser o exame. Que não é para se preocupar, que não vai doer, enfim, eu explico na linguagem da criança o que eu pedi. Acho que ajuda bastante o informar para desmistificar. Quando converso com os pais, explico, mas aí viro para a criança e falo: “está vendo? Sabe aquele remedinho que você toma? Tem de deixar, tem de fazer”. Por exemplo, paciente diabético, que usa insulina. E dentro do que é possível, nós explicamos para ela também e quando ela demonstra interesse - porque, às vezes, a criança demonstra interesse em saber o que ela tem e o porquê que ela usa aquele remédio, sempre explico da maneira mais simples possível à criança. Quando vem com uma dificuldade de aprendizado, aí eu explico assim: olha, você tem potencial, você tem toda condição de aprender, você precisa melhorar isso ou aquilo. Primeira explicação tem que ser voltada para a criança. Se é um epilético: “você tem uma tendência a desmaiar, como eu tenho uma tendência a ser hipertensa. Eu tenho que tomar um remédio, você também tem que tomar”. Sempre num primeiro momento tento explicar à criança, voltar para ela, para ir construindo esse entendimento. Converso com eles e vou dando o feedback da doença e da evolução do quadro de acordo com o grau de compreensão da idade. Tem casos em que a criança mesma fala: “o remédio é ruim”, e aí eu explico que o remédio tem que usar, que é para o dodói da barriguinha, ou do fígado, dependendo do que a criança apresenta.*

## **IC3 – Mostra para ele a responsabilidade dele no tratamento (N= 5)**

*DSC3 – Mostra para ele a responsabilidade dele no tratamento. Por mais que a responsabilidade seja do pai, ela tem de entender que é dela a medicação, então acho que ela tem de ser inserida nessa responsabilidade. Tentamos mostrar que ele é responsável por aqueles sintomas, tentamos trazer ele para consulta dessa forma, dessa maneira de dizer: “Olha você é responsável pela sua medicação, e pelos seus sintomas”. Não sei se esse é o termo, mas você tem que empoderar a criança, mas claro, com as possibilidades que ela tem de entender e mostrar para ela que ela é importante na decisão ali, no tratamento, ou seja, de uma certa forma começar com uma responsabilidade supervisionada para depois ela adquirir essa responsabilidade independente.*

**IC4 – O correto, eu acho que seria a criança participar também, mas na maioria das vezes não acontece isso (N= 3)**

**DSC4** – *O que a gente pensa nem sempre acontece durante a consulta, porque às vezes você tem que ser rápido no atendimento, é muita gente, então o correto, eu acho que seria a criança participar também, mas na maioria das vezes não acontece isso. A gente se volta para a mãe, explica. Muito raramente a gente pergunta para a criança, por que não está aderindo, por exemplo, por que não está tomando, ou o que você está fazendo aqui, você sabe por que você veio aqui? Muito raramente. E normalmente o pai acaba cortando e falando muito. Às vezes a gente também não tem tanto tempo de tentar ver que que a criança, o paciente acha, acaba falando só com a mãe.*

**IC5 – A gente sempre tenta ser de uma maneira mais lúdica. (N= 2)**

**DSC5** – *Eu tento mostrar para a criança de forma divertida quando eu coloco a máscara, eu canto um pouco, tento contar para ela ir se acostumando, se adaptando e não ver sempre a medicação como uma coisa ruim, mas sim uma coisa que vai ajudá-la. Na hora de examinar, então brinco, a gente sempre tenta ser de uma maneira mais lúdica.*

É unânime a ideia de que a criança precisa participar da consulta, uma vez que ela é o foco da consulta pediátrica. O DSC1 descreve expressamente que a consulta pediátrica é dirigida à criança, as perguntas, explicações e orientações são feitas aos pacientes, não desconsiderando os acompanhantes e cuidadores, mas tornando o paciente mais ativo e participativo no processo de saúde. É referido que, algumas vezes, a criança redireciona as perguntas aos seus cuidadores ou estes tomam a palavra para si, isso pode estar relacionado com a prática ultrapassada em que a criança não tinha participação na consulta e que as perguntas eram direcionadas aos pais por considerarem eles mais capazes de responder sobre a saúde do paciente.

É apresentada no DSC3 a necessidade de, também, responsabilizar a criança quanto ao processo de tratamento, indicando as possibilidades de ação da mesma nesse processo e na tomada de decisão, mesmo sob a supervisão dos cuidadores. Para responsabilizar o paciente acerca do seu tratamento, é necessário que ele compreenda sobre a doença e importância do tratamento. Sendo assim, o DSC2 indica a necessidade de explicar à criança sobre a doença que possui e seu tratamento, até mesmo sobre os exames aos quais será submetida, utilizando linguagem adequada ao nível de compreensão da criança.

Não obstante a percepção usual de que a criança deva ser inserida na sua consulta médica, o DSC4 apresenta aspectos da realidade que interferem nessa participação. O discurso



descreve que devido ao tempo de consulta ser reduzido, é necessário que as interações sejam mais objetivas e diretas para a aquisição de informação e orientações, e, portanto, a comunicação é direcionada aos pais, não possibilitando uma maior participação da criança. Além disso, verifica-se, nesse discurso, que a opinião e vivência do processo de saúde do paciente através de sua própria fala é desconsiderada e apenas a fala dos cuidadores já possibilita uma compreensão total acerca desse processo. No DSC5 a abordagem com a criança é indicada por meio do lúdico para auxílio na adaptação, aproximação da criança com o medicamento e processo de exames.

**Questões 16 - Existem problemas de comunicação com a criança durante a consulta? E como são as estratégias que você utiliza? O que você costuma fazer?**

#### Ideias Centrais

|                              |  |   |  |
|------------------------------|--|---|--|
| A<br>limitação<br>da criança | É mais difícil<br>com adulto do<br>que com<br>criança. | Transformar a<br>linguagem técnica em<br>uma linguagem leiga e se<br>fazer compreender pelo<br>paciente | É sinceramente a gente<br>às vezes menosprezar a<br>capacidade da criança de<br>participar e entender. |
|------------------------------|--|---|--|

#### IC1 – A limitação da criança (N= 6)

*DSC1 – A limitação da criança se ela tem um grau de autismo, deficiência intelectual, doença neurológica. Problemas de comunicar com algumas mais novas, o entendimento da faixa etária vai ser diferente também.*

#### IC2 – É mais difícil com adulto do que com criança (N= 6)

*DSC2 – Para mim é muito mais fácil, é muito tranquilo fazer esse contato com eles, as vezes é mais difícil com a própria mãe. Eu acho que é mais difícil com adulto do que com criança. Eu lido melhor com criança do que com adulto*

#### IC3 – Transformar a linguagem técnica em uma linguagem leiga e se fazer compreender pelo paciente (N= 4)

*DSC3 - É a linguagem. Transformar a linguagem técnica em uma linguagem leiga e se fazer compreender pelo paciente. Assim, desde que usemos a linguagem para a idade específica, não teremos problema. Às vezes é muito difícil porque, às vezes, o abismo intelectual, educacional é muito grande, mas nós sempre temos que se esforçar para se fazer entendido, mas às vezes é muito, muito difícil, mas eu nunca desisto. Por exemplo, eu falo: “sabe o que que é? É um carocinho que tem aqui que quando está infectado aumenta de tamanho, então é isso que eu estou falando para o tio anotar, que não sei que, é uma coisa que a gente viu, mas não quer dizer que está doente”, enfim, eu tento falar de todo o jeito. Eu tento falar em uma linguagem seja pelo sexo, pela idade, de uma forma bem direta inclusive com a participação da criança*

**IC4 – É sinceramente a gente às vezes menosprezar a capacidade da criança de participar e entender (N= 2)**

**DSC4** – *Eu acho que o problema de comunicação é sinceramente a gente às vezes menosprezar a capacidade da criança de participar e entender, mas eu acho que em grande parte das vezes a gente mesmo ignora essa capacidade. A gente se volta mais para o cuidador. Acho que é mais problema meu.*

Essa questão se assemelha à questão anterior, haja vista a necessidade de adaptações na consulta para a inclusão da criança e estímulo a participação dela, sendo a comunicação uma das formas utilizadas para esse fim. O DSC1 descreve que a maior dificuldade relacionada ao processo de comunicação com a criança é devido a limitação cognitiva, seja devido a problemas neurológicos - Transtorno do Espectro do Autista e deficiência intelectual grave – seja pela idade da criança e seu grau de compreensão. O DSC4 descreve as dificuldades de comunicação inerentes ao próprio profissional de saúde que desconsidera a capacidade da criança de participar da consulta e compreender as informações sobre sua saúde, bem como expressa a falta de habilidades do profissional na interação com a criança. Por outro lado, o DSC2 ressalta a facilidade que o profissional tem de comunicar com a criança em comparação a comunicação com o adulto.

Os dois discursos que indicam as estratégias adotadas para lidar com as dificuldades de comunicação foram, também, descritos nos discursos da questão anterior. O DSC3 ressalta a necessidade de adaptar a linguagem mais técnica para uma linguagem mais leiga e que seja compreensível pela criança, concordando com o que já foi exposto anteriormente sobre o auxílio ao paciente com baixos níveis de letramento funcional em saúde.

**Questões 17 - Você modificaria algum elemento da sua consulta?**

**Ideias Centrais**

|   |   |
|---|---|
| <b>A gente precisaria de mais tempo</b> | <b>Ter a equipe multidisciplinar mais junta</b> |
|---|---|

**IC1 – A gente precisaria de mais tempo (N= 4)**

**DSC1** – *A gente precisaria de mais tempo, não só para mim, mas para todos os profissionais. Se você para para perguntar você conhecer quem é o seu paciente. E ali, às vezes, mata a*

*charada porque aquilo ou aquilo outro não está dando certo, porque o diagnóstico não é bem esse, só por você poder ser mais ouvinte do seu paciente e do cuidador dele. Infelizmente, pela demanda que a gente tem, a gente acelera muito, para poder atender toda a demanda, mas, a gente precisaria de mais tempo, para que a gente pudesse dar mais qualidade ao nosso atendimento, no sentido da gente ouvir mais. Tem dia que está mais cheio, e a gente não consegue reforçar tanto essa questão da adesão, de estar sempre repassando as orientações. Logo, eu acho que precisava de mais tempo, porque nem sempre conseguimos identificar tudo que precisa. Às vezes a pessoa vem com outras demandas. A gente acaba fazendo a parte pulmonar, mas ela vem com uma queixa que não tem nada a ver, que para ela é importante naquele momento. Nem sempre o espaço que temos dá para resolver aquilo que é necessário.*

## **IC2 – Ter a equipe multidisciplinar mais junta (N= 4)**

**DSC2** – *Ter a equipe multidisciplinar mais junta. Não que não esteja junta, mas, por exemplo: já atendi aqui, eu consigo dialogar com a nutricionista, já consigo dialogar com a enfermeira que vai explicar como é que usa a medicação. Então, se tiver uma interação na hora, já aproveitar o paciente na hora, acho que isso já ajuda. A experiência de trabalhar com a equipe interdisciplinar ajuda muito. Por exemplo, eu sinto muita falta de uma consulta, às vezes, dependendo do que o paciente tem, da medicação que ele usa, de uma pós-consulta com a enfermagem, porque eu acho que, às vezes, a enfermagem está mais capacitada do que o médico em acolher e avaliar, às vezes, essa questão da adesão e da administração da medicação, principalmente quando ela não é oral, simples, quando é uma medicação injetável.*

Embora muitos (N= 13) considerem que não há necessidade de mudança na consulta médica que eles ofertam, foi possível identificar três aspectos passíveis de melhoria do atendimento ofertado, sendo dois condizentes com a instituição e descritas por meio de DSC e apenas um relacionado a capacitação do próprio profissional e, portanto, apenas será pontuado aqui. O DSC1 descreve que o tempo de consulta atrapalha o acesso a informações importantes que podem influenciar o processo de adoecimento e tratamento, bem como dificulta o estabelecimento de vínculo e de relação positiva com o paciente.

No DSC2 é apresentada a necessidade de uma maior proximidade da equipe multidisciplinar com o médico e da possibilidade de uma pós-consulta com a equipe de enfermagem. É indicada a promessa que foi realizada anteriormente de um atendimento mais integral e ressaltada a dificuldade de acionamento dessa equipe ou mesmo de consultas multidisciplinares. Com foco no profissional médico, um discurso sugere a seguinte necessidade: *O que eu gostaria de modificar é a comunicação com a criança mesmo. Eu acho que passa batido.* A partir dessa fala, mesmo que única, ressalta-se a importância de capacitações e treinamentos relacionados a comunicação com a criança em que diversos profissionais iriam se beneficiar.

**Questões 18 - Você avalia a compreensão da criança e do acompanhante durante a consulta? Sobre o que foi passado?**

**Ideias Centrais**

|  |   |
|--|---|
| <b>Eu peço para que eles repitam o que eles entenderam</b> | <b>Eu pergunto se tem alguma dúvida, se entendeu tudo</b> |
|--|---|

**IC1 – Eu peço para que eles repitam o que eles entenderam (N= 14)**

*DSC1 – Eu peço para que eles repitam o que eles entenderam, do que fizemos de orientação para eles. Sempre perguntamos o que ele entendeu, o que ele vai usar. Enfim, a gente pede para que elas mesmas retomem os nossos ensinamentos o nosso educandário. A gente, então, pergunta “Quais são as suas metas para a próxima consulta”, “O que você tem que fazer para a próxima consulta daqui a tantos meses”, “Me diz aqui como é que você vai tomar, como é que vai ser”, “E agora, que que você vai fazer, saindo daqui você vai aonde? E os exames, sabe por que a gente está fazendo esse exame?”. Às vezes, escrevo. Mas antes de entregar eu falo: “O que você entendeu?” A gente tenta entender o que ele entendeu. Eu peço para a pessoa repetir para eu saber se entendeu realmente, tiro alguma dúvida se tiver, e depois ainda peço para repetir. Quando passamos as prescrições e mostramos para a criança, perguntamos se a criança entendeu. Por exemplo, o diabético, nós fazemos simulações: “olha, se a sua glicemia der tanto quanto que você vai aplicar de insulina? Faz a conta aí”. Se eu vejo que ele está usando uma técnica em uma área inadequada e eu demonstro e peço para ele repetir novamente. “Agora me conta o que você entendeu que eu te falei” as vezes eles ficam meio tímidos, mas eles falam e eu vou tentando explicar aquilo que eles não entenderam para mim, que eu acho que é muito importante.*

**IC2 – Eu pergunto se tem alguma dúvida, se entendeu tudo (N= 10)**

*DSC2 – Sempre antes de terminar a consulta eu pergunto se tem alguma dúvida, se entendeu tudo, eu faço meio que uma recapitulação do foi dito. Eu pergunto diretamente se eles entenderam, de forma mais direta, se eles estão aptos para fazer: “você entende o que eu estou fazendo, escrevendo aqui? Tem alguma dúvida? Ficou claro? Quer perguntar mais alguma coisa? Está com alguma dificuldade? Você está entendendo?” Enfim a gente tem que sempre voltar e voltar: entendeu, mãezinha? Você entendeu a importância disso?*

A compreensão da criança e da família quanto à doença, tratamento e consequências da não adesão está sendo amplamente abordada nos discursos apresentados nesse trabalho. A importância de explicar, orientar e informar com o linguajar acessível e adaptado ao público, além da percepção do impacto positivo dessas ações sobre a adesão foram amplamente referidas. Contudo, se essa informação não é processada pelos cuidadores e pacientes, ela perde o seu poder. Portanto, se faz preciso que se avalie a compreensão dos pacientes e seus acompanhantes acerca do que foi informado durante a consulta.

Nessa perspectiva, o DSC1 descreve que é solicitado aos pacientes e cuidadores que retomem o que foi dito e o que compreenderam acerca das informações passadas. Esse discurso ressalta a importância do uso de perguntas abertas para que o paciente não apenas responda de forma pontual que entendeu ou que não possui dúvidas. A partir da repetição e indicação do que foi compreendido, os profissionais são capazes de identificar os erros e incompreensões. No DSC2, por outro lado, verifica a compreensão sobre o que foi dito por meio de perguntas fechadas que permitem respostas pontuais e dificulta a percepção de possíveis erros de entendimento, confusões e dúvidas. Muitas vezes, o paciente e o acompanhante referem terem entendido sem a real compreensão, pois podem se sentir envergonhados. Foi pontuado também por dois participantes a necessidade de verificar se a pessoa sabe ler, uma vez que muitas informações são escritas por meio de receituário e o público atendido, muitas vezes, não foi alfabetizado para conseguir compreender o que é repassado de forma escrita.

### **Questões 19 - As questões da adesão ao tratamento têm sido levantadas na sua prática profissional?**

#### **Ideias Centrais**

|  |
|--|
| <p><b>O volume que a gente tem de não adesão</b></p> |
|--|

#### **IC1 – O volume que a gente tem de não adesão**

**DSC1** – *Eu acho que isso é um assunto corriqueiro, essa história da adesão é sempre uma pedrinha no sapato de todo médico devido ao volume que a gente tem de não adesão. É mostrado que a adesão tem a falha de duas ou três vezes na semana, logo a taxa de não adesão é muito grande cerca de 60% de não adesão aos tratamentos e aqui no Brasil chega até 80% de não adesão. Principalmente quando é crônico que tem tratamentos a longo prazo: medicamentoso, ou de orientações de rotina. As pessoas estão sempre reclamando da falta de adesão.*

Na prática profissional, a discussão sobre a temática da adesão nem sempre é realizada, apesar da sua relevância no contexto de doenças crônicas. Cerca de 30% dos participantes referiram não abordarem tal temática com demais colegas de trabalho. Alguns profissionais entrevistados afirmaram que não conseguem momentos para discussão acerca dessa temática, ou pontuaram que fazem isso poucas vezes, enquanto os que referiram abordar essa temática em seu meio profissional indicaram alguns aspectos dessas tratativas. O DSC1 apresenta que o foco da discussão na prática profissional são as queixas relacionadas ao elevado índice de

pacientes que não aderem ao tratamento. No entanto, pela análise dos discursos obtidos nessa pesquisa, verifica-se que ainda é incipiente a discussão acerca das práticas e intervenções que visam a melhoria do processo de adesão ao tratamento.

**Questões 20 e 21 - Tem lido na área da sua profissão, informações relacionadas com a adesão ao tratamento? Pode ser artigo, publicação. E o que é dito normalmente? E em encontros, congressos, o tema da adesão tem sido abordado?**

#### Ideias Centrais

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Tem muitos que mostram que tem realmente uma baixa adesão em doença crônica</b> | <b>Em congresso tenho visto como melhorar a adesão do paciente</b> | <b>Ressaltam que muitas vezes o que dificulta a adesão</b> |
|--|--|--|

**IC1 – Tem muitos que mostram que tem realmente uma baixa adesão em doença crônica.**

(N= 14)

**DSC1** – *Nós estamos lidando com doenças crônicas, logo isso vem sempre à tona. Todos eles falam que tem falha de adesão, uma dificuldade mesmo, no mundo todo, não é só um problema nosso, mas é isso, que é um desafio para todo mundo. Segundo os dados de estudo que ele trouxe 50% dos pacientes não aderiam exatamente como prescrevíamos o tratamento. Tem muitos que mostra que tem realmente uma baixa adesão em doença crônica. Mas é muito em número, porcentagem de tantos pacientes que não aderem ao tratamento. Eles abordam que muitas vezes não temos tantos pacientes graves como imaginamos e abre margens para gente pensar que talvez a evolução do paciente não é boa por conta dessa questão da adesão. Por exemplo, existe essa situação que chamamos de asma de difícil controle, que grande parte da asma de difícil controle na verdade não é o paciente que não responde à medicação, é do paciente que não está utilizando de forma adequada. Logo, por que não está controlando a asma? É porque não consegue ter uma adesão ao tratamento, então, na verdade, se o paciente aderisse, pode controlar com o básico. Nas doenças crônicas, a adesão é uma das coisas que mais impacta na qualidade de vida do paciente, porque os tratamentos com o uso de medicações são crônicos, nem sempre as respostas são favoráveis. A gente vê mesmo essa questão de adesão justamente por conta disso, por períodos que as vezes o paciente vai estar utilizando, períodos prolongados então as vezes isso pode ser muito variável, períodos em que ele está mais adepto, depois dá uma relaxada. O paciente de doença crônica vai saturando, cansando, alguns tem medo de agulha, outros a família começa se estressar porque todo dia tem de aplicar aquela medicação e no horário que vai aplicar a criança chora, briga, faz birra, como faz para tudo. Ainda mais uma criança que todo dia precisa receber um remédio para continuar seguindo em frente. Eles sempre argumentam isso, que é o cansaço da rotina diária mesmo. A doença crônica é como se fosse um casamento, para o resto da vida, então eles tinham que entender isso. Muitos artigos debatem muito exatamente isso, a falta de esclarecimento sobre a patologia e do entendimento do paciente e sua família em relação a doença.*

**IC2 – Em congresso tenho visto como melhorar a adesão do paciente (N= 5)**

**DSC2** – *Em congresso tenho visto como melhorar a adesão do paciente, estratégias para uma melhor adesão dietética, daí vejo que dá para aplicar, a gente aplica*

**IC3 – Ressaltam que muitas vezes o que dificulta a adesão (N= 4)**

**DSC3** – *Fala principalmente isso que a gente conversou, que na fase da adolescência tem muita dificuldade, do paciente não aceitar o medicamento, da questão do não entendimento sobre a doença, do paciente não entender sobre o tratamento, ou falta de entendimento sobre o uso, esquecer de tomar a medicação. Abordam a questão da empatia, da relação médico-paciente, que é muito importante. Ressaltam que muitas vezes o que dificulta a adesão é a aquisição da terapêutica, seja pelo alto custo dela ou pela dificuldade de acesso, isso é um fator limitante muito grande dentro da realidade brasileira e efeito colateral de medicação, a posologia também que sabemos que no paciente pediátrico quanto maior a posologia mais a dificuldade de adesão, outra coisa se é uma medicação oral ou as vezes até uma medicação intravenosa, o sabor influencia, a via de administração também é outro fator que influencia.*

Tendo em vista a importância da adesão ao tratamento como um fator de grande impacto nos processos de saúde, principalmente relacionada ao sucesso do tratamento, recuperação da saúde e diminuição de sintomas, foi avaliado nessas duas questões se o meio científico e acadêmico tem se preocupado com a abordagem desse tema. Alguns profissionais indicaram não ter tido acesso a informações sobre essa temática em artigos (31,8%) nem em eventos científicos (40,9%). E quando tiveram acesso, os congressos, artigos e encontros científicos abordaram as taxas de adesão, as barreiras à adesão e como aprimorar a adesão. No DSC1 é descrito que a adesão é um problema mundial com altos índices de não adesão entre os pacientes, principalmente em doenças crônicas em que o paciente cansa, satura do tratamento prolongado e apresenta oscilações no processo de adesão. Ressalta também que algumas vezes um paciente é considerado grave, pois não responde ao tratamento, porém, na realidade o paciente não está aderindo ao tratamento ou realizando os procedimentos de forma correta. O DSC2, por sua vez, aborda quais são os fatores que se configuram como barreiras ou facilitadores da adesão. Eles apresentam a influência de algumas dimensões como a socioeconômica, da relação médico-paciente, do tratamento, da doença e do indivíduo no seguimento da terapêutica.

A terceira temática abordada e descrita pelo DSC3 corresponde às práticas e estratégias de promoção da adesão ao tratamento, contudo, esta última é brevemente pontuada. É natural, portanto, que os profissionais de saúde que não discutam sobre a adesão ao tratamento e não

têm acesso a informações acadêmicas e baseadas em evidências, não se sintam confortáveis de abordarem tal assunto nem tem domínio acerca do manejo de situações de adesão, estabelecendo as suas próprias práticas de intervenção que nem sempre são as melhores ou mais eficientes, como foi possível observar pelos discursos obtidos e discussões suscitadas.

**Questões 22 - De zero a dez, em que medida pensa que os seus pacientes aderem ao seu tratamento? Por que você escolheu esse número sete?**

#### Ideias Centrais

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p><b>Tem uns que fazem tudo muito certinho, mas tem uns que não fazem absolutamente nada.</b></p> | <p><b>Acho que porque pode haver uma adesão parcial, não total</b></p> | <p><b>De modo geral a gente percebe que os pacientes têm vindo às consultas, têm tido bons resultados.</b></p> |
|--|--|--|

**IC1 – Tem uns que fazem tudo muito certinho, mas tem uns que não fazem absolutamente nada.**

*DSC1 – Porque tem uns que fazem tudo muito certinho, mas tem uns que não fazem absolutamente nada, que dá tristeza. Eu só não dou dez porque não é 100% dos casos, eu acho que 30% não faz, que não aderem. Tem muitos que vão 100%, ainda mais como é criança, muitos dos pais ficam muito preocupados e então são bem rígidos. Mas o adolescente, tem uns que são cinco ou zero. Logo, tem pacientes que são excelentes e pacientes que você vê pacientes não 100% mas chegando a 80 são maravilhosos e pacientes que você precisa arrastar para poder ter alguns resultados. Tem aqueles pacientes que a mãe conta que não fazem, aqueles pacientes que não justificam não terem melhorado e aqueles que falam que não querem aderir, que se incomodam com a medicação, que não precisa, aqueles que negam a necessidade do uso. Falando especificamente do diabetes, acho que a adesão seria em torno de 40%. A doença é muito difícil. Você tem de fazer cinco ou seis aplicações de insulina por dia, você tem de fazer cinco pontas de dedo por dia. Você já se fura 12 vezes por dia. Fora isso, você tem de cuidar da sua alimentação, contar carboidrato. É muito difícil. É uma doença difícil de aderir. É uma coisa que acontece no mundo todo, aí junta as dificuldades dos nossos pacientes, a baixa aceitação que eles têm da própria doença - eles não aceitam. A maioria dos pacientes está fora da meta.*

**IC2 – Acho que porque pode haver uma adesão parcial, não total**

*DSC2 – Eu acho que não chega a ser 100%, acho que porque pode haver uma adesão parcial, não total, se é que é possível chegar em 100% de adesão. Então eles vêm à consulta, eles não faltam, mas eles não fazem o que a gente falou. Não toma o remédio direito, ou toma a dose errada, ou da cabeça resolve modificar, mas vem à consulta, então isso é uma adesão parcial. Portanto, tem muitos que dizem que fez tudo perfeito, mas quando olhamos na demonstração deles, nós conseguimos identificar que não está. Se eles aderirem 50% eu já estou satisfeita, nem sempre é tudo isso, porque a aderência não é aquele mês é o ano inteiro, são 365 dias, são 12 meses e vai por aí. Eu acho que eles têm período de aderência, altos e baixos. Acabou*



*que veio um de zero e temos pacientes hoje que veio com 90%. Por exemplo, eu atuo com Fibrose Cística que é uma doença bem difícil, muito impacto terapêutico, e muitas coisas que eles usam no dia, não é fácil o que eu vejo eles tendo que fazer, acho difícil eles fazerem, dificuldade de tempo*

**IC3 – De modo geral a gente percebe que os pacientes têm vindo às consultas, têm tido bons resultados.**

**DSC3** – *De modo geral a gente percebe que os pacientes têm vindo às consultas, têm tido bons resultados. De modo geral, dos pacientes que a gente acompanha, a gente tem tido uma evolução satisfatória, que indica uma boa adesão ao tratamento. Porque eu acho que a maioria adere, sim, a maioria, e os que não aderem - são poucos os que não fazem por rebeldia, porque não querem, a maioria porque não entende, não entende a gravidade do caso ou não quer entender, mesmo, sabe, está na negação ainda, mas é bem a minoria, mesmo. Porque eu acho que é um índice muito alto, não é o que eu gostaria, porque o ideal é que houvesse 100%, mas eu sei que isso não é real. Eu acho que eu tenho uma adesão ao tratamento bem alta, acho que eu consigo isso, a maior parte dos meus pacientes ainda aderem, eu acredito que, em geral, os pacientes contam direitinho*

As notas dadas pelos profissionais ao conjunto de seus pacientes quanto à adesão ao tratamento variaram de cinco a nove, tendo média de 6,84. Essa nota se refere a percepção que os profissionais têm acerca da adesão ao tratamento dos pacientes atendidos por eles de uma forma geral. No entanto, essas notas foram justificadas utilizando dois tipos de parâmetros que serão explorados pelos DSC1 e DSC2. Necessário se faz, contudo, explicar quais são esses parâmetros utilizados de acordo com a literatura. Há dois dados amplamente abordados quando a temática é a adesão ao tratamento, sendo o primeiro o índice de pessoas que aderem ao tratamento em comparação ao total, isto é, segundo a OMS (2003) a quantidade de casos de não adesão é de 50%. E o segundo a porcentagem de ações de adesão ao tratamento em comparação a terapêutica prescrita, ou seja, em algumas doenças, como no caso do HIV, o uso de 95% ou mais das doses do esquema terapêutico prescrito é considerada uma boa adesão e há eficiência do tratamento (Brasil, 2008).

Dentro dessa perspectiva, o DSC1 da presente questão indicou que a nota dada se refere à quantidade de pacientes que aderem em comparação ao total. É explicado que, dentro do total de pacientes atendidos pelo profissional, há uma quantidade de casos que aderem bem e uma outra que aderem de forma ineficiente, sendo a nota dada a porcentagem de pacientes que apresentam boa adesão ao tratamento. Por outro lado, no DSC2 a nota dada é referente a porcentagem de doses ou de ações tomadas/realizadas pelo paciente que correspondem a terapêutica prescrita, assim sendo, é ressaltado que é muito difícil o seguimento completo, 100%, do que foi prescrito, principalmente em doenças crônicas em que o paciente apresenta

oscilações, pontuando-se sim uma adesão parcial ao tratamento e a quantidade aceitável e com eficiência para o sucesso do tratamento.

O DSC3 constitui um discurso que é oposta às ideias apresentadas pelos DSC1 e DSC2, bem como destoa da média de notas dadas ao conjunto de pacientes. Nesse discurso, é ressaltado que a adesão ao tratamento dos pacientes atendidos, em geral, é uma boa adesão, sem prejuízos para o tratamento e que não encontram dificuldade nesse seguimento. Pontua-se que esse discurso é formado por respostas de profissionais das cinco especialidades e, portanto, não são coerentes com as vivências de outros profissionais da mesma especialidade. É possível questionar, assim, se a adesão ao tratamento está sendo bem acessada por tais profissionais que apresentam discurso destoante ou os níveis de exigência de adesão ao tratamento são distintos entre os profissionais.

### Questões 23 - E para quem você daria 10?

#### Ideias Centrais

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| <b>Para um paciente que faz tudo certinho</b> | <b>Aquele que a família é excelente</b> | <b>Que esteja bem</b> | <b>Paciente que tem o entendimento da doença</b> |
|---|---|-----------------------|--|

#### IC1 – Para um paciente que faz tudo certinho (N= 15)

**DSC1** – *Para um paciente que faz tudo certinho: que usa medicação da maneira prescrita, que usa na maior parte das vezes e que essa falta muito eventual não esteja trazendo nenhum prejuízo, que consegue fazer as terapias prescritas e na frequência adequada, que vem às consultas, que usa o remédio direitinho, e que se compromete com o tratamento, ele segue as recomendações de ambiente, que faz os exames, que usa a medicação e usa com técnica correta, que cumprem a dieta de forma adequada. Aquele que vem tendo feito o uso direitinho, que tira as dúvidas quando tem, se informa. Logo, são aqueles que a gente vê que é frequente, é assíduo, demonstra estar bem adaptado ao uso das medicações, segue rotineiramente tudo o que é passado, tudo o que é orientado, tanto de medicação, quanto em mudança de hábito, quanto em dieta. Ele segue as orientações de estilo de vida saudável, tanto de alimentação, de atividade física e que você observa esses resultados tanto na clínica quanto laboratorialmente. Por exemplo, o paciente diabético que você vê que está tomando a insulina direito, chega aqui comendo direito, vem com exame da hemoglobina glicada mostrando que realmente teve um controle, e ele satisfeito. Tenho uma paciente que ela é super comprometida, ela vem em todas as consultas, certinho, as consultas delas são a cada 15 dias, uma vez no mês, ela está usando creme 5 vezes no dia, a mãe diz que ela faz mesmo, mas a mãe fala que passa, que ela vem ela sempre está toda melecada de creme, ela, inclusive, veio na reunião da equipe que é um sábado de manhã.*

**IC3 – Aquele que a família é excelente (N= 5)**

**DSC3** – *O paciente que tem uma família que está dando suporte, as famílias que interagem e que assumem o tratamento. Aquele que a família é excelente, pais excelentes, atenciosos, que vem anotado assim o horário que deu, se teve, se ficou nauseado depois, o que teve. Vem com uma agendinha bem completa. Que a família acompanha o paciente, que mede a glicemia, que se informa, que estuda, que questiona*

**IC3 – Que esteja bem (N= 3)**

**DSC3** – *Que esteja bem. É aquele menino top, não recai, não interna, aquela criança que não tem sintomas, que não tem dor, não tem queixa e volta com uma boa resposta.*

**IC4 – Paciente que tem o entendimento da doença (N= 2)**

**DSC4** – *Um paciente nota dez é aquele que entende toda a programação que é feita para ele, e ele ajuda a construir essa programação, falando das dúvidas dele, da rotina. Então, que tenha uma boa comunicação, para que a gente faça uma programação adequada. Paciente determinado, que tem o entendimento da doença, que é curioso, que busca saber sobre sua doença, sobre seu tratamento, e que quando vem nas consultas tira dúvida.*

Quando solicitamos que o participante avalie o seu paciente e atribua uma nota, é necessário compreender o padrão de avaliação que ele faz. Para tal, é importante a compreensão do que ele entende como nota máxima e nota mínima. O DSC1, portanto, indica que um paciente para receber uma nota dez precisa seguir o que foi prescrito e orientado como terapêutica de forma correta e completa, comparecer às consultas, realizar os exames, esclarecer as dúvidas e ser participativo. No DSC3, destaca-se o bom resultado e sucesso do tratamento. O DSC2, corroborando os fatores que facilitam a adesão apresentadas anteriormente, descreve que a família que participa dos cuidados, auxilia no tratamento e estabelece relação de parceria é merecedora de nota dez. No DSC4, mais uma vez, a compreensão da doença e tratamento é indicada como significado de boa adesão. O alto índice de resposta referente ao seguimento correto e completo da terapêutica é discordante a fala inicial obtida pela pergunta do que é adesão ao tratamento, pois em um primeiro momento, considera-se a participação do usuário no processo de adesão e à medida que ele segue o que foi acordado em parceria, porém ao ser atribuído uma nota, essa adesão completa ao que foi proposto sem a participação do usuário é cobrada.

**Questões 24 - E para quem você daria zero?**

### Ideias Centrais

|   |                           |  |                                   |
|---|---------------------------|--|-----------------------------------|
| <b>Zero para aqueles que não fazem absolutamente nada do que eu peço.</b> | <b>Os que desaparecem</b> | <b>Àquele paciente que não tem interesse em aderir</b> | <b>Não tem o apoio da família</b> |
|---|---------------------------|--|-----------------------------------|

#### **IC1 – Zero para aqueles que não fazem absolutamente nada do que eu peço. (N= 12)**

**DSC1** – *Zero para aqueles que não fazem absolutamente nada do que eu peço. Para quem eu peço exame e volta sem exame, para quem eu peço remédio e volta sem usar o remédio, ou usa de forma irregular ou de uma forma completamente errada, para quem eu peço as terapias e não faz. Aqueles que sabem que ele tem que fazer, está cansado de ouvir e não faz nada, não mede a glicemia, não aplica a insulina. Aquele paciente que você insiste, vive recaindo dos mesmos sintomas, que não ganha peso, aquele menino que você orienta, manda tomar medicação, que esquece, aquele paciente que não se alimenta como deveria se alimentar, paciente que não faz higienização dos aparelhos. Aquele que entra aqui e parece que veio aqui porque o pai trouxe, eu pergunto as mesmas coisas, continua a mesma coisa. Então é zero.*

#### **IC2 – Os que desaparecem. (N= 6)**

**DSC2** – *Os que desaparecem. Pronto! Vou dar zero para esses. Que realmente desistem de tudo e, enfim, não vem mais. Falta à consulta, nem aparece, perde a consulta, remarca, perde a consulta, falta a retorno.*

#### **IC3 – Àquele paciente que não tem interesse em aderir (N= 4)**

**DSC3** – *Aquele paciente que não tem interesse em aderir, não se esforça, não aceita a doença, simplesmente fala assim “não vou mais fazer”, não quer saber sobre o que está acontecendo no seu organismo, esse para mim é o 0.*

#### **IC4 – Não tem o apoio da família (N= 3)**

**DSC4** – *A criança fica largada, não tem limite, não tem o amparo, o apoio de um pai e uma mãe que está ali no pé para poder dar o segmento do tratamento, não tem o apoio da família total*

Embora as características do paciente com nota zero foram descritas como o oposto da nota dez nos aspectos do seguimento das orientações (DSC2) e da participação e colaboração da família (DSC4), é considerado, ainda, nota zero aqueles pacientes que não comparecem às consultas e tem nível de absenteísmo alto (DSC2), além daqueles que não tem interesse no tratamento, na compreensão da doença e não se dedicam aos próprios cuidados de saúde (DSC3). Os aspectos psicológicos relacionados a adesão ao tratamento aparecem de forma

tímida nas considerações sobre o paciente que apresenta adesão negativa, porém intervenções psicológicas são fortemente indicadas no transcorrer das questões.

### Questões 25 - Você considera que as questões institucionais influenciam na sua consulta?

#### Ideias Centrais

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Mais fácil de aderir pela facilidade dele no acesso</b> | <b>Qualquer outra questão estrutural pode atrapalhar na consulta também</b> | <b>Uma instituição que respeite os pacientes, que já chegue desde a recepção seja bem atendido</b> |
|--|---|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Nós temos menos tempo do que deveríamos ter</b> | <b>Agora eu acho que ainda falta o pré e o pós-consulta. Falta a equipe multi mais disponível.</b> | <b>Tem a multidisciplinaridade que é essencial</b> |
|--|--|--|

#### IC1 – Mais fácil de aderir pela facilidade dele no acesso (N= 11)

**DSC1** – *O paciente vem aqui, sabe que está indo num lugar que tem acesso a consulta, ao medicamento, aos exames. Aqui é um hospital que dá um acesso mais fácil à marcação de exame, algumas terapias e à medicação, o paciente tem muito mais facilidade em conseguir. Então, quando eu comparo o paciente daqui e o paciente do HRT o paciente daqui é muito mais fácil de aderir pela facilidade dele no acesso. Outro aspecto é que conseguimos fazer os exames que muitas vezes o paciente não conseguiria fazer se não estivesse aqui. Então, tem facilidade para fazer os exames também ajuda muito. Nós temos a farmácia aqui dentro, o que também ajuda. Aqui, por exemplo, no Hospital da Criança, eu prescrevo, a pessoa sai, imediatamente pega a medicação. Eles conseguem pegar as medicações, nunca falta. Óbvio que vai ser muito mais fácil da pessoa seguir. O fato do hospital propiciar tudo que eles precisam: dá insulina, dá treinamento. Então você tem a parte de laboratório, porque imagina, você orienta um paciente que tem que fazer a dieta sem glúten, e que ele tem que fazer exames regulares. Tem serviço que ele só vai conseguir fazer esse exame uma vez no ano, às vezes o paciente vai dizer: “eu vou comer e quando chegar mais perto do exame, eu vou e faço”. Aqui não, como você sabe que vai ter a data da consulta, que vai ser marcado direitinho, que o profissional é comprometido, que o laboratório vai fazer o exame, que você vai ter as condições de fazer tudo para a investigação e para o acompanhamento, com certeza, o paciente digamos fica mais empolgado para fazer, e se sentir mais estimulado para fazer tudo direitinho.*

#### IC2 – Qualquer outra questão estrutural pode atrapalhar na consulta também (N= 10)

**DSC2** – *Eu acho que tem coisas que facilitam para o paciente e tem coisas que prejudicam. Se temos uma complicação de impressora, uma dificuldade de software, sala quente ou de qualquer outra questão estrutural pode atrapalhar na consulta também. Enquanto estamos atendendo, várias pessoas entrando na sala, várias demandas, pedidos de encaixe, pedidos disso, pedido daquilo, tudo isso atrapalha. Então o paciente está lá respirando, falo ou não falo e alguém abre a porta e ele não fala. Então isso atrapalha bastante. Tem umas burocracias*

*que dificultam um pouco, a mudança do sistema, fica bem mais demorado, então, as vezes o paciente que espera mais lá fora ele já entra mais impaciente, as vezes você fica mais sem credibilidade por conta disso também, “ah, demorou muito”, acho que a parte burocrática estressa um pouco o paciente e acaba que ele entra na consulta menos disposto do que ele entraria. Além disso, a forma como é marcada as consultas aqui, os pacientes não têm como programar, porque não sabe que dia vai ser a consulta, então, isso é muito ruim, eu acho que tem diminuído a aderência, até o absenteísmo tem aumentado. Por outro lado, acho que temos uma estrutura ambulatorial muito boa, a estrutura bonita, vejo que a gente tem uma boa oferta de estrutura para o paciente, um local adequado, numa sala adequada, tem que ter o silêncio, o mínimo de silêncio. Eu tenho o mínimo de condições para atender meu paciente, então eu acho a higiene, o sentar, o entrar, ter lugar para atender o paciente, ser tranquilo, ter um clima de limpeza, clareza, estar me sentindo bem em um local para poder atender, de ter uma privacidade, acho que tudo isso é muito importante; de ir feliz para aquele lugar, de estar feliz por estar recebendo o paciente, acho que isso é fundamental, então acho que as coisas funcionam bem sim. Às vezes até a criança quer vir para o hospital. Ele chega e não tem que ficar tanto tempo esperando, não chega tão cansado, não chega tão estressado, num ambiente que acolhe, tem ambiente lúdico para criança, eles já chegam mais felizes. Onde você tem maiores recursos, inclusive de diagnóstico, faz a diferença. Porque a gente diz: vamos diagnosticar se é uma crise mesmo ou não é, vamos internar, vamos fazer um eletro prolongado.*

**IC3 – Uma instituição que respeite os pacientes, que já chegue desde a recepção seja bem atendido. (N= 3)**

*DSC3 – Ele se sente respeitado desde a recepção até o consultório, mesmo que as vezes o atendimento demore um pouco, ele fique aguardando lá fora, normalmente ele entra aqui bem-humorado, não entra brigando como as vezes vemos em outros locais de atendimento. Além disso, quando o paciente se sente respeitado ele sente que está nas mãos de bons profissionais dentro do hospital, ele ouve mais, ele confia mais, ele se sente acolhido. Assim, uma instituição que respeite os pacientes, que já chegue desde a recepção seja bem atendido, com respeito, então o paciente já chega melhor na sala, se for um ambiente respeitoso, organizado, funciona muito melhor, então sim influencia. Porque, às vezes, o paciente: “vou lá, vou ser mal atendido”. Às vezes, ele desanima e nem vem. Não é nem pelo médico. Não vem porque já não gosta e já não vem. Então, se ele é bem recebido, contribui.*

**IC4 – Nós temos menos tempo do que deveríamos ter (N= 3)**

*DSC4 – A gente tem um tempo estipulado de consulta, então nós temos menos tempo do que deveríamos ter. Nós acabamos colocando mais paciente na agenda do que dá conta de atender. Por exemplo, quando você tem que atender um volume muito grande, porque você tem uma produtividade para cumprir, influencia, porque você às vezes não pode perder muito tempo, você vai muito rápido, então você deixa passar coisas. A gente pediu um tempo maior para as especialidades mais complicadas, então a diabetes tem um tempo diferente de consulta.*

**IC5 – Agora eu acho que ainda falta o pré e o pós-consulta. Falta a equipe multi mais disponível. (N= 3)**

*DSC5 – Agora eu acho que ainda falta o pré e o pós-consulta, porque o paciente vem, ele chega, passa pela enfermagem e aí depois vai conosco. Além disso, falta a equipe multi mais*

*disponível. A proposta era que íamos ter uma equipe multidisciplinar de apoio muito acessível à nós, isso foi sempre uma dificuldade dentro da Secretaria de Saúde e com o crescimento do serviço isso nem sempre é tão acessível como gostaríamos e como imaginávamos que fosse. Então se de repente tivesse mais equipe multi em conjunto, eu acho que ajudaria.*

**IC6 – Tem a multidisciplinaridade que é essencial (N= 3)**

**DSC6** – *Nós somos um hospital escola, eu tenho sempre residente aqui comigo, tem aluno, tem técnico, tem um monte de gente aqui. Tem a multidisciplinaridade que é essencial, então o paciente pode ser visto pela psicologia, nutrição, enfermagem, fisioterapia. Isso tudo, quando você tem um atendimento integral e multidisciplinar e a gente tem esse acesso aqui, isso sem dúvida promove a adesão. O amparo da equipe é muito boa e eu acho que o Hospital tem tudo para promover a adesão dos nossos pacientes.*

Os aspectos da instituição são considerados uma dimensão importante para a adesão ao tratamento. Essa questão não foi especificamente voltada para o Hospital onde foi realizada a pesquisa, porém, não é possível desconsiderar a sua influência nas respostas obtidas, tendo em vista ter sido o cenário de inserção do profissional no momento da entrevista. O primeiro aspecto que interfere no processo de adesão a ser apresentado é o referido pelo DSC4 quanto ao tempo de consulta. Esse aspecto já foi apresentado anteriormente como ponto para mudança, mas é novamente indicado como um fator que ocorre dentro das instituições que visam uma maior produtividade e, portanto, é inserido um maior número de pacientes por horário. Sendo assim. O tempo fica reduzido para cada paciente e não é possível fazer uma investigação mais minuciosa acerca dos fatores que estão interferindo sobre o processo de adesão. O DSC5 também se refere a uma queixa anteriormente apresentada sobre a necessidade da participação e proximidade da equipe multidisciplinar, bem como da possibilidade de pós-consulta que consiste em um atendimento posterior do serviço de enfermagem para avaliar a compreensão sobre o que foi prescrito e fazer orientações sobre o tratamento. Por outro lado, dentro da mesma instituição, há discursos discordantes como o DSC6 que aponta a presença da equipe multidisciplinar como um fator positivo e que já ocorre, colaborando para o acesso as questões do paciente e promoção da adesão ao tratamento.

O DSC1 descreve o acesso à terapêutica como um fator positivo oferecido pelo hospital e que é de consenso entre os participantes. A facilidade de acesso ao tratamento, como a disponibilidade de uma farmácia que possui o medicamento e este nunca está em falta, a possibilidade de realização de demais terapêuticas – fisioterapia, fonoterapia, dentre outros – e a realização de exames, colabora para uma melhor adesão. É consensual também que a

organização do hospital em questão (DSC3), bem como o acolhimento que o paciente recebe desde que entra no hospital contribuem sobremaneira para a adesão ao tratamento. É referido que se o paciente é bem recebido, ele se sente respeitado e isso influencia na participação dele na consulta e na relação de confiança estabelecida com o profissional de saúde.

O DSC2 aborda dificuldades burocráticas e de mudança de sistema, *software* do hospital, como fatores adversos à adesão. Cabe ressaltar que as entrevistas foram realizadas logo após a implementação desse novo sistema de informação e prontuário do hospital e, portanto, ainda estava em fase de adaptação e alguns problemas ocorreram que atrapalharam o andamento das consultas e do agendamento dos pacientes. Por outro lado, a estrutura física organizada, bem cuidada, humanizada e com temáticas adaptadas ao público infantil é percebida como algo positivo, pois o paciente se sente bem, deseja ir ao Hospital e chega na consulta com outro ânimo.

Vale destacar que o papel da instituição pode atrapalhar enormemente na condução dos casos e na atitude do profissional frente ao usuário devido a necessidade de otimizar o tempo e atender a todas as necessidades da consulta e burocráticas em tempo reduzido. Essa questão traz questionamentos importantes para a gestão e administração de instituições de saúde, principalmente hospitalares, que atualmente estão pautadas em modelos de avaliação de resultados baseados em evidências, assemelhando-se às empresas, que buscam a satisfação do cliente, padronização de procedimentos e aumento da produtividade e eficiência (Campos, & Amaral, 2007). Nesse sentido, as ações desenvolvidas dentro dos ambientes hospitalares pouco têm investido na modificação dos valores e posturas dos profissionais de saúde, indo na contramão dos aspectos teóricos e filosóficos que norteiam a clínica ampliada, dispositivo anteriormente apresentado.



## Capítulo 6 - Discussão

A importância de aprofundar os conhecimentos acerca da adesão ao tratamento em pediatria guiou a execução desse trabalho e possibilitou uma análise mais detalhada acerca da percepção dos profissionais médicos quanto a adesão ao tratamento. Dessa maneira, foi possível identificar algumas crenças que subsidiam as relações estabelecidas pelos médicos com os pacientes-crianças e seus cuidadores, ampliar os conhecimentos acerca dos indicadores de avaliação de adesão, para, então, permitir a realização de propostas que possam intervir sobre os aspectos relacionados ao processo de adesão ao tratamento.

Primeiramente, o que chama a atenção, em todas as entrevistas realizadas, é que o participante, na maioria das vezes, respondia às perguntas na primeira pessoa do plural, embora as perguntas fossem direcionadas exclusivamente à pessoa entrevistada. O participante demonstrava, assim, falar em nome de uma coletividade em que se insere – médicos, porém, relatando sua própria vivência. Dentro dessa perspectiva e corroborando a teoria do Discurso do Sujeito Coletivo, pontua-se que a autoexpressão do pensamento se refere à expressão das opiniões compartilhadas por um grupo de indivíduos que configuram a coletividade pesquisada, portanto, mesmo utilizando o “nós” ainda assim é um único sujeito, é uma única boca que fala e que funciona como expressão de um pensamento coletivo já naturalizado pela comunidade no qual faz parte e que se torna uma maneira de afirmação das ideias expressas (Lefevre, & Lefevre, 2006). Assim, o uso do “nós” ou “a gente” estabelece maior sentido à fala de uma coletividade e também protege o interlocutor pelas opiniões emitidas.

Em seguida, os resultados obtidos são discutidos nas sessões de objetivos da pesquisa a que cada um corresponde.

### **6.1 Fatores que facilitam e dificultam o processo de adesão à terapêutica em pediatria.**

A não adesão ganha importância por representar forte preditor de desfechos clínicos desfavoráveis, portanto, identificar as causas da ineficácia é de grande relevância, considerando, principalmente, a especificidade da pediatria terciária. Dentre os aspectos descritos na dimensão socioeconômica que afetam a adesão ao tratamento, a questão financeira obteve destaque congruente com o público atendido pelo Hospital em questão. A questão financeira, como apontada pelo DSC1, dificulta a realização de atividades físicas, comparecimento às consultas e compra de medicamentos. Assim como pontuada pela pesquisa de Brand et al., (1977) quanto a relação do valor do medicamento e a adesão ao tratamento, os resultados ressaltam que a disponibilidade do medicamento na farmácia do hospital ou o preço

baixo facilitavam o processo de adesão. Ainda quanto a dimensão socioeconômica e corroborando com a literatura previamente apresentada, os resultados dessa dissertação indicam que uma barreira significativa à adesão é o analfabetismo dos cuidadores dos pacientes pediátricos. Os estudos e os resultados afirmam que a dificuldade de compreensão dos cuidadores do que foi prescrito e do modo de utilização impactam sobre os resultados do tratamento do paciente.

Os médicos participantes da pesquisa ressaltaram que, nos casos de doenças crônicas, os regimes terapêuticos, frequentemente, são muito complexos e exigem a tomada de medicamentos ou a prática de fisioterapia diversas vezes ao dia. Como aponta Bugni et al., (2012), o uso de três ou mais medicamentos por dia, pela criança, é um preditor de má adesão. Cabe ressaltar que regimes com esse grau de complexidade necessitam de maior supervisão dos pais e organização de horários para que a terapêutica não necessite ser ministrada em horários escolares o que impacta diretamente naqueles casos em que os pais passam o dia fora de casa trabalhando e se veem frente a dicotomia de não trabalhar para cuidar da saúde do filho ou trabalhar para garantir subsídios para a esta.

Nos resultados foi consistentemente indicado a dinâmica familiar e participação desta como fatores que facilitam, ou dificultam, a adesão ao tratamento. O resultado descreveu que, a partir das vivências dos profissionais, é verificado que quando a família está unida e organizada, isso facilita o tratamento da criança, pois ela se sente segura e é auxiliada pelos familiares. Por outro lado, se a família é desestruturada e com conflitos, o paciente não possui uma rotina de cuidados e é delegado a ele a responsabilidade pelos cuidados, dificultando o seguimento da prescrição. Embora haja pouca informação científica disponível acerca da dinâmica familiar e dos aspectos familiares que contribuem no processo de adesão ao tratamento, principalmente no Brasil, essa percepção referida nos resultados encontra correspondência com as pesquisas desenvolvidas por Everhart, Fiese, Smyth, Borschuk e Anbar (2014), Wysocki et al., (2005) e Almeida, Pereira e Fontoura, (2012). Os primeiros autores avaliaram que o funcionamento familiar tem correlação com a adesão ao tratamento de crianças com fibrose cística. Já os segundos autores identificaram que intervenções a partir da terapia sistêmica comportamental nas famílias de pacientes com diabetes, diminuía os conflitos familiares e aumentava a adesão a terapêutica. Por fim, os terceiros autores, em pesquisa realizada com 157 adolescentes com diabetes tipo 1, identificaram que os aspectos familiares, como suporte social familiar e o nível de conflito no ambiente familiar, têm significativo impacto no comportamento de adesão ao tratamento e na qualidade de vida do adolescente, principalmente na percepção de autoeficácia.

A idade do paciente também foi item mencionado quanto ao impacto sobre a adesão ao tratamento. É creditado aos familiares a maior responsabilidade pelos cuidados de saúde das crianças e seguimento da terapêutica, passando a responsabilidade para eles de forma gradual à medida em que as crianças vão crescendo, porém, sempre supervisionados. A adolescência, contudo, é considerada o pior período para a adesão ao tratamento, de acordo com o discurso obtido pela pesquisa que tem correspondência com os dados científicos como os apresentados pelos autores Hommel, Franciosi, Hente, Ahrens e Rothenberg (2011). A adolescência conforme descrita no DSC2 dessa questão é um período de rebeldia, inconstância, negação da doença e resistência ao tratamento. É simplório e faz parte do senso comum descrever esse período com essas características sem considerar que há uma simultaneidade do período de mudanças de natureza física e psicoemocional, e da doença crônica (Kourrouski, & de Lima, 2009; Oliveira, & Gomes, 2004). Além disso, naturalizar como um período de rebeldia e de difícil adesão é um desserviço a esse público que não recebe intervenções apropriadas e apenas reforça crenças previamente institucionalizadas.

Pela percepção dos médicos obtida, também foi identificada a relação médico-paciente-cuidador como um aspecto relevante para o processo de adesão ao tratamento. Quanto a esse aspecto, os discursos indicam que uma relação horizontal, de parceria e confiança entre médico-paciente-família, bem como uma linguagem clara e adaptada à compreensão do usuário são facilitadores do processo de adesão. Gabay (2015) apresentou em seu estudo resultados que apontam que a confiança que os pacientes têm no médico associa-se com o comportamento de adesão de forma positiva e indica que essa confiança é promovida por um estilo de comunicação mais adaptada e compreensível adotada pelo médico (Gabay, 2015). Tendo em vista que a discussão acerca do aspecto da relação médico-paciente-cuidador atende a um objetivo específico do presente trabalho, esta questão é mais analisada no próximo item.

## **6.2 A atuação médica no processo de adesão**

Para iniciar essa análise proposta, foi necessário avaliar o que os participantes compreendem pela temática abordada no estudo: adesão ao tratamento, uma vez que veremos sua influência na atitude do profissional de saúde frente ao paciente e cuidador. Os resultados indicam que os conceitos adotados pelos médicos se inserem em definições clássicas como a de *Compliance* e *Adherence*. Ao considerar adesão ao tratamento como o paciente tentar fazer o máximo possível dentro do que foi compactuado e dentro da realidade do próprio indivíduo, o DSC apresentado associa-se a concepção de adesão ao tratamento da OMS (2003), definição essa que promove uma percepção mais ativa do paciente na tomada de decisão acerca do seu

seguimento terapêutico e uma relação mais horizontal entre o prescritor e o usuário. A outra perspectiva apresentada relaciona adesão ao tratamento com o seguimento completo e correto do que foi prescrito. Essa abordagem se assemelha concepção de *Compliance* em que se preconiza uma obediência do paciente às recomendações feitas e, assim, há uma concentração de poder no profissional de saúde que manda para o usuário obedecer. Esse tipo de relação, como já analisada no item anterior e corroborada pelos estudos científicos, dificulta o processo de adesão pela falta de flexibilização da terapêutica coerente com as vivências e possibilidades do paciente.

Quando os participantes consideram adesão ao tratamento como o comparecimento às consultas ou a compreensão da doença, as demais dimensões da adesão são desconsideradas, principalmente àquelas que afetam essas ações, como a questão financeira e de alfabetização. Essas definições podem ser comparadas às respostas dadas quanto às características de uma boa adesão (adesão nota 10) e uma má adesão (nota zero), indicando certa constância na percepção dos participantes. Contudo verifica-se que ela não se mantém completamente coerente quando se analisa as respostas dadas ao questionamento de quais características da adesão nota dez. Isto é, na definição de adesão ao tratamento, é considerado a tentativa do paciente, a adesão parcial e acordada com este, por outro lado, as respostas relacionadas as características nota dez são apenas indicativas de que se espera uma adesão completa e correta do paciente, obedecendo ao prescritor.

A condução dos casos quando se identifica uma boa adesão ou uma má adesão, como constatado por essa pesquisa, é diferente, assim como os sentimentos eliciados pelos profissionais. Esses sentimentos de felicidade, alegria e que motivam o médico, relatadas pelos profissionais quando há adesão positiva, podem ser de frustração, tristeza e desestimar o profissional quando não uma boa adesão. Os sentimentos negativos, como pontua Huizinga, Bleich, Beach, Clark e Cooper (2010), podem levar o médico a apresentar atitudes mais paternalistas no manejo do paciente e conseqüente piora da relação com o usuário. No caso do DSC6 da questão 3, quando desmotivado, o médico sugere ao paciente e cuidador uma desistência do tratamento e acompanhamento, sendo esse o único momento em que é dada autonomia a eles quanto a decisão do próprio tratamento e de uma forma a fazer certo terrorismo.

Por meio da análise dos discursos, verifica-se que há uma responsabilização dos pais e cuidadores dos pacientes pediátricos quanto ao seguimento da terapêutica e um conseqüente distanciamento do prescritor da responsabilidade quanto a esse processo. De certa maneira, pode-se considerar que a responsabilização do indivíduo acerca de uma ação ligada ao processo

de saúde-doença retoma o modelo ultrapassado de saúde que o biomédico. Dentro dessa perspectiva, os demais fatores que influenciam o processo de adesão ao tratamento são desconsiderados, o indivíduo perde suas dimensões psicossociais e o cuidador é desprovido dos demais papéis que desempenha para ser apenas o corpo que cuida da criança adoecida.

Alguns estudos apontam que a atitude do paciente em relação ao tratamento proposto começa a se formar na consulta médica. Para tal, é necessário o estabelecimento de uma relação médico-paciente-cuidador positiva que perpassa, principalmente, pela questão da comunicação (Leite & Vasconcellos, 2003). O uso de um linguajar mais adaptado e coerente com o nível de compreensão da criança e do acompanhante foi apontado nos resultados dessa pesquisa como aspectos importantes para a adesão ao tratamento, interação com a criança e participação desta. Além disso, foi indicado que a comunicação permite a compreensão acerca da doença, tratamento, consequências e das informações passadas. Os resultados concordam, portanto, com esses autores que verificaram que os profissionais de saúde que utilizavam linguagem mais popular/acessível, eram mais acreditados pelos usuários da unidade de saúde.

Ao questionar sobre a participação da criança na consulta, os resultados foram unânimes quanto a importância. Contudo, chama a atenção que um dos discursos indica que, embora seja importante, nem sempre é o que feito, discordando assim dos demais discursos obtidos nessa pergunta. Considerando as dificuldades de tempo da consulta e de comunicação com a criança, verifica-se que, muitas vezes, a participação da criança se resume a aspectos lúdicos e afetivos, ganhando maior espaço quando vai se desenvolvendo, porém sem presença na tomada de decisões quanto a terapêutica, fato minimamente mencionado na pesquisa. Outro ponto de investigação pela presente pesquisa foi o aspecto da comunicação do profissional com a criança durante a consulta médica. Esse resultado chamou bastante a atenção por identificar discurso que refere a falta de dificuldade e ressalta a facilidade de se comunicar com a criança em comparação ao adulto. A facilidade referida vai de contramão a literatura que aponta que a comunicação é um desafio maior quando se trata do público pediátrico, uma vez que requer habilidades comportamentais e comunicacionais específicas (Kohlsdorf & Costa-Junior, 2013; Pinto, 2010). Esses mesmos autores indicam que há um receio entre os profissionais de saúde em se comunicarem diretamente com a criança por acreditarem que a criança não tem capacidade de entender nem de tomar decisões, fato esse ratificado pelo DSC4 em que pontua que a maior dificuldade é por menosprezar a capacidade da criança de participar e entender. Com adolescentes, essa barreira na comunicação permanece, sendo eles apenas espectadores de suas consultas médicas o que não favorece a autonomia dos mesmos na assunção da doença

e tratamento, bem como um saudável desenvolvimento psicológico (Kourrouski, & de Lima, 2009).

Uma falha comunicacional identificada por meio das respostas obtidas pela presente pesquisa é quanto à avaliação da compreensão. Alguns participantes indicaram avaliarem a compreensão sobre o que foi falado na consulta – aspecto esse muito referido ao longo das entrevistas – por meio de perguntas fechadas, tais como “entendeu? Tem alguma dúvida?”, que não permitem a real percepção sobre a compreensão, haja vista muitos responderem de forma pontual por vergonha ou receio de serem mal vistos por não terem compreendido.

Um ponto frequentemente identificado nos resultados é a necessidade do acionamento e participação da equipe multidisciplinar, seja para avaliação da adesão, seja para intervenção na e promoção da adesão ao tratamento. O trabalho multidisciplinar com a contribuição de cada disciplina de saúde é fundamental para progressos nessa área. Pesquisas concluem que atividades educativas em saúde, realizada por equipes multidisciplinares nas quais abordam temáticas para além dos aspectos biológicos, considerando a experiência do sujeito, melhoram sobremaneira a adesão ao tratamento (Torres, Fernandes, & Cruz, 2007). No Hospital onde foi desenvolvida a pesquisa, há a inserção de profissionais das diferentes áreas em quantitativos superior ao de demais hospitais da rede pública. Esse reconhecimento é indicado no DSC6 da questão 25. No entanto, sabe-se que mesmo com essa quantidade de profissionais ainda não é suficiente para suprir todas as carências e demandas de um hospital terciário que atende grande parte de doenças crônicas. Deve-se, também, ressaltar que um aprimoramento da comunicação e relação médico-paciente-acompanhante para uma abordagem para além dos aspectos biológicos pode contribuir para a minimização ou mesmo resolução das dificuldades relacionadas a adesão que são encaminhadas para outros serviços, como o de psicologia, por exemplo.

O papel das instituições para a produção de saúde por meio de ações como a adesão ao tratamento é fundamental, portanto, as intervenções realizadas nesse contexto não devem ser resumidas ao tratamento de doenças e necessitam ofertar suporte material e organizacional para tal. Nessa pesquisa, ficou evidente que o tempo de consulta é um fator prejudicial para o estabelecimento de uma relação positiva entre médico-paciente-acompanhante, bem como interfere na avaliação da adesão e acesso às barreiras que interferem nesse processo. Esse tempo reduzido de consulta, justificado (oficialmente) pela necessidade de uma maior produtividade aliado às questões burocráticas e problemas com o sistema de informação, provocam potenciais e prejuízos significativos nos cuidados de saúde. A antiga discussão entre qualidade e quantidade ganha espaço, haja vista a importância de uma maior reflexão sobre os efeitos da

quantidade em detrimento da qualidade em uma instituição de saúde que tem uma enorme demanda devido ao público ser de doenças crônicas, ou seja, de tratamento a longo prazo (Kohlsdorf, & Costa-Junior, 2013). Nesse sentido, ressalta-se que um atendimento com maior tempo e qualidade em que os aspectos psicossociais são abordados e há possibilidade de intervenção para promoção da adesão a saúde, promoverá melhores cuidados em saúde, e consequente diminuição de adoecimento, retornos ao hospital, internações, gastos hospitalares, uso de medicamentos, e, portanto, diminuição dos gastos financeiros do Estado com a saúde, como apontado por Steiner, Torres, Penna e Melo (2013).

Intervenções que visam a promoção de aspectos relacionados a adesão ao tratamento precisam considerar a atuação em diferentes dimensões para ganhos maiores. Assim como referidos pelos profissionais entrevistados, é necessário a identificação do motivo da não adesão para uma melhor abordagem. Dentre as estratégias identificadas nos resultados dessa pesquisa para promoção da adesão ao tratamento, a mais bem descrita no discurso e que se repete em outras questões é o favorecimento da compreensão do paciente e familiar sobre a doença, tratamento e importância desta por meio de atividades educativas como conversas, palestras, acesso a materiais gráficos. Essas atividades correspondem às estratégias mais utilizadas para melhorar a adesão que são os programas educativos que procuram informar sobre características da doença e envolver no tratamento (Kourrouski, & de Lima, 2009). As demais estratégias pontuadas, embora de maneira sucintas, têm valor importante para a organização das atividades de cuidado de acordo com a rotina e possibilidades do paciente como é o caso do organograma, além do estabelecimento de metas que torna o paciente mais ativo e autônomo sobre o seu processo de tratamento. O uso de aplicativos, alarmes de celular e associação de terapêutica com atividades rotineiras têm contribuído para o não esquecimento dos horários de tomada dos medicamentos.

A partir da análise acerca da importância da relação positiva da tríade médico-paciente-familiar e da co-responsabilização desses atores no processo de adesão ao tratamento, verifica-se pelas respostas às questões acerca da abordagem do tema adesão na prática profissional, no meio científico e acadêmico, que essa temática não tem tido o destaque que merecia ter. Não obstante tratem das estimativas de não adesão, os artigos e eventos científicos não têm proporcionado o contato desses profissionais às práticas de melhoria da avaliação e de intervenção da adesão. Ao retomar a introdução desse estudo, cabe ressaltar que práticas simples como o toque, a empatia, o estabelecimento de uma relação de confiança, a inclusão do paciente e dos seus familiares na tomada de decisão quanto ao tratamento, podem potencializar

o comportamento de adesão do paciente (Guéguen, Meineri & Charles-Sire, 2010; Santo et al., 2017).

### **6.3 Indicadores utilizados para avaliar adesão à terapêutica em pediatria e o uso de indicadores qualitativos para avaliar a adesão à terapêutica**

Esse desafio proposto pela presente pesquisa vai de encontro com a ausência de um padrão ouro de mensuração da adesão e a necessidade cada vez maior de identificar os padrões de adesão ao tratamento. Dentro dessa perspectiva, foi questionado sobre quais os indicadores de adesão utilizados pelos profissionais entrevistados e o conhecimento deles sobre esse aspecto da temática. Os discursos identificados, em sua maioria, se referem a padrões subjetivos de avaliação como anamnese, roteiros de consulta, entrevista com perguntas abertas, questionários, uso de agendas e diários. Outro pontuou, também, o uso de indicadores clínicos como diminuição de sintomas, melhora dos índices de massa corporal e estatura. Indicou-se a utilização de indicadores laboratoriais obtidos por meio de exames de sangue, espirometria, hemoglobina glicada e sorologia de *antitransglutaminase*. Foi ressaltado também a possibilidade de dosagem do remédio no sangue ou de contagem de capsulas de remédio inalatório, porém essa alternativa não se mostrou muito presente na conduta médica, ao contrário da possibilidade de uso de mecanismo eletrônico de aplicação de medicamento que registra a quantidade de vezes em que foi aplicado e outro que registra os valores de medição da glicemia que faz parte da terapêutica.

Um discurso contemplou a adoção de protocolos já firmados ou estabelecidos pela própria especialidade no hospital, porém, não foram especificados e muitos indicaram que constituem em parâmetros laboratoriais, clínicos e subjetivos (anamnese, questionário) que serão mais bem discutidos posteriormente. É interessante notar que para cada indicador descrito, foi pontuado, pelos participantes, as limitações inerentes a cada medida que corroboram os indicados pelos estudos científicos.

Considera-se relevante pontuar que a principal estratégia utilizada para mensurar a adesão ao tratamento pelos participantes dessa pesquisa foram os métodos qualitativos e subjetivos. Foi descrito que dessa maneira era mais fácil ter acesso aos erros, contradições e falhas na adesão ao tratamento. Em contextos de saúde, por exemplo, em que pesquisas de ensaio clínico randomizado são mais comuns, os métodos qualitativos como a entrevista, a anamnese e a avaliação autorreferida precisam defender seu espaço. Assim, o primeiro argumento favorável ao método qualitativo em saúde é acessar informações que não são acessadas pelas pesquisas quantitativas, pois por meio dela se compreende o processo social



imbricado nos fenômenos da saúde como é o caso apresentado no discurso obtido nessa pesquisa (Green & Thorogood, 2004).

O uso de métodos qualitativos permite um conhecimento mais aprofundado das questões que são mais importantes para o paciente no processo de adesão e, portanto, podem ter impacto positivo na saúde dos indivíduos (Bewley et al., 2014; Leon et al., 2015). Através da perspectiva qualitativa e os métodos empregados como entrevista semiestruturada, é possível promover um espaço ao participante de expressão e descrição quanto aos sentimentos e percepções relacionados a um determinado fenômeno nas próprias palavras (Morse, & Field, 1995). Desse modo, há a possibilidade de examinar como a realidade - a percepção dos processos de saúde - é construída, conhecer mais profundamente a experiência do paciente frente a determinado fenômeno da saúde e não apenas se limitar a conhecer uma realidade apenas. Na perspectiva da adesão ao tratamento, o uso desses métodos qualitativos expostos, proporcionam aos profissionais de saúde, além do conhecimento acerca dos comportamentos de adesão, acesso aos fatores que afetam esse processo. Portanto, associar métodos qualitativos aos métodos quantitativos traz uma riqueza maior de detalhes e uma melhor compreensão acerca do fenômeno.

#### **6.4 Indicadores por clínica de especialidade pediátrica**

Esse objetivo não foi possível alcançar nesta pesquisa, pois os profissionais, muitas vezes, referiam apenas os indicadores de avaliação de uma única doença - diabetes, fibrose cística, problemas de crescimento, epilepsia, asma, doença celíaca - e não associados à especialidade em geral. Além disso, os métodos primordialmente utilizados e indicados foram subjetivos que abarcavam o relato de todo o tratamento, independentemente de especialidade. Propõe-se, para uma resposta mais fidedigna a essa questão, um levantamento bibliográfico acerca dos indicadores utilizados para cada doença crônica tratada por essas especialidades.

#### **6.5 Possibilidades de ação**

Ao longo das entrevistas, os participantes foram relatando as dificuldades que encontram em suas práticas profissionais que contribuem para um desfecho desfavorável na saúde. Foi possível identificar demandas, tanto dos profissionais médicos quanto dos usuários que frequentam o hospital, que necessitam de intervenções emergenciais, mas factíveis para um aprimoramento do processo de saúde, principalmente, de adesão ao tratamento

Considerando que os profissionais entrevistados, os usuários e eu, como psicóloga, estamos inseridos em uma instituição de qualidade ímpar que, embora se preocupe com a produtividade, tem como missão oferecer um atendimento de qualidade aos seus usuários, pontua-se a possibilidade da criação de projetos formais que capacitem os profissionais de saúde como um todo para a inclusão formal do paciente pediátrico na consulta médica, na tomada de decisão e nos cuidados de saúde. Para tal, ressalta-se a necessidade de treinamento desses profissionais nos processos de comunicação, principalmente frente ao paciente pediátrico, isto é, crianças e adolescentes e desenvolvimento de habilidades. Um aspecto positivo dessa proposta é que, por se tratar de um hospital-escola, ou seja, que serve de cenário para a prática de alunos de graduação e residentes de diversas áreas da saúde, os profissionais dessa instituição podem ser multiplicadores desses ensinamentos de uma prática mais humanizada e dentro do modelo de saúde biopsicossocial.

Além disso, as instituições hospitalares se configuram como um campo comunitário oportuno para o desenvolvimento de educação permanente, capacitação comunitária e de saúde. Sendo assim, o hospital tem a potencialidade para incorporar às práticas de saúde, as atividades educativas e os saberes comunitários em prol de uma assistência integral e fomentando a autonomia e participação do sujeito no processo de saúde, principalmente quanto a tomada de decisão.

Nesse sentido, as estratégias do SUS, descritas nos capítulos introdutórios, que contribuem para a melhoria da adesão ao tratamento - clínica ampliada, autocuidado apoiado e Projeto Terapêutico Singular - podem ser aplicadas e assumidas pelas equipes multidisciplinares das instituições a fim de possibilitar um cuidado integral, articulando diferentes saberes das especialidades e do usuário. Com foco na participação e autonomia dos usuários e família, considerando sua singularidade e a complexidade do processo de saúde, as ações desse âmbito aplicadas no contexto hospitalar contribuiriam para o estabelecimento de propostas terapêuticas negociadas com o sujeito e uma trajetória de ação. Por meio do embasamento da clínica ampliada, sensibilizar os profissionais de saúde para a percepção integral dos seus pacientes e usuários do SUS.

As atividades educativas que muitas vezes são propostas como intervenção para promoção da adesão ao tratamento devem ser pensadas de forma a abranger muitos usuários e seus familiares que possuem a mesma doença e com abordagens mais dinâmicas coerentes com o público em questão. Os grupos educativos possibilitam também a troca de informações e experiências acerca do processo de adoecimento e tratamento, porém não devem ser direcionados apenas aos pais de paciente, mas também às crianças e adolescentes. Nessa linha

de proposta, Silveira e Ribeiro (2005) apresenta um grupo de adesão ao tratamento que se caracteriza por ser um grupo informativo, reflexivo e de suporte, de uma mesma condição de saúde, que visa a facilitação do processo que o próprio nome indica.

O trabalho em equipe multidisciplinar já foi exposto anteriormente como uma possibilidade de ação. Dessa maneira, é relevante destacar o papel da psicologia na promoção da adesão ao tratamento. Tendo em vista que foi indicado nos resultados a relação de aspectos psicológicos com a baixa adesão ao tratamento, os profissionais psicólogos dentro de uma abordagem cognitivo-comportamental visam compreender as variáveis psicológicas que influem, tais como percepção de autoeficácia, habilidades de enfrentamento do estresse, crenças de saúde e atitudes relacionadas à doença e ao tratamento – sob os comportamentos de adesão (Faustino & Seidl, 2010). A partir dessa compreensão é possível intervir com abordagens educativas e lúdicas para o fortalecimento de habilidades de enfrentamento funcionais, mudança no padrão de crenças e estabelecimento de novo repertório comportamental.

Por fim, destaca-se a importância da abordagem da temática da adesão em congressos e eventos científicos para além dos aspectos epidemiológicos de forma a acessar e capacitar um maior contingente de profissionais da saúde para a percepção dos aspectos que influenciam a adesão e sensibilizá-los para as próprias práticas que influem nesse processo de adesão ao tratamento do usuário.

## **6.6 Limitações do estudo**

Ao finalizar esse trabalho, é possível identificar algumas melhorias possíveis para uma compreensão mais ampliada sobre o processo de adesão ao tratamento. A aplicação de uma entrevista piloto permitiu a adequação da linguagem para uma entrevista que fosse mais compreensível pelo participante, mesmo assim, algumas vezes foi necessária uma maior explicação ao participante sobre o que a questão pretendia. Deve-se considerar, também, que as questões pareciam ser repetitivas para os participantes, mas elas tinham o objetivo de conseguir captar, com maior fidedignidade, as informações almejadas, além de identificar eventuais incoerências de respostas.

Embora a abordagem apurada e específica da percepção de uma categoria profissional que a presente pesquisa proporcionou, uma possibilidade de aprimoramento da presente pesquisa seria a mudança de enfoque para as demais profissionais da saúde não-médicos visando uma comparação quanto a influência dos diferentes processos de formação acadêmica na prática e conduta destes frente a adesão ao tratamento. Além disso, considerando que o foco do tratamento médico, muitas vezes, é medicamentoso, a abordagem desses outros profissionais

possibilitaria a percepção de outras terapêuticas não apenas medicamentosa como no caso dos exercícios de fisioterapia, fonoterapia que consomem mais tempo durante o dia.

A amostra utilizada nessa pesquisa foi bastante ampla e, portanto, as entrevistas proporcionaram uma riqueza de dados e informações relevantes. Contudo, o processo de análise foi mais demorado e difícil devido a extensão das entrevistas e das temáticas que compunham as questões.

Devido a questão de tempo, não foi possível aprimorar os dados acessando outras informações, porém, acredita-se que seria interessante para propostas futuras que além de avaliar a percepção dos profissionais de saúde, pudessem ter outro instrumento ou sujeito de avaliação para fins comparativos ao que foi dito pelo profissional. Por exemplo, a possibilidade de acompanhar ou filmar uma consulta desse profissional para ter um comparativo sobre o que é dito e o que ocorre na prática. Ou mesmo desenvolver uma entrevista a ser realizada com o paciente e acompanhante após a consulta com o profissional em questão que abordaria temáticas acerca da compreensão do mesmo da doença e tratamento, dos fatores que dificultam ou facilitam o seguimento da adesão, da relação médico-paciente-acompanhante e verificaria a adesão auto-referida.

## Capítulo 7 - Considerações Finais

Constitucionalmente, saúde é um direito de todos os cidadãos e é dever do Estado a provisão de recursos que forneçam as condições necessárias à garantia desse direito. Com a mudança de paradigmas filosóficos e com a concepção de saúde mais moderna e integral, sabe-se que a introdução de tecnologias biomédicas de ponta não é suficiente para atender às necessidades de saúde dos indivíduos, que vão muito além de parâmetros biológicos. Apesar de anteriormente ser negligenciada, uma vez que os modelos de saúde eram voltados para o indivíduo, não há como pensar em saúde sem considerar os fatores sociais, ambientais, políticos de infraestrutura e contextuais que a influenciam.

A visão simplória, reduzida e obsoleta de adesão ao tratamento como o seguimento passivo, ou obediência, a orientações passadas pelos profissionais de saúde, atrasam o desenvolvimento de mecanismos e estratégias que poderiam contribuir para o alcance de melhores índices de saúde, pois colocam a responsabilidade apenas para o indivíduo e desconsideram a participação dos demais fatores condicionantes da saúde.

Dentro dessa perspectiva, a psicologia como ciência e profissão se alia às práticas de cuidados com a saúde com o objetivo de fomentar, através de intervenções psicossociais, comportamentais e cognitivas, o bem-estar psicológico, a qualidade de vida dos sujeitos, as relações entre profissionais de saúde e usuários, a humanização dos serviços e cuidados prestados, dentre outros. Pautada nessa ideia, o desenvolvimento da presente pesquisa atende a uma necessidade presente e experienciada por esta psicóloga que aqui escreve, no trabalho desempenhado diariamente em psicologia pediátrica. Se faz necessário, ainda, que o papel da psicologia da saúde seja mais reconhecido, com atuação funcional sobre os processos de adesão ao tratamento, desafio mundial para a saúde, fazendo-se notar e reconhecer como uma ciência que precisa estar inserida nos cenários de saúde, na gestão e formulação de políticas públicas.

O desafio que se apresenta é tornar as relações estabelecidas nas instituições hospitalares menos verticalizadas, os usuários mais autônomos e empoderados, para tal, a psicologia da saúde deve lançar um olhar mais aprofundado para essa dimensão. Essa pesquisa visa colaborar para que esse desafio e luta não seja unicamente da psicologia, mas um empenho conjunto e colaborativo entre os profissionais da saúde e gestores, para um bem maior que é a assistência humanizada do usuário que hoje pode ser o outro, mas amanhã pode ser a gente ou alguém de nosso afeto.

A realização de uma dissertação de mestrado, isto é, um trabalho científico e acadêmico para um programa de uma universidade pública, ou seja, custeado pelo Estado, ressalta o desejo

de que o conhecimento construído por essa pesquisa seja utilizado em benefício do outro, da comunidade, e do Estado. Portanto, almeja-se que esse estudo seja o adubo para o florescimento de ações e estratégias de intervenção que visem a promoção da adesão ao tratamento, bem como o reconhecimento dessa ciência que é a psicologia da saúde.

Para tal, contamos com possibilidades promissoras e de grande poder, como a educação permanente e uso dos dispositivos do SUS para intervenção e aprimoramento dos profissionais de saúde por meio dos seus valores e posturas humanizadas frente aos usuários de saúde, principalmente no público pediátrico que é um desafio ainda maior.

Em um momento de tantas incertezas acerca da sobrevivência/resistência do SUS e considerando uma trajetória na psicologia da saúde que foi completamente inserida em instituições públicas, ao final desse trabalho e dessa etapa, após estudos, leituras, discussões, aprendizagens sobre essa temática, o que fica claro é que o SUS, essa referência mundial de assistência integral de saúde e qualidade de vida, mesmo em meio a tanta adversidade, mostre-se resiliente e criativo com recursos úteis para serem otimizados com foco na valorização do curso de vida de indivíduos e grupos.

## Referências

- Abate, T. W. G. (2019). Medication non-adherence and associated factors among diabetes patients in Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar city administration, Northwest Ethiopia. *BMC research notes*, 12, 1-6. doi: 10.1186/s13104-019-4205-4.
- American Psychological Association. (APA) (2004). Recuperado de <https://www.apa.org/about/division/div38>
- Almeida, J. P., Pereira, M. G., & Fontoura, M. (2012). Variáveis individuais e familiares na adesão ao tratamento, controle metabólico e qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 15(1), 59-82. ISSN 1516-0858
- Araújo, N.C.F., Palhão, D.M.R, Silva, V.C., Ávila, J.O.L, Cardoso, K.F, Santos, E.R.F, Lomba, F.C.M.S, Carvalho, I.R.A, Souza, B.Q e Polisel, C.G. (2017). Avaliação da Adesão ao Tratamento em Condições Crônicas de Saúde por Meio do Cuidado Farmacêutico. *Revista Brasileira de Farmácia. Hospitalar e Serviços de Saúde*, 8(3), 37-41. doi: 10.30968/rbfhss.2017.083.007
- Arruda, D. C. J., Eto, F. N., Velten, A. P. C., Morelato, R. L., & de Oliveira, E. R. A. (2015). Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(2), 327-337. doi: [10.1590/1809-9823.2015.14074](https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14074)
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bastos, D. F., Cunha, A. J. L. A. D., & Souza, A. N. D. (2018). The Experience of Family Medicine Interns Conducting McGill ILLNESS Narrative Interview with Non-Compliant Chronic Patients. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(3), 178-188. doi: 10.1590/1981-52712015v42n3rb20170047r2ing.
- Batistella C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In A. F. Fonseca & A. D. Corbo (Orgs.). *O território e o processo saúde-doença* (pp. 51-86). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Bewley, A., Burrage, D. M., Ersser, S. J., Hansen, M., & Ward, C. (2014). Identifying individual psychosocial and adherence support needs in patients with psoriasis: A multinational two-stage qualitative and quantitative study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28(6), 763–770. doi: [10.1111/jdv.12174](https://doi.org/10.1111/jdv.12174)
- Bitarães, E. L., Oliveira, B. M., & Viana, M. B. (2008). Adesão à antibioticoterapia profilática em crianças com anemia falciforme: um estudo prospectivo. *Jornal de Pediatria*, 84(4), 316-322. doi:[10.1590/S0021-75572008000400006](https://doi.org/10.1590/S0021-75572008000400006)
- Brand, F. N., Smith, R.T., & Brand, P.A. (1977). Effect of economic barriers to medical care on patient's noncompliance. *Public Health Reports*, 92, 72-78.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004). *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico

da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde. ISBN 978-85-334-1337-5

Brasil. Secretaria Municipal da Saúde (2012). Autocuidado apoiado: Manual do profissional da saúde. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (2008). *Manual de Adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. ISBN 978-85-334-0547-9

Brasil. Ministério da Saúde (2014). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (2016). *Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas*. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde.

Brixner, B., Muniz, C., Renner, J. D. P., Pohl, H. H., Garcia, E. L., & Krug, S. B. F. Ações de promoção de saúde nas estratégias saúde da família. *Cinergis*, 18, 386-390. doi: 10.17058/cinergis.v18i0.11182

Bugni, V. M., Ozaki, L. S., Okamoto, K. Y., Barbosa, C. M. P. L., Hilário, M. O. E., Len, C. A., & Terreri, M. T. (2012). Factors associated with adherence to treatment in children and adolescents with chronic rheumatic diseases. *Jornal de pediatria*, 88(6), 483-488. doi: [10.1590/S0021-75572012000600007](https://doi.org/10.1590/S0021-75572012000600007)

Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida Health promotion and quality of life. *Ciência & Saúde Coletiva (Online)*, 5(1), 163-177. doi: [10.1590/S1413-81232000000100014](https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014)

Campos, G. W., Barros, R. B. D., & Castro, A. M. D. (2004). Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, 745-749. doi: 10.1590/1413-81232015216.07422016

Campos, G. W. D. S., & Amaral, M. A. D. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 849-859.

Carvalho, L. G. P. D., Moreira, M. D. D. S., Rézio, L. D. A., & Teixeira, N. Z. F. (2012). A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. *O mundo da saúde*, 36(3), 521-525.

Castro, E. K. D., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57. doi: [10.1590/S1414-98932004000300007](https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300007)

Chehuen Neto, J. A., Costa, L. A., Estevanin, G. M., Bignoto, T. C., Vieira, C. I. R., Pinto, F. A. R., & Ferreira, R. E. (2019). Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 1121-1132. doi: 10.1590/1413-81232018243.02212017



- Cheiloudaki, E., & Alexopoulos, E. C. (2019). Adherence to Treatment in Stroke Patients. *International journal of environmental research and public health*, 16(2), 196. doi: 10.3390/ijerph16020196.
- Crozatti, M. T. L., França-Junior, I., Rodrigues, R., Carneiro Ferrão, M. D. S., Brigido, L. F. M., Della Negra, M., & Waldman, E. A. (2013). Antiretroviral treatment adherence in childhood and adolescence: multidisciplinary team as an associated factor in Brazil. *AIDS care*, 25(11), 1462-1469. doi: 10.1080/09540121.2013.774312
- da Silva, A. I., Loccioni, M. F. L., Orlandini, R. F., Rodrigues, J., Peres, G. M., & Maftum, M. A. (2016). Projeto terapêutico singular para profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Cogitare Enfermagem*, 21(3), 01-08, doi: 10.5380/ce.v21i3.45437
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed.
- Duarte, S. J. H., Mamede, M. V., & Andrade, S. M. O. (2009). Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. *Saúde e Sociedade*, 18, 620-626. doi: [10.1590/S0104-12902009000400006](https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000400006).
- Emilio, C. C., Mingotti, C. F. B., Fiorin, P. R., Lima, L. A., Muniz, R. L., Bigotto, L. H., ... & Ponte, E. V. (2019). Is a low level of education a limiting factor for asthma control in a population with access to pulmonologists and to treatment? *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 45(1), 1-5. Doi: 10.1590/1806-3713/e20180052
- Everhart, R. S., Fiese, B. H., Smyth, J. M., Borschuk, A., & Anbar, R. D. (2014). Family functioning and treatment adherence in children and adolescents with cystic fibrosis. *Pediatric allergy, immunology, and pulmonology*, 27(2), 82-86. Doi: 10.1089/ped.2014.0327
- Faustino, Q. D. M., & Seidl, E. M. F. (2010). Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento em pessoas com HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 121-130. Doi: 10.1590/S0102-37722010000100014.
- Farfel, A., Shalitin, S., Morag, N., & Meyerovitch, J. (2019). Long-term adherence to growth hormone therapy in a large health maintenance organization cohort. *Growth Hormone & IGF Research*, 44, 01-05. doi: [10.1016/j.ghir.2018.10.004](https://doi.org/10.1016/j.ghir.2018.10.004)
- Fernandes, L. T. B., da Nóbrega, V. M., de Amorim Silva, M. E., Machado, A. N., & Collet, N. (2017). Autocuidado apoiado a crianças e adolescentes com doenças crônicas e suas famílias. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1389-1400. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0553>
- Ferreira, E. A. P. (2006). Adesão ao tratamento em psicologia pediátrica. Em Crepaldi, M. A., Linhares, M. B. M., & Perosa, G. B. (Organizadores). *Temas em Psicologia Pediátrica*. São Paulo: Caso do Psicólogo.
- Gabay, G. (2015). Perceived control over health, communication and patient-physician trust. *Patient Education and Counseling*, 98(12), 1550–1557. doi: 10.1016/j.pec.2015.06.019
- García, M. I., Araya, G., Coo, S., Waisbren, S. E., & de la Parra, A. (2017). Treatment adherence during childhood in individuals with phenylketonuria: Early signs of treatment

- discontinuation. *Molecular Genetics and Metabolism Reports*, 11, 54-58. doi: [10.1016/j.ymgmr.2017.04.006](https://doi.org/10.1016/j.ymgmr.2017.04.006)
- Green, J., & Thorogood, N. (2009). *Qualitative methods for Health Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Guéguen, N., Meineri, S., & Charles-Sire, V. (2010). Improving medication adherence by using practitioner nonverbal techniques: A field experiment on the effect of touch. *Journal of Behavioral Medicine*, 33(6), 466–473. doi: 10.1007/s10865-010-9277-5
- Gusmão, J. L., & Mion-Jr, D. (2006). Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 23–25.
- Haskard-Zolnierok, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care*, 47(8), 826–834. doi: [10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.Physician](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.Physician).
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & L. Sackett, D. L. (1979). *Compliance in Health Care*. London: The Johns Hopkins University Press.
- Haynes, R.B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H.P., & Yao, X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3.
- Henriques, M. A. P. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: eficácia das intervenções de enfermagem. (tese de doutorado). Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal.
- Hommel, K. A., & Baldassano, R. N. (2009). Brief report: Barriers to treatment adherence in pediatric inflammatory bowel disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(9), 1005-1010. doi: [10.1093/jpepsy/jsp126](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp126)
- Hommel, K. A., Franciosi, J. P., Hente, E. A., Ahrens, A., & Rothenberg, M. E. (2011). Treatment adherence in pediatric eosinophilic gastrointestinal disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(5), 533-542. doi: [10.1093/jpepsy/jsr090](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsr090)
- Huizinga, M. M., Bleich, S. N., Beach, M. C., Clark, J. M., & Cooper, L. A. (2010). Disparity in Physician Perception of Patients' Adherence to Medications by Obesity Status. *Obesity*, 18(10), 1932–1937. doi: 10.1038/oby.2010.35
- Jannoo, Z., & Khan, N. M. (2019). Medication Adherence and Diabetes Self-Care Activities among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Value in Health Regional Issues*, 18, 30-35. doi: [10.1016/j.vhri.2018.06.003](https://doi.org/10.1016/j.vhri.2018.06.003)
- Jay, S., Litt, I. F., & Durant, R. H. (1984). Compliance with therapeutic regimens. *Journal of Adolescent Health Care*, 5(2), 124-136. doi: [10.1016/S0197-0070\(84\)80012-1](https://doi.org/10.1016/S0197-0070(84)80012-1)
- Jenkins, C.D. (2009). *Construindo uma saúde melhor*. Porto Alegre: ArtMed.
- Kahana, S., Drotar, D., & Frazier, T. (2008). Meta-analysis of psychological interventions to promote adherence to treatment in pediatric chronic health conditions. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(6), 590-611. doi: [10.1093/jpepsy/jsm128](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm128)

- Keene, D. E., Guo, M., & Murillo, S. (2018). "That wasn't really a place to worry about diabetes": Housing access and diabetes self-management among low-income adults. *Social Science & Medicine*, 197, 71-77. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.11.051
- Kohlsdorf, M., & Costa-Junior, Á. L. (2013). Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura. *Estudos de Psicologia*, 30(4), 539-552. doi: [10.1590/S0103-166X2013000400007](https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000400007)
- Kourrouski, M. F. C., & de Lima, R. A. G. (2009). Adesão ao tratamento: vivências de adolescentes com HIV/AIDS. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 1-7. doi:10.11606/D.22.2008.tde-03112008-100451
- Kripalani, S., Risser, J., Gatti, M. E., & Jacobson, T. A. (2009). Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *Value in Health*, 12(1), 118-123. doi: 10.1111/j.1524-4733.2008.00400.x
- Kucukarslan, S. N., Lee, K. S., Patel, T. D., & Ruparelia, B. (2015). An experiment using hypothetical patient scenarios in healthy subjects to evaluate the treatment satisfaction and medication adherence intention relationship. *Health Expectations*, 18(5), 1291-1298. doi: 10.1111/hex.12103
- Laugesen, J., Hassanein, K., & Yuan, Y. (2015). The impact of internet health information on patient compliance: a research model and an empirical study. *Journal of medical Internet research*, 17(6), e143. doi: 10.2196/jmir.4333
- Lee, J. H., Lee, S. H., Ban, G. Y., Ye, Y. M., Nahm, D. H., Park, H. S., & Shin, Y. S. (2019). Factors Associated with Adherence to Allergen Specific Subcutaneous Immunotherapy. *Yonsei medical journal*, 60(6), 570-577. doi: 10.3349/ymj.2019.60.6.570
- Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C. (2005). *O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul: Educs.
- Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C. (2006). O sujeito coletivo que fala. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 10, 517-524. doi: [10.1590/S1414-32832006000200017](https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200017)
- Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C. (2014). Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(2), 502-507. doi: [10.1590/0104-07072014000000014](https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014)
- Lefevre, F., Lefevre, A. M. C., & Marques, M. C. C. (2009). Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 1193-1204. doi: [10.1590/S1413-81232009000400025](https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400025)
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 775-782. doi: [10.1590/S1413-81232003000300011](https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000300011)
- Leon, N., Surender, R., Bobrow, K., Muller, J., & Farmer, A. (2015). Improving treatment adherence for blood pressure lowering via mobile phone SMS-messages in South Africa: A qualitative evaluation of the SMS-text Adherence Support (StAR) trial

- Service organization, utilization, and delivery of care. *BMC Family Practice*, 16(1), 1–10. doi: [10.1186/s12875-015-0289-7](https://doi.org/10.1186/s12875-015-0289-7)
- Lutge, E., Lewin, S., & Volmink, J. (2014). Economic support to improve tuberculosis treatment outcomes in South Africa: A qualitative process evaluation of a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 236. doi: [10.1186/1745-6215-15-236](https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-236)
- Lutge, E., Lewin, S., Volmink, J., Friedman, I., & Lombard, C. (2013). Economic support to improve tuberculosis treatment outcomes in South Africa: A pragmatic cluster-randomized controlled trial. *Trials*, 14(1), 154. doi: [10.1186/1745-6215-14-154](https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-154)
- Mello, C. H. M. S. (2012). A valorização dos aspectos culturais da população como estratégia para melhorar a adesão da comunidade às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. *Revista Aurora*, 5, 9-24. ISSN 1982-8004
- Mendonça, M. B. (2007). *Análise do processo de comunicação entre médico, paciente acompanhante em onco-hematologia pediátrica* (dissertação mestrado). Universidade de Brasília. Brasília, Brasil.
- Monti, M. D., & Nealis, R. M. (2017). Indicators of Non-adherence to Asthma Treatment in Pediatric Primary Care. *Journal of pediatric nursing*, 36, 7-12. doi: [10.1016/j.pedn.2017.04.011](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.04.011)
- Moraes, A. B. A., Rolim, G. S., & Costa Jr, A. L. (2009). O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11(2), 329-345. doi: [10.31505/rbtcc.v11i2.408](https://doi.org/10.31505/rbtcc.v11i2.408)
- Morisky, D.E, Green, L.W, & Levine. D.M., (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*, 24(1), 67-74.
- Morse, J. M., & Field, P. A. (1995). *Qualitative research methods for health professionals*. 2ª edição.
- Ngo, C. Q., Phan, D. M., Vu, G. V., Dao, P. N., Phan, P. T., Chu, H. T., ... & Tran, B. X. (2019). Inhaler Technique and Adherence to Inhaled Medications among Patients with Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Vietnam. *International journal of environmental research and public health*, 16(2), 185. doi: [10.3390/ijerph16020185](https://doi.org/10.3390/ijerph16020185).
- Nolan, T., Desmond, K., Herlich, R., & Hardy, S. (1986). Knowledge of cystic fibrosis in patients and their parents. *Pediatrics*, 77(2), 229-235.
- Oetzel, J. G., Lao, C., Morley, M., Penman, K., Child, M., Scott, N., & Karalus, M. (2019). Efficacy of an incentive intervention on secondary prophylaxis for young people with rheumatic fever: a multiple baseline study. *BMC public health*, 19(1), 385. doi: [10.1186/s12889-019-6695-3](https://doi.org/10.1186/s12889-019-6695-3).
- Oliveira, V. Z., & Gomes, W. B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 459-469. doi: [10.1590/S1413-294X2004000300008](https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300008)

- Oliveira, F. P. S., & Ferreira, E. A. P. (2010). Adesão ao tratamento do hipotireoidismo congênito segundo relato de cuidadores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(1), 19-28. Doi: 10.1590/S0102-79722010000100004.
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Adherence to long-term therapies- evidence for action*. OMS.
- Pai, A. L., & Drotar, D. (2009). Treatment adherence impact: the systematic assessment and quantification of the impact of treatment adherence on pediatric medical and psychological outcomes. *Journal of pediatric psychology*, 35(4), 383-393. doi: [10.1093/jpepsy/jsp073](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp073)
- Pedro, L. M. R. (2003). *Percepção dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas) da adesão dos doentes ao tratamento* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa, Portugal.
- Perosa, G. B., & Gabarra, L. M. (2004). Explicações de crianças internadas sobre a causa das doenças: implicações para a comunicação profissional de saúde-paciente. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 8, 135-148. doi: [10.1590/S1414-32832004000100008](https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100008)
- Phillips, L. A., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (2011). Factors associated with the accuracy of physicians' predictions of patient adherence. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 461-467. doi: [10.1016/j.pec.2011.03.012](https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.03.012)
- Pinto, L. M. O. (2010). *Comunicação pediatra, paciente, acompanhante: uma análise comparativa entre níveis assistenciais* (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília. Brasília, Brasil.
- Polejack, L. M. R. (2007). *Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: adesão ao tratamento anti-retroviral e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS em Maputo, Moçambique* (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília. Brasília, Brasil.
- Polejack, L., & Seidl, E. M. F. (2010). Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 1201-1208. doi: 10.1590/S1413-81232010000700029
- Quittner, A. L., Espelage, D. L., Levers-Landis, C., & Drotar, D. (2000). Measuring adherence to medical treatments in childhood chronic illness: Considering multiple methods and sources of information. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 7(1), 41-54. doi: [10.1023/A:1009545319673](https://doi.org/10.1023/A:1009545319673)
- Ramdzan, S. N., Pinnock, H., Liew, S. M., Sukri, N., Salim, H., Hanafi, N. S., ... & Ahad, A. M. (2019). Perceptions of complementary/alternative medicine use and influence on evidence-based asthma medicine adherence in Malaysian children. *NPJ primary care respiratory medicine*, 29(1), 5. doi: 10.1038/s41533-019-0118-x.
- Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. S., Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 2299-2306. doi: [10.1590/S1413-81232008000900034](https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900034)
- Remondi, F. A., Oda, S., & Cabrera, M. A. S. (2014). Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria a prática clínica. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 35(2), 177-185. doi: [10.1590/0102-311X00092613](https://doi.org/10.1590/0102-311X00092613)

- Ricci, G., Netto, E. M., Luz, E., Rodamilans, C., & Brites, C. (2016). Adherence to antiretroviral therapy of Brazilian HIV-infected children and their caregivers. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 20(5), 429-436. doi: [10.1016/j.bjid.2016.05.009](https://doi.org/10.1016/j.bjid.2016.05.009)
- Ruberton, P. M., Huynh, H. P., Miller, T. A., Kruse, E., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2016). The relationship between physician humility, physician-patient communication, and patient health. *Patient Education and Counseling*, 99(7), 1138-1145. doi: 10.1016/j.pec.2016.01.012
- Salgado, T., Marques, A., Geraldes, L., Benrimoj, S., Horne, R., & Fernandez-Llimos, F. (2013). Cross-cultural adaptation of the Beliefs about Medicines Questionnaire into Portuguese. *São Paulo medical journal*, 131(2), 88-94. doi: 10.1590/S1516-31802013000100018
- Sandler, A. D., Brazdziunas, D., Cooley, W. C., de Pijem, L. G., Hirsch, D., Kastner, T. A., ... & Ruppert, E. S. (2001). Counseling families who choose complementary and alternative medicine for their child with chronic illness or disability. *Pediatrics*, 107(3), 598-601. Online ISSN: 1098-4275
- Santo, K., Chow, C. K., Thiagalingam, A., Rogers, K., Chalmers, J., & Redfern, J. (2017). MEDication reminder APPs to improve medication adherence in Coronary Heart Disease (MedApp-CHD) Study: a randomised controlled trial protocol. *BMJ Open*, 7(10), e017540. doi: [10.1136/bmjopen-2017-017540](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017540)
- Santo, K., Singleton, A., Rogers, K., Thiagalingam, A., Chalmers, J., Chow, C. K., & Redfern, J. (2019). Medication reminder applications to improve adherence in coronary heart disease: a randomised clinical trial. *Heart*, 105(4), 323-329. doi: 10.1136/heartjnl-2018-313479
- Santos, M. C. D. (2005). Adesão em pediatria- do modelo biomédico ao modelo transaccional: contribuições para a intervenção dos profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 145-156.
- Selak, V., Elley, C. R., Bullen, C., Crengle, S., Wadham, A., Rafter, N., ... & Rodgers, A. (2014). Effect of fixed dose combination treatment on adherence and risk factor control among patients at high risk of cardiovascular disease: Randomised controlled trial in primary care. *British Medical Journal*, 348, g3318.
- Sianturi, E. I., Perwitasari, D. A., Islam, M. A., & Taxis, K. (2019). The association between ethnicity, stigma, beliefs about medicines and adherence in people living with HIV in a rural area in Indonesia. *BMC public health*, 19(1), 55. doi: 10.1186/s12889-019-6392-2.
- Silva, E. P., Melo, F. A. B. P., Sousa, M. M., Gouveia, R. A., Tenório, A. A., Cabral, A. F. F., ... & Pereira, T. M. (2013). Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. *Revista Brasileira Ciências da Saúde*, 17(2), 197-202. doi: 10.4034/rbcs.2013.17.02.14
- Silveira, L. M. C. D., & Ribeiro, V. M. B. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface-Comunicação, saúde, educação*, 9, 91-104. doi: 10.1590/s1414-32832005000100008

- Staliano, P., & de Araujo, T. C. C. F. (2011). Promoção da saúde e prevenção de doenças: um estudo com agentes comunitários de saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(1), 43-51.
- Steiner, S. A., Torres, M. R. F., Penna, F. J., & Melo, M. D. C. B. D. (2013). Adesão ao tratamento de doenças crônicas em pediatria: uma revisão crítica da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23(Supl 2), S5-S11. doi: [10.5935/2238-3182.2013S002](https://doi.org/10.5935/2238-3182.2013S002)
- Straub, R.O. (2014). *Psicologia da Saúde* (pp. 76-107). Porto Alegre: ArtMed.
- Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20, 1079-1097. doi: 10.1590/s0103-73312010000400002
- Tates, K., & Meeuwesen, L. (2001). Doctor–parent–child communication. A (re) view of the literature. *Social science & medicine*, 52(6), 839-851. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00193-3
- Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da saúde. *Análise psicológica*, 22(3), 441-448. doi: [10.14417/ap.214](https://doi.org/10.14417/ap.214)
- Torres, R. M., Fernandes, J. D., & Cruz, E. A. (2007). Adesão do portador de diabetes ao tratamento: revisão bibliográfica. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21, p.61-70.
- Vrijens, B., Dima, A. L., Van Ganse, E., van Boven, J. F. M., Eakin, M. N., Foster, J. M., ... Price, D. (2016). What We Mean When We Talk About Adherence in Respiratory Medicine. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 4(5), 802–812. doi: [10.1016/j.jaip.2016.05.019](https://doi.org/10.1016/j.jaip.2016.05.019)
- Wachholz, N. I. R., & Ferreira, J. (2007). Adherence to antiretroviral therapy in children: A study of prevalence and associated factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, S424-S434. doi: [10.1590/S0102-311X2007001500010](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001500010)
- Wahl, C., Gregoire, J. P., Teo, K., Beaulieu, M., Labelle, S., Leduc, B., ... & Montague, T. (2005). Concordance, compliance and adherence in healthcare: closing gaps and improving outcomes. *Healthcare Quarterly*, 8(1), 65-70. doi: [10.12927/hcq.16941](https://doi.org/10.12927/hcq.16941)
- Waller, K., Furber, S., Bauman, A., Allman-Farinelli, M., van den Dolder, P., Hayes, A., ... & Colagiuri, S. (2019). DTEXT–text messaging intervention to improve outcomes of people with type 2 diabetes: protocol for randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *BMC public health*, 19(1), 262. doi: 10.1186/s12889-019-6550-6
- Wysocki, T., Harris, M. A., Buckloh, L. M., Mertlich, D., Lochrie, A. S., Taylor, A., ... & White, N. H. (2005). Effects of behavioral family systems therapy for diabetes on adolescents' family relationships, treatment adherence, and metabolic control. *Journal of pediatric psychology*, 31(9), 928-938. doi:10.1093/jpepsy/jsj098
- Zelikovsky, N., & Schast, A. P. (2008). Eliciting accurate reports of adherence in a clinical interview: development of the Medical Adherence Measure. *Pediatric Nursing*, 34(2), 141-146

## Anexo A – TCLE

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto *A Percepção de médicos pediatras acerca da adesão ao tratamento e seus indicadores*, sob a responsabilidade do pesquisador *Ana Cristina Sidrim de Carvalho*.

O nosso objetivo é conhecer a percepção de médicos pediatras a adesão à terapêutica para que assim sejam identificadas as lacunas na promoção da adesão do paciente, o papel desse profissional nas ações de adesão, bem como o estabelecimento de indicadores de adesão na avaliação desse processo.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de uma entrevista gravada em áudio que ocorrerá em um único encontro de acordo com a disponibilidade do participante que você irá responder no setor de *ambulatório do Hospital da Criança*.

Caso ocorram manifestações comportamentais, ou fisiológicas (visíveis) que indiquem alguma forma de constrangimento, ansiedade, dificuldade ou recusa de responder a alguma questão, a entrevista será imediatamente interrompida. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a criação de conhecimento mais sistematizado sobre adesão, aplicado diretamente ao contexto de atendimento ambulatorial, de tratamento de doenças crônicas, bem como de especialidades de Pediatria.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no CISEP/HCB podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: *Ana Cristina Sidrim de Carvalho*, na no Hospital da Criança no telefone XXXX, no horário de 8h às 18h, disponível inclusive para ligação a cobrar. [ana.sidrim@gmail.com](mailto:ana.sidrim@gmail.com).

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4940 ou e-mail: [comitedeetica.secretaria@gmail.com](mailto:comitedeetica.secretaria@gmail.com).

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

---

Nome / assinatura

---

Ana Cristina Sidrim de Carvalho

Brasília,



## Anexo B – Roteiro de Entrevista

### **(1) Dados Demográficos**

1. Idade:
2. Sexo:
3. Naturalidade:
4. Especialidade:
5. Tempo de experiência profissional:
6. Tempo de experiência profissional no hospital:

### **(2) Sobre ADESÃO**

1. O que é a adesão a tratamento?
2. Você já vivenciou alguma situação de adesão positiva? Como conduziu?
3. Você já vivenciou alguma situação de adesão negativa? Como conduziu?
4. Como você avalia adesão do seu paciente? Explique os indicadores que utiliza.
5. Você segue algum protocolo de AVALIAÇÃO de adesão? Qual?
6. Quais os fatores facilitadores da adesão?
7. Existem características de comportamentos do paciente/família que facilitam a adesão? Quais?
8. Quais os fatores dificultadores da adesão?
9. Existem características de comportamentos do paciente/família que dificultam a adesão? Quais?
10. Você aborda temas relacionados com a adesão com o paciente e seu acompanhante? Quais? Quando?
11. Você utiliza estratégias específicas para promover adesão do paciente?
12. De quem é a responsabilidade por avaliar a adesão do paciente?
13. De quem é a responsabilidade de intervir sobre a adesão do paciente?

### **(3) Sobre o paciente e o acompanhante**

14. A idade do paciente influencia o processo de adesão?
15. Em relação à presença e participação da criança na consulta, qual a sua opinião? O que você costuma fazer?
16. Existem problemas de comunicação com a criança durante a consulta? Quais e o que você costuma fazer?

17. Você modificaria algum elemento na sua consulta?
18. Você avalia a compreensão da criança (e do acompanhante) sobre o que foi informado e orientado? Explique como faz isso.

**(4) Outros**

19. As questões da adesão ao tratamento têm sido levantadas na sua prática profissional?
20. Tem lido na área da sua profissão, informação relacionada com a adesão ao tratamento (artigos, publicações, etc...)? O que é dito?
21. Em encontros, congressos ou eventos profissionais, o tema da adesão ao tratamento tem sido abordado?
22. Em que medida pensa que os seus pacientes aderem ao tratamento? Por que você escolheu esse número?
23. Para quem você daria 10?
24. Para quem você daria 0?

**(5) Sobre a instituição**

25. Você considera que as condições institucionais influenciam a consulta? Como?

## Anexo C – Aprovação do CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO  
CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A percepção de médicos pediatras acerca da adesão ao tratamento e seus indicadores

**Pesquisador:** Ana Cristina Sidrim de Carvalho

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 90846718.8.0000.5553

**Instituição Proponente:** Hospital da Criança de Brasília José Alencar

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.707.823

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de pesquisa vinculado ao Programa de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura da UNB. "Considerando que as taxas de adesão ao tratamento médico são, de modo geral, baixas e que diversos fatores influenciam os comportamentos de adesão, esse estudo tem o objetivo de analisar a percepção de médicos pediatras, de cinco especialidades do Hospital da Criança de Brasília José Alencar, quanto à adesão à terapêutica. Pretende-se aumentar o conhecimento no que se refere a estratégias de promoção da adesão do paciente (criança) e seus cuidadores às contingências de tratamento médico, assim como sistematizar o papel dos profissionais (pediatras de especialidades) nas ações de adesão e reconhecer os principais indicadores de adesão referidos pelos profissionais. Será realizada entrevista, semiestruturada e individual, com os profissionais, com posterior transcrição, análise de conteúdo e categorização funcional e sistemática"

**Objetivo da Pesquisa:**

" Hipótese: Os médicos pediatras de especialidade enfrentam dificuldades para aplicar o modelo filosófico de atenção integral (biopsicossocial e espiritual) à prática diária de avaliação da adesão aos tratamento de seus pacientes (em tratamento de patologia crônicas no Hospital da Criança de Brasília José Alencar)..  
Objetivo Primário: Analisar a percepção de médicos pediatras quanto aos indicadores de adesão à terapêutica em diferentes clínicas de especialidade do Hospital da Criança de Brasília José Alencar.  
Objetivo Secundário: 1- Identificar os indicadores adotados por pediatras para avaliar adesão à terapêutica. 2- Verificar se existe algum indicador padrão de avaliação de adesão por clínica de

especialidade pediátrica e como é utilizado. 3- Verificar se os pediatras referem o uso de indicadores psicossociais para avaliar a adesão à terapêutica. 4- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores do processo de adesão ao tratamento de patologias crônicas pediátricas. A Direção"

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

" Riscos: Os riscos associados ao projeto podem incluir eventuais dificuldades de responder a alguma questão do roteiro de entrevista. Desta forma, durante as entrevistas, caso ocorram manifestações comportamentais, ou fisiológicas (visíveis) que indiquem alguma forma de constrangimento, ansiedade, nervosismo, dificuldades ou recusa de responder a alguma questão, a entrevista será imediatamente interrompida. Acompanhamento psicológico será disponibilizado pela equipe de Psicologia do HCB. Benefícios: Dentre os benefícios que a pesquisa pode gerar está a possibilidade de geração de (novo) conhecimento, mais sistematizado, sobre o processo de adesão ao tratamento, aplicado diretamente ao contexto de atendimento ambulatorial, de tratamento de doenças crônicas, bem como de especialidades de Pediatria. Outra perspectiva quanto aos benefícios é a formulação, a partir dos dados obtidos, de capacitação/treinamento disponibilizado aos profissionais de saúde do HCB, para ampliar o uso de indicadores de adesão e aumentar a participação ativa de pacientes e cuidadores durante o tratamento e consequente adesão a terapêutica, considerando o modelo do autocuidado apoiado do SUS. Além disso, a pesquisa pode possibilitar a criação de um protocolo de avaliação institucional de adesão ao tratamento, a ser aplicado a outras clínicas de especialidades pediátricas do HCB."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Será feito agendamento com cada participante, individualmente, para realização de entrevista semiestruturada. As entrevistas serão gravadas em áudio e transcritas posteriormente. A mesma pesquisadora aplicará todas as entrevistas.

A Direção do Hospital da Criança de Brasília José Alencar e as chefias das clínicas de especialidades pediátricas têm anuência e manifestam interesse pela execução do projeto. Critério de Inclusão: Serão convidados a participar da pesquisa todos os médicos pediatras, de cinco clínicas de especialidade, do Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB): Neurologia, Gastroenterologia, Endocrinologia, Pneumologia e Alergia. Critério de Exclusão: Serão excluídos da pesquisa aqueles que não aceitarem participar e/ou se recusarem a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de Rosto:

adequado Termo

de anuência:

adequado

Currículos:

adequado

Risco e

benefícios:

adequado TCLE:

adequado

Cronograma e benefício: adequado

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

O presente Parecer de aprovação tem validade de até dois anos, mediante apresentação de relatórios parciais, e após decorrido esse prazo, caso necessário, deverá ser apresentada emenda para prorrogação do cronograma.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento                 | Arquívio                                      | Postagem               | Autor                           | Situação |
|--------------------------------|---|------------------------|---------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1121307.pdf | 28/05/2018<br>14:38:30 |                                 | Aceito   |
| Outros                         | carta_de_encaminhamento.pdf                   | 28/05/2018<br>14:34:39 | Ana Cristina Sidrim de Carvalho | Aceito   |
| Outros                         | Curriculo_Lattes_Silvia.pdf                   | 28/05/2018<br>14:15:21 | Ana Cristina Sidrim de Carvalho | Aceito   |
| Declaração de Pesquisadores    | Carta_ao_CEP.pdf                              | 14/05/2018<br>22:30:38 | Ana Cristina Sidrim de Carvalho | Aceito   |
| Declaração de Pesquisadores    | termo_compromisso_pesquisador.pdf             | 14/05/2018<br>22:30:16 | Ana Cristina Sidrim de Carvalho | Aceito   |

|   |                                |                        |                                 |        |
|---|--------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------|
| Folha de Rosto  | Folha_de_rosto.pdf             | 14/05/2018<br>22:29:27 | Ana Cristina Sidrim de Carvalho | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx                      | 26/04/2018<br>09:47:31 | Ana Cristina Sidrim de Carvalho | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projeto_de_Pesquisa_atual.docx | 26/04/2018<br>09:47:16 | Ana Cristina Sidrim de Carvalho | Aceito |

|  |  |                        |                                 |        |
|--|--|------------------------|---------------------------------|--------|
| Outros                                     | TERMO_DE_CONSENTIMENTO_DE_EXPOSICAO.docx | 26/04/2018<br>09:47:05 | Ana Cristina Sidrim de Carvalho | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Termo_de_anuencia.docx                   | 25/04/2018<br>09:13:59 | Ana Cristina Sidrim de Carvalho | Aceito |
| Outros                                     | Curriculo_lattes.pdf                     | 25/04/2018<br>09:10:33 | Ana Cristina Sidrim de Carvalho | Aceito |
| Cronograma                                 | Cronograma.docx                          | 25/04/2018<br>09:06:58 | Ana Cristina Sidrim de Carvalho | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 12 de Junho de  
2018

---

**Assinado por:**
**DILLIAN ADELAINÉ CESAR DA  
SILVA****(Coordenador)**