

# ANÁLISE DA ADEÇÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA DOS PORTADORES DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA ESPECIALIZADA NA CIDADE DE JUIZ DE FORA-MG

ANALYSIS OF ADHERENCE TO SYSTEMIC THERAPY OF PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS, PERFORMED AT A SPECIALIZED CLINIC IN THE CITY OF JUIZ DE FORA-MG

EDUARDA PUJONI VIEIRA <sup>a</sup> ; LARA CAVALLARO <sup>a</sup> ;  
GEOVANE ELIAS GUIDINI LIMA <sup>b</sup> ; LUIZ GUSTAVO DE OLIVEIRA <sup>b</sup>



tlaraacavallaro@gmail.com

<sup>a</sup> Discente Medicina UNIFAGOC

<sup>b</sup> Docente Medicina UNIFAGOC

## RESUMO

**Introdução:** O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma condição autoimune inflamatória crônica. Um dos principais problemas enfrentados pelo sistema de saúde é o abandono do tratamento pelo paciente ou o incorreto cumprimento das orientações prescritas. **Objetivo:** Avaliar os fatores relacionados à adesão à terapêutica medicamentosa dos portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico, atendidos em uma clínica especializada na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Materiais e Métodos:** Foi desenvolvido um estudo quali-quantitativo observacional de natureza transversal. Participaram 15 pacientes com LES, atendidos em uma clínica na cidade de Juiz de Fora- MG, a avaliação se deu por meio de questionários validados e revisão de prontuários. **Resultados:** Dentre os pacientes entrevistados, 66,66% (10) foram classificados com baixa adesão. Os dados sociais e demográficos demonstraram predomínio da raça parda, ensino médio completo com média de idade 42,66 + 12,66 anos. O número de doses ingeridas em média foi de 6,47 + 3,77. As razões mais citadas para a dificuldade em tomar os medicamentos foram o esquecimento e a dificuldade de aquisição. Comprovou-se a existência de uma correlação significativa entre a adesão e as variáveis de apoio social e forma de aquisição dos medicamentos. **Conclusão:** A pesquisa revela a baixa adesão medicamentosa pela maioria dos pacientes, devido à complexidade do tratamento e a convivência com uma condição de cronicidade.

**Palavras-chave:** Lúpus Eritematoso Sistêmico. Adesão ao tratamento. Terapia medicamentosa. Doença autoimune.

## ABSTRACT

**Introduction:** Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a chronic inflammatory autoimmune condition. One of the main problems faced by the health system is the abandonment of treatment by the patient or the incorrect compliance with the prescribed guidelines. **Objective:** To evaluate the factors related to adherence to drug therapy in patients with systemic lupus erythematosus, attended at a specialized clinic in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais. **Materials and Methods:** A cross-sectional observational qualitative and quantitative study was developed. Fifteen patients with SLE, attended at a clinic in the city of Juiz de Fora -MG participated in the study. The evaluation was performed through validated questionnaires and review of medical records. **Results:** Among the patients interviewed, 66.66% (10) were classified with low adherence. Social and demographic data showed a predominance of brown race, complete high school with average age 42.66 + 12.66 years. The number of doses ingested on average was 6.47 + 3.77. The most cited reasons for the difficulty in taking medications were forgetfulness and difficulty in acquiring. It was proved that there was a significant correlation between adherence and the variables of social support and medication acquisition. **Conclusion:** The research reveals the low medication adherence by most patients, due to the complexity of the treatment and the coexistence with a chronic condition.

**Keywords:** Systemic Lupus Erythematosus. Treatment Adherence. Drug therapy. Autoimmune disease.

## INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma condição autoimune inflamatória crônica que pode potencialmente afetar todos os órgãos durante o curso da doença, levando ao aumento da morbidade e mortalidade e à redução da qualidade de vida relacionada à saúde<sup>1</sup>. Existem dois tipos principais de Lúpus: o cutâneo, manifestando-se com manchas na pele, na maioria das vezes eritematosas e em áreas foto expostas, como face, orelhas, tronco e membros superiores; e o sistêmico, no qual um ou mais órgãos internos são acometidos<sup>2</sup>.

A etiologia do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) ainda não é totalmente conhecida, provavelmente resulta da interação de fatores genéticos, hormonais, ambientais e infecciosos que levam à perda da tolerância imunológica com produção de auto anticorpos<sup>3</sup>. Sabe-se que o LES apresenta significativa preferência pelo gênero feminino, atingindo uma proporção de dez mulheres para um homem<sup>4, 5</sup>, tendo como fator de significância a atuação dos estrógenos, que favorecem a proliferação de linfócitos T e B e aumentam a expressão de moléculas de adesão, reduzindo a apoptose de células B autorreativas<sup>5</sup>.

Com relação ao diagnóstico e classificação do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), costuma-se estabelecer os critérios de classificação segundo o American College of Rheumatology (ACR), no qual o diagnóstico se baseia em encontrar pelo menos quatro dos sinais a seguir: eritema malar; lesão cutânea discoide; fotossensibilidade; úlceras orais; artrite; serosites pleurais ou pericardite; alteração renal (proteinúria > 0,5g/d [3+] ou cilindros celulares); alteração neurológica (convulsões ou psicose); citopenia (anemia hemolítica, leucopenia [ $< 4.000/\text{mm}^3$ ], linfopenia [ $< 1.500/\text{mm}^3$ ] ou trombocitopenia [ $< 100.000/\text{mm}^3$ ], (em duas ou mais ocasiões); testes sorológicos (presença de anticorpo Anti DNA-cadeia dupla, Anti-Sm, Anti-Ro, Anti-La e Anticorpos Anti-ribossomal) pesquisa laboratorial de doenças venéreas (VDRL) falso-positivo, nível sérico anormal de anticorpo anticardiolipina [IgG ou IgM] ou anticoagulante lúpico; fator antinuclear (FAN) positivo, proteína C-reativa (PCR), dosagem baixa de complemento (C3, C4, CH50)<sup>6,7</sup>.

O tratamento do LES geralmente é feito de maneira individual para cada paciente, de acordo com as necessidades do seu organismo e grau de atividade da doença envolvendo a associação de um conjunto de diretrizes, como administração de medicamentos, a adesão do próprio paciente, apoio familiar, acompanhamento de profissionais qualificados, acompanhamento psicológico, prática de atividades físicas regulares, dieta balanceada, vacinação, exames médicos periódicos, testes laboratoriais frequentes, evitar fontes de raios ultravioletas, exposição ao sol, utilizar protetores e bloqueados solares<sup>8, 9</sup>.

O conceito de adesão ao tratamento apresenta alta variabilidade entre os autores, porém, na maioria dos casos, é concebido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos recomendados em pelo menos 50% de seu total, o que inclui a observação de horários, doses e tempo de tratamento<sup>10</sup>.

Um dos principais problemas enfrentados pelo sistema de saúde é o abandono do tratamento pelo paciente ou o incorreto cumprimento das orientações prescritas, de modo que a não adesão aos tratamentos passa a constituir importante causa de insucesso da terapêutica, levando a aumento da morbidade e da mortalidade. O curso clínico da doença pode contribuir negativamente para a adesão ao tratamento da doença, contribuindo para o aparecimento de várias comorbidades, até a morte <sup>11</sup>.

A maioria dos estudos que avaliam a aderência ao tratamento medicamentoso encontra dificuldades em identificar os motivos pelos quais os pacientes não aderem ao mesmo. Desta forma, há a necessidade de explicar esse comportamento e identificar os fatores que possam determinar a tendência dos pacientes a aderirem ou não às recomendações médicas, uma vez que no Brasil, os estudos sobre o impacto na morbidade e na mortalidade relacionados ao seguimento inadequado à Terapia medicamentosa são escassos, principalmente ao que se refere ao Lúpus Eritematoso Sistêmico <sup>12</sup>.

Diante do exposto, este estudo visa avaliar os fatores sociais e econômicos, conhecimento sobre a doença e o tratamento proposto, verificando a correlação entre os fatores com a adesão a terapêutica medicamentosa em portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico de uma clínica especializada na cidade de Juiz de Fora- MG.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa tratou-se de um estudo quali-quantitativo observacional de natureza transversal e foi desenvolvida em uma clínica especializada na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. A população portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico na clínica era composta no período por 40 pacientes.

Após estabelecer critérios para participação da pesquisa, consideramos como critérios de inclusão: ser paciente com diagnóstico de LES confirmado; estar em acompanhamento por no mínimo seis meses; ter pelo menos uma consulta agendada durante o período de estudo; utilizar no mínimo um medicamento específico para o tratamento de LES; ter idade superior a 18 anos; entender e concordar com os objetivos e metodologias do estudo. E foram excluídos da pesquisa os pacientes que necessitavam de um cuidador para administrar seus medicamentos ou apresentarem algum distúrbio cognitivo que impedisse o entendimento do questionário da pesquisa. Dessa forma, a amostra foi reduzida para o número de 15 participantes, que tinham consultas agendadas durante o período de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu durante o período de julho à setembro de 2019. Para a realização da coleta de informações, foram utilizados dois instrumentos: questionário estruturado já validado e ficha de coleta de dados do prontuário médico, destinada às informações referentes às manifestações clínicas, dados sócio demográficos, aspectos da doença e aos medicamentos prescritos na consulta anterior (Anexos 1 e 2). Os questionários de pesquisas para avaliação da adesão a terapêutica medicamentosa

foram elaborados com base na avaliação de artigos, que avaliaram a adesão em doenças crônicas <sup>13-17</sup>.

O número de comprimidos e/ou doses ingeridas diariamente foram calculados a partir do estudo de Delgado e Lima <sup>14</sup>, no qual foi calculada a posologia de todos os medicamentos em uso relatados pelo paciente. Uma dose seguiu a definição de cada administração realizada pelo paciente e não o conjunto de vários fármacos ingeridos no mesmo horário. Fração de comprimido ( $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{1}{4}$  e  $\frac{3}{4}$ ) e número de gotas, foram considerados uma tomada. Para os pacientes que utilizaram posologia diferenciada (uma vez por semana, dias alternados, dias pares, dias ímpares e três vezes por semana) o cálculo foi realizado para o período correspondente a um mês e posteriormente dividido por trinta. O esquema terapêutico que serviu de base para a estimativa da adesão foi aquele que o paciente referiu que fazia uso no momento da entrevista.

A avaliação da adesão se baseou no estudo de Morisk Medication Adherence Scale<sup>13</sup> (MMAS-8) composta por oito itens, e analisou 7 itens como variável dicotômica (aderente e não aderente) e 1 item de escolha múltipla. A conversão da escala de Likert (escala de resposta psicométrica que mensuram aspectos subjetivos) para dicotômica será feita segundo o seguinte critério: nunca e raramente, da escala de Likert passará a ser "não" da escala dicotômica, e "às vezes", "com frequência", "quase sempre" e "sempre", da escala de Likert passou a "sim" da escala dicotômica. A escala MMAS-8 mede a baixa adesão ( $\leq 5$  pontos), média adesão (6-7 pontos) e alta adesão (8 pontos), ou seja, é baseada no esquecimento, descuido com os horários de administração e interrupção do uso dos medicamentos quando o paciente se sente melhor ou pior. Foram classificados como aderentes os indivíduos que responderam negativamente às perguntas 22 a 25, 27 e 28, afirmativamente à pergunta 26 e que selecionem a opção "nunca" na pergunta 29.

As entrevistas ocorreram em consultório privativo da clínica especializada, por meio de uma declaração assinada pelo responsável para autorização da pesquisa no local (Anexo 3). O presente trabalho foi submetido ao comitê de ética e pesquisa (CEP) do Centro Universitário Governador Ozanam Coelho - UNIFAGOC. Para o desenvolvimento da pesquisa foram considerados, em todas as etapas, princípios éticos fundamentais que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e lhes foi garantido o anonimato e sigilo absoluto das informações fornecidas.

A independência entre as variáveis coletadas foi testada por meio do Teste Exato de Fisher utilizando o software R<sup>18</sup>. Segundo Agresti<sup>19</sup>, esse teste de detecção de independência é utilizado principalmente quando se têm um experimento com pequenas amostras e, tem o objetivo de rejeitar ou não a hipótese de nulidade  $H_0$ : As variáveis são independentes de acordo com o nível de significância estabelecido de 10% (0,10) e o valor-p obtido nesse teste. Nos casos em que os valores-p foram menores que 0,10 a hipótese de nulidade foi rejeitada, o que fornece indícios para dizer que duas variáveis não são independentes, isto é, níveis atribuídos a uma variável podem influenciar nos níveis da outra.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 15 pacientes, no período de julho à setembro de 2019. Destes 93,33% (n=14) eram do sexo feminino, em uma proporção de quatorze mulheres para cada homem. A idade média foi de  $42,66 \pm 12,66$  anos, predominando a raça parda 46,66% (n=7) e a raça branca 33,33% (n=5), sendo o ensino médio completo o nível de instrução prevalente 40% (n=6). De acordo com o estado civil, a maior parte encontrava-se casada (o) 60% (n=9).

A maioria dos pacientes não exercia atividade remunerada ou eram aposentados 60% (n=9). Dos que não exerciam atividade remunerada, 66,66% (n=6) relataram que o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) era o responsável pela inatividade. A renda familiar foi em média, de  $3,72 + 2,57$  salários mínimos e a renda per capita de  $1,40 + 1,09$  salários mínimos. Residiam no mesmo domicílio em média  $2,73 + 1,27$  pessoas. A descrição completa das características sócio demográficas encontra-se na Tabela 1.

**Tabela 1:** Distribuição dos pacientes atendidos na clínica segundo as características sócio demográficas

Características Sócio demográficas		N	%
<b>Sexo</b>			
	Feminino	14	93,33
	Masculino	1	6,66
<b>Estado Civil</b>			
	Casada (o)	9	60,00
	Solteira (o)	5	33,33
	Separada (o)	1	6,66
<b>Etnia</b>			
	Parda (o)	7	46,66
	Branca (o)	5	33,33
	Negra (o)	3	20,00
<b>Escolaridade</b>			
	Fundamental incompleto	3	20,00
	Médio completo	6	40,00
	Médio incompleto	1	6,66
	Universitário completo	5	33,33
<b>Idade Média: 42,66 ± 12,66</b>			
	18   – 30 anos		
	30   – 40 anos	3	20,00
	40   – 50 anos	6	40,00
	50   – 60 anos	1	6,66
	>60 anos	4	26,66
		1	6,66
<b>Renda per capita por salários mínimos</b>			
<b>Média: 1,40 ± 1,09</b>			
	0,00   – 1,00	2	13,33
	1,00   – 2,00	10	66,66
	2,00   – 3,00	2	13,33
	4,00   – 5,00	1	6,66
<b>Renda total por salário mínimo</b>			
<b>Média: 3,72 ± 2,57</b>			
	0,00   – 1,00	1	6,66
	1,00   – 2,00	4	26,66
	2,00   – 3,00	3	20,00
	3,00   – 4,00	1	6,66
	5,00   – 10,00	6	40,00
<b>Número de pessoas residindo</b>			
<b>Média: 2,73 ± 1,27</b>			
	1	2	13,33
	2	5	33,33
	3	5	33,33
	4 a 9	3	20,00
<b>Executa atividade remunerada</b>			
	Sim	6	40,00
	Não	8	53,33
	Aposentado	1	6,66
<b>Não executa atividade remunerada devido ao LES</b>			
	Sim	6	66,66
	Não	3	33,33

Fonte: dados da pesquisa.

No estudo, relacionamos as respostas dos pacientes ao questionário MMAS-8 à adesão ao tratamento medicamentoso (ATM) de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES).

**Tabela 2:** Frequência absoluta e relativa da classificação de aderência dos pacientes da clínica, portadores de LES, ao tratamento medicamentoso segundo o MMAS-8<sup>13</sup>

Aderência (n=15)	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Alta aderência	2	13,44
Média aderência	3	20,00
Baixa aderência	10	66,66

Fonte: dados da pesquisa.

A maioria dos pacientes entrevistados foram classificados com baixa adesão 10 (66,6%). A Tabela 3 apresenta à distribuição de adesão relacionada ao conhecimento da doença, não foram observadas diferenças significativas ( $p>0,10$ ) entre as variáveis relativas ao paciente (autoavaliação da saúde, conhecimento da cronicidade, tratamento e acometimento sistêmico) e a adesão.

**Tabela 3:** Distribuição da adesão segundo os fatores individuais relativos ao paciente

Variável n= 15	Alta adesão		Média adesão		Baixa adesão		Valor-p
	n (2)	%	n (3)	%	n (10)	%	
Autoavaliação do estado de saúde							
Positiva	50,00		100,00		90,00		0,2857
Negativa	50,00		0,00		10,00		
Conhecimento sobre a cronicidade do LES							
Sim	100,00		100,00		80,00		1
Não	0,00		0,00		20,00		
Conhecimento sobre o tratamento do LES							
Sim	100,00		100,00		100,00		-
Não	0,00		0,00		0,00		
Conhecimento do possível acometimento sistêmico do LES							
Sabe	50,00		66,66		80,00		0,7363
Não sabe	50,00		33,33		20,00		

\*Significância 10% ( $p>0,10$ )

Fonte: dados da pesquisa.

Acerca do conhecimento de ser uma patologia crônica e seu tratamento medicamentoso, quase em sua totalidade, os pacientes apresentaram essa percepção e

concordaram que hábitos de vida e o tratamento medicamentoso permitem o controle dos sintomas.

Analisando os aspectos sociais e econômicos, os pacientes classificados com “baixa adesão” predominantemente apresentaram escolaridade de ensino médio completo à superior, idade entre 18 e 40 anos, relataram não ter nenhum apoio social (como psicólogo) e a maioria compra o seu próprio medicamento. Entretanto, pacientes com alta adesão, relatam total apoio familiar e possuem apoio do SUS nos medicamentos (tabela 4).

**Tabela 4:** Distribuição da aderência de acordo com aspectos sociais e econômicos

Variável	Alta adesão		Média adesão		Baixa adesão		Valor-p
n= 15	n=2	%	n=3	%	n= 10	%	
Estado civil							
Casado	100,00		66,66		50,00		0,7483
Solteiro/separado/viúvo	0,00		33,33		50,00		
Etnia							
Branca	50,00		33,33		40,00		0,5504
Parda/negra/amarela/indígena	50,00		66,66		60,00		
Escolaridade							
Ensino médio comp. a sup.	50,00		66,66		80,00		0,7363
Analf. a ensino médio inc.	50,00		33,33		20,00		
Idade							
18 ≤ 40	50,00		66,33		60,00		1
> 40	50,00		33,33		40,00		
Apoio Social							
Sim	50,00		33,33		0,00		0,09524*
Não	50,00		66,66		100,00		
Apoio Familiar							
Sim	100,00		100,00		80,00		1
Não	0,00		0,00		20,00		
Forma de aquisição do medicamento							
Compra	0,00		0,00		70,00		0,09557*
Compra + SUS	100,00		100,00		30,00		
Renda per capita por faixa de salários mínimos							
< 1	100,00		100,00		50,00		0,2008
1 ≤ 10	0,00		0,00		50,00		
Número de pessoas residindo na mesma casa							
> 3	0,00		0,00		30,00		0,7033
3 ≤ 10	100,00		100,00		70,00		
Trabalho remunerado							
Sim	0,00		33,33		50,00		0,7483
Não/aposentado	100,00		66,66		50,00		
Não trabalha por conta do LES							
Sim	100,00		100,00		40,00		-
Não	0,00		0,00		60,00		

\* Estatisticamente significativo.

Fonte: dados da pesquisa.



Quanto às condições sociais e econômicas dos pacientes, os resultados obtidos sugeriram que o apoio social e a forma de adquirir a medicação foram significativos ( $p < 0,10$ ). Em relação ao apoio social, a maioria dos pacientes relatou não frequentar nenhum tipo de grupo de apoio, como psicólogo, levando-se em conta que todos os pacientes classificados com baixa adesão declararam não receber qualquer tipo de apoio.

Houve significância quanto aos dados obtidos sobre a forma de aquisição da medicação ( $p < 0,10$ ), onde 7 (70%) dos pacientes com baixa adesão relataram não conseguir os medicamentos com auxílio do Sistema Único de Saúde (SUS), o que prejudicava a continuidade do tratamento. No que concerne aos dados relativos à doença e suas manifestações (tabela 5), não houve correlação com a adesão nas variáveis analisadas ( $p > 0,10$ ). Verificou-se que entre os pacientes entrevistados as primeiras manifestações clínicas da doença ocorreram em média aos  $32,2 \pm 11,81$  anos. O tempo de evolução da doença foi superior a 10 anos nos pacientes com “alta adesão” e inferior que 10 anos nos pacientes com “baixa adesão”.

**Tabela 5:** Distribuição da aderência segundo fatores relacionados à doença e manifestações clínicas

Variável	Alta adesão		Média adesão		Baixa adesão		Valor-p
n= 15	n (2)	%	n (3)	%	n (10)	%	
Idade no início dos sintomas							
≤ 28		50,00		0,00		50,00	0,3275
> 28		50,00		100,00		50,00	
Tempo de evolução da doença							
≤ 10		50,00		33,33		60,00	0,765
> 10		50,00		66,66		40,00	
Hospitalização							
Sim		50,00		66,66		80,00	0,7363
Não		50,00		33,33		20,00	
Frequência de hospitalizações							
0 ≤ 3		100,00		100,00		87,55	1
> 3		0,00		0,00		12,55	
Manifestações clínicas:							
Articular							
Sim		100,00		100,00		100,00	-
Não		0,00		0,00		0,00	
Muco-cutâneas							
Sim		100,00		100,00		100,00	-
Não		0,00		0,00		0,00	
Serosite							
Sim		0,00		66,66		0,00	-
Não		100,00		33,33		100,00	
Comprometimento renal							
Sim		0,00		0,00		30,00	-
Não		100,00		100,00		70,00	
Alterações neurológicas							
Sim		0,00		66,66		10,00	-
Não		100,00		33,33		90,00	
Alterações hematológicas							
Sim		100,00		0,00		50,00	-
Não		0,00		100,00		50,00	
Comportamento frente à piora dos sintomas							
Aumenta a dose		0,00		0,00		40,00	0,3626
Não aumenta a dose		100,00		100,00		60,00	

Fonte: dados da pesquisa.

A baixa adesão esteve mais associada com a hospitalização. A amostra foi composta em sua maioria por manifestações articulares e muco-cutâneas. Entretanto o comprometimento renal esteve presente apenas em pacientes com baixa adesão. Na tabela 6, é apresentada a influência dos fatores relacionados à terapêutica medicamentosa. O valor-p obtido pelo Teste Exato de Fisher é apresentado e comparado com um nível de significância de 10% (0,10).

Não houve significância das variáveis analisadas com a adesão ( $p > 0,10$ ). Um fator importante relatado foi o uso da automedicação pela maioria dos pacientes, sendo o analgésico e chás respectivamente os mais relatados. A automedicação pode estar relacionada ao aparecimento de reações adversas a medicamentos (RAM), relatadas pelos pacientes com média e baixa adesão. Dos pacientes com "baixa adesão" que declararam ter apresentado reações adversas aos medicamentos (RAM), 66,66% suspenderam a medicação por conta da reação adversa.

Com relação ao surgimento de RAM, o estudo de Garcia-Gonzales *et al.*<sup>31</sup> encontrou que 40% dos entrevistados interrompem o uso da medicação em decorrência de reações adversas, valores estes semelhantes dos aqui observados. Isso pode ocorrer, devido a possibilidade do medicamento para o tratamento do LES causar efeitos adversos, sendo muitas vezes, omitido pelo médico, para evitar que o paciente sinta o efeito adverso comentado.

**Tabela 6:** Distribuição da aderência segundo variáveis do tratamento medicamentoso

Variável	Alta adesão		Média adesão		Baixa adesão		Valor-p
n= 15	n (2)	%	n (3)	%	n (10)	%	
Número de medicamentos em uso							
≤ 5		0,00		66,66		50,00	0,5692
> 5		100,00		33,33		50,00	
Número de doses ingeridas diariamente							
≤ 6		50,00		33,33		50,00	1
> 6		50,00		66,66		50,00	
Uso de automedicação							
Sim		100,00		100,00		90,00	1
Não		0,00		0,00		10,00	
Presença de dificuldade em tomar medicamentos							
Sim		0,00		100,00		50,00	0,1347
Não		100,00		0,00		50,00	
Descrição da dificuldade Esquecimento							
Sim		0,00		33,33		40,00	-
Não		100,00		66,66		60,00	
Falta de recurso para adquirir à medicação							
Sim		0,00		66,66		60,00	-
Não		100,00		33,33		40,00	
Relato de reação adversa aos medicamentos							
Sim		0,00		100,00		60,00	0,1548
Não		100,00		0,00		40,00	
Comportamento frente à reação adversa							
Mantém o medicamento		0,00		100,00		33,33	0,1469
Suspende o medicamento		100,00		0,00		66,66	
Percepção quanto a eficácia do tratamento							
Sim		100,00		100,00		100,00	-
Não		0,00		0,00		0,00	

Fonte: dados da pesquisa.

A distribuição da aderência segundo ao comparecimento na consulta está descrita na tabela 7 e não houve correlação significativa entre as variáveis e a adesão ( $p>0,10$ ).

Entre os pacientes entrevistados, todos os classificados como “alta adesão” relataram nunca ter faltado a uma consulta, já na “baixa adesão” 70% (7) relatou ter faltado em pelo menos uma consulta. A justificativa mais citada ao não comparecimento pelos pacientes com baixa adesão foi: ter outro compromisso no mesmo horário da consulta 71,42% (5).

**Tabela 7:** Distribuição da aderência segundo o comparecimento à consulta

Variável n= 15	Alta adesão		Média adesão		Baixa adesão		Valor-p
	n=2	%	n=3	%	n=10	%	
Falta à consulta							
	Sim	0	33,33		70		0,1907
	Não	100	66,66		30		
Justificativa à falta							
	Sim	0	0		71,42		0,375
	Não	0	100		28,47		

Fonte: dados da pesquisa.

Os dados encontrados discordam dos resultados obtidos na pesquisa de Tavares et al.<sup>35</sup>, que avaliou os fatores relacionados à baixa adesão em pessoas com doença crônica no Brasil, e apenas vinte pacientes (20,2%) apresentaram baixos níveis de comparecimento às consultas ou interconsultas, e as principais causas foram a dificuldade de transporte por problemas financeiros, e o equívoco com a data agendada da consulta.

Como limitação do estudo, encontram-se o uso de entrevistas (auto relato) para mensurar a adesão ao tratamento medicamentoso do LES, que está sujeito a vieses de aferição. E o próprio delineamento transversal, que não permite identificar as mudanças no estado de saúde e outros fatores que podem influenciar o comportamento de adesão dos pacientes ao tratamento ao longo do tempo.

## DISCUSSÃO

O estudo de Cavicchia et al.<sup>20</sup> corrobora os dados encontrados em relação ao gênero na presente pesquisa, em cuja amostra obteve-se a predominância do gênero feminino, concordando com a literatura, numa proporção de nove a dez mulheres para cada homem. Diante disso, levanta-se a hipótese de que a prevalência do gênero feminino pode estar ligada a fatores hormonais<sup>10</sup>. Em outro ensaio, realizado por Silva e Amadei (2016)<sup>21</sup>, resultados semelhantes foram relatados. Em seu estudo transversal com 39 mulheres, os autores destacaram que a grande maioria era casada (56,4%), com faixa de idade prevalente de 37 a 60 anos (35,9%), seguida de 18 a 24 anos (30,8%). Em contrapartida, Santiago (2014)<sup>22</sup>, que buscou avaliar a gravidade, atividade e prognóstico de pacientes com LES, encontrou uma média de idade em torno de 29,8 anos.

A maioria dos pacientes entrevistados foram classificados com baixa adesão 10 (66,6%). Esse dado foi relativamente semelhante a uma revisão bibliográfica feita por Mehat *et al.*<sup>23</sup>, que avaliou o texto completo de 36 artigos referentes a adesão medicamentosa no tratamento de Lúpus Eritematoso Sistêmico e relatou que, no geral, a porcentagem de pacientes não aderentes variou de 43% a 75%, embora a maioria dos estudos incluídos relatasse que mais da metade dos pacientes com LES não aderem ao tratamento.

Por outro lado, Chehab *et al.*<sup>24</sup> buscaram investigar a adesão ao tratamento do Lúpus e os fatores de influência em pacientes alemães, obtendo como resultado uma maior taxa de adesão quando comparado à presente pesquisa, em que 62,7% dos pacientes relataram alta adesão, contrapondo os dados obtidos na pesquisa.

Acerca do conhecimento de tratar-se de uma patologia crônica e seu tratamento medicamentoso, quase em sua totalidade, os pacientes apresentaram essa percepção e concordaram que hábitos de vida e o tratamento medicamentoso permitem o controle dos sintomas. Esse dado entra em discordância com o estudo de Neder *et al.*<sup>11</sup> quanto ao conhecimento da doença, em que, apesar de as participantes conviverem com o diagnóstico de LES há mais de um ano, a maior parte delas não soube descrever com clareza características dessa doença e as regras que haviam recebido para o tratamento, em linha de base.

Quanto às condições sociais e econômicas dos pacientes, os resultados obtidos sugeriram que o apoio social e a forma de adquirir a medicação foram significativos ( $p < 0,10$ ). Em relação ao apoio social, a maioria dos pacientes relatou não frequentar nenhum tipo de grupo de apoio, como psicólogo, levando-se em conta que todos os pacientes classificados com baixa adesão declararam não receber qualquer tipo de apoio. Esse achado corrobora com o encontrado por Zheng *et al.*<sup>25</sup>, em que, ao comparar o apoio social entre um grupo de chineses com LES e outro com pessoas saudáveis, os resultados mostraram que pacientes com LES apresentavam apoio social pobre. Os pesquisadores levantaram como explicação que, temendo o abandono e incompreensão dos amigos, os pacientes se isolam, diminuindo os contatos sociais.

Em contrapartida, o estudo de Santos *et al.*<sup>26</sup>, que teve por objetivo verificar a associação entre sintomas depressivos e apoio social percebido em mulheres com LES, obteve níveis altos de apoio social pelas participantes, agindo como um fator protetivo pela população estudada. Nesse sentido, é importante frisar que o apoio social pode influenciar um paciente a uma melhor adaptação à vida com uma doença crônica, revelando a importância da inserção do psicólogo.

Houve significância quanto aos dados obtidos sobre a forma de aquisição da medicação ( $p < 0,10$ ), em que 7 (70%) dos pacientes com baixa adesão relataram não conseguir os medicamentos com auxílio do Sistema Único de Saúde (SUS), o que prejudicava a continuidade do tratamento; esse dado vai ao encontro do estudo de Faria *et al.*<sup>27</sup>, em que 55% dos participantes relataram não haver medicação disponível no SUS. Os resultados sugerem que pacientes com LES não contam com a distribuição gratuita e regular dos diversos tipos de medicamentos (nem do protetor solar) indicados para

o controle da doença. Carvalho *et al.*<sup>28</sup> relatam que essa condição difere da oferecida a pacientes hipertensos e diabéticos, por exemplo, que contam com esse benefício por meio da estratégia do Programa Hiperdia ou pela redução no custo das medicações com a implantação das Farmácias Populares.

No que concerne aos dados relativos à doença e suas manifestações (Tabela 5), não houve correlação com a adesão nas variáveis analisadas ( $p > 0,10$ ). Verificou-se que entre os pacientes entrevistados as primeiras manifestações clínicas da doença ocorreram em média aos  $32,2 \pm 11,81$  anos. O tempo de evolução da doença foi superior a 10 anos nos pacientes com “alta adesão” e inferior que 10 anos nos pacientes com “baixa adesão”.

A baixa adesão esteve mais associada com a hospitalização. A amostra foi composta em sua maioria por manifestações articulares e muco-cutâneas. Entretanto, o comprometimento renal esteve presente apenas em pacientes com baixa adesão. A prevalência do maior número de hospitalizações em pacientes com baixa adesão foi semelhante à do estudo de Oliveira *et al.*<sup>29</sup>, em que se percebeu a baixa adesão ao LES como fator preocupante, obtendo a baixa adesão associada com maior risco de hospitalização, lesão renal e mortalidade.

Cavicchia *et al.*<sup>20</sup> entram em divergência com a presente pesquisa. Seu estudo procurou investigar a qualidade de vida dos pacientes segundo as diferentes formas de manifestações clínicas, e a amostra foi composta em sua maioria por pacientes com comprometimento ligados ao sistema articular e renal. A complexidade do regime terapêutico é um fator que pode interferir nas taxas de adesão ao tratamento medicamentoso<sup>30</sup>.

No estudo de Neder<sup>32</sup>, as participantes foram advertidas sobre os riscos do uso de medicamentos sem prescrição nas consultas com o médico. Embora as orientações deste não tenham sido analisadas, o comportamento de evitar efeitos colaterais pelo uso de automedicação foi mantido pelas participantes. Estudos têm demonstrado que advertências podem determinar o seguimento de regras, o que pode ter ocorrido durante a consulta com o médico<sup>33</sup>. A aplicabilidade desses achados ao contexto de orientações terapêuticas indica que apresentar regras que especifiquem o comportamento a ser estabelecido pode favorecer a instalação de comportamentos novos e a diminuição de automedicação e reações adversas<sup>34</sup>.

Os dados encontrados discordam dos resultados obtidos na pesquisa de Tavares *et al.*<sup>35</sup>, que avaliou os fatores relacionados à baixa adesão em pessoas com doença crônica no Brasil, e apenas vinte pacientes (20,2%) apresentaram baixos níveis de comparecimento às consultas ou interconsultas, e as principais causas foram a dificuldade de transporte por problemas financeiros e o equívoco com a data agendada da consulta.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a adesão ao tratamento do Lúpus Eritematoso Sistêmico é

dificultada pelo fato de a doença ser um problema complexo e multifatorial. O paciente terá que conviver com a condição de cronicidade, controlando os sintomas por mudanças comportamentais que independem da cura.

O presente estudo encontrou uma baixa adesão pela maioria dos pacientes e comprovou-se a existência de uma correlação significativa entre a adesão e as variáveis de apoio social e forma de aquisição dos medicamentos. Apesar das limitações, com método indireto (entrevista estruturada) foi possível obter a avaliação dos fatores pelos quais a adesão se torna complexa no tratamento do LES, contribuindo na produção de evidências que podem dar suporte para o direcionamento das intervenções voltadas para o Lúpus Eritematoso no País.

## REFERÊNCIAS

- 1- Tan MKX, Heng TYJ, Mak A. The Potential Use of Metformin, Dipyridamole, N-Acetylcysteine and Statins as Adjunctive Therapy for Systemic Lupus Erythematosus. *Cells*. 2019; 8(4): 323.
- 2- Rodrigues RF, Peres LAB, Miolo N. Uso de tacrolimus na nefrite lúpica. *Rev. Soc. Bras. Clin. Med.* 2017; 15(4): 279-281.
- 3- Costi LR, Iwamoto HM, Neves DCO, Caldas CAM. Mortalidade por lúpus eritematoso sistêmico no Brasil: avaliação de causas segundo o banco de dados de saúde do governo. *Rev. Bras. Reumatol.* 2017; 57 (6): 574-582.
- 4- Freire EAM, Souto LM, Ciconelli RM. Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico. *Rev. Bras. Reumatol.* 2011; 51(1): 70-80.
- 5- Skare TL, Rocha BV. Câncer cervical e mamária em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. *Ver. Bras. Ginecol. Obstet.* 2014; 36(8): 367-371.
- 6- Figueirinha DSV, Almeida IS, Ribeiro IB. O conhecimento do adolescente portador de Lúpus acerca de sua doença: um instrumento para o cuidado. *Adolesc. Saúde.* 2009; 6(2): 19-24.
- 7- Gariup M, Lera-Miguel S, Torres F, Varela E, Serra-Pagès C, González-Navarro A, et al. Autoantibodies, elevated cytokines, and neurocognitive abnormalities in offspring of women with systemic lupus erythematosus: comparison with healthy controls. *Clin. Rheumatol.* 2019.
- 8- Costa LM, Coimbra CC, Batista E. Lúpus eritematoso sistêmico: Incidência e Tratamento em mulheres. *Rev. Uningá.* 2014; 20(1): 81-86.
- 9- Almeida FP, Ferreira EAP, Moraes AJP. Effects of Instruction and Self-Monitoring on Adherence to Treatment of Juvenile Systemic Lupus Erythematosus. *Trends Psychol.* 2019; 27(1): 173-187.
- 10- Neder PRB, Ferreira EAP, Carneiro JR. Adesão ao tratamento do lúpus: efeitos de três condições de intervenção. *Psic. Saúde Doenças.* 2017; 18(1): 203-220.
- 11- Neder PRB, Ferreira EAP, Carneiro JR. Relação entre ansiedade, depressão e adesão ao tratamento em pacientes com lúpus. *Rev. Para Med.* 2015; 29(2): 7-15.
- 12- Santos MO. Avaliação da adesão à terapia medicamentosa em pacientes com lúpus eritematoso



sistêmico, atendidos em hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro, Brasil [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.

13- Oliveira-Filho AD, Morisky DE, Neves SJF, Costa FA, Lyra DP. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: Validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. *Res. Soc. Adm. Pharm.* 2013; 10(3): 554-561.

14- Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol. Saúde Doenças.* 2001; 2(2): 81-100.

15- Almeida Neto J, Rodriguez EL, Brelaz D. Avaliação da adesão ao tratamento e perfil dos pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em Santa Bárbara de Goiás, Brasil [Monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2005.

16- Moreira LB. Adesão ao tratamento farmacológico em doentes renais crônicos atendidos pelo ambulatório do Hospital Universitário Walter Cantídio [Dissertação de Mestrado]. Ceará: Universidade Federal do Ceará, Departamento de Farmácia; 2005.

17- Klein MJ, Gonçalves AGA. Adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF.* 2005; 10 (2): 113-120.

18- Team RC. R: A Language and Environment for Statistical Computing. *dim* (ca533). 2018; 1(1358): 34.

19- Agresti A. (2010). Analysis of ordinal categorical data. John Wiley and Sons. 2010; 656.

20- Cavicchia R, Neto EB, Guedes LKN, Vianna DL. Qualidade de vida em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. *J. Health Sci. Inst.* 2013; 31(3): 88-92.

21- Silva JP, Amadei JL. Influence of medical care in the quality of life (WHOQOL-100) of women living with systemic lupus erythematosus. *Rev. Bras. Reumatol.* 2016; 56(3): 198-205.

22- Santiago MPB, Dantas NCB, Carvalho SBF, Viana RM, Fontenele SMA. Atividade, Gravidade e Prognóstico de pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico – antes, durante e após primeira internação. *J. Health Biol. Sci.* 2014; 2(2): 65-73.

23- Mehat P, Atiquzzaman M, Esdaile JM, Aviña-Zubieta A, De Vera MA. Medication Nonadherence in Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review. *Arthritis Care Res.* 2017; 69(11): 1706-1713.

24- Chehab G, Sauer GM, Richter JG, Brinks R, Willers R, Fischer-Betz R, *et al.* Medical adherence in patients with systemic lupus erythematosus in Germany: predictors and reasons for non-adherence – a cross-sectional analysis of the LuLa-cohort. *Lupus.* 2018; 27(10): 1652-1660.

25- Zheng Y, Ye D, Pan H, Li W, Li L, Li J, *et al.* Influence of social support on healthrelated quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Clin. Rheumatol.* 2009; 28(3): 265-269.

26- Santos LMO, Vilar MJ, Maia EMC. Mulheres com lúpus eritematoso sistêmico, sintomas depressivos e apoio social. *Psicol. Saúde Doenças.* 2017; 18(1): 39-54.

27- Faria DAP, Revoredo LS, Vilar MJP, Maia EMC. Resilience and Treatment Adhesion in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Open Rheumatol. J.* 2014; 8: 1-8.

28- Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JD, Cunha CD. (). Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina- PI. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 7(7): 1885-92.

- 29- Oliveira-Santos M, Verani JF, Camacho LA, Andrade CA, Ferrante-Silva R, Klumb EM. Effectiveness of pharmaceutical care for drug treatment adherence in patients with systemic lupus erythematosus in Rio de Janeiro, Brazil: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017; 18(1): 96.
- 30- Bugni VM, Ozaki LS, Okamoto KY, Barbosa CM, Hilário MO, Len CA, *et al.* Factors associated with adherence to treatment in children and adolescents with chronic rheumatic diseases. *J Pediatr. (Rio J)*. 2012; 88(6): 483-8.
- 31- Garcia-Gonzales A, Richardson M, Popa-Lisseanu MG, Cox V, Kallen MA, Janssen M *et al.* Treatment adherence in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Clin. Rheumatol*. 2008; 27:883-889.
- 32- Neder PRB. Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo entre modelos de intervenção para adesão ao tratamento [Tese de Doutorado]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2015.
- 33- Najjar ECA. Efeitos de regras sobre comportamentos de cuidados com os pés em pessoas com diabetes [Dissertação de Mestrado]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2011.
- 34- Braga MVN, Albuquerque LCD, Paracampo CCP, Santos, JVD. Efeitos de manipulações de propriedades formais de estímulos verbais sobre o comportamento. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2010; 26 (4): 661-673.
- 35- Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev. Saúde Publica*. 2016; 50(2): 10.