

O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental

Adherence process from a behavioral analysis perspective

Antonio Bento Alves de Moraes¹

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Gustavo Sattolo Rolim²

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas

Aderson Luiz Costa Jr.³

Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia

Resumo

Os comportamentos das pessoas e as situações em que vivem têm impacto sobre a qualidade de vida das pessoas. O indivíduo é concebido como um ser ativo, capaz de agir sobre o meio e que tem responsabilidades no seu processo de adoecer. Desta maneira, os indivíduos têm condições potenciais de adquirir e manter comportamentos saudáveis, aderindo a planos terapêuticos importantes a suas condições de desenvolvimento. Os comportamentos de profissionais da saúde e dos pacientes representam o eixo central do processo de comunicação que deve ser descrito para uma compreensão ampla da análise da adesão em saúde. A adesão não pode ser reduzida ao cumprimento das recomendações, mas ao resultado da exposição a situações de aprendizagem e de enfrentamento.

Palavras-chave: Adesão, Comunicação, Aprendizagem, Promoção da saúde.

Abstract

People's behavior and their contexts have an impact on their quality of life. Adherence behavior patterns involve patients as active subjects, capable of involvement in the process of health and illness. Individuals may learn and maintain effective health behavior, showing adherence to treatment that promotes well-being. A comprehensive understanding of adherence or compliance requires a description of the behavioral relationship between professionals and patients which, in turn, represents the central issue of what is referred to as the communication process. Adherence

¹ Professor Doutor, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Av. Limeira, 901, 13 414-903, Areião, Piracicaba, SP, Brasil. *E-mail:* abento@fop.unicamp.br

² Doutorando, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, Braisl. *E-mail:* gurolim@gmail.com

³ Professor Doutor, Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia. Brasília, DF, Brasil. *E-mail:* aderson@unb.br

may be understood as compliance with instructions but it is mainly the result of learning coping responses.

Keywords: Adherence, Communication, Learning, Health Promotion

Introdução

As condições de saúde e de doença dos indivíduos são resultantes de um complexo processo de interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais que podem ser analisadas em função dos comportamentos adquiridos e mantidos ao longo do tempo em determinados contextos. Atualmente, reconhece-se que as crenças e ações das pessoas e as situações em que estas vivem têm impacto, benéfico ou adverso, sobre a qualidade de vida das pessoas (Bennet & Murphy, 1999).

A promoção da saúde envolve tanto os comportamentos de pessoas como de seus familiares e grupos mais amplos, bem como as políticas públicas, relacionadas a ações que tenham como objetivo implementar uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, de desenvolvimento (Jenkins, 2007). A compreensão sistemática sobre como as pessoas se comportam quando estão saudáveis, ou doentes, é uma das tarefas do profissional da saúde interessado em promoção de saúde. Informações sobre crenças, valores e repertório de

comportamentos de indivíduos em diferentes contextos de tratamento, por exemplo, permitem planejar, divulgar e implementar ações que ensinem as pessoas a enfrentarem situações adversas durante o período de adoecimento e no dia-a-dia em geral. Neste sentido, estratégias de ensino devem ser entendidas como parte integrante do processo de adesão às exigências dos tratamentos.

Devemos destacar que o processo de ensino, no contexto de tratamentos de saúde, envolve algumas premissas: (a) uma valorização da interação profissional-paciente, como um processo de disponibilização, ou transposição, de informação de um indivíduo habilitado formalmente para cuidar da saúde de outro indivíduo que necessita de cuidados; (b) um incentivo à participação ativa de pacientes e familiares em todas as etapas do tratamento; (c) uma perspectiva filosófica e ética de atenção integral às necessidades de pacientes e familiares, sem priorização de necessidades biológicas em detrimentos

de demandas psicossociais ou outras específicas de cada contexto (Jenkins, 2007). Entretanto, a prática clínica, em diferentes áreas da saúde, aponta para a existência de um descompasso entre as políticas de promoção de saúde e a formação oferecida nas escolas que formam os profissionais da saúde, calcadas ainda, na especificidade e na especialização de técnicas destinadas ao cuidado de fatores biológicos.

Embora a preocupação com a relação da saúde e doença acompanhe o homem desde os primórdios de nossa história, a concepção de saúde e de doença em termos de parâmetros físicos e indicadores biológicos mantém sua supremacia em relação às teorias multidimensionais, que consideram o processo saúde doença como influenciado por variáveis biológicas, psicológicas, sociais, geográficas, etc. (Costa Junior, 2005). Discussões filosóficas em disciplinas de ciências humanas e biológicas, a partir da década de 60 do século XX, passaram a questionar a ênfase tradicional na orientação biomédica da assistência à saúde e apontaram uma necessária ampliação da perspectiva social da medicina. Os avanços no conhecimento científico e o aprimoramento técnico dos profissionais de saúde, especialmente em algumas áreas da medicina e da odontologia,

sugerem que os profissionais ainda apresentam um treinamento insuficiente de habilidades sociais, técnicas de comunicação e avaliação de repertórios comportamentais e cognitivos relacionados ao enfrentamento e adesão ao tratamento dos pacientes.

O Conceito de Adesão

O desenvolvimento científico da psicologia da saúde, enquanto área de conhecimento e de aplicação da psicologia, conforme concebida por Matarazzo (1980) tem incentivado uma ampliação dos modelos explicativos de diversos transtornos de saúde, especialmente aqueles de natureza crônica, passando a considerar a relação do indivíduo com a doença e a participação de fatores sociais e psicológicos, além daqueles biológicos, sobre a etiologia, a manifestação sintomática e a perspectiva de reabilitação (Martins, 2001; Ogden, 1996; Straub, 2005; Zannon, 1991).

Neste sentido, a incorporação de modelos mais abrangentes, multidisciplinares e interdisciplinares, em saúde trouxe consigo uma mudança na forma de se compreender o indivíduo e suas relações com o mundo. O indivíduo passa a ser concebido como um ser ativo, capaz de agir sobre o meio e que,

portanto, deve assumir responsabilidades no processo de adoecer e tratar a doença (Ogden, 1996; Zannon, 1991; Straub, 2005). Desta maneira, o profissional de saúde torna-se, antes de tudo, um educador que utiliza técnicas psicológicas para incentivar o paciente a participar, a aderir, efetivamente, às decisões e ações de seu tratamento (Costa Junior, 2005).

Alguns pesquisadores e clínicos afirmam que a adesão pode ser compreendida como um conjunto de categorias de respostas cuja característica comum é o seguimento de orientações proporcionadas pelos profissionais de saúde, tais como: tomar medicamentos, realizar exercícios físicos, regular o tipo e a quantidade de alimentos ingeridos, entre outros (Bennett & Murph, 1999). Outros autores propõem que este conceito se relaciona a comportamentos de saúde que vão além destas ações, de seguimento de orientações, devendo envolver mudanças no repertório comportamental e cognitivo de indivíduos e grupos, tais como: deixar de fumar, beber moderadamente, identificar ou prevenir situações evocadoras de estresse, conhecer os efeitos colaterais dos medicamentos recomendados, adquirir hábitos seguros de relacionamento sexual, usar cinto de segurança em veículos automotivos, aprender a

descrever estados corporais que sugiram alguma disfunção orgânica, entre outros (Ogden, 1996).

Na literatura, observa-se que o conceito de adesão é utilizado de múltiplas formas, aparentemente distintas. Os termos adesão (*adherence*) e obediência (*compliance*) têm sido usados para designar o grau de coincidência entre os comportamentos do indivíduo (paciente ou cliente) e as recomendações terapêuticas do profissional da saúde (Epstein & Cluss, 1982). O termo obediência, no entanto, é geralmente adotado por profissionais que consideram a pessoa enferma como passiva frente ao tratamento, não sendo co-responsável pelo estabelecimento do próprio plano de tratamento. Nesse caso, o não seguimento das recomendações profissionais é entendido como uma desobediência às prescrições, um “desvio” de conduta do paciente.

Alguns estudos apontam que os profissionais que concordam com esta concepção de desobediência têm caracterizado suas práticas com ações coercitivas, nas quais os episódios de esquecimentos e falhas dos pacientes são valorizados no estabelecimento das relações sociais entre profissional e usuários de serviços de saúde, com status de superioridade ao profissional e de

inferioridade ao paciente (de Oliveira et. al., 2005; Klein & Gonçalves, 2005; Cardoso & Galera, 2006). Caracterizar a falta de adesão como um problema de desobediência e atribuir sua funcionalidade às características pessoais do paciente, desconsiderando variáveis ambientais, sustenta intervenções calcadas em controle aversivo, que realçam a culpa do paciente pela sua condição de saúde e vão na direção oposta às concepções integrais de atenção à saúde, preconizadas pela psicologia da saúde.

Segundo Leventhal, Zimmerman e Gutmann (1984), embora os resultados dos estudos sobre adesão correlacionem fatores como a complexidade de alguns regimes de tratamento, o tempo prolongado de tratamento e algumas especificidades de doenças, com determinados traços de personalidade; a pesquisa sobre o ensino de estratégias comportamentais adequadas ao paciente em ambientes de cuidados tem apontado que os indivíduos têm condições potenciais de adquirir e manter comportamentos de saúde, aderindo a planos terapêuticos reconhecidos como importantes a suas condições de desenvolvimento e de interação com diferentes ambientes sócio-históricos.

Na proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão é caracterizada pelo conjunto de ações que podem incluir: tomar medicamentos, obter imunização, comparecer às consultas agendadas e adotar hábitos saudáveis de vida; a OMS destaca que a adesão envolve, necessariamente, a participação de uma equipe multiprofissional como estabelecadora e mantenedora de acordos com o paciente para realização do tratamento (WHO, 2003).

Deste modo, o conceito de adesão pressupõe uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado. Nesta parceria, devem-se considerar algumas variáveis: os níveis de informação dos usuários, a atualização de conhecimentos dos profissionais de saúde, a especificidade dos procedimentos terapêuticos e seus efeitos colaterais, a duração dos tratamentos e a noção de saúde-doença do paciente e do cuidador. Esta mudança de perspectiva insere o cuidado com o paciente como ponto central para uma intervenção participativa de ensino e acompanhamento do processo saúde-doença do paciente (Friberg & Scherman, 2005).

O reconhecimento, no entanto, de que as orientações do profissional de saúde e os comportamentos do paciente

são mediados por uma variedade de eventos que podem dificultar ou facilitar a comunicação, constitui-se como um requisito essencial para a maior probabilidade do estabelecimento de níveis interessantes de adesão ao tratamento. Inerente a tal reconhecimento está a premissa de que o profissional de saúde deve disponibilizar atenção incondicional positiva ao paciente, identificando as necessidades sob a perspectiva do próprio paciente. Dados sociodemográficos, características individuais, condições de desenvolvimento, crenças e valores, constituem elementos essenciais ao estabelecimento do plano de cuidados a ser apresentado e discutido com o paciente e seus familiares.

Os Componentes da Adesão

O processo de adesão tem início quando paciente e profissional fazem o primeiro contato/contrato, que agrega um amplo conjunto de respostas e contextos como procurar auxílio, seguir prescrições, tomar medicamentos apropriadamente, retornar às consultas de acompanhamento (*follow-up*), modificar respostas e contextos de risco, implementar ações de higiene, seguir dietas, seguir orientações de restrições ou indicações para atividades físicas, entre

outros. Estas múltiplas ações e recomendações podem sobrecarregar os recursos pessoais do paciente/cliente, que se encontra vulnerável, no período em que está acometido por uma doença (Jonhson, 1994; WHO, 2003).

Desta maneira há, pelo menos, quatro componentes importantes na caracterização de adesão: (a) as ações do paciente - que envolvem seu nível de conhecimento e habilidades; (b) a comunicação, pelo profissional, das ações que se espera que o paciente apresente em determinada condição ou contexto; (c) as características da doença, crônica ou aguda, que relaciona tempo e investimento dispensado a tratamentos específicos; e (d) as questões relacionadas à família, à rede de apoio social na qual o paciente está inserido, a estrutura dos serviços de saúde e políticas públicas de promoção e prevenção, que podem facilitar, ou dificultar, as respostas de adesão (Malerbi, 2001; DiMatteo, 2004).

Considerando tais componentes, a adesão representa mais do que a manutenção de respostas compatíveis a uma agência de controle (um profissional de saúde, por exemplo). O indivíduo, ao longo de seu desenvolvimento, aprende que determinadas regras devem ser seguidas para obtenção de consequências reforçadoras. Em outras palavras, as

respostas do indivíduo relacionam-se tanto com as gradações nos seus estados de saúde, que decorrem de condições biológicas e ambientais, e de como os contextos de cuidado e ensino de hábitos saudáveis permitem a pessoa sentir-se bem, ou livre de dor e desconforto (Skinner, 1995).

Um bom exemplo é o comportamento de auto-cuidado, mantido por suas consequências. Respostas relacionadas aos cuidados com a higiene pessoal, uso de cinto de segurança, realizar exercícios físicos, buscar auxílio de um profissional, fumar, beber, entre outras, são classes de respostas que foram aprendidas e possuem uma função para aquele que as emite. Estas respostas podem relacionar-se a um processo de esquivar-se a uma provável doença ou perigo, ou a diminuição da ansiedade e do estresse diário, ou busca por suporte/apoio social frente a um contexto adverso/aversivo. Isso significa que para se compreender a resposta de adesão deve-se observar e analisar a interação entre a aprendizagem de regras e as contingências estabelecidas entre contextos de tratamento e a história do paciente (Matos, 2001).

Nos estudos sobre adesão em saúde, observa-se uma preocupação com a falta de concordância entre as orientações dos

profissionais de saúde e os comportamentos dos usuários do serviço de saúde. Nesta discrepância, entre o dito (pelo profissional) e o feito (pelo paciente) há uma variedade de posturas, explicações e intervenções para modificar os comportamentos de risco de indivíduos (DiMatteo, 2004; Perini et al., 1999).

Uma análise da adesão deve identificar os resultados de saúde, as condições sob as quais o comportamento ocorre e o planejamento e implementação de estratégias realistas para a modificação do comportamento. Ou seja, cabe a pergunta - entre o dito (pelo profissional) e o feito (pelo paciente) qual foi o resultado? Como o indivíduo avalia e lida com o objetivo de sentir-se saudável? O indivíduo tem motivação para cuidar de sua saúde? Qual o custo para obtenção desta meta?.

Em outras palavras, não há "cumpridores" (ou obedientes) e "não-cumpridores" (ou desobedientes), mas momentos em que o paciente apresenta uma maior tendência para um ou outro comportamento de cuidado. Essas alternativas interferem sobre a resposta de busca por um tipo de cuidado ou tratamento. Por exemplo, a busca por profissionais e por cuidados pode estar relacionada a duas condições: (a) a ajuda

para o alívio de um sofrimento específico; ou (b) o reconhecimento de que alguns aspectos de seu modo de vida do paciente podem ser alterados para obtenção de uma melhor qualidade de vida (Perini et al., 1999).

Neste sentido, a adesão constitui um vínculo que deve ser estabelecido e não há uma única forma, ou padrão, para o seu estabelecimento, como também não há formatos que permitam caracterizações absolutas para situações de riscos, quer seja baseado em indicadores de risco epidemiológico e/ou psicológico. Do ponto de vista epidemiológico a ação de adesão do indivíduo pode basear-se em informações sobre o perfil de morbidade e mortalidade de grupos populacionais em determinados contextos. Por outro lado, a psicologia valoriza o conhecimento do desenvolvimento do próprio indivíduo em um dado contexto. Estes dois campos de conhecimento oferecem informações relevantes, distintas e complementares sobre o processo de saúde-doença, mas não oferecem respostas definitivas (Johnson, 1994; Ferreira, 2006).

A busca por apoio e suporte para o cuidado, ou a experiência de sofrimento e dor, não são variáveis que mobilizam todas as pessoas e nem interferem do mesmo modo em todos os contextos de

desenvolvimento. Ou seja, o que controla a resposta de um indivíduo em uma situação pode variar dada a percepção de vulnerabilidade (susceptibilidade) que o indivíduo elabora (Becker & Maiman, 1975), o que significa que o modo como as pessoas avaliam e aderem a recomendações é variável. Alguns estudos indicam que estimativas de adesão variam de 7% a 85% em relação às recomendações efetuadas pelos profissionais de saúde. Dados apontam que de 50 a 60% dos pacientes tendem a não seguir as orientações quando estas estão relacionadas a modificações em hábitos de saúde. Mais de 80% dos pacientes que receberam recomendações voltadas à mudança de hábitos de fumar não seguiam as orientações. Mesmo pacientes com problemas cardíacos, que passaram por cirurgia, apresentam taxa de adesão de 65 a 75% das orientações (Taylor, 2007).

Deve-se ressaltar que estes estudos destacam apenas valores percentuais, de pessoas ou de recomendações, que não são seguidas; porém, não discutem as contingências relacionadas à manutenção dos comportamentos de risco. Por exemplo, para uma pessoa idosa, aposentada e socialmente isolada, o hábito de fumar é mais do que uma dependência química, pode ser uma

forma de lidar com a percepção de sofrimento e abandono.

Abordagem Psicológica da Adesão

O enfrentamento como um conjunto de respostas aprendidas em situações adversas/estressantes é um processo histórico que é afetado por variáveis contextuais. Ou seja, o modo como os pacientes lidam com situações adversas em saúde, suas crenças e seus hábitos, são variáveis que afetam o responder do indivíduo e estes comportamentos devem ser descritos e analisados em cada situação. Cabe aos profissionais de saúde a análise dos comportamentos dos pacientes, definindo-se as modalidades de manejo mais adequadas para cada situação. Por exemplo, os profissionais de saúde podem estimular a aquisição de comportamentos de auto-cuidados entre seus pacientes, especificando regras e/ou contingências ambientais que ajudem o paciente a manter tais respostas (Malerbi, 2001).

Destaca-se que é difícil estabelecer exatamente quais contingências mantêm o comportamento de busca pela recuperação da saúde, por exemplo, o comportamento de implementar melhores condições de higiene pessoal e dieta. Estudos observacionais têm apontado déficits significativos de

habilidade tanto em crianças como em adultos no que se refere a manter comportamentos de saúde. Esses déficits nem sempre são reconhecidos pelo paciente e nem pelo profissional de saúde. Mesmo quando se detectam erros de conduta por parte do paciente, profissionais e pacientes tendem a manter o desempenho, atribuindo os erros a situações esporádicas (Johnson et al., 1982; Sergis-Deavenport & Varni, 1983). Um exemplo clássico desta dificuldade se refere à baixa adesão e manutenção de comportamentos alimentares adequados em um esquema de dieta nutricional.

O estabelecimento de um bom vínculo terapêutico, em que as queixas do paciente são analisadas à luz de sua história de vida, passada e atual, diretamente relacionada ao seu processo saúde-doença ou, simplesmente, referente à sua condição de vida e seus hábitos, poderá interferir e possivelmente aumentar a probabilidade de maior adesão ao tratamento. Deve-se considerar, também, a duração e a diversidade de cuidados e recomendações como variáveis que influenciam as mudanças de atitudes e comportamentos de saúde que devem ser realizadas (Perini et al., 1999). Processos prolongados de tratamento, por exemplo, devem incluir a liberação de reforçamentos positivos

periódicos, por parte dos profissionais de saúde, como incentivo à manutenção da adesão.

Nas atividades clínicas de rotina, o profissional de saúde deve analisar continuamente as estratégias de enfrentamento adotadas pelo paciente frente às adversidades dos tratamentos. Desta maneira, uma tarefa necessária é observar e descrever como o paciente se comporta e percebe o próprio tratamento e seu problema de saúde, segundo as contingências que lhe são colocadas em seu ambiente de convívio diário. Portanto, a história de um paciente merece, em qualquer caso, ser considerada como um todo e como uma sequência lógica (Perini et al., 1999). O paciente deve ser incentivado a relatar sua história de vida, aumentando seu autoconhecimento e tendo oportunidade de reformular conceitos e crenças.

Reconhecer as histórias, os hábitos e as habilidades dos pacientes enquanto variáveis funcionalmente relevantes à adesão, relaciona-se a analisar e implementar estratégias para o enfrentamento de situações adversas em saúde. Esta proposta coloca os comportamentos do paciente como foco da intervenção e do cuidado em saúde, por considerar que estes constituem os melhores indicadores de saúde do

indivíduo. Kaplan (1990), por exemplo, argumentou que o estado de saúde é uma variável diretamente relacionada às condições de morbidade e mortalidade de indivíduos e grupos.

Morbidade e mortalidade são resultados inerentemente comportamentais. Mortalidade, ou morte, é a ausência de todo comportamento e morbidade relaciona-se à disfunção, um constructo inerentemente comportamental. Doenças e incapacidades podem causar “disfunções” comportamentais, assim como outros sintomas desagradáveis à qualidade de vida. Na perspectiva de Kaplan, deve-se estudar não apenas estes sinais e sintomas, mas identificar como estas pessoas vivem e como se comportam quando adoeceram. Em outras palavras, o comportamento (contextualizado a uma determinada situação) é e deveria ser o resultado central dos cuidados em saúde (Kaplan, 1990).

O segundo componente para uma análise da adesão - as ações do profissional de saúde - indicam os esforços do profissional para comunicar recomendações de cuidados com a saúde, embora, na verdade, evidenciem inúmeros problemas nesta comunicação. Com frequência, não é possível determinar se o paciente é, ou não,

aderente porque a prescrição médica não existe, ou é extremamente complexa à compreensão do paciente, ou, ainda, é tão vaga ao ponto de ser inútil (Johnson, 1994). Por exemplo, profissionais de saúde costumam recomendar que seus pacientes façam algum exercício físico periodicamente, mas freqüentemente permanecem não ditos os detalhes quanto ao tipo, periodicidade e duração dos exercícios. Da mesma forma, advertem o paciente para evitar doces concentrados e alimentos com alto teor de gordura, no entanto, não explicitam: (a) a especificação de tais doces; (b) a descrição de quantidades possíveis, ou não; e (c) a freqüência e sob quais condições podem, ou não, ingeri-los. Deve-se destacar que, além destas especificações, é essencial que essa comunicação seja seguida de uma explicação detalhada que justifique as recomendações e que se garanta que o paciente compreendeu a explicação.

Sano et al. (2002) realizaram um estudo para estabelecer a relação entre o nível de compreensão da prescrição pediátrica pela mãe, ou outro acompanhante, e os possíveis fatores causais da não-adesão ao tratamento. Os autores concluíram que os fatores relacionados com a não compreensão da prescrição pediátrica incluíam o baixo nível socioeconômico e cultural do

acompanhante/responsável e fatores relacionados a interação com o profissional, tais como: a utilização de símbolos/abreviaturas, letra ilegível e orientações fornecidas apenas verbalmente e em linguagem técnica. Ressalta-se que o baixo nível socioeconômico não pode constituir um argumento do profissional de saúde para justificar a baixa adesão a tratamentos. Os profissionais de saúde devem ser incentivados a adotar estratégias de comunicação e recursos didáticos que auxiliem pacientes e acompanhantes a compreender e aderir às recomendações médicas (Silva, 2005).

Até que os profissionais aprendam como comunicar efetivamente a informação relevante sobre o comportamento de cuidar da saúde, os pacientes permanecerão não aderentes e continuarão a ter dificuldades para compreender a relação entre comportamento e saúde. Os profissionais não podem inferir que o paciente já tem o conhecimento e as habilidades necessárias, ou, pior, que não tem condições de adquiri-los. Mesmo quando o paciente diz que sabe o que fazer, ainda assim deve ser ensinado sobre os conhecimentos e/ou habilidades para desempenhar as tarefas com sucesso (Jonhson, 1994). Além disso, os profissionais de saúde devem,

continuamente, oferecer oportunidades para que seus pacientes expressem a compreensão das informações que receberam, cabendo ao profissional a reformulação de informações não compreendidas ou insuficientemente adquiridas (Silva, 2005).

O profissional de saúde também deve saber identificar variáveis contextuais que facilitam ou dificultam a adesão dos indivíduos. Seidl et al. (2005), por exemplo, analisaram estratégias de enfrentamento adotadas pelos cuidadores de crianças e adolescentes soropositivos infectados pela transmissão vertical. Do total de casos em uso de terapia anti-retroviral (n =39), 28 cuidadores não relataram problemas ou dificuldades na administração dos medicamentos, não apresentando queixas sobre o comportamento de adesão da criança/adolescente ao tratamento. Nos 11 casos com problema de adesão, quatro categorias de dificuldades foram identificadas: horários de administração da medicação, gosto da medicação e/ou presença de efeitos colaterais, comportamento oposicionista e dificuldade de acesso regular ao serviço de saúde. A maior concentração de queixas foi referente à administração da medicação em horários inconvenientes e em locais públicos, como a escola.

Considerando a complexidade do tratamento, seu caráter prolongado e a exigência quanto ao alto nível de adesão para alcance de eficácia, é fundamental que as equipes identifiquem esses problemas, busquem prescrever esquemas terapêuticos simplificados, orientando e auxiliando os cuidadores, crianças e jovens no manejo comportamental da adesão.

Pesquisas relacionadas ao modelo comportamental enfatizam a elaboração de estratégias que contemplem a interação entre as respostas do indivíduo e o ambiente de cuidados com a saúde. Os estudos de Fordyce (1990), Sternbach (1974), Vanderbergue, Cruz e Ferro (2003) apresentam dados e análise sobre o alívio e controle da dor em pacientes que se submetem a tratamento e a intervenções psicológicas. Estes estudos apontam que intervenções comportamentais realizadas concomitantemente a tratamentos médicos auxiliaram os pacientes no alívio da dor, seja por oferecimento de suporte social ou por treinamento de habilidades.

Inúmeros trabalhos avaliam os efeitos de intervenções comportamentais para melhorar a adesão, sendo possível agrupá-las em, pelo menos, três categorias: (a) intervenções informativas; (b) intervenções de

treinamento; e (c) intervenções afetivas. Inseridas nas estratégias informacionais estão as ações destinadas a orientações e recomendações que devem ser oferecidas pessoalmente, por telefone, pelo correio, em grupos educativos de pacientes e familiares, ou por meio de jornal ou televisão. Pode-se considerar o papel da mídia escrita, falada ou televisiva, como um importante recurso para a sensibilização da população para preocupações com hábitos de risco ou situações de risco. A informação bem apresentada pode ser o primeiro passo para o estabelecimento de uma adesão (Bennet & Murphy, 1999).

Com relação às intervenções focalizadas em treino de competências e de habilidades específicas, pode-se destacar o uso de técnicas como modelagem, modelação, uso de lembretes, diários, cartas, gráficos de ocorrência da adesão e contrato comportamental (Ferreira, 2006). Little et al. (1997), por exemplo, avaliaram o efeito de intervenções comportamentais sobre habilidades de higiene oral, adesão e resultados clínicos para grupos de pacientes idosos (107 pacientes de 50 a 70 anos) com doenças periodontais. O estudo dividiu os participantes em dois grupos (um grupo de controle GC, com apenas terapia de manutenção periodontal, e um grupo de intervenção

GI, com terapia de manutenção periodontal, treinamento de habilidades, automonitoração, feedback semanal sobre sangramento gengival e suporte social para mudanças de hábitos a longo prazo). Os resultados, após o *follow-up* do grupo de intervenção, apontaram melhores indicadores clínicos de saúde bucal do que os obtidos pelo grupo de controle na avaliação geral da saúde bucal para as variáveis (a) sangramento da gengiva (4% GI e 10% GC), e (b) nos índices de placa (76% GI e 80% GC). Este estudo demonstrou que intervenções comportamentais grupais são estratégias eficazes e pouco custosas para auxiliar usuários à aquisição e manutenção de habilidades de autocuidados e melhoria em seus estados de saúde bucal.

Considerações finais

O comportamento de cuidar da saúde deve ser analisado independentemente do estado de saúde. Infelizmente, a prática comum é exatamente o oposto. Grande parte dos profissionais de saúde infere o comportamento de cuidar da saúde a partir de exames laboratoriais de estado de saúde e não se detêm a conduzir uma avaliação comportamental. A adesão não pode ser reduzida ao cumprimento das recomendações profissionais, mas ao

resultado da exposição a situações de aprendizagem e de enfrentamento que interferem na qualidade de vida dos indivíduos e dos profissionais.

A adesão ao tratamento parece ser um campo promissor para estudos em Análise do Comportamento, abordagem teórica que se baseia fundamentalmente em estudos sobre processos e métodos de aprendizagem, ressaltando a importância de ajudar o indivíduo a construir novos repertórios comportamentais ou fortalecer repertórios adequados já adquiridos.

Os trabalhos apontam que as

estratégias desenvolvidas para ampliar a adesão devem considerar as precárias condições socioeconômicas da população. O conhecimento das dimensões de vulnerabilidade estabelece um espaço de intervenção para o incentivo de comportamentos de adesão. Os profissionais de saúde devem possibilitar aos pacientes o acesso a um cuidado integral, um canal aberto não somente para a abordagem de questões relacionadas ao tratamento como também de apoio àqueles com baixa expectativa para adesão.

Referências Bibliográficas

- Becker, M.H. & Maiman, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Bennet, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Tradução de Jorge Nogueira. Lisboa: Climepsi editores (trabalho original publicado em 1997).
- Cardoso, L. & Galera S.A.F. (2006). Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Acta Paulista de Enfermagem*. 19 (3):343-8.
- Ceccato, M.G.B., Acurcio, F.A., Bonolo P.F., Rocha G.M. & Guimarães, M.D.C. (2004). Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (5), 1388-1319.
- Costa Junior, A.L. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. Em M.A. Dessen & A.L. Costa Junior (Orgs.). *A Ciência do Desenvolvimento Humano*, 1ª. Edição, pp. 171-189. Porto Alegre: Artes Médicas.

- de Oliveira, B.M., Viana, M.B., Arruda, L.M., Ybarra, M.I. & Romanha, A.J. (2005). Avaliação da adesão ao tratamento através de questionários: estudo prospectivo de 73 crianças portadoras de leucemia linfoblástica aguda. *Jornal de Pediatria*, 81(3), 245-250.
- DiMatteo, M.R. (2004). Social Support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23 (2), 207-218.
- Epstein, L.H. & Cluss, P.A. (1984). A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 950-971.
- Ferreira, EAP. (2006). Adesão ao tratamento pediátrico. Em Crepaldi e cols. *Temas em psicologia pediátrica*, 1ª. edição, pp. 147-189. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fordyce, W. (1990). Learned pain: Pain as Behavior. Em J.J. Bonica (org.). *The management of pain*. 2ª edição, pp. 291-299.
- Friberg, F, & Scherman, M.H. (2005). Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 274-279.
- Jenkins, C.D. (2007) *Construindo uma saúde melhor: Um guia para a mudança do comportamento*. Tradução organizada por A.P.Fajardo. São Paulo: Artmed.
- Johnson, S.B., Pollak, T., Silverstein, J., Rosenbloom, A.L., Spillar, R. McCallum, M. & Harkarvy, J. (1982). Cognitive and behavioural knowledge about insulin dependent diabetes among children and parents. *Pediatrics*, 69, 708-13.
- Jonhson, S. B. (1994). Health Behavior e Health status: Concepts, methods, and applications. *Journal of Pediatric Psychology*, 9, 129-141.
- Kaplan, R. M. (1990). Behavior as the Central Outcome in Health Care. *American Psychologist*, 45(11), 1211-1220.
- Klein, J. M. & Gonçalves, A. G. A. (2005). A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psicologia-USF*, 10 (2), 113-120.
- Leventhal, H., Zimmerman, R. & Gutmann, M. (1984). Compliance: A self-regulation perspective. Em W.D. Gentry. *Handbook of behavioral medicine*. 1ª edição. pp.369-436. New York: The Guilford Press.
- Little, S.J., Hollis, J.F., Stevens, V.J., Mount, K. Mullooly, J.P. & Jonhson, B.D. (1997). Effective group behavioral intervention for older periodontal patients. *Journal of Periodontal Research*, 32, 315-325.

- Malerbi, F.E.K. (2001) Estratégias para aumentar a adesão em pacientes com diabetes. Em Guillard (org.) *Sobre Comportamento e Cognição. Expondo a variabilidade*, Volume 7, pp. 126-131. Campinas: ESETEC.
- Martins, B.M. (2001). *A Comunicação no contexto de reabilitação: o encontro entre enfermeiro e paciente em uma unidade de assistência aos lesados medulares*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.
- Matos, M.A. (2001), Comportamento governado por regras. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3 (2), 51-66.
- Ogden, J. (1996). *Health Psychology: A Textbook*. Buckingham: Open University Press.
- Perini E., Mòdena, C.M., Rodrigues, R.N., Lé Sénéchal Machado, A.M. & Paixão, H.H. (1999). Consumo de medicamentos e adesão às prescrições: objeto e problema da epidemiologia. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 20 (2), 471-488.
- Sano, P.Y., Masotti, R.R., Santos, A.A.C. & Cordeiro, J.A. (2002). Avaliação do nível de compreensão da prescrição pediátrica. *Jornal de Pediatria*, 78 (2), 140-145.
- Seidl, E.M.F., Rossi, W.S., Viana, K.F. Meneses, A. & Meireles, K.F.E. (2005). Crianças e Adolescentes Vivendo com HIV/Aids e suas Famílias: Aspectos Psicossociais e Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21 (3), 279-288.
- Sergis-Deavenport E, Varni J. (1983). Behavioural assessment and management of adherence to factor replacement therapy in hemophilia. *Journal of Pediatric Psychology*, 8, 367-377.
- Silva, M.J.P. da (2005) *Comunicação tem remédio*. São Paulo: Edições Loyola.
- Skinner F.B. (1995). *Questões recentes na análise do comportamento*. Tradução organizada por A.L. Neri. Campinas/SP: Papirus. (trabalho original publicado em 1989).
- Sternbach, R.A. (1974). *Pain patients: Traits and treatment*. New York: Academic Press.
- Straub, R.O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Tradução organizada por R.C. Costa. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 2002).
- Taylor S. (2007). *Psicología de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Vanderberg, L., Cruz, A.C.F. & Ferro, C.L.B. (2003). Terapia de grupo para pacientes com dor crônica orofacial. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5 (1), 31-40.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*, Gebebra.

Zannon, C.M.L.C. (1991). Desenvolvimento psicológico da criança: questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 7(1), 119-136.

Recebido em: 07/08/2008

Aceito para publicação em: 21/08/2009