



COMO AUMENTAR A ADESÃO TERAPÊUTICA NOS SUBGRUPOS ÉTNICOS?

Referência: Manias E, Williams A. Medication adherence in people of culturally and linguistically diverse backgrounds: a meta-analysis. *Ann Pharmacother* 2010 Jun; 44 (6): 964-82 [acedido em 26/08/2010].

Questão Clínica

Será possível melhorar a adesão terapêutica dos subgrupos étnicos através de intervenções de tipo psicossocial ou educacional?

Resumo do estudo

A adesão terapêutica ocorre quando a conduta do utente coincide com a prescrição clínica. A não adesão à terapêutica em patologias crónicas é responsável pelo aumento da morbilidade, da mortalidade e por gastos em novos medicamentos e hospitalizações. Estima-se que a sua prevalência varie entre 4 a 92% (EUA). Vários estudos têm mostrado uma não adesão à terapêutica nos subgrupos étnicos em relação à população geral. Nesta meta-análise os autores fizeram uma pesquisa nas bases de dados: *Cochrane Database of Systematic Reviews, Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature, EMBASE, Journals@Ovid, PsychInfo, Pubmed, Science Direct, Scopus e Web of Science*, de artigos publicados entre 1978 e 2009 e na língua inglesa. Os termos MeSH utilizados foram: *ethnic groups, healthcare disparities, medication adherence, cultural diversity, transients and migrants, emigrants and immigrants, intervention studies e outcome assessment*.

Foram incluídos estudos publicados, aleatorizados e não aleatorizados, controlados e não controlados, prospectivos e retrospectivos, que tinham como ob-

jectivo primário e/ou secundário a adesão à terapêutica e que estudaram o efeito de intervenções do tipo psicossocial ou educacional. As amostras incluíram utentes e cuidadores de indivíduos dependentes (por ex., pais de crianças pequenas) aos quais tinha sido prescrita medicação para uma patologia aguda ou crónica. Foram só considerados trabalhos que estudaram a adesão terapêutica em subgrupos étnicos. Foram excluídos artigos com referência a subgrupos étnicos apenas na caracterização demográfica da amostra, sem ter em conta as necessidades especiais nestes subgrupos; estudos que tenham avaliado efeito de outros tipos de intervenção que não as supracitadas (por ex., comparação entre toma única ou duas tomas/dia) ou que não tenham estudado o efeito de uma intervenção.

Foram analisados 994 resumos, dos quais foram seleccionados 72 artigos de acordo com os critérios de selecção. Destes foram excluídos 26 artigos, principalmente por não avaliarem intervenções educacionais e psicossociais ou por não estudarem a adesão à terapêutica. Foram incluídos 46 estudos: 36 ensaios clínicos controlados e aleatorizados, dois estudos de corte e oito quase-experimental. As intervenções utilizadas foram a utilização de figuras esquemáticas, folhetos, DVDs, dispositivos electrónicos de temporização, contactos telefónicos, visitas domiciliárias, sessões presenciais individuais ou de grupo e focavam a aprendi-



zagem sobre a patologia de base e a auto monitorização dos seus sintomas.

A duração das intervenções variou entre 1 a 24 meses. A medição da adesão terapêutica foi feita através de relatos dos próprios indivíduos (mais comum), consulta de processos clínicos, registos farmacêuticos ou utilização de sistemas de monitorização de medicação.

Segundo os autores, o número de trabalhos com boa qualidade metodológica foi limitado. Os resultados obtidos nas meta-análises com amostras contendo indivíduos dos subgrupos não demonstraram qualquer efeito benéfico estatisticamente significativo deste tipo de intervenções na adesão terapêutica.

Não foi possível demonstrar efeito benéfico com as intervenções do tipo educacional e psicossocial na adesão terapêutica nos subgrupos étnicos focados nos estudos, o que pode estar relacionado com as limitações metodológicas dos estudos incluídos.

Os autores apontaram as seguintes limitações da meta-análise: a inclusão apenas de artigos publicados na língua inglesa, a não inclusão de estudos por publicar, o facto de a maior parte dos estudos incluírem na amostra indivíduos da população geral e dos subgrupos étnicos, sem calcularem os resultados das intervenções na adesão separadamente para os subgrupos (poderá ter ocultado potenciais efeitos benéficos nestes últimos). Para trabalhos futuros, os autores sugerem que os estudos incidam num maior número de subgrupos étnicos diferentes, contendo amostras maiores e tenham em conta que, para diferentes grupos étnicos (com diferenças de língua, religião, suporte familiar, contexto socioeconómico e educacional) podem ser necessárias diferentes tipos de intervenção. É importante minimizar a generalização mesmo no seio de cada subgrupo.

Comentário

A importância do tema abordado prende-se com as consequências da não adesão terapêutica e com o número crescente de indivíduos imigrantes de várias nacionalidades no nosso país. A não adesão ao tratamento constitui um grande desafio para o Médico de Família que, por ter com os utentes uma interação duradoura, deve ter em conta as características de cada subgrupo populacional na comunicação e abordagem terapêutica de forma a minimizar o mais possível este problema. Embora este estudo não tenha demonstrado qualquer efeito benéfico das medidas educacionais ou psicossociais utilizadas (**LOE 1a**), é indispensável repensar a abordagem destes utentes sendo, no entanto, imprescindíveis estu-

dos adicionais que determinem qual o tipo de medida mais adequada. No entanto sabemos que a comunicação e a relação médico-utente funcional, tendo em conta uma abordagem centrada no doente e não na doença, são factores fundamentais para o aumento da adesão à terapêutica. É preciso negociar com o utente as opções terapêuticas tendo em conta o seu contexto biopsicossocial e promover a sua auto responsabilização, evitando uma abordagem paternalista.

Cláudia Estevão
USF Amora saudável – CS Amora
Fátima Tavares
USF S. Julião – CS Oeiras