**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA**

**Investigação sobre a adesão ao tratamento medicamentoso
em pacientes com doenças inflamatórias intestinais**

NATHALIE DE LOURDES SOUZA DEWULF

**Ribeirão Preto
2005**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

NATHALIE DE LOURDES SOUZA DEWULF

**Investigação sobre a adesão ao tratamento medicamentoso
em pacientes com doenças inflamatórias intestinais**

Ribeirão Preto
2005

NATHALIE DE LOURDES SOUZA DEWULF

**Investigação sobre adesão ao tratamento medicamentoso
em pacientes com doenças inflamatórias intestinais**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências Médicas.

Área de concentração: Clínica Médica – opção
Investigação Biomédica

Orientador: Prof. Dr. Luiz Ernesto de Almeida
Troncon

Ribeirão Preto
2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Dewulf, Nathalie de Lourdes Souza

Investigação sobre a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais. Ribeirão Preto, 2005.
99p.: il.; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Clínica Médica, opção Investigação Biomédica.

Orientador: Troncon, Luiz Ernesto de Almeida.

1. doença inflamatória intestinal. 2. doença de Crohn. 3. retocolite ulcerativa. 4. adesão ao tratamento medicamentoso. 5. estudo de utilização de medicamento.

DEDICATÓRIA

Ao Felipe Antonio Souza Dewulf,
meu querido irmão, que como eu, vivemos entre o compromisso da profissão escolhida e a
descoberta da arte.

Ao Gustavo Dias da Silva, o “Padre”,
(homenagem póstuma)
querido amigo, que, em meu primeiro ano de faculdade, me mostrou a importância de
realizar, efetivamente, a Atenção Farmacêutica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aquelas que participaram do início deste mestrado,
As queridas *Profa. Dra. Ana Maria de Oliveira* e *Profa. Dra. Sônia Maria Villela Bueno* que
muito me apoiaram e incentivaram nesta busca.

Agradeço aos que me ajudaram durante o desenvolvimento do trabalho,
A *Profa. Dra. Elisabeth Meloni Vieira*, por sua pronta contribuição e participação no trabalho.
Ao *Prof. Dr. Moacyr Lobo da Costa Junior*, sempre à disposição para auxiliar em qualquer
dúvida que surgisse.

A *Profa. Dra. Vania dos Santos*, que sempre acompanhou minha caminhada profissional
desde o segundo ano de faculdade, por ocasião da campanha pelo uso correto de
medicamento, do Centro Acadêmico “Lourenço Roselino”.

Aos professores que dividem a sala 533, *Prof. Dr. Roberto Oliveira Dantas* e *Prof. Dr. Ricardo Brandt de Oliveira* pelo apoio e incentivo para desenvolver a pesquisa. Inclusive, por
ajudarem a proporcionar o ótimo ambiente de trabalho.

Prof. Dr. Osvaldo de Freitas, me referenciando para solicitação de bolsa.
A *Rosane Aparecida Monteiro*, que me ensinou a trabalhar com o programa Epi info, uma
ferramenta essencial para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus amigos, aos que acompanharam diversas etapas da minha vida e aos que
acompanharam somente algumas, cada um com seu diferente grau de ajuda, mas que sempre
estiveram ao meu lado incentivando e apoiando, fato extremamente importante para mim.
Aos alunos da 75ª turma da FCFRP, que me apoiaram na primeira aula à graduação, durante o
Programa de Aperfeiçoamento em Ensino.

E a todos, que de alguma forma, colaboraram no desenvolvimento deste estudo.

E ainda na etapa final, agradeço,
Ao *Prof. Dr. Ulysses Garzella Meneghelli* e à *Profa. Dra. Thais Adriana do Carmo*, pelas
sugestões e atenção em relação ao trabalho.

Em especial, agradeço,
Aos *pacientes* que colaboraram com este estudo com muita boa vontade. Sem eles não
existiria o porquê do trabalho.

E principalmente, agradeço,

À minha família, que apesar da distância física em que nos encontramos, sempre estivemos unidos. E graças a essa união, obtive todo apoio e incentivo necessários, em todo e qualquer momento, para desenvolver esta etapa que muito contribuiu à minha formação. Sempre demonstrando a importância de se desenvolver uma sociedade mais justa a todos.

E ao meu orientador, *Dr. Troncon*. Quem desde o início acreditou e confiou em mim. E que durante este período, em que tive o privilégio de ser orientada por ele, demonstrou a grande importância de não apenas ser um bom profissional, mas também ser um profissional humano e completo. Um modelo que desejo seguir.

O princípio da educação é pregar com o exemplo.

Anne R. J. Turgot

RESUMO

DEWULF, N. L. S. **Investigação sobre a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças inflamatórias intestinais**. 2005. 99f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

A adesão ao tratamento medicamentoso é um importante fator determinante no sucesso terapêutico. A adesão do paciente pode ser influenciada por fatores diversos, ligados à doença, ao tratamento, ao paciente, às condições sociais e econômicas, como também, relacionada ao sistema de saúde que o atende. Ainda que existam inúmeros estudos sobre a adesão ao tratamento em portadores com doenças crônicas, são escassas as investigações sobre este tema nas doenças inflamatórias intestinais. O presente trabalho teve o objetivo de avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e os possíveis fatores que a influenciam, em pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais (DII): doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa (RCU), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), da Universidade de São Paulo. Como controles, foram investigados pacientes portadores de pancreatite crônica e insuficiência pancreática (PC), com medicação fornecida pelo hospital, tal como os pacientes portadores de DII. Foram também investigados pacientes portadores de afecções digestivas variadas (ADV), grupo no qual a medicação prescrita não era fornecida pelo hospital. Por meio de estudo transversal e indireto, foi realizada entrevista estruturada para avaliar a adesão de 110 pacientes, que foram caracterizados como apresentando maior ou menor grau de adesão. Esta classificação foi baseada no cotejo entre os dados do prontuário e os informados pelo paciente em entrevista, considerando a afirmação do paciente que usava a medicação e que conhecia o nome da droga em uso. Utilizou-se, também, o teste de Morisky, que permite avaliar o padrão de comportamento do paciente em relação ao uso diário do medicamento. Este teste consiste de quatro perguntas padronizadas relacionadas ao esquecimento, descuido com o horário de tomada do medicamento, percepção de efeitos colaterais e ausência de sintomas. Na análise dos medicamentos utilizados pelo paciente, foram observadas as seguintes proporções de pacientes classificados como menos aderentes: 15,4% em pacientes portadores de DC, 13,3% na RCU, 8,4% na PC e 16,6% nos pacientes do grupo ADV. Porém, o teste de Morisky mostrou as seguintes proporções de menos aderentes: 50% de pacientes portadores de DC, 63,3% na RCU, 54,2% na PC e 63,4% na ADV. Não houve diferenças estatisticamente significativas, entre os grupos de pacientes, tanto na análise dos medicamentos utilizados pelo paciente como pelos resultados do teste de Morisky. Em análise univariada, nenhum dos fatores demográficos, sociais, clínicos ou referentes ao tratamento medicamentoso apresentou relação estatisticamente significativa, comum a todos os grupos, que indicasse influência sobre a adesão ao tratamento. Apesar do alto grau de adesão, de acordo com a análise dos medicamentos utilizados, detectou-se alto percentual de não-adesão ao tratamento medicamentoso ligado ao comportamento habitual e independente do diagnóstico, ou do acesso gratuito aos medicamentos. Isto pode indicar a existência de um padrão específico de comportamento dos usuários do serviço, o que sugere a necessidade de maior atenção dos profissionais de saúde para o problema, bem como medidas de educação do paciente quanto ao uso dos medicamentos.

Descritores: doença inflamatória intestinal; doença de Crohn; retocolite ulcerativa; adesão ao tratamento medicamentoso; estudo de utilização de medicamento.

SUMMARY

DEWULF, N. L. S. **Investigation on compliance to drug therapy in patients with inflammatory bowel diseases.** 2005. 99p. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Compliance to drug therapy is an important factor determining a successful treatment. Patient compliance may be influenced by various factors related to the disease, to treatment, to the patient himself, to his socioeconomic condition, as well as to the health system. Although many studies have assessed compliance to treatment in patients with chronic diseases, few investigations are available in inflammatory bowel diseases (IBD). The objective of the present study was to assess compliance to drug therapy in patients with IBD - Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC), seen at the University Hospital, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto (HCFMRP), University of São Paulo, Brazil. Patients with chronic pancreatitis (CP) and pancreatic insufficiency who received free medication supplied by the hospital, like the IBD patients, were used as controls. Patients with various digestive affections (VDA) whose prescribed medication was not supplied by the hospital were also investigated. In a transverse and indirect study, a structured interview was applied to assess the compliance of 110 patients, who were characterized as presenting a higher or lower degree of compliance. This classification was based on a comparison of data in the medical records to the information provided by the patient in the interview, considering the patient's statements that he/she actually used the medication and was capable of produce correctly its name. The Morisky test was also used to assess the behavioral pattern of the patient regarding the daily use of the medication. This test consists of four standardized questions that evaluate forgetfulness, carelessness regarding the time when the medication should be taken, the perception of side effects, and the absence of symptoms. In the analysis of patient statements on medication in use, the proportions of patients regarded as less compliant were as follows: 15.4% of patients with CD, 13.3% of those with UC, 8.4% of those with CP, and 16.6% of those with VDA. However, the Morisky test revealed the following proportions of less compliant patients: 50% of patients with CD, 63.3% of those with UC, 54.2% of those with CP, and 63.4% of those with VDA. No statistically significant differences were observed between the four groups regarding evaluation according to either the analysis of patient statements or the results of the Morisky test. Univariate analysis revealed that none of the demographic, social, or clinical factors or the variables related to drug therapy showed statistically significant relationships, common to all groups, that would indicate their influence on compliance to treatment. Despite the high degree of compliance evaluated by patient statements on medication in use, a high degree of noncompliance to treatment linked to habitual behavior was detected. Those findings were independent on either disease type or free access to medication. This may indicate the existence of a specific behavioral pattern common to the local health system users, which suggests the need for better consideration of the problem on the part of the health professionals, as well as the need for measures of patient education regarding medication use.

Key words: inflammatory bowel disease; Crohn's disease; ulcerative colitis; compliance to drug therapy; use of medication.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perguntas que compõem o teste de Morisky e classificação dos tipos de comportamento indicados pelas respostas (SEWITCH, 2003).	22
Quadro 2 – Índice de atividade inflamatória, com interpretação baseada na soma dos pontos: menos que 8, inativa/leve; de 8 a 10, leve/moderada; acima de 10, moderada/grave, na doença de Crohn (HARVEY; BRADSHAW, 1980).	27
Quadro 3 – Classificação da atividade inflamatória na retocolite ulcerativa (TRUELOVE; WITTS, 1955).....	29
Quadro 4 – Categorias de concordância do indicador <i>Kappa</i> (PEREIRA, 2001).	32

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos casos da doença de Crohn quanto à localização predominante das lesões..	42
Gráfico 2 – Distribuição percentual dos casos da doença de Crohn quanto à forma.	43
Gráfico 3 – Distribuição percentual dos casos da doença de Crohn quanto à atividade.	43
Gráfico 4 – Distribuição percentual dos casos da retocolite ulcerativa quanto à extensão.	43
Gráfico 5 – Distribuição percentual dos casos da retocolite ulcerativa quanto à forma.....	44
Gráfico 6 – Distribuição percentual dos casos da retocolite ulcerativa quanto à atividade. ...	44
Gráfico 7 – Dados sobre o número de medicamentos em uso pelos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem.	45
Gráfico 8 – Percentual de casos classificados como menos aderentes ao tratamento medicamentoso, de acordo com os resultados do teste de Morisky e com a análise dos medicamentos utilizados.....	49
Gráfico 9 – Distribuição dos pacientes com doença de Crohn, de acordo com o grau de adesão definido pela análise dos medicamentos utilizados e a duração da doença.	50
Gráfico 10 – Distribuição dos pacientes com retocolite ulcerativa, de acordo com o grau de adesão definido pela análise dos medicamentos utilizados e a atividade da doença.	51
Gráfico 11 – Distribuição dos pacientes com retocolite ulcerativa, de acordo com o grau de adesão definido pela análise dos medicamentos utilizados e o número de medicamentos em uso.....	51
Gráfico 12 – Distribuição dos pacientes com doença de Crohn, de acordo com o grau de adesão definido pelo teste de Morisky e o estado marital.	52
Gráfico 13 – Distribuição dos pacientes com doença de Crohn, de acordo com o grau de adesão definido pelo teste de Morisky e a procedência do paciente.	53
Gráfico 14 – Distribuição dos pacientes com doença de Crohn, de acordo com o grau de adesão definido pelo teste de Morisky e a extensão da doença.....	53
Gráfico 15 – Distribuição dos pacientes com afecções digestivas variadas, de acordo com o grau de adesão definido pelo teste de Morisky e a procedência do paciente.	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sobre a reprodutibilidade do teste de Morisky e a análise dos medicamentos utilizados pelo paciente, expressa como concordância observada e pelo valor do coeficiente <i>Kappa</i>	32
Tabela 2 – Dados sobre a reprodutibilidade de alguns dados obtidos no exame dos prontuários, expresso como concordância observada e pelo valor do coeficiente <i>Kappa</i>	33
Tabela 3 – Idade, em anos, dos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem.	36
Tabela 4 – Dados demográficos, gênero e estado marital dos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem.	37
Tabela 5 – Dados demográficos, escolaridade e procedência dos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem.	38
Tabela 6 – Dados sociais, ocupação e renda dos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem.	39
Tabela 7 – Dados sociais dos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem.	40
Tabela 8 – Alguns dados clínicos dos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem.	41
Tabela 9 – Dados clínicos sobre internações e operações prévias dos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem.	42
Tabela 10 – Dados sobre a classe terapêutica dos medicamentos em uso pelos pacientes entrevistados, portadores de doença inflamatória intestinal.	46
Tabela 11 – Dados sobre adesão ao tratamento medicamentoso prescrito dos pacientes incluídos no estudo, referente à análise dos medicamentos utilizados.	47
Tabela 12 – Dados sobre adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes incluídos no estudo, de acordo com os resultados do teste de Morisky.	48

LISTA DE SIGLAS

ADV	Afecções Digestivas Variadas
DC	Doença de Crohn
DII	Doença Inflamatória Intestinal
DII-I	Doença Inflamatória Intestinal Indeterminada
DIR	Divisão Regional da Secretaria de Estado da Saúde
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
AMU	Análise dos Medicamentos Utilizados
PC	Pancreatite Crônica
RCU	Retocolite Ulcerativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Teste de Morisky
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	OBJETIVOS	14
2.1.	Objetivo geral	14
2.2.	Objetivos específicos	14
3.	CASUÍSTICA E MÉTODOS	16
3.1.	Desenho do estudo	16
3.2.	Caracterização do serviço	16
3.3.	População do estudo	17
3.4.	Instrumentos	19
3.4.1.	Variáveis	19
3.4.1.1.	Variáveis dependentes	20
3.4.1.2.	Variáveis independentes	23
3.5.	Procedimento de coleta	30
3.5.1.	Aspectos éticos	30
3.5.2.	Amostragem	30
3.5.3.	Entrevista	31
3.6.	Reprodutibilidade	31
3.7.	Análise de dados	33
4.	RESULTADOS	36
4.1.	Características dos pacientes	36
4.1.1.	Características demográficas	36
4.1.2.	Características sociais	39
4.1.3.	Características clínicas	40

4.1.4.	Características relacionadas aos medicamentos	44
4.2.	Perfil de adesão dos pacientes	46
4.2.1.	Perfil de adesão definido pela análise dos medicamentos utilizados (AMU)	46
4.2.2.	Perfil de adesão definido pelo teste de Morisky (TM)	48
4.2.3.	Comparação entre os resultados dos dois procedimentos de caracterização de adesão	49
4.3.	Fatores que afetam a adesão	50
4.3.1.	Fatores que afetam o grau de adesão, definido pela análise dos medicamentos utilizados.....	50
4.3.2.	Fatores que afetam o grau de adesão, definido pelo teste de Morisky	52
5.	DISCUSSÃO	55
6.	CONCLUSÕES	72
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
8.	ANEXOS	81

1. INTRODUÇÃO

Doença inflamatória intestinal (DII) é uma designação que se aplica a um conjunto de afecções semelhantes e de causa desconhecida que é composto, em seu senso estrito, principalmente, pela doença de Crohn e pela retocolite ulcerativa (GLICKMAN, 1995; KIRSNER, 2000; STENSON; KORZENIK, 2003).

A doença de Crohn (DC) foi descrita, pela primeira vez, como ileíte regional, em 1932, por Crohn e equipe (CROHN et al., 1932). Caracteriza-se por uma inflamação transmural crônica do tubo digestivo que pode incidir em qualquer um dos seus segmentos, desde a boca até o ânus (KIRSNER, 2000; MAGALHÃES, 1993; STENSON; KORZENIK, 2003). A retocolite ulcerativa idiopática (RCU) é caracterizada por uma inflamação que acomete a mucosa do cólon, envolvendo, obrigatoriamente, o reto e que se restringe ao intestino grosso (DAMIÃO E HABR-GAMA, 1993; KIRSNER, 2000; STENSON; KORZENIK, 2003). Ambas as entidades freqüentemente apresentam complicações regionais e manifestações extra-intestinais (DAMIÃO E HABR-GAMA, 1993; GLICKMAN, 1995; KIRSNER, 2000; MAGALHÃES, 1993; STENSON; KORZENIK, 2003).

Apesar das inúmeras pesquisas que vêm sendo realizadas, envolvendo aspectos genéticos, imunológicos, infecciosos e ambientais que procuram esclarecer sua etiologia, tanto a DC como a RCU permanecem entidades clínicas sem causa definida (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004; KIRSNER, 2000; STENSON; KORZENIK, 2003). Do mesmo modo, permanecem pouco conhecidas as variáveis que determinam o aparecimento e a evolução, a ocorrência de surtos de exacerbação e remissão que são comuns às duas entidades. Ademais, as complicações locais e a distância continuam imprevisíveis (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004; PODOLSKY, 1991A, 1991B).

É bem conhecido que a DII acomete, predominantemente, pessoas jovens, sendo o diagnóstico feito, habitualmente, entre as idades de 10 a 40 anos, em ambos os sexos (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004; GLICKMAN, 1995). Alguns estudos demonstram uma pequena diferença no acometimento entre os sexos, com aumento pequeno da incidência no sexo feminino na DC e do masculino na RCU, mas esta tendência de diferença entre as duas entidades não atinge significância estatística (GLICKMAN, 1995).

Apesar da DII ser considerada rara no hemisfério sul (SOUZA et al., 2002), um estudo brasileiro relativamente recente (GABURRI, 1998) apresenta dados de várias dezenas de casos de DC. Em nosso serviço, publicação mais recente (SOUZA et al., 2002) assinala mais de uma centena de casos da DC e da RCU, bem como registra possível aumento da incidência da DC, nas últimas duas décadas do século XX. Isso concorda com o fato de que, desde 1950, vem sendo observado aumento no número de casos dessas doenças, tanto nos países desenvolvidos, como nos em desenvolvimento, o que parece se dar, principalmente, às custas de um aumento na incidência da DC (DELCO; SONNENBERG, 1999).

Os principais sintomas observados na DC são, tipicamente, dor abdominal, diarreia e perda de peso. Já na RCU, o sintoma dominante é a diarreia, que é usualmente, mas nem sempre, associada com sangue nas fezes. Pode, também, haver associação da diarreia com cólicas abdominais, urgência ou tenesmo. Sintomas como mal-estar, anorexia ou febre são comuns a ambas as entidades. O curso clínico da DC e da RCU é caracterizado por exacerbação dos sintomas e subsequente remissão, com a ausência, ou menor intensidade e menor frequência dos sintomas (CARTER, LOBO; TRAVIS, 2004; KIRSNER, 2000; STENSON; KORZENIK, 2003).

A localização variada da DC a torna clinicamente mais complexa do que a RCU. Isto porque as lesões podem incidir em qualquer local do trato gastrointestinal, incluindo as porções mais proximais, como boca, língua, esôfago, estômago e duodeno (STENSON; KORZENIK,

2003). A DC é classificada, de acordo com a localização de acometimento, em ileal, ileocolônica, colônica exclusiva e em outras localizações (LOUIS et al., 2001). Já a RCU, é de ocorrência praticamente obrigatória no reto, podendo ser restrita a este segmento ou estender-se a outros segmentos do cólon, sendo, assim, classificada, quanto à localização, em proctite, retossigmoidite, colite esquerda e pancolite (FARMER, 1987).

Ambas as entidades podem evoluir de forma variável e apresentar complicações como abscessos e fístulas, sendo ambos produtos da extensão de fissuras ou de úlceras da mucosa, através da parede do intestino para o tecido extra-intestinal. Do mesmo modo, pode também ocorrer obstrução de segmentos intestinais e lesões perianais, que são, porém, muito mais comuns nos casos da DC. Já na RCU, os pacientes podem apresentar perfuração do cólon, o que é mais freqüente em uma das mais graves complicações dessa doença, o megacólon tóxico (STENSON; KORZENIK, 2003).

Complicações extra-intestinais podem, também, ocorrer em pacientes com DC e RCU, sendo a mais comum, a artrite periférica, mas podendo, também, ocorrer espondilite anquilosante e sacroilite, osteoporose, litíase renal, manifestações dermatológicas e complicações nos olhos, além de manifestações cutâneas, tromboembólicas e hepatobiliares (STENSON; KORZENIK, 2003).

No caso da DC, a intervenção cirúrgica não é considerada curativa, mas sim pode resolver complicações e minimizar o impacto da doença. No mínimo, 50% dos pacientes com DC requerem tratamento cirúrgico nos primeiros 10 anos de doença e aproximadamente 70 a 80% dos casos irão necessitar de uma operação, no decorrer da vida (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004). Já na RCU, a ressecção total do intestino grosso pode ser curativa, sendo que de 20 a 30% dos pacientes irão necessitar desse tipo de intervenção cirúrgica, sobretudo aqueles com pancolite (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004).

Para que se possa realizar um tratamento adequado a cada paciente, há a necessidade de se efetuar um exato diagnóstico para diferenciar as entidades e identificar o grau de gravidade e a extensão em que a doença se encontra. Isso exige criteriosa observação clínica, bem como a utilização de exames laboratoriais, radiológicos e endoscópicos (STENSON; KORZENIK, 2003).

Nos casos onde há acometimento exclusivo do intestino grosso, para se compor o diagnóstico diferencial exato entre a DC e a RCU, deve-se realizar análise clínica global, pois, apesar das manifestações clínicas da DC serem semelhantes às da RCU, algumas complicações, como as fístulas, são mais comuns na doença de Crohn. Além disso, as duas condições podem ser diferenciadas por endoscopia e exame anatomopatológico (STENSON; KORZENIK, 2003). Porém, apesar de todas essas diferenças entre a DC e a RCU, um pequeno grupo de pacientes com DII não pode ser designado com confiança para uma categoria ou outra. Assim, estes pacientes são identificados como pacientes com doença inflamatória intestinal indeterminada (DII-I) (STENSON; KORZENIK, 2003).

Do exposto, pode-se concluir que essas doenças constituem um importante problema de saúde, pois atingem uma população relativamente jovem e podem apresentar formas clínicas mais graves, o que implica, portanto, em alto custo para a sociedade.

Ainda que se admita a impossibilidade de cura para a maioria dos casos dessas doenças, vários tipos de tratamento clínico têm sido empregados para o seu controle. Os agentes mais freqüentemente utilizados incluem aminossalicilatos, corticosteróides, imunossupressores, imunomoduladores e antibióticos, que se empregam tanto para a indução de remissão clínica como para a manutenção deste estado (CARTER, LOBO; TRAVIS, 2004; GLICKMAN, 1995; KIRSNER, 2000; STENSON; KORZENIK, 2003).

Os medicamentos mais utilizados para o tratamento da DII nos serviços da Divisão de Gastroenterologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão

Preto da Universidade de São Paulo, no seu Hospital das Clínicas (HCFMRP-USP), são os corticosteróides, a sulfassalazina e a mesalazina e a azatioprina, de acordo com recomendações nacionais (BRASIL, 2002A, 2002B) e internacionais (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004). A indução da remissão clínica é feita com o emprego de corticosteróides (prednisona, habitualmente) ou aminossalicilatos (sulfassalazina e mesalazina), dependendo da gravidade do quadro e da localização predominante das lesões (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004).

A prednisona é um glicocorticóide sintético com potente efeito anti-inflamatório, sendo utilizado para os casos mais graves da DC e da RCU. Atua inibindo a inflamação em seus diferentes níveis (CARTER, LOBO; TRAVIS, 2004; HOFER, 2002). A sulfassalazina é a combinação de uma sulfonamida (sulfapiridina) e um salicilato (ácido 5-aminosalicílico, a mesalazina ou 5-ASA) que se apresentam unidos por uma ligação “azo”. Esta ligação é desfeita no cólon, pela ação das bactérias da flora local, liberando então o princípio ativo, o ácido 5-aminossalicílico. Esta droga é utilizada habitualmente para induzir a remissão da DII de localização colônica, em casos de menor atividade da doença (BARBIERI, 2000; BRASIL, 2002A; PODOLSKY, 2002; RANG; DALE; RITTER, 1997). É, também, o agente farmacológico mais utilizado para a manutenção da remissão de RCU e da DC com localização predominante ou exclusiva das lesões no intestino grosso (BRASIL, 2002A, 2002B; CARTER, LOBO; TRAVIS, 2004).

A azatioprina é um imunossupressor que pode ser utilizada no tratamento da DII como adjuvante aos corticosteróides (agente “poupador” de corticóide), bem como na manutenção da remissão, sobretudo na doença de Crohn (BARBIERI, 2000; BRASIL, 2002B; FREITAS, 2002; PODOLSKY, 2002).

Como tratamento das complicações mais freqüentes da DC, as doenças perianais ativas e as fístulas utilizam-se de antibióticos. Os de escolha, para este tratamento, são o

metronidazol e a ciprofloxacina que podem, no entanto, ser, também, utilizados tanto para a indução da remissão como para a sua manutenção (CARTER, LOBO; TRAVIS, 2004; STENSON; KORZENIK, 2003).

Aos efeitos benéficos desses medicamentos se contrapõe uma variedade de efeitos colaterais que podem variar desde apenas mal-estar, chegando, porém, até a incidência de problemas mais graves. No caso dos corticosteróides, até 50% dos pacientes podem apresentar efeitos como síndrome de Cushing, hipertensão arterial e catarata (HOFER, 2002; BRASIL, 2002A, 2002B; CARTER, LOBO; TRAVIS, 2004). Os aminossalicilatos podem causar desde distúrbios gastrintestinais de pouca relevância até lesões por hipersensibilidade, como a hepatite medicamentosa. Quanto à azatioprina, pode, também, causar intolerância inespecífica e outros efeitos mais graves, como febre, leucopenia, pancreatite e outras reações por hipersensibilidade (BRASIL, 2002A, 2002B; CARTER, LOBO; TRAVIS, 2004; FREITAS, 2002). Por isso, há necessidade de acompanhamento constante dos pacientes e informá-los da possibilidade da ocorrência desses fatos.

A eficácia dos regimes medicamentosos para o tratamento da DII depende, no entanto, da estrita adesão dos pacientes ao tratamento prescrito (LEVY; FELD, 1999). A adesão pode ser conceituada como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação à orientação médica ou de outro profissional de saúde, o que inclui tomar medicamentos, seguir dietas, alterar estilos de vida, comparecer às consultas previamente marcadas, etc. (HAYNES, 1981A; OSTERBER; TERRENCE, 2005; WHO, 2003). A não-adesão ocorre, portanto, quando o comportamento do paciente não coincide com as recomendações orientadas (HAYNES, 1981A; OSTERBER; TERRENCE, 2005; WHO, 2003).

A adesão à terapêutica é um fenômeno sujeito à influência de múltiplos fatores que afetam diretamente o paciente. Estes determinam o comportamento da pessoa, em relação às

recomendações referentes ao tratamento de sua doença. Estes diferentes fatores estão relacionados às condições sociodemográficas, à doença, à terapêutica, à relação dos profissionais de saúde com o paciente, bem como ao próprio paciente (WHO, 2003; VERMEIRE et al., 2001).

No que se refere aos fatores sociais e demográficos, a não-adesão pode estar relacionada à aquisição do medicamento, de acordo com a dificuldade que o paciente tem para conseguir adquirir o medicamento, seja pelo preço, no caso da necessidade de compra, pela ausência do medicamento na unidade de saúde ou na farmácia comercial, como também por distância intransponível entre a unidade de saúde ou a farmácia e a residência do paciente (BAKIRTIEF, 1996; KURITA, 2003; LEVY; FELD, 1999; RAMALHINHO, 1994).

Existem outros fatores que podem, também, afetar a adesão, relacionados à situação sociodemográfica do paciente. Alguns destes fatores podem influenciar negativamente o grau de adesão, como a idade, que pode comprometer a cognição do paciente, e a eventual presença de alterações psiquiátricas (DURBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001; NIGRO et al., 2001). O sexo, apesar de ser freqüentemente avaliado, não parece ser fator de forte influência, uma vez que alguns estudos não conseguiram comprovar relação entre esta variável e o grau de adesão (GARCIA, 2003; VERMEIRE et al., 2001). Ainda com relação aos fatores ligados ao paciente, eventual baixo grau de instrução, baixa renda familiar e *per capita* ou ausência de trabalho estável podem constituir importantes fatores de não-adesão ao tratamento medicamentoso (BAKIRTZIEF, 1996; LEITE et al., 2002). O eventual uso abusivo do álcool ou de drogas ilícitas e o estresse emocional constituem, também, fatores que podem estar relacionados com a não-adesão (LEITE et al., 2002).

Ainda em relação ao meio ambiente em que se encontra o indivíduo, alguns fatores podem ter influência no seu comportamento de adesão ou não ao tratamento medicamentoso. Dentre estes, destacam-se o fato de o paciente estar ou não incluído em um núcleo familiar

estruturado, com existência de parceiro fixo, bem como o de ter ou não apoio deste núcleo para que possa cumprir o tratamento (GONÇALVES et al., 1999; HAYNES; McKIBBON; KANANI, 1996; LEVY; FELD, 1999). Mudanças de hábitos devidas ao uso do medicamento podem também influenciar negativamente a adesão. Outros aspectos que devem ser considerados, no estudo da adesão à terapêutica, estão presentes nos casos em que o tratamento afeta a relação com a atividade profissional, como medicamentos que causam sonolência em guardas-noturnos, ou em casos em que afetam a vida social, como a indicação da não-utilização de bebidas alcoólicas (GOLDBERG et al., 1998; LEITE et al., 2002; LEVY; FELD, 1999).

O conhecimento disponível sobre a doença e o seu tratamento, sua percepção e eventual preocupação em relação ao diagnóstico, ao prognóstico e à evolução, ao tempo de duração e à gravidade da doença, bem como possíveis experiências repetidas do paciente com hospitalizações são, também, fatores de extrema importância, no que se refere ao uso correto dos medicamentos (DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001; HAYNES, 1981B). A percepção de melhora dos sintomas, ou a sua ausência, principalmente quando há a ocorrência ou não de dor, pode afetar o comportamento do paciente, induzindo a decisões de suspensão do tratamento, por achar que não há mais a necessidade do seu uso (DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001; HAYNES, 1981B; KURITA, 2003). A adesão também pode ser afetada pela existência de uma ou mais doenças concomitantes, podendo ocorrer impacto na cognição do indivíduo, necessidade de maior uso de medicações ou soma de sintomas (DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001).

Como exemplo de motivos de não-adesão ao tratamento, ligados à própria terapêutica, é possível citar os casos de tratamentos longos e complexos, desconfortáveis, ou com prescrição de doses elevadas de um ou mais agentes medicamentosos (GIL et al., 1999; GOLDBERG et al., 1998; HAYNES, 1981B). Do mesmo modo, a não-adesão pode ser

caracterizada pela tomada, por iniciativa do próprio paciente, de medicamentos não prescritos pelo médico (RAMALHINHO, 1994). Porém, o efeito de características do esquema terapêutico sobre o grau de adesão ao tratamento é, ainda, controverso, pois existem trabalhos que observaram menor adesão em esquemas terapêuticos com maior número de comprimidos ou tomadas diárias, como também há estudos em que esta associação não foi observada (LEITE et al., 2002).

São, também, fatores que afetam a adesão do paciente ao tratamento prescrito, os relacionados exclusivamente ao medicamento, como os efeitos colaterais, o tamanho do comprimido, seu cheiro e gosto, lembranças que o paciente pode ter de outras experiências prévias de utilização da mesma droga, ou mesmo as relacionadas ao tratamento atual (DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001; GONÇALVES et al., 1999; LEITE et al., 2002).

Um fator cuja importância vem sendo crescentemente reconhecida é a confiança que o paciente possui no medicamento prescrito, no tratamento como um todo, no médico responsável pela prescrição, assim como naquela que deposita em toda a equipe de saúde (MARINKER; SHAW, 2003; OSTERBERG, TERRENCE, 2005; PEPE; CASTRO, 2000). Assim sendo, ressalta-se a importância de aspectos da comunicação, como a necessidade dos prescritores e dispensadores conversarem com o paciente, visando a transformar as informações recebidas em conhecimentos definidos, uma vez que a falta de conhecimento ou a existência de dúvidas que o paciente guarda para ele mesmo, podem, também, constituir-se em importantes fatores relacionados à não-adesão (BAKIRTZIEF, 1996; LEVY E FELD, 1999; PEPE; CASTRO, 2000).

Os fatores relacionados aos próprios pacientes representam os recursos, conhecimentos, as atitudes, crenças, percepções e expectativas que o paciente possui para lidar com a situação da doença (WHO, 2003). Alguns dos fatores desta natureza que podem

afetar negativamente a adesão ao tratamento medicamentoso incluem o esquecimento, a falta de motivação, a ansiedade sobre possíveis efeitos adversos, a frustração com a equipe de saúde, ansiedade com regimes complexos de medicamento e os fatores emocionais (OSTERBERG, TERRENCE, 2005; WHO, 2003).

Não ocorrendo a adesão ao tratamento, poderá haver o agravamento da doença, com conseqüente piora das condições clínicas do paciente. A preocupação com a adesão do paciente ao tratamento recomendado não é recente, visto que Hipócrates já recomendava que *“[Os médicos] devem tomar ciência sobre o fato que os pacientes geralmente mentem quando declaram tomar corretamente o medicamento”* (HAYNES; 1981A). Além de poder afetar as condições clínicas do paciente e, em conseqüência, a sua qualidade de vida, o agravamento da doença pode acarretar a necessidade da realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos mais custosos e complexos. No Brasil, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), isso poderá afetar a otimização do uso de seus escassos recursos. Assim, ressalta-se a necessidade de se realizarem o acompanhamento e a avaliação da utilização, pelos pacientes, dos medicamentos a eles prescritos.

Este acompanhamento e a conseqüente avaliação da utilização dos medicamentos estão previstos na Política Nacional de Medicamentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), como uma das ações próprias da área da Assistência Farmacêutica. Esta área caracteriza-se como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas pela comunidade (BRASIL, 1998). Dentre as ferramentas para o desempenho destas atividades, está a possibilidade de realização de avaliação da utilização de medicamentos, descrita pela Política Nacional de Medicamentos, como estudos relacionados com a comercialização, distribuição, prescrição e uso dos medicamentos na comunidade, com ênfase sobre as conseqüências médicas, sociais e econômicas resultantes (BRASIL, 1998).

Os estudos relacionados à adesão ao tratamento vêm aumentando desde o final da década de 1950, sendo de interesse mencionar o “*First International Congress on Patient Counselling*”, realizado em abril de 1976, como um marco nessa área (TEIXEIRA, 1998). Os estudos informam que a adesão ao tratamento constitui um processo dinâmico que pode afetar todas as fases do processo clínico. Assim é que a não-adesão terapêutica é mais freqüentemente encontrada em pacientes com doenças crônicas, de longa duração (PÉREZ et al., 2000; WHO, 2003). Em muitos dos estudos realizados em doenças variadas, encontrou-se porcentagem de não-adesão variando de 0 a 100% dos casos, sendo encontrada uma média mais freqüente de 50% dos pacientes (DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001; GARCIA, 2003; HAYNES; McKIBBON; KANANI, 1996; WHO, 2003). Estes dados mostram que a não-adesão pode se constituir em um grande problema, trazendo importantes consequências pessoais, sociais e econômicas (MARINKER; SHAW, 2003).

Para se realizarem estes estudos, diferentes métodos têm sido utilizados, para caracterizar a adesão ao tratamento medicamentoso, que podem ser classificados, em métodos diretos e indiretos. Os métodos diretos caracterizam-se por permitir detectar os medicamentos nos fluídos biológicos do paciente, sendo, portanto, considerados como mais fidedignos e de maior acurácia. Porém, apresentam a desvantagem de se constituírem em métodos de maior invasividade, o que acarreta menor aceitação. Outros aspectos que contribuem para menor difusão dos métodos diretos incluem a relativa complexidade das técnicas de colheita de material e de dosagem, bem como o custo elevado inerente a praticamente todos os métodos diretos de verificação de adesão ao tratamento (VERMEIRE et al., 2001; GORDIS, 1981).

O conjunto dos métodos indiretos inclui os processos de medida feitos por meio de entrevistas com o paciente, informações obtidas de profissionais de saúde e de familiares dos pacientes, os resultados dos tratamentos ou atividades de prevenção, preenchimento de prescrições e contagem dos medicamentos. Estes métodos são os mais freqüentemente

utilizados, devido à sua facilidade de aplicação. Porém, no caso dos métodos indiretos, o paciente pode esconder do entrevistador a forma real como realiza o tratamento, caracterizando, assim, a vulnerabilidade dos métodos de natureza indireta (LEITE; VASCONCELLOS, 2004; VERMEIRE et al., 2001).

Como forma de se padronizar a identificação da adesão ao tratamento, foi elaborado um questionário estruturado e padronizado, conhecido como teste de Morisky (MORISKY; GREEN; LAVINE, 1986). Este teste avalia o comportamento do paciente frente ao uso do medicamento, com base nas respostas a quatro perguntas relacionadas a horário, esquecimento, percepção de ausência de sintomas e ausência de efeitos colaterais (MORISKY; GREEN; LAVINE, 1986; SEWITCH et al., 2003).

Conquanto um grande número de estudos tenham sido desenvolvidos com o objetivo de melhor definir os fatores de maior ou menor adesão ao tratamento medicamentoso, por parte de pacientes portadores de doenças crônicas, como, por exemplo, a hipertensão arterial (CÁNOVAS et al., 2001; LOWRY et al., 2005; MORISKY et al., 1982; WHO, 2003), o diabetes melito (KRAPEK, 2004; MINO-LEON et al., 2005; WHO, 2003), a tuberculose (GONÇALVES et al., 1999; RENNIE et al., 2001; WHO, 2003), a síndrome da imunodeficiência adquirida (LEITE, 2002; WHO, 2003) e a asma brônquica (BROOKS et al., 1994; KIM et al., 2005; WHO, 2003), são escassos os trabalhos na doença inflamatória intestinal. A baixa adesão de pacientes portadores de DII foi relatada por Van Hees e Van Tongeren, em pacientes que faziam uso de sulfassalazina para manutenção da remissão clínica da doença (1982). Por outro lado, uma investigação em pacientes com retocolite ulcerativa, em uso de mesalazina para a manutenção da remissão clínica da doença, revelou índices de adesão bem superiores aos esperados (KANE et al., 2001). Outro estudo evidenciou que a falta de adesão ao tratamento em pacientes com DII está diretamente ligada à ocorrência de distúrbios na esfera psiquiátrica, mais do que a outros fatores (NIGRO et al., 2001). Mais

recentemente, outros estudos demonstraram alto grau de não-adesão: Sewitch e colaboradores observaram grau de não-adesão de 41%, em pacientes com DII, que se relacionou, principalmente, a fatores ligados à doença, como atividade no momento do estudo e duração das manifestações clínicas (SEWITCH et al., 2003). Em outro estudo que também avaliou pacientes com DII, observaram-se altos índices de não-adesão, relacionados ao número de medicamentos em uso ou à existência de depressão (SHALE; RILEY, 2003).

Em nosso país, os estudos já citados indicam que as doenças inflamatórias intestinais estão aumentando gradualmente de frequência, deixando de serem consideradas raras (GABURRI et al., 1998; SOUZA et al., 2002). Os pacientes, portadores da DII, devido à necessidade de procedimentos específicos, recorrem, principalmente, ao atendimento terciário (FARIA; FERRARI; CUNHA, 2004). Neste atendimento terciário, o paciente recebe a assistência necessária à DII e há o fornecimento dos medicamentos previstos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, sejam eles essenciais ou de uso excepcional (BRASIL, 2002A; 2002B). Como a medicação para o tratamento da DII é fornecida, uma das primeiras barreiras à adesão ao tratamento, a aquisição, é, em princípio, eliminada. Porém, apenas este fator não garante que haja adesão completa ao tratamento medicamentoso (KURITA; PIMENTA, 2003), como se percebe em alguns estudos, como o realizado por Garcia, com pacientes portadores de hiperlipidemias, em Ribeirão Preto (GARCIA, 2003).

Percebe-se, então, que persiste grande carência de dados mais objetivos sobre a adesão ao tratamento medicamentoso nas doenças inflamatórias intestinais e, ao nosso conhecimento, inexistem estudos sobre este tema, realizados no Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Investigar a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais, em acompanhamento ambulatorial em um hospital universitário, caracterizando possíveis causas associadas à eventual não-adesão.

2.2. Objetivos específicos

- Verificar as proporções de pacientes com DC e RCU classificados como mais aderentes ou menos aderentes ao tratamento medicamentoso prescrito, por meio da análise dos medicamentos utilizados pelos pacientes, tendo como referencial o período dos últimos 30 dias.
- Verificar as proporções de pacientes com DC e RCU classificados como mais aderentes ou menos aderentes ao tratamento medicamentoso prescrito, por meio dos resultados do teste de Morisky, tendo como referencial, também, o período dos últimos 30 dias.
- Verificar a influência do fator fornecimento gratuito do medicamento pelo hospital universitário, por meio da comparação entre o grupo de pacientes portadores de DII, que recebem gratuitamente os remédios, como parte da política pública de atenção à

saúde, e um grupo-controle integrado por pacientes, com outras doenças, que têm de adquirir o medicamento com recursos próprios.

- Verificar a influência do fator natureza da doença, por meio de comparação entre os grupos de pacientes portadores de DII e um grupo de pacientes, portadores de pancreatite crônica, que também é beneficiado pelo fornecimento do medicamento.
- Identificar possíveis fatores associados à eventual não-adesão dos pacientes ao tratamento prescrito, relacionados a variáveis demográficas, sociais, clínicas, bem como aos medicamentos.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1. Desenho do estudo

Este foi um estudo analítico transversal e quantitativo, fundamentado na avaliação, por meio de métodos indiretos, da adesão ao tratamento medicamentoso, em pacientes com DII. Foi realizado por meio de entrevistas aos pacientes em acompanhamento em ambulatório do HCFMRP-USP, na Divisão de Gastroenterologia do Departamento de Clínica Médica, escolhidos aleatoriamente.

3.2. Caracterização do serviço

A investigação foi realizada no HCFMRP-USP, um hospital universitário de nível terciário de Ribeirão Preto no Estado de São Paulo. Este hospital é integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e atende pacientes portadores de doenças mais complexas, que não puderam ser resolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). É hospital de referência na região de Ribeirão Preto, dentro da Divisão Regional da Secretaria de Estado da Saúde (DIR XVIII), que atende a 25 cidades: Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowsky, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guataporã, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rosa de Viterbo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana

e Sertãozinho. Até o ano de 2005, esta região somava um total de 1.214.712 habitantes (DATA SUS, 2005). Porém, por ser um pólo de referência nacional, o HCFMRP-USP atende, também, a casos provenientes de outras cidades não integrantes da DIR XVIII.

Os pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais têm direito ao fornecimento gratuito de medicamentos de alto custo, sejam eles essenciais ao tratamento ou de uso excepcional, previstos no protocolo clínico e nas diretrizes terapêuticas regulamentada pela Portaria 861, de 12 de novembro de 2002, para pacientes com RCU (BRASIL, 2002B). Esta Portaria inclui a sulfassalazina, mesalazina, hidrocortisona, prednisona, azatioprina, 6-mercaptopurina e ciclosporina. Para os pacientes com DC, além dos medicamentos da Portaria 861, o protocolo inclui o metronidazol, infliximab, talidomida e metotrexate, estando regulamentado pela Portaria 858, de 12 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002A, 2002B).

3.3. População do estudo

Foram convidados a participar do estudo 116 pacientes. Recusaram-se a participar do estudo seis pacientes, sendo então 110 incluídos na investigação. Dentre os entrevistados, 56 eram pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais (DII), 24 de pancreatite crônica (PC) e 30 pacientes eram portadores de afecções digestivas variadas (ADV), sendo, porém, todas de natureza crônica. Como condição de inclusão, todos faziam tratamento medicamentoso regular, em acompanhamento nos ambulatórios da Divisão de Gastroenterologia do Departamento de Clínica Médica do HCFMRP-USP.

Dentre os pacientes com DII, foram entrevistados 26 portadores da doença de Crohn (DC), 26 pacientes com retocolite ulcerativa (RCU) e 4 casos com doença inflamatória intestinal indeterminada (DII-I).

Foram compostos dois grupos-controles: um de pacientes portadores de pancreatite crônica (PC) e outro de pacientes com afecções digestivas variadas (ADV). Dentre os 24 pacientes com PC, 16 eram portadores de insuficiência pancreática endócrina e exócrina, 4 eram portadores de insuficiência endócrina e 4 tinham insuficiência pancreática exócrina. No grupo de 29 pacientes com ADV, 11 eram portadores de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Os outros 18 pacientes apresentaram anemia ferropriva (2), cirrose hepática (2), constipação intestinal (1), doença de Chagas (2), doença de Wilson (1), diarreia crônica intermitente (1), dislipidemia (1), diabetes mellitus tipo 2 (1), leiomioma de esôfago (1), megaesôfago (1), síndrome pós-colicistectomia (1), síndrome pós-gastrectomia (2), síndrome de Sheehan (1) e síndrome do intestino irritável (2).

A inclusão do grupo de pacientes com insuficiência pancreática foi justificada pelo fato de que estes pacientes, tanto quanto os portadores de doenças inflamatórias intestinais, também se beneficiavam do fornecimento, pelo SUS, de medicamentos essenciais. Por outro lado, o grupo-controle de portadores de afecções digestivas variadas utilizava medicamentos que não fazem parte do programa de medicamentos essenciais, sendo, em princípio, necessária a compra dos medicamentos por parte do próprio paciente. Sempre que possível, os controles tiveram características semelhantes às dos pacientes com doenças inflamatórias intestinais, no que se refere à distribuição por características demográficas e sociais.

Como critério básico de inclusão, foi considerada a prescrição de uso contínuo e regular de medicamentos para o tratamento das correspondentes doenças. Como critérios acessórios consideraram-se a idade maior ou igual a 18 anos e a regularidade no tratamento, caracterizada por comparecimento às consultas médicas periódicas no HCFMRP-USP. Foram

excluídos do estudo os pacientes com deficiências que dificultassem a comunicação, ou que estivessem em condições clínicas que impedissem a participação.

O estudo foi desenvolvido com pacientes que compareceram a consultas agendadas no período entre junho de 2003 e dezembro de 2004.

3.4. Instrumentos

Para a realização das entrevistas e a coleta dos demais dados, foram utilizados dois instrumentos, um questionário (Anexo A, p. 81) em que o paciente respondia às questões formuladas pelo entrevistador, que incluía o teste de Morisky e um formulário de análise de prontuário (Anexo B, p.85), onde eram registrados os dados obtidos quando da análise do prontuário dos pacientes já entrevistados.

3.4.1. Variáveis

Ao realizar a entrevista com o paciente, utilizou-se, como instrumento norteador, o questionário (Anexo A, p. 81). Este instrumento era composto por questões abertas e estruturadas, dirigidas à obtenção de informações referentes aos seguintes tópicos:

1. identificação do paciente, com dados demográficos e sociais;
2. informações sobre o tratamento, como nome, dose e posologia do medicamento em uso;
3. dados sobre a percepção do paciente em relação ao seu tratamento medicamentoso;

4. dados sobre o atendimento e a relação com os serviços prestados pelo HCFMRP-USP;
5. questões sobre possíveis causas de não-adesão, compostas de acordo com dados da literatura sobre o tema.

Em uma segunda etapa, utilizou-se, como instrumento, o formulário para análise do prontuário (Anexo B, p. 85), onde foram registrados dados clínicos sobre a doença e o tratamento prescrito ao paciente.

Dado o grande número e o alto grau da diversidade das variáveis em estudo, decidiu-se, após a coleta dos dados de todos os 110 pacientes, restringir a análise neste trabalho a um número menor de itens que compuseram as variáveis dependentes e as independentes.

3.4.1.1. Variáveis dependentes

Como variáveis dependentes do efeito das outras variáveis, foram estudados a análise dos medicamentos utilizados (AMU) e o comportamento admitido em relação ao uso de medicamentos, definido pelo teste de Morisky (TM).

A primeira forma de avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito foi baseada na análise dos medicamentos utilizados (AMU). Para verificar se os pacientes estavam tomando adequadamente o medicamento conforme a prescrição médica, perguntava-se ao paciente: a) se estava fazendo uso de medicamento; b) qual medicamento tomava; c) qual a dose diária do medicamento em uso e d) qual a posologia empregada. Ressalte-se que, no presente estudo, empregou-se o termo “posologia” com o sentido particular de denotar o número de vezes e horário em que deveriam ser tomados os medicamentos. Estas informações foram cotejadas com os dados registrados do prontuário referentes à consulta médica imediatamente anterior à data da entrevista. A partir dos dados obtidos neste cotejo,

constatou-se a ocorrência de sete grupos de situações, cuja análise permitiu agrupar os pacientes em menos aderentes e mais aderentes.

Foram considerados como mais aderentes aqueles pacientes que afirmavam tomar os medicamentos prescritos e: 1) relatavam corretamente o nome, a dose e a posologia; 2) relatavam corretamente o nome do medicamento, porém, os dados acerca da dose, ou da posologia, ou estavam incorretos, ou foram insuficientes para análise; 3) os dados presentes nas informações prestadas pelos pacientes ou obtidos pelo exame dos prontuários foram insuficientes para a análise do nome, da dose ou da posologia. Foram considerados como menos aderentes os pacientes que relatavam: 4) tomar medicamentos a mais do que os prescritos; 5) tomar medicamentos a menos que os prescritos; 6) tomar outros medicamentos no lugar dos prescritos e 7) não tomar os medicamentos prescritos para o tratamento.

Ainda sobre esta análise, ressalta-se que esta foi realizada referente ao tratamento medicamentoso específico. Assim, a avaliação de medicamentos de outros tratamentos, ou que os pacientes relatassem fazer uso por escolha própria, não foram considerados.

A segunda forma de avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito foi baseada no comportamento habitual do paciente, em relação ao uso diário da medicação. Consideraram-se como pacientes mais aderentes os que apresentavam um comportamento de não esquecer de tomar e de serem cuidadosos com o horário de tomada do medicamento, bem como de não tomar a decisão de parar de tomar o medicamento por conta própria quando houvesse algum efeito colateral, ou quando os sintomas da doença desaparecessem. Os pacientes em que alguma destas condições estivesse presente eram classificados como menos aderentes. Para esta avaliação, utilizou-se o teste de Morisky (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; MORISKY et al., 1982).

O teste de Morisky (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; MORISKY et al., 1982) é utilizado para identificar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito, bem como

permite avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso diário do medicamento. Este teste consiste de quatro perguntas simples apresentadas no Quadro 1. Pela natureza destas questões, pode-se então discriminar se a eventual não-adesão é devida ao comportamento intencional ou não intencional, ou, ainda, a ambos os tipos de comportamentos (SEWITCH, 2003). Estudos anteriores demonstraram a utilidade deste instrumento e estabeleceram sua validade (PÉREZ et al., 2000; MORISKY GREEN; LEVINE, 1986; SVARSTAD et al., 1999), uma vez que possibilita identificar os verdadeiros não aderentes (SVARSTAD et al., 1999). Este teste já foi traduzido e aplicado anteriormente no Brasil (GARCIA, 2003; TEIXEIRA, 1998).

PERGUNTAS	Comportamento não intencional	Comportamento intencional
“Você, alguma vez, se esquece de tomar o seu remédio?”	X	
“Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?”	X	
“Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar seu remédio?”		X
“Quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?”		X

Quadro 1 – Perguntas que compõem o teste de Morisky e classificação dos tipos de comportamento indicados pelas respostas (SEWITCH, 2003).

De acordo com proposta previamente publicada (GOLDBERG et al., 1998), foi feita pequena modificação no teste, de modo que cada resposta era seguida de pergunta relativa à frequência. Porém, no presente estudo, avaliou-se a adesão por respostas dicotomizadas nos valores de 0 (zero) ou 1. Assim, as respostas às perguntas do teste foram pontuadas, atribuindo-se o valor 1 à cada resposta positiva em que a frequência admitida tivesse sido de uma vez por mês ou menos, e atribuindo-se o valor 0 (zero) para as outras possibilidades de frequência. Deste modo, o resultado do teste pode ser expresso em uma escala variando de 0

(zero) a 4. Consideraram-se, então, como mais aderentes os pacientes com a pontuação máxima (4 pontos) e como menos aderentes aqueles com pontuação inferior.

3.4.1.2. Variáveis independentes

Foram estudadas 16 variáveis possivelmente relacionadas ao grau de adesão, pertencentes a cinco diferentes grupos.

O primeiro grupo foi o de dados demográficos: 1) idade, expressa em anos; 2) gênero: homens e mulheres; 3) estado marital, nas categorias solteiro, casado, viúvo, separado e união consensual; 4) escolaridade, compreendendo as categorias analfabeto, sabe ler e escrever, fundamental incompleto, fundamental completo e ensino médio incompleto, ensino médio completo, superior incompleto e superior completo; 5) procedência, nas categorias de procedentes de Ribeirão Preto, de cidades englobadas pela DIR XVIII excluindo os de Ribeirão Preto, dos procedentes de outras cidades do Estado de São Paulo, excluindo as da DIR XVIII e daqueles vindos de fora do Estado de São Paulo.

O segundo grupo de variáveis independentes foi composto por dados de natureza social: 6) ocupação, nas categorias de trabalhador autônomo, trabalhador com vínculo empregatício, do lar, aposentado, desempregado e outros, em que se encontraram as categorias afastado e estudante; 7) renda *per capita* familiar, definida pelo valor da renda mensal familiar dividido pelo número de pessoas que moram na mesma casa e 8) modo de aquisição dos medicamentos, definido por respostas à pergunta aberta e classificado nas categorias fornecido integralmente pelo SUS, fornecido parcialmente pelo SUS e não fornecido pelo SUS, supostamente adquirido com recurso do paciente.

Outro grupo de variáveis independentes foi o das características clínicas: 9) paciente portador de outras doenças, além daquela constante do diagnóstico principal; 10) duração da doença, definida pela diferença, em anos, entre a data da entrevista e o ano de diagnóstico da doença principal; 11) número de internações relacionadas à doença constante do diagnóstico principal e 12) operação prévia relacionada ao diagnóstico principal.

Nos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal, consideraram-se, ainda: 13) a extensão e a localização da doença, que, no caso da DC, foi considerada no íleo, no íleo-cólon, somente no cólon, e em outros segmentos do tubo digestivo; no caso da RCU, considerou-se esta variável como definida por proctite, retossigmoidite, colite esquerda, ou colite extensa; 14) forma da doença, variável em que, para a DC, foi considerada como inflamatória, estenosante e fistulizante; nos casos da RCU, esta variável foi considerada como leve/transitória, moderada ou grave e 15) atividade da doença, considerada como doença ativa, em remissão ou indeterminada.

O quinto grupo de variáveis independentes inclui o item relacionado ao tratamento medicamentoso: 16) número de medicamentos prescritos para o tratamento da doença referente ao diagnóstico principal.

Para se definir o diagnóstico principal e as características das doenças inflamatórias intestinais, quando do preenchimento do formulário de análise do prontuário, consideraram-se as anotações dos diagnósticos médicos registrados explicitamente, os quais, por sua vez, eram baseados no quadro clínico e nos resultados de exames endoscópico, radiológico, histológico e laboratoriais de cada caso.

Quanto ao diagnóstico principal, os pacientes foram classificados em DC, RCU e DII-I. No que se refere à extensão e à localização predominante das DIIs, no caso da DC, os pacientes foram classificadas como (LOUIS et al., 2001):

- 1) doença limitada ao íleo terminal (terço inferior do delgado), com ou sem envolvimento cecal, denominados como “íleo”;
- 2) doença no íleo terminal com ou sem envolvimento cecal, mais localização adicional entre o cólon ascendente e o reto, denominados como “íleo-cólon”;
- 3) doença exclusivamente colônica, localizada em qualquer segmento entre o ceco e o reto, sem envolvimento do intestino delgado ou do trato gastrointestinal (TGI) superior, denominados como “cólon”;
- 4) outras localizações da doença, particularmente no jejuno e no íleo proximal, denominados como “outros”.

No caso da RCU, os dados sobre extensão e localização foram utilizados para classificar os pacientes como (FARMER, 1987):

- 1) “proctite”, inflamação da mucosa retal até 15 cm da linha denteada;
- 2) “retossigmoidite”, inflamação da mucosa até 25-30 cm da linha denteada;
- 3) “colite esquerda”, inflamação da mucosa até a flexura esplênica (eventualmente, até o cólon transversal distal);
- 4) “colite extensa”, inflamação da mucosa, estendendo-se, retrogradamente, desde o reto até o cólon transversal proximal, ou segmentos mais proximais, até a válvula íleo-cecal.

Caso não houvesse o registro explícito no prontuário dos dados que permitissem a classificação, foi feita análise detalhada do quadro clínico, bem como dos resultados dos exames endoscópico, radiológico e histológico a que o paciente houvesse sido submetido.

Com relação à forma evolutiva das DII_s, no caso de DC, os pacientes foram classificados como (LOUIS et al., 2001):

- 1) forma inflamatória, doença inflamatória sem complicações como fístulas, abscesso e obstrução;

- 2) forma estenosante, presença de sintomas ou sinais de obstrução ou suboclusão intestinal com estenose demonstrada por exame radiológico, por endoscopia ou por cirurgia, na ausência de fístulas;
- 3) forma penetrante, presença de fistulas intra-abdominais, fistulas ou úlceras perianais, massas abdominais, abscessos, em qualquer momento na evolução da doença, excluídas as complicações pós-operatórias.

No caso da RCU, os pacientes foram classificados como (STONNINGTON et al., 1987):

- 1) forma leve/transitória, naqueles em que houve a remissão da doença sem necessidade de hospitalização ou transfusão;
- 2) forma moderada, nos casos em que houve necessidade de transfusão sanguínea ou de duas ou mais internações, durante o período de acompanhamento;
- 3) forma grave, nos casos em que houve necessidade de realização de procto-colectomia total ou em que foi feito diagnóstico de megacólon tóxico ou, ainda, quando houve óbito por causa associada à doença.

No que se referiu à atividade da DII, no caso da DC, os pacientes foram classificados em três formas: 1) em atividade; 2) em remissão; 3) em atividade indeterminada. Para esta classificação, foram consideradas as anotações do diagnóstico médico registradas explicitamente no prontuário, baseadas no quadro clínico, exames laboratoriais e seguimento terapêutico, de modo análogo ao que se procedeu para definir extensão e localização e forma das doenças. Caso não houvesse o registro explícito no prontuário da atividade da doença, foi feita análise detalhada das anotações sobre o quadro clínico do paciente, os resultados dos exames laboratoriais e a conduta terapêutica adotada naquele momento, sendo que, para caracterização da atividade, no mínimo dois conjuntos de dados, dos três apresentados

adiante, deveriam estar indicando atividade ou remissão. Caso contrário, o paciente era classificado como estando em atividade indeterminada.

A análise de dados do quadro clínico baseou-se na classificação de Harvey e Bradshaw apresentada no quadro 2 (HARVEY; BRADSHAW, 1980), sendo que os casos classificados como doença inativa/leve foram considerados como em remissão e aqueles com atividade de grau leve/moderada/grave foram considerados como em atividade.

Informações clínicas	Pontuação
1) Estado geral (ótimo=0; bom=1; mau=3; péssimo=4)	0-4
2) Dor abdominal (ausente=0; leve=1; moderada=2; grave=3)	0-3
3) Número de evacuações líquidas/dia	Nº/dia
4) Massa abdominal (ausente=0; duvidosa=1; bem definida=2; bem definida e dolorosa=3)	0-3
5) Complicações: artralgia/artrite, uveíte/irite, eritema nodoso, aftas orais, pioderma gangrenoso, fissura anal, fistulas, abscesso, etc.	1 ponto cada

Quadro 2 – Índice de atividade inflamatória, com interpretação baseada na soma dos pontos: menos que 8, inativa/leve; de 8 a 10, leve/moderada; acima de 10, moderada/grave, na doença de Crohn (HARVEY; BRADSHAW, 1980).

Na análise dos exames laboratoriais, consideraram-se alterações nas dosagens de proteína C reativa (PCR), da alfa-ácido glicoproteína, na velocidade de hemossedimentação (VHS) e nas contagens de plaquetas e de leucócitos, considerando-se os valores normais adotados pelo Laboratório Central do HCFMRP-USP. Foram considerados normais, para a PCR, valores inferiores a 0,5 mg/dL, alfa-ácido glicoproteína inferior a 120 mg/dL. Para a VHS nas mulheres, consideraram-se normais os valores inferiores a 20 mm (primeira hora) e para os homens valores menores que 15 mm (primeira hora); para a contagem de plaquetas, consideram-se normais valores entre 150.000 e 450.000/mm³. Para o número de leucócitos, considerou-se normal a faixa entre 4.000 e 11.000/mm³.

Na análise da conduta terapêutica, consideraram-se como em atividade os casos em que se iniciou o uso de sulfassalazina ou mesalazina, em quantidades maiores que 3g/dia ou que foram prescritas doses iguais ou superiores a 40 mg/dia de prednisona. Foram considerados como em remissão os casos em que foram mantidas doses menores de aminossalicilatos, ou que se decidiu pela redução ativa da dose de corticóide, ou que se manteve a prescrição de azatioprina.

No caso da RCU, os pacientes foram, também, classificados em três formas: 1) em atividade; 2) em remissão; 3) atividade indeterminada. Como já mencionado, para esta classificação foram consideradas as anotações de diagnósticos médicos registrados explicitamente no prontuário. Caso não houvesse este registro, foi feita análise das anotações do quadro clínico do paciente, dos resultados dos exames laboratoriais e da conduta terapêutica adotada. De modo análogo ao que foi feito nos casos da DC, para a caracterização da atividade, no mínimo duas características das três citadas anteriormente deveriam estar indicando uma determinada atividade.

A análise de dados do quadro clínico do paciente foi baseada na classificação parcial de Truelove e Witts, apresentada no quadro 3 (TRUELOVE; WITTS, 1955), em que foram utilizados os quatros primeiros dados de natureza clínica. Os casos classificados como leve foram considerados como estando em remissão e os classificados como em atividade moderada ou grave foram considerados como estando em atividade.

	LEVE	MODERADA	GRAVE
1) Número de evacuações/dia	≤ 4	4-6	> 6
2) Sangue vivo nas fezes	$\pm$	+	++
3) Temperatura	normal	valores intermediários	Temp. média noturna $>37.5^{\circ}\text{C}$ ou $>37.8^{\circ}\text{C}$ em 2 dias dentro de 4 dias
4) Pulso	normal	intermediário	>90 bpm

Quadro 3 – Classificação da atividade inflamatória na retocolite ulcerativa (TRUELOVE; WITTS, 1955).

Na análise dos exames laboratoriais, consideraram-se alterações nas dosagens de proteína C reativa (PCR), da alfa-ácido glicoproteína, na velocidade de hemossedimentação (VHS) e nas contagens de plaquetas e no número de leucócitos, considerando-se os valores normais adotados pelo Laboratório Central do HCFMRP-USP já apresentados.

Na análise da conduta terapêutica, consideraram-se como em atividade os casos em que se iniciou o uso de sulfassalazina ou mesalazina em quantidades maiores que 3g/dia ou que se prescreveram doses iguais ou superiores a 40 mg/dia de prednisona. Foram considerados como em remissão os casos em que foram mantidas doses menores de aminossalicilatos, ou que se decidiu pela redução ativa da dose de corticóide, ou que se manteve a prescrição de azatioprina.

3.5. Procedimento de coleta

3.5.1. Aspectos éticos

O estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP, sendo aprovado no dia 30 de junho de 2003, de acordo com o processo número 4964/2003.

Todos os pacientes eram informados sobre o estudo por meio da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C, p. 87). Após a obtenção do consentimento, com a assinatura do termo, era, então, realizada a entrevista.

3.5.2. Amostragem

Os pacientes foram escolhidos aleatoriamente dentre os que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão. Todos os entrevistados estavam agendados para atendimento no ambulatório de Gastroenterologia, às terças-feiras, no período da manhã, dia em que as entrevistas eram feitas. Assim, foram compostos simultaneamente os três grupos do estudo (DII, PC e ADV), com a realização seqüencial de entrevistas, até que se obteve um N mínimo satisfatório para a análise dos dados obtidos e a realização dos testes estatísticos.

3.5.3. Entrevista

Todas as entrevistas foram realizadas por meio de aplicação do questionário estruturado (Anexo A, p. 81), pelo mesmo entrevistador, em uma sala reservada para trabalhar sem interrupções. O paciente era esclarecido sobre o estudo e convidado a participar, antes da consulta médica agendada para o mesmo dia. As entrevistas duraram, em média, 22,6 minutos, e foram realizadas obedecendo às orientações técnicas preconizadas por Silva (2002) e por Lockerble e Lutz (1986).

3.6. Reprodutibilidade

Para se avaliar a reprodutibilidade dos resultados obtidos, em 22 pacientes (20% do total), repetiram-se os procedimentos do estudo em um intervalo médio de 9,6 meses, variando de 5 a 15 meses. A repetição incluiu a entrevista e o teste de Morisky. Foram, também, feitas duas análises do prontuário médico, do mesmo paciente, referente à data da primeira entrevista, em duas ocasiões diferentes, para se avaliar a reprodutibilidade da coleta de dados pelo investigador.

A concordância entre os resultados da primeira e da segunda observação foi analisada pelo indicador de concordância ajustada, denominado coeficiente *Kappa*. Este indicador leva em consideração o grau de concordância, descontando do cômputo final a concordância devida ao fator chance. O grau de concordância é expresso em sete categorias que são apresentadas no quadro 4 (PEREIRA, 2001).

CATEGORIAS	Pontuação
Ruim	<0,00
Fraca	0,00 – 0,20
Sofrível	0,21 – 0,40
Regular	0,41 – 0,60
Boa	0,61 – 0,80
Ótima	0,81 – 0,99
Perfeita	1,00

Quadro 4 – Categorias de concordância do indicador *Kappa* (PEREIRA, 2001).

A tabela 1 apresenta a concordância observada e o coeficiente *Kappa* quanto à reprodutibilidade do teste de Morisky e a análise dos medicamentos utilizados pelo paciente. A tabela 2 apresenta a reprodutibilidade dos dados obtidos na análise dos prontuários pelo entrevistador, em que foram avaliadas cinco variáveis.

Tabela 1 – Dados sobre a reprodutibilidade do teste de Morisky e a análise dos medicamentos utilizados pelo paciente, expressa como concordância observada e pelo valor do coeficiente *Kappa*.

VARIÁVEL	Concordância observada	Coeficiente <i>Kappa</i>
Teste de Morisky	0,72	0,45
Análise dos medicamentos utilizados	0,86	0,32

Tabela 2 – Dados sobre a reprodutibilidade de alguns dados obtidos no exame dos prontuários, expresso como concordância observada e pelo valor do coeficiente *Kappa*.

VARIÁVEL	Concordância observada	Coeficiente <i>Kappa</i>
Portador de outras doenças	1,00	1,00
Anos com a doença	0,81	0,63
Quantidade de internações relacionadas ao diagnóstico principal	0,95	0,86
Ocorrência de operação prévia relacionada ao diagnóstico principal	0,95	0,89
Atividade da doença	0,91	0,82

3.7. Análise de dados

Todos os dados coletados foram registrados, armazenados e analisados utilizando o programa Epi Info versão 3.2, de domínio público (<http://www.cdc.gov/epiinfo>). Para evitar erros de digitação, os dados foram inseridos uma segunda vez e foi feita comparação dos dados das duas digitações, sendo efetuada a correção, quando necessário.

Compararam-se as proporções de pacientes dos quatro grupos (DC, RCU, PC e ADV) com maior ou menor grau de adesão, de acordo com o teste de Morisky e com a análise dos medicamentos utilizados. Esta análise foi realizada por meio do teste exato de Fisher, comparando os pares de grupos DC e RCU, DC e PC, DC e ADV, RCU e PC, RCU e ADV, e PC e ADV. Nestas comparações, foi feito o agrupamento dos casos de RCU com os de DII-I, dada a semelhança clínica entre as duas entidades. Este agrupamento foi também mantido nas demais análises.

Para a análise da associação entre variáveis dependentes e independentes, os pacientes foram alocados em dois grupos: mais aderentes e menos aderentes, de acordo com os critérios

antes apresentados. No que se refere às variáveis independentes, para cada uma delas os pacientes foram, também, alocados em dois grupos, conforme os critérios apresentados a seguir.

Quanto aos dados demográficos consideraram-se: idade - pacientes com até 40 anos (<40) de idade ou acima de 40 anos (≥ 40) de idade (LOUIS et al., 2001); estado marital - com parceiro (casado, união consensual) ou sem parceiro (solteiro, viúvo, separado); escolaridade - com até o fundamental completo (analfabeto, sabe ler e escrever, fundamental incompleto, fundamental completo) ou níveis acima do ensino médio incompleto (ensino médio incompleto, ensino médio completo, superior incompleto, superior completo) e procedência - procedente de Ribeirão Preto ou procedente de outra cidade (cidades englobadas pela DIR XVIII excluindo os de Ribeirão Preto, procedente de outras cidades do Estado de São Paulo excluindo os da DIR XVIII, procedente de fora do Estado de São Paulo).

Quanto às variáveis de natureza social, foram considerados: ocupação - paciente com renda própria (trabalhador autônomo, trabalhador com vínculo empregatício, aposentado, afastado) ou paciente sem renda própria (do lar, desempregado, estudante); renda *per capita* familiar - até 1 salário mínimo ou acima de 1 salário mínimo (considerou-se o valor do salário mínimo como sendo R\$ 240,00); modo de aquisição dos medicamentos - fornecimento integral pelo SUS ou existência de gasto com o medicamento (medicamento fornecido parcialmente pelo SUS; medicamento não fornecido pelo SUS).

Quanto às variáveis relacionadas às características clínicas foram consideradas as seguintes: paciente portador de outras doenças além do diagnóstico principal - sim ou não; duração da doença - recente (média de 6,5 anos com a doença) ou acima de 6 anos; número de internações relacionadas ao diagnóstico principal - pacientes que não tiveram nenhuma internação ou pacientes que tiveram ao menos uma internação; ocorrência de operação prévia relacionada ao tratamento - sim ou não.

Nos pacientes portadores de DII, consideraram-se, ainda, a extensão e a localização da doença. No caso da DC, considerou-se: envolvimento do cólon (íleo-cólon, cólon) ou ausência de envolvimento do cólon (íleo, outros). No caso da RCU, considerou-se: colite extensa ou não (proctite, retossigmoidite, colite esquerda). Quanto à forma da DII, considerou-se, no caso da DC, forma inflamatória ou outras formas (estenosante e fistulizante). Nos casos de RCU, considerou-se a forma leve/transitória ou outras (moderada, grave) e a atividade - em atividade ou outra (remissão, indeterminado).

Quanto ao tratamento medicamentoso, considerou-se o número de medicamentos em uso para o tratamento da doença referente ao diagnóstico principal: uso de um só medicamento ou uso de mais de uma droga.

Para analisar as associações entre as variáveis dependentes e independentes, utilizou-se o teste exato de Fisher, considerando aceita a hipótese de associação quando a estatística (p) encontrada fosse menor ou igual a 0,05. Considerou-se, ainda, haver tendência à associação quando o valor de (p) encontrou-se entre 0,05 e 0,10.

4. RESULTADOS

4.1. Características dos pacientes

As características demográficas, sociais, clínicas e próprias do tratamento medicamentoso dos pacientes entrevistados são apresentadas a seguir.

4.1.1. Características demográficas

A tabela 3 apresenta os dados referentes à idade dos pacientes incluídos no estudo, que, em seu conjunto, apresentaram mediana entre 37,5 e 54,5 anos, com variação entre 18 e 73 anos.

Tabela 3 – Idade, em anos, dos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem.

IDADE	DC N=26	RCU N=30	PC N=24	ADV N=30
Mediana	37,5	45	48,5	54,5
Mínima	19	19	27	18
Máxima	61	73	60	71

DC: pacientes portadores de doença de Crohn; RCU: pacientes portadores de retocolite ulcerativa; PC: pacientes portadores de pancreatite crônica; ADV: pacientes portadores de afecções digestivas variadas; N: número de pacientes em cada grupo.

Outras características demográficas dos pacientes estudados são apresentadas na tabela 4. Esta tabela mostra que, entre os portadores de DC, houve predomínio de mulheres (61,5%), enquanto os homens predominaram nos grupos com RCU, PC e ADV (76,9%, 91,7%, 53,3%, respectivamente). Quanto ao estado marital, a maioria dos pacientes dos quatro grupos era casada.

Tabela 4 – Dados demográficos, gênero e estado marital dos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

	DC N=26	RCU N=30	PC N=24	ADV N=30
<i>Sexo</i>				
Homens	10 (38,5)	22 (73,3)	22 (91,7)	16 (53,3)
Mulheres	16 (61,5)	8 (26,7)	2 (8,3)	14 (46,7)
<i>Estado marital</i>				
Solteiro	6 (23,1)	8 (26,7)	7 (29,2)	2 (6,7)
Casado	17 (65,4)	19 (63,3)	14 (58,3)	20 (66,7)
Viúvo	1 (3,8)	1 (3,3)	1 (4,2)	3 (10,0)
Separado	1 (3,8)	1 (3,3)	2 (8,3)	5 (16,7)
União consensual	1 (3,8)	1 (3,3)	-	-

DC: pacientes portadores de doença de Crohn; RCU: pacientes portadores de retocolite ulcerativa; PC: pacientes portadores de pancreatite crônica; ADV: pacientes portadores de afecções digestivas variadas. N: número de pacientes em cada grupo.

A tabela 5 apresenta dados demográficos referentes à escolaridade e procedência. A classe de escolaridade predominante, nos quatro grupos, foi a de fundamental incompleto. Quanto à procedência, os pacientes se distribuíram de forma equilibrada nas várias classes,

havendo, porém, predomínio do município de Ribeirão Preto ou de cidades pertencentes à DIR XVIII.

Tabela 5 – Dados demográficos, escolaridade e procedência dos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

	DC N=26	RCU N=30	PC N=24	ADV N=30
<i>Escolaridade</i>				
Analfabeto	1 (3,8)	1 (3,3)	1 (4,2)	2 (6,7)
Sabe ler e escrever	-	1 (3,3)	-	1 (3,3)
Fundamental incompleto	13 (50,0)	15 (50,0)	16 (66,7)	19 (63,3)
Fundamental completo	2 (7,7)	4 (13,3)	4 (16,7)	2 (6,7)
Ensino médio incompleto	2 (7,7)	2 (6,7)	1 (4,2)	-
Ensino médio completo	6 (23,1)	7 (23,3)	2 (8,3)	4 (13,3)
Superior incompleto	-	-	-	-
Superior completo	2 (7,7)	-	-	2 (6,7)
<i>Procedência</i>				
Ribeirão Preto	5 (19,2)	9 (30,0)	5 (20,8)	9 (30,0)
DIR XVIII	9 (34,6)	10 (33,3)	9 (37,5)	9 (30,0)
Estado de SP	8 (30,8)	8 (26,7)	8 (33,3)	6 (20,0)
Fora do Estado de SP	4 (15,4)	3 (10,0)	2 (8,3)	6 (20,0)

DC: pacientes portadores de doença de Crohn; RCU: pacientes portadores de retocolite ulcerativa; PC: pacientes portadores de pancreatite crônica; ADV: pacientes portadores de afecções digestivas variadas. N: número de pacientes em cada grupo.

4.1.2. Características sociais

As características sociais dos pacientes estudados são apresentadas na tabela 6. A maior parte dos pacientes com DC e RCU era de trabalhadores autônomos; nos outros dois grupos, predominaram os trabalhadores com vínculo empregatício. Com exceção dos pacientes com DC, a maior parte dos pacientes apresentou renda familiar de até um salário mínimo.

Tabela 6 – Dados sociais, ocupação e renda dos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem. Os números entre parênteses correspondem as porcentagens.

	DC N=26	RCU N=30	PC N=24	ADV N=30
<i>Ocupação</i>				
Autônomo	8 (30,8)	11 (36,7)	6 (25,0)	6 (20,0)
Com vínculo empregatício	5 (19,2)	7 (23,3)	7 (29,2)	10 (33,3)
Do lar	6 (23,1)	4 (13,3)	2 (8,3)	6 (20,0)
Aposentado	-	4 (13,3)	5 (20,8)	5 (16,7)
Desempregado	2 (7,7)	2 (6,7)	2 (8,3)	3 (10,0)
Afastado	4 (15,4)	1 (3,3)	2 (8,3)	-
Estudante	1 (3,8)	1 (3,3)	-	-
<i>Renda per capita familiar</i>				
Até um salário mínimo	10 (38,5)	15 ^a (57,1)	18 ^b (81,8)	18 ^c (64,3)
Acima de um salário	16 (61,5)	12 ^a (42,9)	4 ^b (18,2)	10 ^c (35,7)

DC: pacientes portadores de doença de Crohn; RCU: pacientes portadores de retocolite ulcerativa; PC: pacientes portadores de pancreatite crônica; ADV: pacientes portadores de afecções digestivas variadas. a: N=28; b: N=22; c: N=28. N: número de pacientes em cada grupo.

Como esperado, nos grupos com DC, RCU e PC, a medicação foi fornecida integralmente pelo SUS na grande maioria dos casos, enquanto, no grupo ADV isto ocorreu em 30,1% dos casos (tabela 7).

Tabela 7 – Dados sociais dos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS	DC N=26	RCU N=30	PC N=24	ADV N=30
Medicamento fornecido integralmente pelo SUS	24 (92,3)	26 (86,7)	23 (95,8)	9 (30,1)
Medicamento fornecido parcialmente pelo SUS	-	2 (6,7)	1 (4,2)	19 (63,3)
Medicamento não fornecido pelo SUS	2 (7,7)	2 (6,7)	-	1 (3,3)
Ignorado	-	-	-	1 (3,3)

DC: pacientes portadores de doença de Crohn; RCU: pacientes portadores de retocolite ulcerativa; PC: pacientes portadores de pancreatite crônica; ADV: pacientes portadores de afecções digestivas variadas. a: N=28; b: N=22; c: N=28. N: número de pacientes em cada grupo.

4.1.3. Características clínicas

Algumas das características clínicas dos pacientes estudados são apresentadas na tabela 8, onde se nota que mais de 60% dos pacientes eram portadores de outras doenças. Possuíam a doença há menos de cinco anos, a maioria dos pacientes com DC (61,5%) e ADV (86,7%), enquanto a maioria dos portadores de RCU (53,3%) e de PC (79,2%) possuía a doença há mais de 5 anos.

Tabela 8 – Alguns dados clínicos dos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

	DC N=26	RCU N=30	PC N=24	ADV N=30
<i>Portador de outras doenças</i>				
Não	10 (38,5)	12 (40,0)	9 (37,5)	3 (10,0)
Sim	16 (61,5)	18 (60,0)	15 (62,5)	27 (90,0)
<i>Anos com a doença</i>				
Até 5 anos	16 (61,5)	14 (46,7)	5 (20,8)	26 (86,7)
Acima de 5 anos	10 (38,5)	16 (53,3)	19 (79,2)	4 (13,3)

DC: pacientes portadores de doença de Crohn; RCU: pacientes portadores de retocolite ulcerativa; PC: pacientes portadores de pancreatite crônica; ADV: pacientes portadores de afecções digestivas variadas. N: número de pacientes em cada grupo.

Na tabela 9, são apresentados os dados clínicos sobre internações e operações prévias, onde se mostra que todos os pacientes com PC e 53,8% dos casos de DC foram internados ao menos uma vez no HCFMRP, enquanto os portadores de RCU e de ADV, em mais de 70% dos casos, não tiveram internações. Operações prévias relacionadas ao diagnóstico principal foram relatadas por 50% dos portadores de DC, 29,2% dos casos com PC e 30% dos portadores de ADV, mas em somente um (3,3%) dos casos de RCU.

Tabela 9 – Dados clínicos sobre internações e operações prévias dos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

	DC N=26	RCU N=30	PC N=24	ADV N=30
<i>Internações</i>				
Nenhuma	12 (46,2)	22 (73,3)	-	21 (70,0)
Ao menos uma internação	14 (53,8)	8 (26,7)	24 (100,0)	9 (30,0)
<i>Operações</i>				
Não	13 (50,0)	26 (96,7)	17 (70,8)	21 (70,0)
Sim	13 (50,0)	1 (3,3)	7 (29,2)	9 (30,0)

DC: pacientes portadores de doença de Crohn; RCU: pacientes portadores de retocolite ulcerativa; PC: pacientes portadores de pancreatite crônica; ADV: pacientes portadores de afecções digestivas variadas. N: número de pacientes em cada grupo.

Nos pacientes portadores de DII, os dados relativos à distribuição dos casos quanto à localização, à extensão, à forma e à atividade das doenças são apresentados nos gráficos 1 a 6. Nos pacientes de DC, observou-se predomínio da localização ileocolônica (gráfico 1), da forma penetrante (gráfico 2) e de casos em remissão (gráfico 3).

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos casos da doença de Crohn quanto à localização predominante das lesões. Outras: duodeno distal e jejuno proximal.

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos casos da doença de Crohn quanto à forma.

Gráfico 3 – Distribuição percentual dos casos da doença de Crohn quanto à atividade.

Nos pacientes com RCU, houve predomínio de colite extensa (gráfico 4), forma leve ou transitória (gráfico 5) e de casos em remissão (gráfico 6).

Gráfico 4 – Distribuição percentual dos casos da retocolite ulcerativa quanto à extensão.

Gráfico 5 – Distribuição percentual dos casos da retocolite ulcerativa quanto à forma.

Gráfico 6 – Distribuição percentual dos casos da retocolite ulcerativa quanto à atividade.

4.1.4. Características relacionadas aos medicamentos

O gráfico 7 apresenta o número de medicamentos em uso pelos pacientes, para o tratamento das doenças constantes do diagnóstico principal. Destacou-se o tratamento com apenas um medicamento para os grupos com DC (61,5%), RCU (56,7%) e ADV (76,7%), enquanto o grupo de portadores de PC apresentou predomínio do uso de dois medicamentos, (62,5%).

Gráfico 7 – Dados sobre o número de medicamentos em uso pelos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem. DC: pacientes portadores de doença de Crohn; RCU: pacientes portadores de retocolite ulcerativa; PC: pacientes portadores de pancreatite crônica; ADV: pacientes portadores de afecções digestivas variadas.

A tabela 10 apresenta dados sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes com DII. Destaca-se o predomínio do uso de azatioprina (42,4%) para os pacientes com DC e de aminossalicilatos (66,8%) para os pacientes com RCU. Os aminossalicilatos utilizados foram a sulfassalazina e a mesalazina, em comprimidos ou supositórios. Os corticosteróides utilizados eram a prednisona, em comprimidos, e a hidrocortisona, na forma de enema. Os antibacterianos, metronidazol ou ciprofloxacina, eram utilizados por via oral.

Tabela 10 – Dados sobre a classe terapêutica dos medicamentos em uso pelos pacientes entrevistados, portadores de doença inflamatória intestinal. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

CLASSE	DC N=26	RCU N=30
Aminossalicilatos	2 (7,7)	20 (66,8)
Azatioprina	11 (42,4)	1 (3,3)
Corticosteróides	2 (7,7)	-
Metronidazol ou ciprofloxacina	1 (3,8)	-
Aminossalicilatos e azatioprina	1 (3,8)	4 (13,3)
Aminossalicilatos e corticosteróides	1 (3,8)	4 (13,3)
Azatioprina e corticosteróides	4 (15,4)	1 (3,3)
Associações de três ou mais medicamentos	4 (15,4)	- (3,3)

DC: pacientes portadores de doença de Crohn; RCU: pacientes portadores de retocolite ulcerativa.

N: número de pacientes em cada grupo.

4.2. Perfil de adesão dos pacientes

4.2.1. Perfil de adesão definido pela análise dos medicamentos utilizados (AMU)

Os dados referentes à análise dos medicamentos utilizados encontram-se na tabela 11. Nota-se que, nos quatro grupos de pacientes estudados, o percentual de casos considerados como menos aderentes foi muito inferior ao de aderentes. Não houve diferenças estatisticamente significativas ($p \geq 0,45$) entre os grupos quanto à proporção de casos

classificados como menos aderentes. No que se refere à categoria dos menos aderentes, nota-se que a maioria dos casos, nos quatro grupos estudados, encontra-se nas categorias dos que não tomam o medicamento, ou tomam a menos que o prescrito. De modo análogo, na categoria dos mais aderentes, observou-se que, nos quatro grupos de pacientes, predominaram os casos que relataram tomar o medicamento, mas apenas o nome do medicamento estava correto, com os dados sobre dose e posologia sendo ignorados ou apresentados de forma incorreta.

Tabela 11 – Dados sobre adesão ao tratamento medicamentoso prescrito dos pacientes incluídos no estudo, referente à análise dos medicamentos utilizados. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

	DC N=26	RCU N=30	PC N=24	ADV N=30
<i>Mais aderentes</i>	22 (84,6)	26 (86,7)	22 (91,6)	25 (83,4)
Conhece nome, dose e posologia	-	6 (20,0)	4 (16,7)	3 (10,0)
Conhece nome, outros dados insuficientes ou incorretos	20 (76,9)	18 (60,0)	17 (70,8)	19 (63,4)
Dados insuficientes	2 (7,6)	2 (6,7)	1 (4,2)	3 (10,0)
<i>Menos aderentes</i>	4 (15,4)	4 (13,3)	2 (8,4)	5 (16,6)
Toma a mais	-	2 (6,7)	-	-
Toma a menos	2 (7,7)	2 (6,7)	1 (4,2)	1 (3,3)
Toma outro	-	-	-	1 (3,3)
Não toma	2 (7,7)	-	1 (4,2)	3 (10,0)

DC: pacientes portadores de doença de Crohn; RCU: pacientes portadores de retocolite ulcerativa; PC: pacientes portadores de pancreatite crônica; ADV: pacientes portadores de afecções digestivas variadas. N: número de pacientes em cada grupo.

4.2.2. Perfil de adesão definido pelo teste de Morisky (TM)

A tabela 12 apresenta dados sobre a adesão ao tratamento dos pacientes participantes do estudo, segundo os resultados do teste de Morisky. Percebe-se que, nos quatro grupos, detectaram-se percentuais elevados de pacientes menos aderentes. Em todos os grupos, a maioria dos pacientes apresentou um comportamento de não-adesão do tipo não intencional. Não houve diferenças estatisticamente significativas ($p \geq 0,50$) entre os grupos quanto à proporção de casos classificados como menos aderentes.

Tabela 12 – Dados sobre adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes incluídos no estudo, de acordo com os resultados do teste de Morisky. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

	DC N=26	RCU N=30	PC N=24	ADV N=30
<i>Mais aderente</i>	13 (50,0)	11 (36,7)	11 (45,8)	10 (33,3)
<i>Menos aderente</i>	13 (50,0)	19 (63,3)	13 (54,2)	19 (63,4)
Não intencional	11 (42,3)	18 (60,0)	12 (50,0)	9 (30,0)
Intencional	-	-	1 (4,2)	5 (16,7)
Não intencional e intencional	2 (7,7)	1 (3,3)	-	5 (16,7)
<i>Ignorado</i>	-	-	-	1 (3,3)

DC: pacientes portadores de doença de Crohn; RCU: pacientes portadores de retocolite ulcerativa; PC: pacientes portadores de pancreatite crônica; ADV: pacientes portadores de afecções digestivas variadas. N: número de pacientes em cada grupo.

4.2.3. Comparação entre os resultados dos dois procedimentos de caracterização de adesão

O gráfico 8 representa o percentual de casos classificados como menos aderentes, de acordo com os resultados do teste de Morisky e com a análise dos medicamentos utilizados pelos pacientes. Esta figura mostra que, nos quatro grupos, houve nítida discrepância entre os resultados dos dois testes, sendo que a análise dos medicamentos utilizados indica maior grau de adesão, enquanto o teste de Morisky revelou alto percentual de não-adesão ao tratamento medicamentoso prescrito.

Gráfico 8 – Percentual de casos classificados como menos aderentes ao tratamento medicamentoso, de acordo com os resultados do teste de Morisky e com a análise dos medicamentos utilizados. DC: pacientes portadores de doença de Crohn; RCU: pacientes portadores de retocolite ulcerativa; PC: pacientes portadores de pancreatite crônica; ADV: pacientes portadores de afecções digestivas variadas.

4.3. Fatores que afetam a adesão

4.3.1. Fatores que afetam o grau de adesão, definido pela análise dos medicamentos utilizados

Não houve associação estatisticamente significativa entre grau de adesão ao tratamento medicamentoso e fornecimento integral da medicação pelo SUS, nos grupos DC ($p = 0,71$), RCU ($p = 0,73$) e ADV ($p = 0,52$). Pacientes portadores de PC apresentaram tendência ($p = 0,08$) de maior adesão, quando o medicamento foi integralmente fornecido pelo SUS.

No grupo de portadores da DC, verificou-se proporção significativamente maior ($p = 0,01$) de pacientes com até 5 anos de duração da doença, entre os classificados como mais aderentes, como mostra o gráfico 9.

Gráfico 9 – Distribuição dos pacientes com doença de Crohn, de acordo com o grau de adesão definido pela análise dos medicamentos utilizados e a duração da doença.

Em pacientes portadores de RCU, houve proporção significativamente maior ($p = 0,03$) de pacientes em que a doença estava em remissão ou em atividade indeterminada, entre os classificados como mais aderentes (gráfico 10). Neste grupo RCU, houve, também, proporção significativamente maior ($p = 0,03$) de casos classificados como mais aderentes, dentre aqueles que utilizavam somente um medicamento, como mostra o gráfico 11.

Gráfico 10 – Distribuição dos pacientes com retocolite ulcerativa, de acordo com o grau de adesão definido pela análise dos medicamentos utilizados e a atividade da doença. Outros: remissão e indeterminada.

Gráfico 11 – Distribuição dos pacientes com retocolite ulcerativa, de acordo com o grau de adesão definido pela análise dos medicamentos utilizados e o número de medicamentos em uso.

Não houve associação entre nenhuma outra variável e o grau de adesão ao tratamento medicamentoso, em nenhum dos quatro grupos estudados.

4.3.2. Fatores que afetam o grau de adesão, definido pelo teste de Morisky

Não houve associação estatisticamente significativa entre grau de adesão ao tratamento e fornecimento integral da medicação pelo SUS, em nenhum dos quatro grupos estudados.

No grupo com DC, observou-se associação estatisticamente significativa ($p = 0,01$) de maior grau de adesão ao tratamento com estado marital estável (gráfico 12) e procedência outra, que não a de Ribeirão Preto (gráfico 13).

Gráfico 12 – Distribuição dos pacientes com doença de Crohn, de acordo com o grau de adesão definido pelo teste de Morisky e o estado marital.

Gráfico 13 – Distribuição dos pacientes com doença de Crohn, de acordo com o grau de adesão definido pelo teste de Morisky e a procedência do paciente.

Por outro lado, no grupo de portadores de DC, observou-se associação estatisticamente significativa ($p = 0,04$) entre envolvimento do cólon e menor grau de adesão ao tratamento (gráfico 14).

Gráfico 14 – Distribuição dos pacientes com doença de Crohn, de acordo com o grau de adesão definido pelo teste de Morisky e a extensão da doença. Outros: íleo, jejuno proximal e duodeno distal.

Pacientes portadores de ADV apresentam maior proporção ($p = 0,02$) de pacientes menos aderentes, definido pelo teste de Morisky, quando residentes fora de Ribeirão Preto, conforme mostra o gráfico 15.

Gráfico 15 – Distribuição dos pacientes com afecções digestivas variadas, de acordo com o grau de adesão definido pelo teste de Morisky e a procedência do paciente.

Houve tendência ($p = 0,06$) a maior adesão ao tratamento dentre os pacientes com renda própria, no grupo com PC. Houve, também, tendência ($p = 0,057$) a pacientes do grupo ADV aderirem mais ao tratamento, quando possuíam nível de escolaridade acima do ensino médio completo.

Não houve associação entre nenhuma outra variável e o grau de adesão ao tratamento medicamentoso, em nenhum dos quatro grupos estudados.

5. DISCUSSÃO

Neste estudo sobre a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito na DII, avaliando-se o uso do medicamento associado ao conhecimento do nome do remédio pelo paciente, verificaram-se indícios de não-adesão, no grupo de DII, de 15,4% na DC e de 13,3% na RCU. Avaliando-se, porém, o comportamento dos pacientes, em relação ao uso do medicamento, por meio do teste de Morisky, observou-se que 63,3% dos portadores de DC e 54,2% dos pacientes com RCU apresentaram comportamento de menor adesão, com predominância do tipo não intencional. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com DII e os demais grupos de pacientes analisados (PC e ADV). Os valores encontrados indicam um alto grau de disposição para o uso do medicamento por parte do paciente, como também um bom grau de conhecimento em relação ao nome do medicamento em uso. Indicam, porém, um baixo grau de preocupação dos pacientes em relação à utilização correta do medicamento.

Esse padrão de comportamento foi semelhante entre os pacientes da DII e os outros estudados, independentemente da existência de fornecimento gratuito da medicação e do tipo de doença que os pacientes eram portadores. Sendo também semelhantes às características demográficas dos grupos de pacientes avaliados no ambulatório de Gastreenterologia do HCFMRP-USP, é possível sugerir que esse padrão de comportamento seja inerente a esta fração da população. Assim, os achados indicam a necessidade de uma melhor orientação dos pacientes sobre a importância do uso correto do medicamento, como também sugerem que deva haver uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde para este tema.

Em relação à amostragem, o número de pacientes incluídos nos grupos deste estudo pode ser considerado como relativamente pequeno, sobretudo se comparado ao de outros estudos realizados em pacientes com DII. Estes estudos, que empregaram métodos

quantitativos, envolveram um tamanho amostral que variou de 85 a 218 pacientes (GOLDRING et al., 2002; NIGRO et al., 2001). Porém, se fizermos a análise do número de pacientes estudados em relação à população total de pacientes portadores de DII atendidos no ambulatório de Gastrenterologia do HCFMRP-USP, percebe-se que foram entrevistados aproximadamente 50% do total possível de pacientes portadores de DII. Soma-se a isto o fato de que a caracterização dos pacientes portadores de DII, quanto aos aspectos demográficos e clínicos, foi semelhante aos descritos na literatura. A idade mediana de 37,5 anos na DC e de 54,5 anos na RCU, a ligeira diferença entre gêneros, predominando o gênero feminino na DC e o masculino na RCU, bem como a existência de parceiro fixo é concordante com os dados da literatura (GLICKMAN, 1995; SHALE; RILEY, 2003). Quanto aos aspectos clínicos, nos pacientes com a DC, o predomínio da localização ileocolônica, da forma penetrante e do estado de remissão, bem como as elevadas proporções de internações e de operações prévias realizadas, são, também, semelhantes ao já descrito (GABURRI et al., 1998; SHALE; RILEY, 2003). Do mesmo modo, nos casos de RCU, houve predomínio da colite extensa, de formas leve ou transitória e, também, do encontro de pacientes em remissão, como descrito em outros trabalhos (SHALE; RILEY, 2003).

Neste estudo, foram utilizados métodos indiretos de avaliação do grau de adesão ao tratamento medicamentoso. Utilizou-se a entrevista, que é um instrumento de fácil aplicação, tem boa aceitação pelos participantes, como também apresenta custo reduzido. Porém, na análise dos dados obtidos com a entrevista, devem-se levar em consideração as limitações intrínsecas a este método. Por exemplo, Gordis descreve diversos estudos em que se compararam os índices de adesão obtidos por métodos diretos e indiretos (GORDIS, 1981). Com essas análises, relata que o paciente aderente dificilmente informa não-adesão ao tratamento. Do mesmo modo, o paciente que se declara não aderente, provavelmente, está descrevendo a verdade. Dessa forma, este autor enfatiza a necessidade de maior atenção aos

pacientes que relatam adesão, mas que, de fato, não são aderentes (GORDIS, 1981). Por isso, a vulnerabilidade dos métodos indiretos associa-se à maior probabilidade de haver a superestimação da adesão e, correspondendo a isso, a subestimação da não-adesão (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; OSTERBERG; TERRENCE, 2005; VERMEIRE et al., 2001). Isto pode ocorrer porque os pacientes indagados sobre o uso de medicamentos apresentam tendência a relatar comportamento de acordo com o esperado (OSTERBERG; TERRENCE, 2005; SACKETT; SNOW, 1981). Destaque-se que isso já havia sido observado empiricamente por Hipócrates, que recomendava que “[Os médicos] devem tomar ciência sobre o fato que os pacientes geralmente mentem quando declaram tomar corretamente o medicamento” (SACKETT; SNOW, 1981).

No presente estudo, utilizou-se a entrevista, estudando as informações prestadas pelo paciente, comparadas com as informações registradas no prontuário, realizando, assim, a análise dos medicamentos utilizados (AMU). O instrumento desenvolvido para este estudo pode-se associar à superestimação da proporção de pacientes considerados como mais aderentes, um fato recorrente em estudos com a utilização de entrevistas realizadas diretamente com o paciente (GORDIS, 1981; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; VERMEIRE et al., 2001).

Ainda sobre o instrumento AMU, devem-se comentar os critérios utilizados para definir o paciente como mais aderente ou menos aderente. Como antes relatado, os dados sobre o conhecimento do medicamento em uso foram baseados em informações referentes ao nome do medicamento, à dose e à posologia presumivelmente indicados pelo médico. Porém, em nosso estudo observaram-se baixas porcentagens de pacientes em que as informações prestadas referentes à dose e à posologia seriam adequadas para a análise. Isto pode ser exemplificado pelo caso dos pacientes com a DC, em que nenhum apresentou conhecimento integral do nome, dose e posologia do medicamento em uso. Para evitar, assim, classificação

inconsistentemente alta, de pacientes como não aderentes, optou-se por classificar o grau de adesão associado ao relato do uso do medicamento pelo paciente e o conhecimento apenas do nome do medicamento. Considerando, também, a presunção da sinceridade dos pacientes que relataram comportamento diferente do esperado, pode-se, com isso, identificar claramente a não-adesão, nos casos em que o paciente relatou tomar medicamento a mais que o prescrito, a menos que o prescrito, tomar outro medicamento além do prescrito, ou não tomar a medicação.

A falta de conhecimento em relação ao medicamento em uso foi, também, identificada por outro autor (MIASSO, 2002). Em estudo desenvolvido em Ribeirão Preto, foram entrevistados 33 pacientes, da Clínica Médica de um hospital universitário, que haviam recebido alta hospitalar com prescrição de medicamentos (MIASSO, 2002). Avaliando o conhecimento dos pacientes sobre diversas informações relacionadas com o medicamento em uso, observou que 54,5% dos pacientes tinham bom grau de conhecimento do nome do medicamento, enquanto somente 18,2% dos casos não souberam informar, sequer, o nome do medicamento (MIASSO, 2002). Observou-se também, nesse estudo, que apenas 39,3% dos pacientes tinham bom conhecimento do horário de administração e somente 18,2% relataram corretamente a dose prescrita (MIASSO, 2002).

Em outro estudo, realizado no ambulatório do Serviço de Medicina Interna do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que também avaliou as informações prestadas pelos pacientes sobre os medicamentos em uso, observou-se nível de conhecimento suficiente para utilização dos medicamentos em condições ideais (SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000). Neste mesmo estudo, observou-se, também, que, em relação às orientações sobre o tratamento, 69% dos pacientes entrevistados apresentavam bom nível de conhecimento sobre o nome do medicamento. Com relação à dose e à frequência das tomadas, 81% e 69% dos

pacientes, respectivamente, apresentaram bom nível de conhecimento (SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000).

O outro instrumento utilizado neste estudo foi o teste de Morisky. Este teste foi elaborado em 1986 (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986), tendo sido validado e utilizado para avaliar a adesão ao tratamento de diferentes doenças crônicas, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, bem como a de pacientes que faziam uso de antibióticos (KRAPEK et al., 2004; MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; RAMALLE-GOMARA et al., 1999). Estudos realizados no Brasil utilizaram também esse teste, com tradução para o português (CROZATTI, 2002; GARCIA, 2003; STRELEC, 2000). Esse método, apesar de ser indireto, diferentemente da entrevista, possui a característica de superestimar a não-adesão, devido à rigidez dos seus critérios para caracterizar o paciente como mais aderente (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Isso fica mais evidente quando se observa que, em outros estudos, com métodos diversos, a adesão se caracteriza quando há a utilização de 80% ou mais da prescrição médica (KANE et al., 2003; OSTERBERG; TERRENCE, 2005; SHALE; RILEY, 2003).

Porém, devido à complexidade do problema, ainda não foi desenvolvido um método, direto ou indireto, que possa ser considerado ideal e, deste modo, ser utilizado como técnica de referência para os estudos sobre a adesão ao tratamento (OSTERBERG; TERRENCE, 2005; VERMEIRE et al., 2001; GORDIS, 1981). Assim, utilizaram-se, neste estudo, duas diferentes técnicas, baseadas, ambas, em entrevista. Estas técnicas avaliaram aspectos diferentes da adesão ao tratamento, ou seja, a afirmação positiva sobre o uso do medicamento associada à evidência do conhecimento do nome do mesmo, e o comportamento relatado de uso do medicamento pelo paciente por teste específico. Para analisar os resultados, devem-se ter em mente as limitações de cada método e os diferentes aspectos avaliados.

Referente à avaliação da reprodutibilidade dos dados obtidos nesses instrumentos, obtiveram-se resultados satisfatórios. Observou-se para o índice de concordância de *Kappa*, valores de 0,45 para o teste de Morisky e 0,32 na análise dos medicamentos utilizados. Este índice é estruturado para minimizar o fator chance (PEREIRA, 2001). Porém, quando se analisam os valores absolutos da concordância observada, encontraram-se 86% de concordância nas informações prestadas pelos pacientes e 72 % no teste de Morisky.

Avaliou-se, também, a reprodutibilidade dos dados colhidos no exame do prontuário, sendo que todos os itens avaliados, ocorrência de outras doenças (100%), duração da doença (63%), número de internações prévias relacionadas ao diagnóstico principal (86%), ocorrência de operação prévia relacionada ao diagnóstico principal (89%) e atividade da doença (82%) apresentaram níveis considerados ótimos como referência de reprodutibilidade.

A literatura sobre o tema indica que a média de não-adesão ao tratamento medicamentoso é de cerca de 50%, variando de 0 a 100% (HAYNES; McKIBBON; KANANI, 1996; OSTERBERG; TERRENCE, 2005; WHO, 2003). Estes valores são observados em pacientes portadores de diferentes doenças crônicas, como asma, hipertensão, AIDS, tuberculose e distúrbios psiquiátricos (OSTERBERG; TERRENCE, 2005; VERMEIRE et al., 2001; WHO, 2003).

Avaliando a adesão ao tratamento de pacientes portadores de DII em outros países, percebe-se que os estudos realizados também apresentaram índices relativamente altos. Como exemplo, menciona-se o estudo realizado com pacientes, portadores de DII, que faziam uso de sulfassalazina para manutenção da doença em remissão (VAN HEES; VAN TONGEREN, 1982). Esse estudo utilizou o método direto, por meio da análise de presença da sulfapiridina no soro dos pacientes. A adesão foi avaliada em 51 pacientes de um a seis meses após a alta hospitalar, sendo que 41,2% dos casos estudados apresentaram baixos níveis de sulfapiridina no soro. Em 171 pacientes em acompanhamento para manutenção da doença, 12% deles não

apresentaram níveis detectáveis de sulfapiridina no soro. Isso indica que um número substancial de pacientes em manutenção da terapia não tomava a dose prescrita (VAN HEES; VAN TONGEREN, 1982).

Em outro estudo que investigou 98 pacientes portadores de DII, incluindo DC, RCU e DII-I, avaliou-se a adesão ao uso de mesalazina (SHALE; RILEY, 2003). Para isto, utilizou a entrevista, como método indireto, em que o uso, abaixo de 80% da prescrição indicada, caracterizou adesão parcial. Os autores observaram que 43% dos pacientes foram classificados como aderentes parciais. Por análise de regressão logística, estimou-se que os principais fatores determinantes de não-adesão parcial foram o trabalho em tempo integral e o uso da medicação três vezes ao dia. Nesse estudo, dosaram-se, também, na urina o ácido 5-aminosalicílico (5-ASA) e o seu metabólito N-acetil-5-ASA. Com esse método direto, a não-adesão completa foi caracterizada nos casos em que não foi possível detectar as substâncias na urina, enquanto a não-adesão parcial foi caracterizada por baixos níveis da droga e do metabólito na urina. Dessa forma, a não-adesão parcial foi de 18%, apresentando como fator determinante o uso de medicamentos três vezes ao dia. A não-adesão total foi de 12%, apresentando como principal fator determinante da não-adesão, a depressão (SHALE; RILEY, 2003).

Outros estudos utilizaram-se de métodos indiretos, como o estudo realizado com 94 pacientes, portadores de RCU, que faziam uso de mesalazina para manutenção de remissão clínica da doença (KANE et al., 2001). Esse estudo empregou a análise dos refis de medicamentos retirados na farmácia do hospital, nos 6 meses anteriores, classificando como não aderentes os pacientes que faziam uso de menos que 80% da prescrição indicada. Dessa forma, observou-se que 40% dos pacientes eram não aderentes e, por meio de análise por regressão logística, relacionou-se a não-adesão ao uso concomitante de quatro medicamentos ou mais, como também ao gênero masculino (KANE et al., 2001).

Outro estudo com 85 pacientes de DII, utilizando entrevistas, evidenciou não-adesão ou adesão parcial ao tratamento em 17,6% dos casos (NIGRO et al., 2001). Nesse estudo, os fatores principais relacionados à não-adesão foram a gravidade da doença e a ocorrência de distúrbios na esfera psiquiátrica (NIGRO et al., 2001). Outra investigação utilizou, também, o método indireto e, de modo semelhante ao que foi feito no presente estudo, utilizou-se do teste de Morisky para avaliar a adesão em pacientes portadores de DII (SEWITCH et al., 2003). Nesse estudo, observou-se que, de um total de 153 pacientes com DII (DC e RCU), 41% foram classificados como não aderentes ao tratamento. Por meio da análise multivariada, esse estudo revelou associação entre a não-adesão e fatores relacionados à terapêutica, particularidades clínicas, como a atividade e a duração das manifestações clínicas, e características psicossociais (SEWITCH et al., 2003). Nota-se, então, que utilizando diferentes métodos de avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes portadores de DII, foram observados níveis de adesão variando de 12% a 43%. Robinson citou em seu estudo índices de não-adesão variando de 13% a 46%, em pacientes europeus (ROBINSON, 2004). Em nosso estudo, empregando a análise dos medicamentos utilizados (AMU), os pacientes classificados como menos aderentes situaram-se em valores menores, 15,4% para DC e 13,3% para RCU. Já nos valores obtidos pelo teste de Morisky, as porcentagens foram mais altas em relação a outros estudos, sendo de 50% para DC e de 63,3% para RCU. Outro estudo que utilizou o teste de Morisky apresentou, também, alta porcentagem (41%) de pacientes menos aderentes (SEWITCH et al., 2003).

Em outros estudos realizados em outros países com o teste de Morisky, utilizando-se o critério em que, se uma das respostas às questões fosse afirmativa, o paciente seria considerado não aderente, observaram-se valores da proporção de não-adesão, semelhantes aos encontrados no presente estudo. Destaque-se que o próprio estudo original de Morisky, Green e Levine, apresentou taxa de não-adesão de 43%, em amostra de pacientes que faziam

uso de medicamentos para hipertensão arterial (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986). Em outro estudo que utilizou o teste de Morisky para avaliar a adesão ao uso de anticoagulantes, foi encontrado um grau de não-adesão de 50% (DAVIS et al., 2005). Em pacientes que faziam uso de medicamentos para diabetes mellitus tipo 2, utilizando-se o mesmo teste, encontraram-se níveis de não-adesão de até 48,8% (KRAPEK et al., 2004).

Em nosso país, alguns estudos sobre adesão ao tratamento, utilizando também o teste de Morisky, apresentaram maior variação no grau de não-adesão. Em um estudo com crianças que faziam uso de antibióticos, realizando entrevista com o cuidador da criança, que era, geralmente, a mãe, encontrou-se grau de não-adesão de 25% (CROZATTI, 2002). Em Ribeirão Preto, foi encontrada porcentagem de 55,6% de não-adesão em pacientes hiperlipêmicos que faziam acompanhamento em Unidades Básicas de Saúde (GARCIA, 2003). Outro estudo realizado em Ribeirão Preto, com pacientes portadores de hipertensão arterial, utilizando o teste de Morisky, considerou como aderente o paciente que respondesse afirmativamente a, no máximo, uma das questões. Com este critério, o grau de não-adesão encontrado foi de 54,6% dos pacientes (STRELEC, 2003).

Em relação ao tipo de não-adesão do paciente, observou-se por meio do TM que o comportamento do tipo não intencional foi predominante no presente estudo. Ou seja, o paciente freqüentemente esquece de tomar o medicamento, ou é descuidado com o horário para tomar os remédios. O esquecimento é um dos tipos de comportamentos que vem sendo observado em outros estudos, como fator mais freqüente que leva à não-adesão (DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001; KANE et al., 2003; SEWITCH et al., 2003).

Assim, em resumo, comparando os dados sobre o comportamento dos pacientes do presente estudo com os achados da literatura, utilizando o teste de Morisky, pode-se perceber que os portadores de DII apresentaram alto grau de não-adesão, semelhante aos relatados em outros estudos em DII. Do mesmo modo, as taxas de não-adesão foram semelhantes às de

estudos com pacientes portadores de outras doenças, que se aproximam de 50%. Em relação à AMU, encontramos que a proporção de adesão é próxima de 80% dos pacientes com DII, valor alto, se comparado com os estudos relatados. Como uma possível indicação de que os medicamentos estão, de fato, sendo utilizados, apesar de não ser de forma ideal, destacam-se os altos índices de pacientes em remissão clínica da DII encontrados no presente estudo, 80,8% nos pacientes com DC e 73,3% nos com RCU.

Para a análise estatística dos dados do presente estudo, foi realizada análise univariada da associação entre a variável dependente e a variável independente, para cada fator. Para isto, as amostras de pacientes foram dicotomizadas, sendo utilizado o teste estatístico específico para a situação.

Dentre os objetivos específicos, apresentou-se a análise da influência do fornecimento gratuito do medicamento ao paciente. Isto porque a necessidade de investimentos financeiros do paciente no medicamento é um fator altamente reconhecido na literatura como barreira à adesão (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; SOKOL et al., 2005; WHO, 2003). Para isso, foi comparado o grupo de pacientes portadores, de DII, que tiveram 90%, em média, da medicação fornecida pelo SUS e o grupo de pacientes com ADV, em que apenas 30% da medicação era totalmente fornecida. Como aspectos econômicos, observou-se que ambos os grupos possuíam ocupações semelhantes. Porém, a renda *per capita* de 65% dos integrantes do grupo ADV foi igual ou inferior a um salário mínimo, média esta menor que a do grupo de DII. Apesar dessas diferenças, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto à porção de casos considerados menos aderentes ao tratamento medicamentoso. Deve-se considerar, também, para a análise estatística o pequeno número absoluto de pacientes que não tiveram a medicação fornecida, que foi de dois casos da DC e de quatro casos da RCU. Porém, apesar disso, esta análise apresenta dados semelhantes a de outros estudos realizados, no Brasil, que detectaram altos valores de não-adesão ao tratamento

medicamentoso, em pacientes que também tiveram grande parte do medicamento fornecido gratuitamente (GARCIA, 2003; KURITA; PIMENTA, 2003).

Para minimizar a influência do fator acesso ao medicamento, analisaram-se, comparativamente, os grupos DII e PC, compostos, ambos, por pacientes que recebiam os medicamentos do SUS. Pode-se, assim, considerar o fator doença, como não tendo influência na não-adesão, uma vez que, nesses dois grupos, os pacientes eram portadores de doenças com características diferentes. Isto porque se observou que o grau de não-adesão, nos dois grupos, foi também semelhante entre si, não apresentando diferenças estatisticamente significativas. Esse achado contradiz a literatura que considera, como fator determinante da adesão, o modo como o paciente percebe as diferentes informações relacionadas à natureza da doença, como o prognóstico e a gravidade (LEITE, VASCONCELLOS, 2003; VERMEIRE et al., 2001; WHO, 2003).

Analisando, ainda, outros fatores que podem afetar a adesão ao tratamento, foram encontradas algumas associações, estatisticamente significativas, entre variáveis dependentes e independentes. Porém, para todas as observações, deve-se levar em consideração que os subgrupos analisados tinham tamanhos amostrais muito pequenos.

A adesão ao tratamento, considerada a partir da análise dos medicamentos utilizados, nos pacientes portadores da DC, teve relação significativa com a duração da doença menor que 5 anos, porém, nenhum paciente classificado como menos aderente era portador da doença por menos de 5 anos. A relação entre a adesão e menor duração da doença pode sugerir que pacientes que ainda estão em início do tratamento podem demonstrar maior interesse ou preocupação com o conhecimento sobre o medicamento. Em outros estudos com pacientes de DII, foi observada relação contrária, em que a longa duração da doença é fator para aumentar a adesão, podendo isto ser justificado pela confiança no tratamento que o paciente adquire com o tempo (NIGRO et al., 2001; SEWITCH et al., 2003).

Ainda analisando a adesão pelo critério da AMU, em pacientes portadores de RCU, houve associação entre menor adesão ao tratamento e doença em atividade. Porém, houve apenas um paciente que foi classificado como menos aderente e apresentava a doença em remissão ou em forma indeterminada de atividade. A associação entre menor adesão e atividade da doença pode, talvez, estar relacionada à maior preocupação com a doença e aos problemas inerentes a ela, desviando, assim, a atenção dos pacientes dos cuidados que ele deve ter com a tomada do medicamento. Isso condiz com achados de Sewitch e colaboradores que mostraram haver relação estatisticamente significativa entre não-adesão e a atividade da doença (SEWITCH et al., 2003). Porém, é encontrado também na literatura que a não-adesão ocorre principalmente em momentos de remissão, podendo ocorrer situações de esquecimento do paciente quanto à tomada do medicamento (ROBINSON, 2004). Ainda nos pacientes portadores de RCU, observou-se comportamento de maior adesão nos pacientes que faziam uso de apenas um medicamento, sendo que, neste caso, apenas um paciente foi observado no presente estudo que utilizava um único medicamento e foi classificado como menos aderente. A relação entre o número de medicamentos prescrito e a adesão ao tratamento pode ser facilmente explicada pela facilidade de se lidar com um menor número de medicamentos, o que concorda com outros relatos, em pacientes com DII (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; SHALE; RILEY, 2003; WHO, 2003).

No que se refere ao grau de adesão ao tratamento, analisado pelo comportamento do paciente frente ao uso do medicamento, a partir das respostas às questões do teste de Morisky, observou-se que pacientes com DC apresentaram maior adesão associada ao estado marital estável, sendo neste grupo apenas um paciente classificado como mais aderente, não tendo parceiro fixo. A relação entre a adesão e a existência de um parceiro fixo condiz com o descrito na literatura, sendo habitualmente relacionado à responsabilidade assumida pelo indivíduo que mantém relação marital estável (GONÇALVES et al., 1999; VERMEIRE et al.,

2001). Ainda sobre os pacientes com DC, como outro fator relacionado à menor adesão, observou-se o envolvimento do cólon, evento para o qual não temos explicação.

Avaliando o fator procedência do paciente, podem-se observar resultados contraditórios. Por meio do teste de Morisky, pacientes com DC e não procedentes de Ribeirão Preto apresentaram maior grau de adesão, ressaltando-se que nenhum paciente de Ribeirão Preto foi classificado como mais aderente. De forma contrária, pacientes, portadores de ADV, apresentaram relação de maior adesão quando residentes em Ribeirão Preto. Esta segunda associação pode estar relacionada à facilidade de retirada de medicamento no HCFMRP-USP, o que seria condizente com os dados da literatura que referem que a não-adesão pode ser devido à maior distância a ser percorrida para a retirada da medicação e os eventuais problemas relacionados aos custos com transporte (KURITA, 2003; WHO, 2003).

Para outras variáveis independentes, houve tendência de associação com a classe de adesão estabelecida pelo teste de Morisky. Assim é que se observou maior adesão ao tratamento dentre os pacientes com renda própria, no grupo com PC, o que poderia estar relacionado ao momento estável em que o indivíduo se encontra (GONÇALVES et al., 1999; HAYNES; McKIBBON; KANANI, 1996; LEVY; FELD, 1999). Houve, também, tendência de pacientes do grupo ADV aderirem mais ao tratamento, quando possuísem nível de escolaridade acima do ensino médio completo. Isso condiz com resultados de trabalhos presentes na literatura, que atribuem esta associação à maior facilidade de compreensão de informações relacionadas ao tratamento (LEITE et al., 2002; BAKIRTZIEF, 1996).

Assim, observou-se, em todo o estudo, que não foi encontrado um único fator que tivesse associação estatisticamente significativa com a adesão ao tratamento e que fosse comum aos grupos de pacientes estudados, DC, RCU, PC e ADV. Isso sugere que possa haver um padrão de comportamento comum aos pacientes entrevistados, usuários do Ambulatório

de Gastreenterologia do HCFMRP-USP, independente da doença, do fornecimento do medicamento e de outras variáveis de natureza demográfica, socioeconômica ou clínica.

Uma possibilidade de estratégia para avaliar esta hipótese seria a utilização de outras abordagens de estudo, como as que envolvem métodos da pesquisa qualitativa, que permitem aprofundar o conhecimento do tema em um determinado grupo, desvendando suas outras características, de natureza mais subjetiva.

Em outros estudos com pacientes portadores de DII, foram avaliados os motivos que podem interferir no uso dos medicamentos. Em estudo realizado com entrevistas de 218 pacientes com DII (DC e RCU), foi avaliada a intenção do paciente em tomar a medicação. Observou-se que ocorreu alta porcentagem de variação na intenção de tomar a medicação (GOLDRING et al., 2002). Esta variação estava relacionada à gravidade das condições do paciente que afetou a receptividade sobre informações de custos e benefícios do tratamento. Mais especificamente, pacientes mais sintomáticos parecem ser mais receptivos às informações sobre o benefício do uso correto dos medicamentos, o que pode aumentar a intenção de seguir o tratamento. Por outro lado, pacientes menos sintomáticos tornam-se mais sensíveis aos potenciais custos do tratamento. Adicionalmente, identificou-se que o envolvimento do paciente no processo de tomada de decisão em relação ao seu tratamento aumenta a intenção de tomada de medicamentos (GOLDRING et al., 2002).

Em um estudo qualitativo, realizado por meio de entrevistas semi-estruturadas com 11 pacientes portadores de DII e complementado com entrevistas com os médicos, encontrou-se que a não-adesão dos pacientes ao tratamento pode estar relacionada a três fatores principais: a) a dificuldade do médico em se comunicar com o paciente; b) a dificuldade do paciente em interpretar as informações sobre o uso do medicamento e c) a dificuldade do paciente em se organizar em casa para a administração do medicamento (ROGERS et al., 2005).

Como visto, estes estudos ressaltam a importância da comunicação e a necessidade dos profissionais de saúde bem conversarem com o paciente, visando transformar as informações por ele recebidas em conhecimentos definidos, uma vez que a falta de conhecimento ou a existência de dúvidas que o paciente guarda para si constituem, também, fatores de não adesão (CÁNOVAS, 2001; LEVY; FELD, 1999; PEPE; CASTRO, 2000). Para isto, ações visando estimular a comunicação, que podem ser realizadas em equipes multidisciplinares, devem ser incentivadas, para que haja otimização do trabalho de informação do paciente (BALKRISHMAN, 2005).

Neste estudo, foram analisados possíveis aspectos que afetam a adesão ao tratamento, como os sócio-demográficos e os relacionados à doença e a terapêutica. Porém, destaca-se a necessidade de avaliar, também, fatores relacionados aos profissionais e ao sistema de saúde, bem com os fatores ligados ao próprio paciente. Assim, apesar desses aspectos não terem sido analisados no presente estudo, deve-se considerar o contexto do atendimento, uma vez que é possível identificar casos de falhas na atenção ao paciente. Por se tratar de um hospital escola, a rotatividade na equipe médica que atende os pacientes é alta, o que pode afetar a possibilidade de estabelecimento do vínculo entre o paciente e o médico, fator importante para a existência da confiança por parte do paciente. Esta confiança que o paciente deposita em toda a equipe de saúde, no médico responsável pela prescrição, no medicamento prescrito e no tratamento como um todo, é um possível fator de influência sobre a não adesão ao tratamento. (LEITE et al., 2002; MARINKER, 2003; PEPE; CASTRO, 2000).

Do mesmo modo, existe, também, grande dificuldade do paciente ter acesso ao farmacêutico, último profissional de saúde a ter contato com o paciente do serviço ambulatorial, antes de iniciar o uso da medicação, para receber orientações sobre o medicamento e o seu uso. Isso pode ser devido ao grande número de pacientes atendidos pela farmácia do HCFMRP-USP, como também por haver a possibilidade da retirada do

medicamento por outra pessoa que não o paciente, o que pode caracterizar outra lacuna na comunicação com o paciente.

Desta forma, percebe-se a necessidade de maior atenção voltada à comunicação com o paciente, com maior preocupação no investimento na informação e na educação dos pacientes, por meio de intervenções que permitam que eles se conscientizem sobre a importância do uso correto dos medicamentos. Isto ficou bem evidenciado no presente estudo, uma vez que a utilização do teste de Morisky permitiu demonstrar grau considerável de descuido do paciente quanto à utilização do medicamento prescrito. Igualmente, seria necessário investir na atualização dos profissionais de saúde, discutindo, junto à equipe de saúde, o problema da não-adesão e das suas causas, bem como as possibilidades da sua resolução. Frente à necessidade de se trabalhar com o paciente de forma abrangente, novamente fica clara a pertinência de um enfoque multidisciplinar, visando à melhoria da qualidade de vida daquele que busca atendimento.

Desse modo, poder-se-ia reforçar um dos pontos mais discutidos atualmente, a comunicação de qualidade entre o paciente e o profissional de saúde. Juntamente com o investimento na comunicação, deve-se aperfeiçoar a qualidade da transmissão da informação, devendo possibilitar que essa se transforme em conhecimento (PEPE; CASTRO, 2000). Isso possibilitará que o paciente esteja mais preparado para assumir um papel ativo e responsável em seu tratamento, permitindo, também, que o mesmo perceba que pode controlar os sintomas com atitudes de maior adesão (PEPE; CASTRO, 2000; ROBINSON, 2004; WHO, 2004).

A maior adesão dos pacientes ao tratamento permitiria, também, melhor utilização dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, pois o uso mais adequado desses medicamentos, que são classificados como “de alto custo”, possivelmente reduziria a necessidade de se recorrer a procedimentos diagnósticos e terapêuticos mais custosos.

Com estes resultados, percebe-se que existe a necessidade de uma maior atenção dos profissionais de saúde em relação à adesão ao tratamento medicamentoso. Como também a necessidade de melhor orientar os pacientes sobre o tema. Assim, espera-se que o presente trabalho contribua para despertar a preocupação necessária para o assunto, pois o uso adequado dos medicamentos, com boa adesão dos pacientes ao tratamento, constitui uma das principais ferramentas para o controle do curso da doença. Isto pode possibilitar aumento no nível de qualidade de atendimento ao paciente, que lhe traga maior qualidade de vida, o que é especialmente importante nas doenças inflamatórias intestinais, onde a causa desconhecida e o conhecimento limitado sobre os fatores desencadeantes impedem a cura.

6. CONCLUSÕES

Os resultados do presente trabalho indicam que os pacientes atendidos no Ambulatório de Gastroenterologia do HCFMRP-USP, portadores de doenças inflamatórias intestinais, apresentam grau satisfatório de adesão ao tratamento medicamentoso, quando esta adesão é caracterizada pelo relato positivo do paciente de estar fazendo uso do medicamento, conforme a prescrição médica registrada no prontuário, associado ao conhecimento do nome do medicamento. Porém, quando foi analisado o padrão de comportamento diário do paciente, constatou-se que aproximadamente metade dos pacientes apresenta-se com grau insatisfatório de adesão ao tratamento, destacando-se o tipo não intencional de não-adesão, em que o paciente, com frequência, esquece de tomar o medicamento ou é descuidado com o horário da tomada. Estes resultados foram semelhantes aos observados nos grupos-controles, constituídos por pacientes com doenças de natureza diferentes, que tinham ou não a medicação fornecida gratuitamente pelo SUS. Outros possíveis fatores estudados, relativos às características sociodemográficas do paciente, à natureza da doença e à terapêutica, foram analisados e não foi observado nenhum fator de influência que fosse comum aos três grupos de pacientes. Assim, concluiu-se que o grau de adesão ao tratamento medicamentoso independe da natureza da doença e do fornecimento gratuito do medicamento, constituindo-se, possivelmente, em uma característica dos usuários do SUS no local onde o estudo foi feito.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALKRISHNAN, R. The importance of medication adherence in improving chronic-disease related outcomes: what we know and what we need to further know. **Med. Care**, v. 43, no. 6, 517-520, june 2005.

BAKIRTZIEF, Z. Identificando barreiras para aderência ao tratamento de hanseníase. **Cad. Saúde Pública**, v.12, n.4, p. 497-505, 1996.

BARBIERI, D. Doenças inflamatórias intestinais. **J. Pediatr.**, v. 76, Suplemento 2, p. S173-S180, 2000.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento de Doença de Crohn. Portaria 858, 12 de novembro de 2002. **DOU**, Brasília, no. 214, seção I, p. 77-82, 5 de nov. 2002A.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento de Retocolite Ulcerativa. Portaria 861/02, 12 de novembro de 2002. **DOU**, Brasília, no. 214, seção I, p. 87-89, 5 de nov. 2002B.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Portaria 3.916/GM, 30 de outubro de 1998. **DOU**, Brasília, no. 215-E, seção 1, p. 18-22, 10 nov. 1998.

BROOKS, C. M.; RICHARDS, J. M.; KOHLER, C. L.; SOONG, S. J.; MARTIN, B.; WINDSOR, R. A.; BAILEY, W. C. Assessing adherence to asthma medication an inhaler regimens: a psychometric of adult self-report scales. **Med. Care**, v. 32, n. 3, p. 298-307, 1994.

CÁNOVAS, J. J. G.; SATURNO P. J.; ESTEBAN, B. L.; GRUPO DE INVESTIGACIÓN DEL PROYECTO SOBRE EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA ADHESIÓN TERAPÉUTICA EN LA HIPERTENSIÓN. Evaluación y mejora de la adhesión terapéutica en los pacientes hipertensos. **Aten. Primaria**, v. 28, n. 9, p. 615-619, 2001.

CARTER, M. J.; LOBO, A. J.; TRAVIS, S. P. L. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. **GuT**, vol 53, suppl V, p. v1-v16, 2004.

CROHN, B.; GINZBURG, L; OPPENHEINER, G. D. Regional ileitis. A pathologic and clinical entity. **JAMA**, vol.. 99, p. 1323, 1932.

CROZATTI, M. T. L. **Estudo da utilização de antimicrobianos em infecções respiratórias agudas em crianças atendidas nas unidades de saúde de Maringá – PR: adesão e nível de informação na perspectiva do paciente**. 2002. 94f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

DAMIÃO, A. O. M. C.; HABR-GAMA, A. Retocolite ulcerativa idiopática. In: DANI, R.; CASTRO, L. P. **Gastroenterologia Clínica**. 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. v. 1, p. 1037-1068.

DATA SUS (Departamento de Informação e Informática do SUS). **Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.def>>. Acesso em: 25 fev. 2005.

DAVIS, N. J.; BILLET, H. H.; COHEN, H. W.; ARNSTEN, J. H. Impact of adherence, knowledge, and quality of live on anticoagulation control. **Ann. Pharmacother.**, v. 39, p. 632-636, apr. 2005.

DELCO, F., SONNENBERG, A. Commonalities in the time trends of Crohn's disease and ulcerative colitis. **Am. J. Gastroenterol.**, v. 94, n. 8, p. 2171-2176, 1999.

DUNBAR-JACOB, J.; MORTIMER-STEPHENS, M. K. Treatment adherence in chronic disease. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 54, p. S57-S60, 2001.

FARIA, L. C.; FERRARI, M. L. A.; CUNHA, A. S. Aspectos clínicos da doença de Crohn em um centro de referência para doenças intestinais. **GED**, v. 23, no. 4, p. 151-164, jul-ago 2004.

FARMER, R. G. Nonspecific ulcerative proctitis. **Gastroenterol. Clin. North. Am.**, v. 16, p. 154-174, 1987.

FREITAS, A. M. Azatioprina. In: BERMUDEZ, J. A. Z. (Coord.). **Fundamentos farmacológico-clínicos dos medicamentos de uso corrente**. RJ: ENSP, 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/livro_eletronico/INDEX.HTM>. Acesso em: 16 out. 2002.

GABURRI, P.D.; CHEBLI, J. M. F.; CASTRO, L. E. V. V.; FERREIRA, J. O. D.; LOPES, M. H. M.; RIBEIRO, A. M. B.; ALVES, R. A.; FROEDE, E. C., OLIVEIRA, K. S.; GABURRI, A. K.; GABURRI, D.; MEIRELLES, G. S. P.; SOUZA, A. F. M. Epidemiologia, aspectos clínicos e evolutivos da doença de Cronh: Um estudo de 60 casos. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 240-246, 1998.

GARCIA, RAC. **Os fatores de aderência ao tratamento farmacológico de hiperlipidemias em pacientes atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**. 2003. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) -Faculdade de Medicina de Ribeiro Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2003.

GIL, V. F.; PAYÁ, M. A.; ASENSIO, M. A.; TORRES, M. T.; PASTOR, R.; MERINO, J. Incumplimiento del tratamiento con antibióticos en infecciones agudas no graves. **Med. Clin.**, v. 112, n. 19, p. 731-733, 1999.

GLICKMAN RM. Doença inflamatória intestinal. In: ISSELBACHER KJ; HARRISON *et al.* **Medicina Interna**. 13^a ed. México –DF: Nueva editorial, 1995. v. 2, n. 4, p. 1472-1485.

GOLDBERG, A. I.; COHEN, G.; RUBIN, A. H. E. Physician assessments of patient compliance whith medical treatment. **Soc. Sci. Med.**, v. 47, n. 11, p. 1873-1876, 1998.

GOLDRING, A. B.; TAYLOR, S. E.; KEMEY, M. E.; ANTON, P. A. Impact of health beliefs, quality of life, and the physician-patient relationship on the treatment intentions of inflammatory bowel disease patients. **Health Psychology**, vol. 21, no. 3, p. 219-238, 2002.

GONÇALVES, H.; COSTA, J. S. D.; MENEZES, A. M. B.; KNAUTH, D.; LEAL, O. F. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 777-787, 1999.

GORDIS, L. Conceptual and methodologic problems in measuring patient compliance. In: HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. **Compliance in health care**. Second printing. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1981. Capítulo 1, p. 1-7.

HARVEY, R. F.; BRADSHAW, J. M. A simple index of Crohn's disease activity. **Lancet**, v. 1, no. 8167, p. 514, mar. 1980.

HAYNES, R. B. Introduction. In: HAYNES, RB; TAYLOR, DW; SACKETT, DL. **Compliance in health care**. Second printing. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1981A. Capítulo 1, p. 1-7.

HAYNES, R. B. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. In: HAYNES, RB; TAYLOR, DW; SACKETT, DL. **Compliance in health care**. Second printing. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1981B. Capítulo 4, p. 49-61.

HAYNES, R. B.; McKIBBON, K. A.; KANANI, R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. **Lancet**, v. 6, p. 348-383, 1996.

HOFER, A. P. B. Prednisona. In: BERMUDEZ, J. A. Z. (Coord.). **Fundamentos farmacológico-clínicos dos medicamentos de uso corrente**. RJ: ENSP, 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/livro_eletronico/INDEX.HTM>. Acesso em: 16 out. 2002.

KANE, S.; HUO, D.; AIKENS, J.; HANAUER, S. Medication nonadherence and the outcomes of patients with quiescent ulcerative colitis. **Am. J. Med.**, vol. 114, p 39-43, 2003.

KANE, S. V.; COHEN, R. D.; AIKENS, J. E.; HANAUER, S. B. Prevalence of nonadherence with maintenance mesalamine in quiescent ulcerative colitis. **Am. J. Gastroenterol.**, v. 96, no. 10, p. 2929-2933, oct. 2001.

KIM, C.; FELDMAN, H. I.; JOFFE, M.; TENHAVE, T.; BOSTON, R.; APTER, A. J. Influences of earlier adherence and symptoms on current symptoms: a marginal structural models analysis. **J. Allergy Clin. Immunol.**, v.115, no. 4, p. 810-814, apr. 2005.

KIRSNER, J. B. **Inflammatory bowel disease**. 5th edition, Wb Saunders Company ed. Philadelphia, Pennsylvania, 2000.

KRAPEK, K.; KING, K.; WARREN, S. S.; GEORGE, K. G.; CAPUTO, D. A.; MIHELICH, K.; HOLST, E. M.; NICHOL, M. B.; SHI, S. G.; LIVENGOD, K. B.; WALDEN, S.; LUBOWSKI, T. J. Medication adherence and associated hemoglobin A1c in type 2 diabetes. **Ann. Pharmacother.**, v. 38, p. 1357-1362, jul. 2004.

KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. M. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 61, no. 2-B, p. 416-425, 2003.

LEITE, J. C. C.; DRACHLER, M. L.; CENTENO, M. O.; PINHEIRO, C. A. T.; SILVEIRA, V. L. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 15, n.1, p. 121-133, 2002.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, no. 3, p. 775-782, 2003.

LEVY, R. L.; FELD, A. D. Increasing patient adherence to gastroenterology treatment and prevention regimens. **Am. J. Gastroenterol.**, v. 94, n. 7, p. 1733-1742, 1999.

LOCKERBIE, L.; LUTZ, W. **Community health surveys. A practical guide for health workers. Number 4. Questionnaire design.** Edinburg, Scotland. Published by International Epidemiological Association, 1986.

LOUIS, E.; COLLARD, A.; OGER, A. F.; DEGROOTE, E.; ABOUL NASR EL YAFI, F. A.; BELAICHE, J. Behaviour of Crohn's disease according to the Vienna classification: changing pattern over the course of the disease. **GuT**, v. 49, no. 6, p. 777-782, dec. 2001.

LOWRY, K. P.; DUDLEY, T. K.; ODDONE, E. Z.; BOSWORTH, H. B. Intentional and unintentional nonadherence to antihypertensive medication. **Ann. Pharmacother.**, v. 39, no. 7-8, p. 1198-1203, Jul.-Aug. 2005.

MAGALHÃES, A. F. N. Doença de Crohn. In: DANI, R.; CASTRO, L. P. **Gastroenterologia Clínica.** 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. v. 1, p. 765-777.

MARINKER, M; SHAW, J. Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice. **BMJ**, v. 326, p. 348-349, 2003.

MIASSO, A. I. **Terapêutica medicamentosa: orientação e conhecimento do paciente na alta e pós-alta hospitalar.** 2002. 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2002.

MINO-LEON, D.; FIGUERAS, A.; AMATO, D.; LAPORTE, J.R. Treatment of type 2 diabetes in primary health care: a drug utilization study. **Ann. Pharmacother.**, v. 39; no. 3, p. 441-445, mar. 2005.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med. Care**, v. 24, p. 67-74, 1986.

MORISKY, D. E.; LEVINE, M.; GREEN, L. W.; SMITH, C. R. Health education program effects on the management of hypertension in the elderly. **Arch. Intern. Med.**, v. 142, n. 10, p. 1835-1838, 1982.

NIGRO, G.; ANGELINI, G.; GROSSO, S. B.; CAULA, G.; SATEGNA-GUIDETTI, C. Psychiatric predictors of non compliance in inflammatory bowel disease. **J. Clin. Gastroenterol.**, v. 32, p. 61-68, 2001.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **N. Engl. J. Med.**, v. 353, p. 487-97, aug. 2005.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 815-822, 2000.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e prática**. RJ. Guanabara Koogan, 2001.

PÉREZ, A. M. G.; FERNÁNDEZ, F. L.; CRESPO, F. M.; RUIZ, A. J. G.; TORRES, P. D.; ALARCÓN, F. S. C. Como diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria. **Medicina da Família**, v. 1, p. 13-19, 2000.

PODOLSKY, D. K. Inflammatory bowel disease (1). **N. Engl. J. Med.**, v. 325, p.928-937, 1991A.

PODOLSKY DK. Inflammatory bowel disease (2). **N. Engl. J. Med.**, v. 325, p. 1008-1016, 1991B.

PODOLSKY, DK. Inflammatory Bowel Disease. **N. Engl. J. Med.**, v. 347, n. 6, p. 417-429, 2002.

RAMALHINHO, IMPS. **Adesão à terapêutica anti-hipertensiva: contributo para seu estudo**. 1994. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal. 1994.

RAMALLE-GÓMARA, E.; BERMEJO-ASCORBE, R.; MARÍN, R. A.; ALEJO, I. M.; BUSTINDUY, M. I. S. C.; AMILBURU, C. V. Cumplimiento del tratamiento antibiótico en niños no hospitalizados. *Aten. Primaria*, v. 24, no. 6, p. 364-367, oct. 1999.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J.M. **Farmacologia**. 3ª edição. RJ: Guanabara Koogan, 1997.

RENNIE, T. W.; BATES, I.; McKELVIE, W. Compliance and adherence as pragmatic concepts: a study of TB in rural Pakistan. **Int. J. Pharm. Pract.**, v. 9, suppl., p. R42, 2001.

ROBINSON, A. Review article: inflammatory bowel disease – empowering the patient and improving outcome. **Aliment. Pharmacol. Ther.**, v. 20, Suppl. 4, p. 84-87, 2004.

ROGERS, A.; KENNEDY, A.; NELSON, E.; ROBINSON, A. Uncovering the limits of patient-centeredness: implementing a self-management trial for chronic illness. **Qualitative Health Research**, v.15, no. 2, p. 224-239, feb. 2005.

SACKETT, DL; SNOW, JC. The magnitude of compliance and noncompliance. In: HAYNES, RB; TAYLOR, DW; SACKETT, DL. **Compliance in health care. Second printing**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1981. Capítulo 2, p. 11-22.

SILVA, L. R. **Conhecimentos e atitudes dos farmacêuticos sobre a regulamentação da profissão e funcionamento de drogarias – uma abordagem sanitária**. 2002. 156f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2002.

SILVA, T; SCHENKEL, EP; MENGUE, SS. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, v.16, no. 2, p.449-455, abr-jun. 2000.

SEWITCH, M. J.; ABRAHAMOWICZ, M.; BARKUN, A.; BITTON, A.; WILD, G. E.; COHEN, A.; DOBKIN, P. L. Patient nonadherence to medication in inflammatory bowel disease. **Am. J. Gastroenterol.**, vol. 98, p. 1535-1544, 2003.

SHALE, M. J., RILEY, S. A. Studies of compliance with delayed-release mesalazine therapy in patients with inflammatory bowel disease. **Aliment. Pharmacol. Ther.**, v. 18, p. 191-198, may 2003.

SOKOL, M. C.; McGUIGAN, K. A.; VERBRUGGE, R. R.; EPSTEIN, R. S. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. **Med Care**, v. 43, no. 6, p. 521-530, june 2005.

SOUZA, M. H. L. P.; TRONCON, L. E. A.; RODRIGUES, C. M.; VIANA, C. F. G.; ONOFRE, P. H. C.; MONTEIRO, R. A.; PASSOS, A. D. C.; MARTINELLI, A. L. C.; MENEGHELLI, U. G. Evolução da ocorrência (1980-1999) da doença de Crohn e da retocolite ulcerativa idiopática de análise das suas características clínicas em um Hospital Universitário do Sudeste do Brasil. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 98-105, 2002.

STENSON, W. F.; KORZENIK, J. Inflammatory Bowel Disease. In: YAMADA, T.; ALPERS, D. H.; KAPLOWITZ, N.; et al. **Textbook of Gastroenterology**. Fourth edition. Vol II. Philadelphia. Ed Lippincott Williams e Wilkins, 2003. Chapter 83, p. 1699-1759.

STONNINGTON, C. M.; PHILLIPS, S. F.; MELTON III, L. J.; ZINSMEISTER, A. R. Chronic ulcerative colitis: incidence and prevalence in a community. **GuT**, v. 28, p. 402-409, 1987.

STRELEC, M. A. A. M. **A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial**. 2000. 139 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SVARSTAD, B. L.; CHEWNING, B. A.; SLEATH, B. L.; CLAEISSON, C. The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. **Patient Education and Counseling**, v. 37, p. 113-124, 1999.

TEIXEIRA, A. C. A. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório**. 1998. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 1998.

TRUELOVE, S. C.; WITTS, L. J. Cortisone in ulcerative colitis: Final report on a therapeutic trial. **Br. Med. J.**, v. 2, p. 1041-1048, 1955.

VAN HEES, P. A.; VAN TONGEREN, J. H. Compliance to therapy in patients on a maintenance dose of sulfasalazine. **J. Clin. Gastroenterol.**, v. 4, no. 4, p. 333-6, aug. 1982.

VERMEIRE, E.; HEARNshaw, H.; VAN ROYEN, P.; DENEKENS, J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. **J. Clin. Pharm. Ther.**, v. 26, no. 5, p. 331-342, oct. 2001.

WHO (World Health Organization), 2003. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Disponível em: <http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf>. Acesso em: 27 set. 2004.

7. ANEXOS

ANEXO A – Questionário

Identificação

- 1) Nome: _____
- 2) Registro HC. _____ 3) Data de obs: ____ / ____ / ____
- 4) Sexo: ☐ 1 Masculino ☐ 2 Feminino
- 5) Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____
- 6) Procedência:
- ☐ 1 - Ribeirão Preto ☐ 2 - Outra cidade do estado de SP ☐ 3 - Outra cidade fora do estado de SP
- 7) Endereço: _____ Telefone: (____) _____
- 8) Estado civil:
- ☐ 1 solteiro ☐ 2 casado ☐ 3 viúvo ☐ 4 separado / divorciado ☐ 5 amasiado / união consensual
- 9) Escolaridade:
- ☐ 1 - analfabeto ☐ 4 - fundamental completo ☐ 7 - superior incompleto
- ☐ 2 - sabe ler e escrever ☐ 5 - ensino médio incompleto ☐ 8 - superior completo
- ☐ 3 - fundamental incompleto ☐ 6 - ensino médio completo ☐ 9 - não sabe
- 10) Ocupação:
- ☐ 1 - aposentado ☐ 3 - trabalhador autônomo ☐ 5 - do lar
- ☐ 2 - desempregado ☐ 4 - trab. c/ vínculo empregatício ☐ 6 - outros: _____
- 11) Nº de pessoas na família que moram na mesma casa: _____
- 12) Renda mensal da família: R\$ _____
- 13) Renda pessoal: R\$ _____

Informações obtidas do paciente sobre os medicamentos:

- 14) Quantos medicamentos o Sr(a) fez uso durante o último mês? Quais são eles? Quantos g ou mg tem em cada comprimido que o Sr(a) toma? Quantos comprimidos o Sr(a) deve tomar por dia de cada um dos medicamentos?

	Dose	Posologia
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
6-		
7-		

15) O(a) Sr(a) utiliza algum outro medicamento por conta própria (para auxiliar o tratamento da Doença Inflamatória Intestinal ou a outra doença que o paciente sofre)?

☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 3 não sei dizer

16) Qual(ais)? _____

17) Como o Sr(a) adquire o(s) medicamento(s) para a sua doença? _____

18) Em caso de haver a necessidade de compra, qual a despesa mensal com este(s)? _____

19) Tomar o medicamento prescrito afeta a sua rotina de vida?

☐ 1 muito ☐ 2 um pouco ☐ 3 não afeta ☐ 4 não sei dizer

20) Por que? _____

21) O Sr(a) possui alguma dificuldade em ir buscar o medicamento?

☐ 1 muito ☐ 2 um pouco ☐ 3 não ☐ 4 não sei dizer

22) Por que? _____

23) Quem é, habitualmente, a pessoa responsável pela administração do medicamento?

☐ 1 paciente ☐ 3 familiares e paciente ☐ 4 não sei dizer
☐ 2 familiares ☐ 4 profissional ☐ 5 Outros, quem? _____

24) O(a) Sr(a) possui apoio de sua família para realizar o tratamento?

☐ 1 sim, totalmente ☐ 2 sim, parcialmente ☐ 3 não ☐ 4 não sei dizer

Atendimento e relação com o serviço:

25) O(a) Sr(a) está satisfeito com o tratamento? Acha que ele está funcionando?

☐ 1 sim, totalmente ☐ 2 sim, parcialmente ☐ 3 não ☐ 4 não sei dizer

26) Porque? _____

27) O(a) Sr(a) está satisfeito (a) com o atendimento do HC?

☐ 1 sim, totalmente ☐ 2 sim, parcialmente ☐ 3 não ☐ 4 não sei dizer

28) Porque? _____

29) O(a) Sr(a) tem confiança na equipe médica que fez o atendimento?

☐ 1 sim, totalmente ☐ 2 sim, parcialmente ☐ 3 não ☐ 4 não sei dizer

30) Porque? _____

31) O(a) Sr(a) foi informado sobre como tomar o medicamento?

☐ 1 sim ☐ 2 não ☐ 3 não sei dizer

(caso a resposta 31 seja afirmativa) Quem informou? E o(a) Sr(a) ficou satisfeito?

Utilizar: ☐ 1 sim, totalmente ☐ 2 sim, parcialmente ☐ 3 não ☐ 4 não sei dizer

☐ 32 médico () ☐ 33 enfermeiro () ☐ 34 farmacêutico () ☐ 35 serviço social ()

☐ 36 outros: _____ ()

37) O(a) Sr(a) foi informado sobre a finalidade do medicamento?

☐ 1 sim ☐ 2 não ☐ 3 não sei dizer

(caso a resposta 37 seja afirmativa) Quem informou? E o(a) Sr(a) ficou satisfeito?

Utilizar: ☐ 1 sim, totalmente ☐ 2 sim, parcialmente ☐ 3 não ☐ 4 não sei dizer

☐ 38 médico () ☐ 39 enfermeiro () ☐ 40 farmacêutico () ☐ 41 serviço social ()

☐ 42 outros: _____ ()

43) O(a) Sr(a) foi informado sobre efeitos colaterais (indesejáveis) do medicamento?

☐ 1 sim ☐ 2 não ☐ 3 não sei dizer

(caso a resposta 43 seja afirmativa) Quem informou? E o(a) Sr(a) ficou satisfeito?

Utilizar: ☐ 1 sim, totalmente ☐ 2 sim, parcialmente ☐ 3 não ☐ 4 não sei dizer

☐ 44 médico () ☐ 45 enfermeiro () ☐ 46 farmacêutico () ☐ 47 serviço social ()

☐ 48 outros: _____ ()

49) O(a) Sr(a) foi informado sobre possíveis problemas de tomar junto com outros medicamentos?

☐ 1 sim ☐ 2 não ☐ 3 não sei dizer

(caso a resposta 49 seja afirmativa) Quem informou? E o(a) Sr(a) ficou satisfeito?

Utilizar: ☐ 1 sim, totalmente ☐ 2 sim, parcialmente ☐ 3 não ☐ 4 não sei dizer

☐ 50 médico () ☐ 51 enfermeiro () ☐ 52 farmacêutico () ☐ 53 serviço social ()

☐ 54 outros: _____ ()

55) Ocorreu alguma reação o(a) Sr(a) não estava esperando?

☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 3 não sei dizer

56) Qual(ais)? _____

57) O(a) Sr(a) procurou obter mais informações sobre o(s) medicamento(s)?

☐ 1 sim ☐ 2 não ☐ 3 não sei dizer

58) Onde? _____

59) O(a) Sr(a) poderia me dizer **como deve** tomar o(s) medicamento(s)?

☐ 1 sim ☐ 2 não ☐ 3 não sei dizer

60) Como? _____

61) O(a) Sr(a) poderia me dizer como o(a) Sr(a) **de fato toma** o(s) medicamento(s)?

☐ 1 sim ☐ 2 não ☐ 3 não sei dizer

62) Como? _____

63) O(a) Sr(a) poderia me dizer a finalidade do(s) medicamento(s)?

☐ 1 sim ☐ 2 não ☐ 3 não sei dizer

64) Como? _____

65) O(a) Sr(a) poderia me dizer quais os efeitos desagradáveis ou indesejáveis que o(s) medicamento(s) pode(m) causar?

☐ 1 sim ☐ 2 não ☐ 3 não sei dizer

66) Como? _____

67) O(a) Sr(a) poderia me dizer quais os possíveis problemas de tomar junto com outros medicamentos?

☐ 1 sim ☐ 2 não ☐ 3 não sei dizer

68) Como? _____

69) (Para pacientes com DII) O(a) Sr(a) assinou o termo de consentimento informado sobre os medicamentos em uso?

☐ 1 sim ☐ 2 não ☐ 3 não sei dizer

70) (Para pacientes com DII) Leram o termo para o(a) Sr(a)?

☐ 1 sim ☐ 2 não ☐ 3 não sei dizer

Teste de Morisky *et al* modificado por Goldberg *et al*:

Utilizar para 71, 72, 73 e 74: ☐ 1 uma vez por mês ou menos ☐ 2 algumas vezes por mês
☐ 3 algumas vezes por semana ☐ 4 pelo menos uma vez por dia

71) *Você, alguma vez, esquece de tomar o seu remédio?* ()

72) *Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?* ()

73) *Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar seu remédio?* ()

74) *Quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?* ()

75) *(Caso a questão 73 seja afirmativa) Quais os motivos que levam o Sr(a) a se esquecer de tomar o remédio?* _____

76) *(Caso a questão 74 seja afirmativa) Quais os motivos que levam o Sr(a) a se descuidar quanto ao horário de tomar o remédio?* _____

77) *(Caso a questão 75 seja afirmativa) Quais os motivos que levam o Sr(a) deixar de tomar o remédio nesta situação?* _____

78) *(Caso a questão 4 seja afirmativa) Quais os motivos que levam o Sr(a)) deixar de tomar o remédio nesta situação?* _____

79) *O(a) Sr(a) acha que tomou o remédio de forma certa?*

☐ 1 sim

☐ 2 não

☐ 3 não sei dizer

80) *Para terminar, o(a) Sr(a) gostaria de fazer alguma outra observação sobre tudo que nós conversamos:* _____

81) *Tempo de entrevista:* _____

82) *Impressão do entrevistador após a entrevista:* _____

ANEXO B - Formulário para dados obtidos do prontuário

Registro HC: _____

Data de entrevista: _____

Nome: _____

Caracterização da doença**83) Diagnóstico principal:**☐ 1 - DC☐ 4 - Pancreatite/insuf. Pancreática☐ 6 - Pancreatite/insuf. Pancreática☐ 2 - RCU

Endócrina

Endócrina / Exócrina

☐ 3 - DIII☐ 5 - Pancreatite/insuf. Pancreática☐ 7 - Outra: _____

Exócrina

84) (No caso de DII) Extensão / Localização:

Se DC:

☐ 1 - Íleo

Se RCU:

☐ 5 - Proctite☐ 2 - Íleo-cólon☐ 6 - Retossigmoidite☐ 3 - Cólon☐ 7 - Colite Esquerda☐ 4 - Outros: _____☐ 8 - Colite Extensa**85) (No caso de DII) Forma:**

Se DC:

☐ 1 - inflamatória

Se RCU:

☐ 5 - leve/transitória☐ 2 - estenosante☐ 6 - moderada☐ 3 - penetrante☐ 7 - grave☐ 4 - Outros: _____**86) (No caso de DII) Atividade:**☐ 1 - em atividade☐ 2 - remissão☐ 3 - indeterminado**87) Operações prévias relacionadas ao diagnóstico principal:** ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 3 Sem relato**88) Quais:** _____**89) Ano do início do acompanhamento:** _____**90) Ano do diagnóstico:** _____**91) Diagnóstico secundário:** _____**92) Número de internações devido ao diagnóstico principal:** _____**93) Outras doenças crônicas:**☐ 1 Sim☐ 2 Não☐ 3 Sem relato**94) Indicar:** _____**95) Uso de bebida alcoólica:**☐ 1 Sim☐ 2 Não☐ 3 Sem relato**96) Frequência:** _____**97) Tipo?**☐ 1 destilado☐ 2 fermentado☐ 3 Sem relato**98) Uso de drogas ilícitas:**☐ 1 Sim☐ 2 Não☐ 3 Sem relato**99) Tabagismo:**☐ 1 Sim☐ 2 Não☐ 3 Sem relato

100) *Frequência:* _____

Caracterização do tratamento

101) *Relato de adesão:* ☐ 1 Sim ☐ 2 Não

102) *Qual:* _____

103) *Relação de todos os medicamento(s) prescrito(s) no último retorno (descritos na “conduta” do atendimento que precedeu a entrevista):*

	Dose	Posologia
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
6-		
7-		

ANEXO C - Termo de consentimento livre e esclarecido

TÍTULO DO PROJETO: Investigação sobre a adesão de pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais ao tratamento medicamentoso prescrito.

PESQUISADORA: Farmacêutica Nathalie de Lourdes Souza Dewulf

ORIENTADOR: Prof. Dr. Luiz Ernesto de Almeida Troncon.

Sr(a). Paciente,

Gostaríamos de contar com a sua colaboração para a realização de uma entrevista onde pretendemos analisar a adesão e a concordância dos pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais (doença de Crohn e retocolite ulcerativa) ao tratamento prescrito, assim como as possíveis causas da não adesão, pois isso é um dos principais fatores para o seu sucesso. Para isso serão feitas algumas perguntas para o(a) Sr(a) sobre os medicamentos que está utilizando. Não há nenhum desconforto ou risco para a participação do(a) Sr(a). Somente solicitamos o tempo de, no máximo, 30 minutos, para a realização da entrevista.

Para que nossos resultados sejam os mais verídicos possíveis, gostaríamos de pedir ao(à) Sr(a) que responda o mais sinceramente as perguntas. Toda e qualquer resposta, a mais sincera possível, não irá afetar o tratamento que o(a) realiza aqui no HC, ou em qualquer outra Unidade de Saúde.

Estamos a disposição para esclarecer qualquer dúvida acerca da entrevista. O(a) Sr(a). tem a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento. Todo paciente terá sua privacidade preservada.

Não sabemos se os resultados da entrevista poderão trazer algum benefício ao(à) Sr(a)., mas esperamos que no futuro, possa beneficiar outros pacientes.

Este documento será emitido em duas vias, uma será de propriedade do(a) Sr(a)., e a outra ficará arquivada pelo pesquisador.

Direitos assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde(CSN):

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido.
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação do meu tratamento.
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade.
4. O compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que possa afetar minha vontade de continuar participando.
5. A disponibilidade de tratamento médico e indenização que legalmente teria direito, por parte da instituição à Saúde, em caso de danos que justifiquem, diretamente causados pela pesquisa.
6. Que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Eu, _____, de RG nº _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos de acordo com a resolução 196/96 do CNS, concordo em participar desta entrevista recomendada pelo pesquisador que subscreve este documento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de ____.

Paciente ou responsável

Pesquisador(a)