

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem

PATRÍCIA ANDRÉA CRIPPA MARQUES

**Pacientes com câncer em tratamento ambulatorial em
um hospital privado: atitudes frente à terapia com
antineoplásicos orais e locus de controle de saúde**

São Paulo
2006

PATRÍCIA ANDRÉA CRIPPA MARQUES

**Pacientes com câncer em tratamento ambulatorial em
um hospital privado: atitudes frente à terapia com
antineoplásicos orais e locus de controle de saúde**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem

Programa de Enfermagem na Saúde do
Adulto

Orientadora:
Dra. Angela Maria Geraldo Pierin

São Paulo
2006

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Marques, Patrícia Andréa Crippa.

Pacientes com câncer em tratamento ambulatorial em um hospital privado: atitudes frente à terapia com antineoplásicos orais e locus de controle de saúde. / Patrícia Andréa Crippa Marques. – São Paulo, 2006.

147 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ângela Maria Geraldo Pierin

1. Neoplasias 2. Antineoplásicos (aplicações terapêuticas)
3. Atitudes frente à doença. I. Título.

Dedicatória

*Aos **meus pais, Luiz e Katlem** pela minha
educação e incentivo.*

*Ao **meu marido, Jaime** pelo apoio e compreensão
dedicados durante todo este período.*

*Aos **meus amados filhos, Beatriz e Gabriel**, por
abrirem mão de parte da minha atenção para que
este estudo pudesse chegar ao fim.*

Agradecimentos

Neste momento tão especial da minha vida, muitas pessoas merecem ser lembradas:

***Profª Dra. Angela Maria Geraldo Pierin**, pela competência profissional e paciência na orientação.*

*Professores **Dr. Paolo Meneghin e Dra. Silvia Secoli** , pelas sugestões e considerações na qualificação.*

*Professora **Roselena Bergamasco** pela participação na avaliação do instrumento.*

*Gerente **Lúcia Giunta** pelo auxílio na elaboração do projeto inicial e pela participação na avaliação do instrumento.*

*Coordenadora do Centro Oncológico **Wânia Baia** pela força e pelo reconhecimento da minha profissão.*

*Aos médicos **Dra. Yana Novis e Dr. Oren Smaletz** pela participação na avaliação do instrumento.*

*Enfermeiras, farmacêutica e técnica de enfermagem **Elisabete**, do Centro Oncológico pela amizade e ajuda no recrutamento de pacientes.*

***Enfermeiras e funcionários da Clínica Paulista de Oncologia** pela gentileza na busca por informações em prontuários.*

*Estatística **Julia Fukushima** pela assessoria.*

*Funcionária **Marisa Perez** pela formatação do trabalho.*

*Bibliotecárias **Kioko e Nadir** pela revisão bibliográfica.*

*Funcionário **José Belém** pela revisão de português.*

*Secretária do lar **Marilene** pela dedicação à minha casa.*

*Aos casais amigos **Tathiany e Robinson, Isabel e Vicente, Ricardo e Célia, Cláudia e Norberto, Melissa e Eduardo, Priscila e Eduardo, Carlos e Fátima** pelo apoio*

*A **todos os familiares**, em especial aos meus irmãos **André e Renata e cunhada Rosana** pela torcida.*

***Aos pacientes** pelo interesse em participar deste estudo.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis sócio-demográficas. São Paulo, 2006.....	44
Tabela 2 - Variáveis relacionadas ao diagnóstico médico e ao tratamento. São Paulo, 2006 ..	46
Tabela 3 - Tratamentos associados à terapia com antineoplásicos via oral e uso de terapias alternativas. São Paulo, 2006.	48
Tabela 4 - Interrupção do tratamento com antineoplásicos via oral. São Paulo, 2006.....	49
Tabela 5 - Teste de Morisky e Green. São Paulo, 2006	50
Tabela 6 - Escala de Locus de Controle da Saúde. São Paulo, 2006	52
Tabela 7 - Distribuição dos pacientes de acordo com o total de pontos obtido na Escala de Locus de Controle da Saúde. São Paulo, 2006.....	55
Tabela 8 - Médias, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios da Escala de Locus de Controle da Saúde. São Paulo, 2006.....	56
Tabela 9 - Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento. São Paulo, 2006.....	57
Tabela 10 - Distribuição dos pacientes de acordo com o total de pontos obtido no questionário “Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento”. São Paulo, 2006.....	60
Tabela 11 - Variáveis com associação estatisticamente significativa com o Teste Morisky e Green. São Paulo, 2006.	61
Tabela 12 - Variáveis com associação estatisticamente significativa e a Escala de Locus de controle da Saúde. São Paulo, 2006.	63
Tabela 13 - Variáveis com associação estatisticamente significativa e os Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento. São Paulo, 2006.....	66
Tabela 14 - Variável com associação estatisticamente significativa com a média dos fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento. São Paulo, 2006.	69

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1. O Câncer como doença crônica	9
1.2. Terapia antineoplásica via oral	15
1.3. Adesão ao tratamento	20
2. OBJETIVOS	29
3. MATERIAL E MÉTODO	32
3.1. Tipo de pesquisa	32
3.2. Local onde foi realizado o estudo	32
3.3. Casuística	33
3.4. Coleta de dados.....	34
3.5. Análise estatística dos dados	40
3.6. Comitê de Ética	41
4. RESULTADOS	43
4.1. Variáveis sócio-demográficas.....	43
4.2. Variáveis relacionadas ao diagnóstico médico e ao tratamento.	45
4.3. Teste Morisky e Green, Escala de Locus de Controle da Saúde e Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento.	50
4.4. Variáveis com associação estatisticamente significativa	61
5. DISCUSSÃO	71
5.1 Variáveis sócio-demográficas.....	71
5.2. Variáveis relacionadas ao diagnóstico médico e ao tratamento.	76
5.3. Teste Morisky e Green	94
5.4. Escala de Locus de Controle da Saúde	96
5.5. Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento.....	102
5.6. Variáveis com relação estatística significativa ($p < 0,05$).....	107
6. CONCLUSÕES	117
REFERÊNCIAS	123
ANEXOS	122

RESUMO

MARQUES, PAC. **Pacientes com câncer em tratamento ambulatorial em um hospital privado: atitudes frente à terapia com antineoplásicos orais e locus de controle de saúde**

Introdução O câncer é uma doença crônica que ocupa posição de destaque. A adesão, as atitudes e o comportamento dos pacientes têm sido freqüentemente relatados como um fator determinante para o sucesso da terapia com antineoplásicos orais. **Objetivos** Caracterizar o perfil de pacientes com terapia antineoplásica via oral, aspectos da doença, atitudes, crenças e percepções frente à doença e tratamento. **População e Método** Foram estudados 61 pacientes com diagnóstico de câncer sob terapia antineoplásica via oral em um ambulatório de hospital particular da cidade de São Paulo. Os instrumentos de avaliação usados foram Teste Morisky e Green, Escala de Locus de Controle da Saúde e um questionário sobre fatores que podem interferir no tratamento medicamentoso. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes. **Resultados** Os pacientes estudados eram 64% mulheres, $54,8 \pm 15,6$ anos, 95% brancos, 74% casados; 80% com ensino superior; 37% com renda entre 5 a 10 salários mínimos; 29% ocupavam atividades administrativas e comerciais; 34% tinham câncer gastrointestinal; 34% dos pacientes faziam uso de Capecitabina; tempo de doença de $37,1 \pm 62,2$ meses; tempo de tratamento $14,4 \pm 25,1$ meses; e tempo de tratamento com antineoplásico oral $8,6 \pm 14,8$ meses. O Teste Morisky e Green foi positivo em 28% dos pacientes e 25% afirmaram interrupção do tratamento. Na Escala de Locus de Controle da Saúde os valores do locus de controle interno ($21,7 \pm 4,3$) e externo-outros poderosos ($22,5 \pm 4,1$) foram semelhantes e o menor valor foi no domínio externalidade-acaso ($16,5 \pm 6,0$), além de que os pacientes informaram poucas dificuldades que podem influenciar a adesão ao tratamento antineoplásico oral. Houve as seguintes associações estatisticamente significantes ($p < 0,05$): **1-** Pacientes com teste de Morisky e Green positivo tinham maior tempo de tratamento e em relação ao medicamento oral, a positividade ocorreu em dois pacientes em uso de Mercaptopurina e cerca de um quarto com uso de Dexametasona, Talidomida e Hormonioterápicos. **2-** Na Escala de Locus de Controle de Saúde os pacientes que apresentaram maiores índices de internalidade eram do sexo masculino, que não realizaram cirurgia, não faziam massagem, com menor tempo de doença e de tratamento. Os pacientes com maiores índices de externalidade-outros poderosos interromperam o tratamento. Os pacientes que apresentaram maiores índices de externalidade-acaso faziam uso de antineoplásico oral continuamente e não praticavam rituais religiosos como outras formas de tratamento. **3-** O questionário que avaliou os fatores frente ao tratamento mostrou que os pacientes que apresentaram mais dificuldade, tinham mais tempo de tratamento com antineoplásico via oral. **Conclusões** Os pacientes apresentaram atitudes positivas frente ao tratamento com medicamentos antineoplásicos orais e relataram poucas dificuldades no manejo da terapia.

Palavras-chave: Câncer, terapia antineoplásica, adesão, Escala de Locus de Controle de Saúde, Teste Morisky e Green.

ABSTRACT

MARQUES, PAC. **Patients with cancer undergoing ambulatory treatment in a private hospital: attitudes regarding therapy with oral antineoplastic drugs and Health Locus of Control.**

Introduction Cancer is a chronic disease ranked in an outstanding position. Patients' compliance, attitudes and behavior have been frequently reported as a determining factor for the success of the therapy with oral antineoplastic drugs. **Objectives** Characterize oral antineoplastic therapy patients' profiles, disease aspects and behavior, beliefs and perceptions with regard to the disease and the treatment. **Population and Method** Sixty-one patients diagnosed with cancer undergoing oral antineoplastic therapy in the out-patient unit of a private hospital in the city of São Paulo were studied. Assessment instruments applied were Morisky and Green Test, Health Locus of Control Scale and a questionnaire on factors that can interfere in drug treatment. $P < 0.05$ values were considered statistically significant. **Results** Patients studied were 64% women, 54.8 ± 15.6 years, 95% white, 74% married; 80% university graduated; 37% with monthly income between US\$ 817.75 to US\$ 1635.50; 29% worked on business and administrative activities, 34% had gastrointestinal cancer; 34% took Capecitabine; length of time of the disease was 37.1 ± 62.2 months; length of time of the treatment 14.4 ± 25.1 months; and length of time of oral antineoplastic therapy 8.6 ± 14.8 months. Morisky and Green Test was found to be positive in 28% of the patients and 25% stated having interrupted the treatment. In the Health Locus of Control (HLC) Scale, the scores of internal HLC (21.7 ± 4.3) and powerful others externally HLC (22.5 ± 4.1) were similar. The lowest score was observed in the dimension of chance external HLC (16.5 ± 6.0). Besides, patients reported few difficulties that can influence on their compliance with oral antineoplastic treatment. The following statistically significant ($p < 0.05$) associations were observed: **1**-Patients showing positive Morisky and Green test were longer under treatment in relation to the oral drug. Positive tests were observed in two patients using Mercaptopurine and in roughly one fourth, using Dexamethasone, Thalidomide and Hormonietherapics. **2**-In Health Locus of Control Scale, men who did not undergo surgery, did not use to have a massage and with shorter time of disease and treatment were those who showed higher scores in Internal HLC. Patients with higher scores in the dimension of powerful others external HLC interrupted the treatment. Patients who showed higher scores in the dimension of Chance External HLC used oral antineoplastic drugs continuously and did not took part in religious rituals as other forms of treatment **3**-The questionnaire that assessed aspects related to the treatment revealed that patients who showed more difficulties, were being treated with oral antineoplastic drugs for a longer time. **Conclusions** Patients showed positive attitudes regarding the treatment with oral antineoplastic drugs and reported few difficulties to lead with the therapy.

Key-words: Cancer, antineoplastic therapy, compliance, Health Locus of Control Scale, Morisky and Green Test.



Introdução

1. INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios da equipe multiprofissional que atua na assistência a pacientes oncológicos em tratamento com antineoplásico oral é avaliar a adesão ao tratamento. Este tipo de tratamento quimioterápico administrado por via oral, tem sido preferido pelos pacientes, porém temido pelos profissionais de saúde, uma vez que o paciente pode inverter sua posição de sujeito passivo perante sua doença para tornar-se ativo no manejo do seu tratamento. Conhecer os fatores que interferem na adesão do paciente é uma importante ferramenta para os profissionais que acompanham a evolução do doente crônico.

A motivação para a elaboração deste estudo foi justamente acompanhar de perto os momentos pelos quais um paciente com diagnóstico de câncer enfrenta, desde a descoberta da doença, a ansiedade da primeira consulta, o medo da aplicação de antineoplásicos e dos efeitos colaterais, até sua recuperação ou em casos mais severos ou avançados, a morte. O enfermeiro não só desempenha papel instrumental por realizar técnicas ou orientações, ele também se envolve com o paciente e com os familiares e vibra ou chora dependendo das circunstâncias.

1.1. O Câncer como doença crônica

As doenças crônicas são caracterizadas por história natural prolongada, fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos e

biológicos conhecidos e desconhecidos, longo período de latência e curso assintomático, curso clínico em geral prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação, evolução para graus variados de incapacidades ou para a morte ¹.

Tratar um doente crônico requer conhecimento e experiência prática e tem como objetivo, “prevenir complicações, impedir ou retardar o aparecimento de outras morbidades associadas e reduzir a mortalidade precoce²”. A não adesão do paciente portador de doença crônica ao tratamento faz com que os objetivos da terapia não sejam atingidos, ocasionando piora do seu estado de saúde, com conseqüentes mudanças na sua vida, inclusive “incapacidade para o trabalho, marginalização, diminuição de renda, perda da escolaridade e aumento dos custos econômicos³”.

Nos países desenvolvidos, o cumprimento dos tratamentos prolongados é de aproximadamente 50% e nos países em desenvolvimento este número é menor devido à escassez de recursos financeiros⁴.

O câncer é um problema de saúde pública. No Brasil, é a segunda causa de morte, seguido pelas afecções cardiovasculares. A sobrevivência em cinco anos, que era de poucos pacientes no início do século, é superior a 50% nos dias de hoje e dois fatores contribuíram para isso: o diagnóstico precoce e a terapêutica multidisciplinar ⁵. Apesar disso, no ano de 2003, foram registrados 133 mil óbitos por neoplasias malignas, mais da metade destes óbitos só na região sudeste⁶. Estudos americanos estimam, 1.368.030 novos casos de câncer e 563.700 mortes para o ano de 2004⁷.

No Brasil, as estimativas para o ano de 2006 apontam 472.050 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção de pele não melanoma, são os de próstata e pulmão no sexo masculino e o de mama e colo do útero para o sexo feminino, acompanhando a mesma magnitude observada no mundo⁸.

Segundo o conceito fornecido pelo Instituto Nacional do Câncer, INCA, câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado, maligno, de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se, por metástase, para outras regiões do corpo⁹.

As causas de câncer são variadas, algumas são bem conhecidas: o cigarro que pode causar câncer de pulmão, a exposição excessiva ao sol que pode causar câncer de pele, alguns vírus que podem causar leucemia. Um estudo caso-controle com 85 casos comparados com 292 controles hospitalares, constatou que tanto o hábito de fumar, quanto o de beber e o do consumo freqüente de pimenta, foram fatores de risco importantes para o câncer de esôfago¹⁰. Alguns tipos de câncer de mama, estômago e intestino parecem ter um forte componente familiar, embora não se pode afastar a hipótese de exposição dos membros da família a uma causa comum. Determinados grupos étnicos parecem estar protegidos de certos tipos de câncer: a leucemia linfocítica é rara em orientais, e o sarcoma de Ewing é muito raro em negros. Indivíduos portadores de retinoblastoma apresentam, em 10% dos casos, história familiar deste tumor⁸.

Os jovens estão fumando cada vez mais cedo e campanhas de combate ao tabagismo devem ser realizadas, principalmente por se tratar de um câncer altamente letal. Na população masculina, o hábito de fumar é responsável por mais de 80% dos casos diagnosticados de câncer de pulmão; entre as mulheres 45% dos casos de câncer pulmonar também são atribuídos ao tabagismo⁸.

As mulheres continuam sendo vítimas do câncer de mama, muito provavelmente porque as pacientes demoram a procurar tratamento e diagnosticam a doença tardiamente. Segundo estudo sobre a não realização do auto-exame das mamas em 300 mulheres, foram abordadas, sendo que 39,67% disseram realizar o auto exame enquanto que 60,33% referiram não realizá-lo periodicamente. Os principais motivos apontados para a não realização do exame foram: a falta de interesse, não saber fazê-lo e desconhecimento sobre o assunto ¹¹.

O câncer de colo do útero é o segundo mais comum entre mulheres no mundo. Como no caso do câncer de mama, as mulheres devem procurar serviço médico sempre que ocorrerem mudanças no seu organismo. O exame de Papanicolau é o método mais importante de rastreamento desse tipo de câncer ¹², quanto mais precocemente o câncer de colo de útero for descoberto, maiores são as chances da paciente.

O câncer de próstata, na maioria dos casos, acomete os homens na terceira idade, mas os mais jovens devem procurar os serviços de saúde se apresentarem qualquer alteração.

O câncer de estômago em geral não tem bom prognóstico, mas sua incidência tem diminuído graças às mudanças nos hábitos alimentares da população mundial.

A adoção de hábitos saudáveis de vida é capaz de evitar o desenvolvimento de certas doenças, entre elas o câncer. Deste modo, é importante: realizar atividades físicas; ter uma alimentação rica em fibras, frutas e vegetais; reduzir a quantidade de gordura na alimentação, principalmente a de origem animal; manter o peso na medida certa; diminuir o consumo de álcool, de preferência não fumar e se proteger contra raios solares.

O tratamento do câncer inclui diferentes formas como tratamento cirúrgico, radioterápico, quimioterápico, hormonioterápico, imunoterápico, transplante de medula óssea, ou a combinação de mais de uma modalidade terapêutica. O tratamento tem objetivo paliativo ou curativo, e isso vai depender de alguns fatores, como localização, tamanho e grau de agressividade do tumor, idade do paciente e estágio da doença.

A terapia com quimioterápicos é uma modalidade de tratamento que emprega substâncias químicas, também denominadas drogas antineoplásicas ou citotóxicas capazes de matar as células neoplásicas, através da regressão do tumor ou das metástases, fornecendo ao doente a cura ou o controle da doença ou melhorando a qualidade de vida do paciente. As evidências do uso de drogas quimioterápicas remontam ao século passado, com o uso do arsênico, o cobre e o chumbo, a descoberta da solução de Fowler (arsenito de potássio) por Lissaver em 1885 e da toxina de Coley, combinação de produtos

bacterianos em 1890. A 2ª Guerra foi um marco importante na história da quimioterapia, pois após ataques aéreos e destruição de depósitos de gás-mostarda verificou-se mielodepressão em indivíduos contaminados. Esse acontecimento despertou a atenção de farmacologistas clínicos. Nas décadas que se seguiram pode-se observar um rápido desenvolvimento da quimioterapia anti tumoral com a descoberta de novas drogas ¹³. Podem ser considerados quatro tipos de quimioterapia dependendo do seu objetivo: neoadjuvante realizada antes da cirurgia, adjuvante realizada após a cirurgia, curativa e a paliativa quando há disseminação da doença.

A maioria dos medicamentos utilizados exerce seu efeito primariamente sobre a multiplicação celular e o crescimento tumoral. Como a multiplicação celular também representa uma característica de muitas células normais, a maioria dos medicamentos também exerce efeitos tóxicos sobre as células normais, particularmente sobre aquelas que apresentam um alto índice de renovação, tais como as células da medula óssea e as células das membranas mucosas¹⁴. Os medicamentos considerados modificadores da resposta biológica, se ligam aos antígenos tumorais associados à superfície celular podendo promover a destruição das células tumorais através de uma diversidade de possíveis mecanismos¹⁵.

Os pacientes em tratamento com drogas quimioterápicas podem experimentar efeitos colaterais, que são na maioria das vezes revertidos com a administração de medicamentos, diminuição de dose, ou mesmo a suspensão temporária ou definitiva da droga. Os efeitos colaterais mais comuns incluem a

fadiga, o mal estar, alopecia, calafrios, náuseas e vômitos e as alterações nos exames laboratoriais¹⁶. Esses efeitos não aparecem em todos os pacientes, depende do protocolo utilizado, e da própria condição física do paciente. As drogas quimioterápicas podem causar outras toxicidades, como alterações cardíacas, dermatológicas, vasculares, metabólicas, neurológicas, dentre outras. Na ocorrência de febre, primeira manifestação de infecção, que pode ser característica da mielotoxicidade induzida pela quimioterapia, geralmente o paciente é internado e submetido a tratamento com antibioticoterapia, acarretando gastos diretos e indiretos, provocando inconveniência e diminuindo a qualidade de vida do paciente¹⁷.

1.2. Terapia antineoplásica via oral

Há atualmente no mercado uma série de drogas quimioterápicas, que podem ser utilizadas de maneira isolada ou em combinação. As drogas quimioterápicas podem ser administradas por via oral e endovenosa, que são as mais comuns, e também pelas vias intramuscular, subcutânea, intra-arterial, intrapleural, intravesical, intraperitoneal, intracavitária e tópica.

A indústria farmacêutica vem desenvolvendo drogas com efeitos tóxicos menos agressivos, que além de bem toleráveis, também são de fácil manejo, trata-se das drogas quimioterápicas orais. Das drogas antineoplásicas circulantes no mercado, 5% são orais, porém dentre as drogas estudadas 25 % são orais¹⁸. As vantagens e as desvantagens das novas drogas orais são discutidas por vários autores, que citam como vantagens a conveniência do

paciente, eliminação da necessidade do acesso venoso, menos tempo fora de casa e do trabalho, aumento da independência por conta da auto-administração, e ainda alguns medicamentos são associados com menos efeitos colaterais e menos internações quando comparado com os tratamentos endovenosos¹⁹, causando um forte impacto na qualidade de vida dos pacientes. As desvantagens, incluem variação na absorção dos medicamentos, a adesão do paciente, riscos de acidentes com superdosagem, necessidade do auto cuidado e o manejo dos efeitos colaterais e o custo com os medicamentos²⁰, que nem sempre são cobertos pelos planos de saúde^{19, 21, 22, 23, 24}.

Um dos privilégios de receber o tratamento antineoplásico por via oral é o fato de não receber punções venosas, procedimento invasivo, doloroso, que requer prática e habilidade do profissional. A administração de drogas por via oral é simples, mais econômica, pois não há gastos com materiais e equipamentos. Além disso, é necessário que o paciente esteja consciente e não apresente dificuldades para engolir os comprimidos. Nos Estados Unidos, as injúrias relacionadas ao extravasamento de quimioterápicos, também denominado infiltração por agentes citotóxicos, atingem 11% das crianças e 22% dos adultos submetidos ao tratamento. As complicações mais frequentes incluem lesões teciduais importantes, alteração da função do membro e dor intensa²⁵.

O enfermeiro ao atuar na administração dessas drogas deve optar por uma veia a princípio no dorso da mão e depois no antebraço, evitando as dobras. Nascimento et al realizaram estudo sobre a existência de associações

entre a ocorrência de infiltração e fatores envolvidos na infusão intravenosa. Das 160 inserções foi observada uma incidência de infiltração da ordem de 61,2%. Foram encontradas associações significantes entre a ocorrência de infiltração e o tipo e calibre dos dispositivos intravenosos ²⁶. Por outro lado, os cateteres centrais oferecem ao paciente uma via de acesso mais segura e de longa duração, porém a grande desvantagem é que sua inserção e manutenção não estão isentas do risco de complicações. Estudo realizado com 430 cateteres implantados, mostrou que 90 (20,9%) apresentaram algum tipo de complicação precoce ou tardia ²⁷. Em outro estudo realizado com 49 cateteres semi-implantados, 31 apresentaram uma ou mais complicações ²⁸. As principais complicações se resumem em hematomas, flebites, infecções com ou sem bacteremia, pneumotórax, arritmia cardíaca após colocação do fio guia, trombose venosa, rotação do reservatório, obstrução, sangramentos. Dependendo da complicação e da sua evolução, a retirada do catéter torna-se necessária.

A promessa da terapia com antineoplásico via oral é bem ilustrada pelo uso da Mercaptopurina na terapia de manutenção para leucemia linfoblástica aguda em crianças e também com a ciclofosfamida que tem sido um componente importante da terapia adjuvante de câncer de mama por uma década, permitindo a auto-administração em um cenário conveniente e possibilitando ao paciente desempenhar um grande papel em sua terapia ²⁹.

A atuação do enfermeiro depois de detectado o câncer é fundamental e continuará durante todo o tratamento, inclusive na terapia antineoplásica via

oral. O enfermeiro que atua com pacientes oncológicos, precisa ter conhecimento suficiente para desenvolver intervenções individualizadas levando em consideração as necessidades físicas, psicossociais e culturais do indivíduo, demonstrando compreensão, empatia, respeito e paciência. Que percepção o paciente tem sobre sua saúde ? Sua condição de saúde é determinada por ele mesmo ou pelo destino ? Será que ele utiliza algum método cultural ou religioso para prevenir doenças ?

É importante incluir o paciente e seus familiares neste processo para promover a cooperação e o seguimento do regime terapêutico, além de desenvolver uma sensação de controle sobre a doença e o curso do tratamento.

A avaliação do tratamento farmacológico realizada pelo enfermeiro é um “processo contínuo que determina a resposta aos medicamentos prescritos, observa a existência de sinais e sintomas recorrentes da doença ou do desenvolvimento de efeitos colaterais, determina a habilidade do paciente para receber instruções e administrar seus medicamentos e o seu potencial para aderir ao regime terapêutico prescrito³⁰”.

A resposta ao regime terapêutico e o grau de adesão do paciente ao tratamento são influenciados por diversos fatores, entre eles: crenças sobre a gravidade da doença, percepção dos benefícios trazidos pelo plano de tratamento, crenças, valores e atitudes pessoais em relação à saúde e ao sistema de saúde, incluindo experiências anteriores relacionadas a esse sistema, impacto em seu estilo de vida, causado pelas mudanças propostas,

aceitação ou negação da doença e dos problemas associados a ela, compreensão e entendimento do plano terapêutico, relação entre o custo do tratamento e as condições financeiras do paciente, apoio de pessoas próximas, quantidade de controle sobre as experiências vivenciadas durante a doença, e sobre a sua vida, em última instância, como resultado das alterações, efeitos colaterais do tratamento e grau de desconforto ou incapacidade do paciente, além do nível de respostas positivas obtidas³¹.

O enfermeiro deve estar disposto a abordar os pacientes sem julgá-los, ser capaz de escutar suas preocupações, suas dúvidas, seus medos. A confiança no profissional da saúde pode ter um impacto na atitude do paciente e de seus familiares, e isto poderá influenciar sua reação perante às novas informações ensinadas. Fazer alguma coisa pelo paciente é melhor do que não fazer nada.

Embora pareça que os pacientes com câncer são mais motivados pela gravidade de sua doença e perderiam muito se fossem não-aderentes, as taxas de adesão variam desde índices mais baixos próximos de 20% a índices bem mais favoráveis em torno de 100%^{22, 32}.

Considerando o câncer como uma doença crônica, que requer tratamento prolongado e o antineoplásico oral tendo como um dos fatores negativos a falta de adesão, torna-se necessário maiores esclarecimentos sobre o tema.

1.3. Adesão ao tratamento

Nesse contexto, destaca-se a importância da adesão ao tratamento que pode ser caracterizado como a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o conselho médico ou de saúde³³.

Leite et al analisaram diversos conceitos de adesão e apresentaram a seguinte definição: “utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento, representando a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos³⁴”.

Estudos têm analisado a problemática da adesão ao tratamento no contexto das doenças crônicas. A auto administração de dois medicamentos orais foi abordada em um estudo com 108 pacientes com doenças hematológicas recém-diagnosticadas. O objetivo do estudo foi examinar a adesão medindo tanto os níveis séricos das drogas no sangue, como os autos relatos dos pacientes e examinar as intervenções propostas para aumentar a adesão. Os pacientes do grupo controle foram totalmente aderentes somente 16,8% do tempo para Allopurinol e esta taxa aumentou significativamente para 44% para aqueles que receberam algum tipo de programa de intervenção, seja por meio de educação, suporte psicológico e visitas domiciliares. Com relação ao uso de Prednisona, os pacientes controle foram aderentes 26,8% do tempo, sem melhora desses níveis depois da intervenção. Os autos relatos

hiperestimaram a adesão quando comparado com outro método de avaliação da adesão, as análises das amostras de sangue que continham os metabólitos das drogas³⁵.

Também com a finalidade de investigar a adesão, outro estudo avaliou o tratamento da dor crônica não oncológica em 30 pacientes e considerou como adesão plena o uso correto dos medicamentos, adesão parcial, uso de pelo menos um dos medicamentos e não adesão, não utilização de nenhum dos medicamentos prescritos. Verificou-se após seis meses, que 27 pacientes foram parcialmente aderentes e apenas 3 plenamente aderentes³⁶.

Muitos são os fatores que interferem na adesão do paciente ao tratamento. Dentre os fatores relacionados ao paciente, destaca-se o gênero, idade, etnia, escolaridade, estado civil, nível sócio-econômico; os relacionados ao tratamento, incluem custo e efeitos indesejáveis dos medicamentos e esquemas terapêuticos complexos; nos relacionados aos serviços de saúde, estão a facilidade de acesso ao local, tempo de espera e de atendimento, relacionamento com equipe de saúde; e ainda deve-se considerar os fatores relacionados a crenças e aos hábitos de vida do paciente^{37 38}.

Várias investigações têm sido realizadas no âmbito da temática adesão no contexto das doenças crônicas. Dentre elas o câncer. Estudo com 107 pacientes portadores de doenças hematológicas analisou a não-adesão relacionada aos efeitos físicos adversos em termos de frequência, dificuldade e a interferência na atividade diária. Variáveis como a idade, complexidade do tratamento, severidade da doença, foram analisadas. A náusea foi o efeito

colateral mais freqüente. A náusea, febre e a dor foram os efeitos físicos mais difíceis de tolerar e que impediam as atividades normais. A presença e a freqüência de efeitos físicos adversos não se relacionaram com nenhum aspecto de adesão, mas com a dificuldade em manejar esses efeitos principalmente quando tornavam-se mais severos. Os pacientes mais jovens relataram mais dificuldade em lidar com efeitos físicos adversos, não houve diferença na adesão entre aqueles que tinham alta ou baixa situação sócio-econômica ³⁹.

O custo do medicamento vem atrelado à situação de abandono, como também a dificuldade ou a falta de acesso aos medicamentos. Maior número de medicamentos prescritos parece ser um dos vilões da não-adesão, não apenas pelo custo, mas também pela complexidade da terapêutica que muitas vezes exige atenção e a mudança nos hábitos de vida do paciente.

Para ilustrar tal aspecto, estudo com 17 pacientes em tratamento ambulatorial e 17 pacientes internados portadores de hipertensão arterial sistêmica, foram avaliados quanto aos fatores que facilitam e dificultam o seguimento do tratamento de suas doenças. Observou-se que as dificuldades mais referidas foram a disponibilidade financeira para a compra dos medicamentos e transporte até o local das consultas, a ingestão de alimentos com pouca quantidade de sal e a distância do local de tratamento entre suas residências e o local das consultas. Dos fatores facilitadores apontados no estudo apareceram o recebimento gratuito de medicamentos, facilidade na

marcação de consultas, proximidade do local das consultas e as residências dos pacientes, oferecimento de vale transporte e o apoio familiar ⁴⁰.

Em outra pesquisa com 37.431 pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2, na Califórnia, EUA, concluiu-se que os que usavam monoterapia aderiram 36% mais ao tratamento, comparado àqueles que faziam uso de politerapia medicamentosa⁴¹.

As medidas para o tratamento e controle das doenças crônicas são várias e acabam por influir diretamente na mudança de vida das pessoas. Pacientes portadores de doenças crônicas recebem tratamentos prolongados, muito provavelmente para o resto da vida. Necessitam de medicamento diário, consultas de acompanhamento e exames rotineiros, porém não implica simplesmente em ingerir um medicamento, mas em alterar padrões já estabelecidos ao longo da vida.

Tem sido uma grande preocupação para os profissionais de saúde acompanhar esse processo, e os médicos, que acreditavam estar desempenhando perfeitamente seu papel no consultório, perceberam que não basta prescrever o medicamento. A consulta deve ser agradável, as orientações e as dúvidas devem ser sanadas, até que o paciente se sinta seguro e confiante no tratamento. Rocha coloca que o “ato médico não se encerra na prescrição”, precisa haver uma mudança de pensamento e de ação por parte dos médicos para que o tratamento proposto seja entendido e seguido pelos pacientes ⁴².

Liu examinou essa questão sobre a preferência de 103 pacientes e mais de 90% preferiu o tratamento com drogas orais. As razões para as

preferências das pacientes foram: conveniência (57%), interesses atuais ou dificuldades de acesso venoso (55%) ou preferência para controlar a administração da quimioterapia ⁴³.

A adesão parcial, a falta de adesão e a adesão inadequada podem prejudicar o rumo do tratamento do paciente oncológico. Em um estudo, foram analisados os efeitos do tratamento com Ciclofosfamida, Metrotexate e Fluorouracil, em pacientes com câncer de mama, e os resultados mostraram que o protocolo foi útil somente quando administrada a dose próxima ou igual a 85% da inicialmente planejada ⁴⁴.

No contexto da assistência aos pacientes com AIDS, o enfermeiro mostra-se ser o profissional mais familiarizado com o problema e o desafio da adesão, uma vez que, de um modo geral, já possui ampla experiência com outras doenças crônicas como na abordagem a pacientes com diabetes *mellitus*, hipertensão arterial ou em uso de terapêutica psiquiátrica, sendo por conseguinte, um profissional adequado para esta intervenção ⁴⁵. No caso de paciente oncológico não é diferente. Segundo Griffin, o enfermeiro com experiência em oncologia pode ter papel significativo ao promover a segurança e adesão do paciente à terapêutica prescrita ⁴⁶.

O tema adesão vem sendo abordado com o intuito de planejar estratégias para auxiliar a equipe de saúde no manejo das doenças crônicas. Métodos para medir a adesão, como a contagem dos comprimidos e as entrevistas, devem ser melhores estruturados para cercar ainda mais o paciente e garantir fidedignidade nos resultados.

Em um estudo, a adesão ao medicamento oral Tamoxifeno foi avaliada comparando os métodos de contagem de comprimidos, auto-relato e monitorização microeletrônica de 26 pacientes por quase 3 meses. O auto-relato dos pacientes e a contagem de comprimidos hiperestimaram o grau de adesão ³².

Outro estudo utilizou um “inteligente” frasco eletrônico de comprimidos para avaliar a adesão de 21 pacientes portadores de Doença de Hodgkins e não-Hodgkins em tratamento com quimioterapia oral. Os resultados foram animadores, a adesão foi total ($100\% \pm 20,6\%$), com adesão mais baixa quando o medicamento era tomado 3 vezes ao dia (redução média de 10%). Apesar dos dados obtidos, o método não pode ser considerado perfeito, uma vez que a abertura do frasco não garante a ingestão do medicamento ⁴⁷.

As estratégias para uma melhor adesão do paciente ao tratamento devem também incluir, a identificação dos grupos de maior risco, educação, auto-cuidado, visita domiciliar, reuniões multiprofissionais, fixação das equipes de atendimento, bem como sua qualidade de vida, seus hábitos e costumes.

Dessa forma, o tema adesão tem sido discutido por vários autores, em várias especialidades, incluindo trabalhos com pacientes hipertensos, diabéticos, em uso de anticoagulação oral, antiretrovirais, porém na área de oncologia, são poucos os trabalhos publicados. O tema adesão por si só já é interessante, associado com câncer e antineoplásicos via oral torna-se ainda mais relevante.

O câncer é uma doença crônica não transmissível temido pelas pessoas e de grande repercussão no mundo. Toda novidade que diz respeito ao câncer, é veiculada em diversos meios de comunicação. Quem não tem um parente, um colega, um familiar com câncer? As informações quando fornecidas corretamente tem o poder de alterar pensamentos e comportamentos. Será de fundamental importância analisar como os pacientes oncológicos reagem frente a este novo tipo de tratamento, os antineoplásicos orais.

Para analisar a adesão, no presente estudo, optou-se pela utilização do teste de Morisky e Green^{50 51} e pela Escala de lócus de controle da saúde, de autoria de Keneth A. Wallston, Bárbara S. Wallston e Robert De Vellis, adaptada por Marília F. Dela Coleta⁴⁸ para o nosso meio, além de questões específicas sobre os motivos que podem dificultar o tratamento.

As formas de percepção do indivíduo sobre seus problemas de saúde e as implicações na adesão ao tratamento podem ser analisadas sob vários aspectos, dentre os quais o de se entender de que maneira o indivíduo interpreta a fonte de controle dos acontecimentos em que estão envolvidos, inclusive no que diz respeito aos agravos à saúde; assim, pode sentir-se controlador dos acontecimentos ou sentir que os mesmos são controlados por fatores externos a ele, que poderiam ser outras pessoas, entidades ou mesmo o destino, o acaso e a sorte; trata-se do conceito de “lócus de controle”, que se refere a uma tendência pessoal a explicar os eventos mais interna ou externamente, e para cuja medida diversas escalas foram construídas⁴⁹.

As propriedades do teste Morisky e Green são designadas para facilitar a identificação e avaliação dos problemas e barreiras para uma adesão adequada. O teste pode ser utilizado inicialmente como uma ferramenta de diagnóstico para avaliar os níveis de cumprimento da prescrição por parte dos pacientes e seus comportamentos de adesão. Uma característica importante do Teste de Morisky e Green é a identificação de problemas relacionados com atitudes e comportamentos e a conseqüente utilização de medidas adequadas para resolvê-los^{50 51}. Strelec et al utilizaram em seu estudo o teste de Morisky e Green com o objetivo de relacioná-lo com o controle de hipertensão arterial. Segundo o protocolo do teste, que é composto por 4 questões, considera-se aderente o paciente que obteve pontuação máxima de 4 pontos e não aderente aquele que obteve 3 pontos ou menos. Nesse estudo, 77% dos pacientes foram considerados não aderentes ao tratamento⁵².

Frente aos aspectos destacados quanto à quimioterapia oral e considerando a relevância do tema e o interesse da autora, foi realizado estudo em um hospital privado com pacientes oncológicos sob tratamento com antineoplásicos orais. Da atividade da autora junto a esses pacientes surgiram questionamentos tais como:

- como os pacientes têm enfrentando o tratamento?
- os pacientes em alguma fase do tratamento interrompem o uso da terapia com antineoplásico oral?
- e quais os fatores que podem influenciar na adesão do paciente ao tratamento com antineoplásico via oral?



Objetivos

2. OBJETIVOS

Portanto, face aos questionamentos, a presente proposta teve como objetivo principal caracterizar o perfil de pacientes com câncer em uso de medicamentos via oral de ação antineoplásica.

Objetivos específicos

Caracterizar os pacientes em relação a:

- Variáveis sócio-demográficas como: idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, ocupação e renda salarial familiar
- Variáveis relacionadas à doença e ao tratamento incluindo: diagnóstico médico, descoberta da doença, medicamentos antineoplásicos orais, modalidades de tratamento, uso de terapias alternativas, tempo de doença, tempo em tratamento, tempo de tratamento com antineoplásicos via oral e motivos de interrupção do tratamento.
- Caracterizar os aspectos da doença e do tratamento relacionados, incluindo a interrupção, Teste Morisky e Green e um questionário específico sobre fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento com antineoplásicos via oral.
- Caracterizar as crenças ou percepções utilizando a Escala de Locus de Controle da Saúde.

- Identificar as variáveis que se associaram com Teste Morisky e Green, Escala de Locus de controle da Saúde e dos Fatores que podem influenciar no tratamento com antineoplásicos orais.



Material e Método

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com estudo exploratório, de campo.

3.2. Local onde foi realizado o estudo

O estudo foi realizado em uma instituição de saúde privada, na cidade de São Paulo. A instituição é considerada de grande porte, atende a várias especialidades, dentre elas, a área de Oncologia. O setor de oncologia engloba o ambulatório, o serviço de radioterapia, as unidades de internação com 30 leitos, incluindo iodoterapia e braquiterapia, e o transplante de medula óssea.

No Hospital há várias equipes de Oncologistas e Hematologistas, responsáveis pelos pacientes tanto ambulatoriais como internados. As consultas são marcadas nos consultórios fora e dentro do hospital. Os pacientes iniciam o tratamento geralmente com uma consulta inicial agendada ou através de indicação de outro médico ou hospital. A maioria dos pacientes possui convênios de saúde e uma minoria é atendida e tratada como particulares. Existe ainda, os pacientes de pesquisa e os que se beneficiam da filantropia, por exemplo, crianças de uma comunidade beneficente próxima ao hospital.

No ambulatório de quimioterapia, local onde foram abordados os pacientes desse estudo, trabalham cinco enfermeiros, um farmacêutico, um técnico de farmácia, e vários funcionários em cargos administrativos. O enfermeiro realiza entre muitas outras funções, a consulta de enfermagem, que abrange a verificação dos sinais vitais, exame físico, e uma breve anamnese, para posteriormente planejar o atendimento ao paciente. O planejamento engloba vários aspectos, dependendo do estado de saúde do paciente ou do objetivo de seu comparecimento, o enfermeiro acomodará o paciente em camas ou em poltronas, fará a coleta de sangue para exames laboratoriais, indicará a avaliação da nutrição, do médico ou da psicóloga e providenciará materiais e equipamentos para o atendimento do paciente. No ambulatório deste hospital privado, o atendimento é diferenciado, uma vez que todo enfermeiro é referência de um paciente, ou seja, toda vez que o paciente agenda uma aplicação de quimioterapia, ele é atendido pelo mesmo enfermeiro. Esse tipo de assistência visa estreitar a relação enfermeiro-paciente. Entre as outras funções destaca-se a participação ativa do enfermeiro em cursos, treinamentos e fóruns de discussão sobre temas relativos ao atendimento de pacientes, em especial pacientes com câncer.

3.3. Casuística

A amostra estudada foi composta por 61 pacientes atendidos no serviço descrito e que se enquadraram nos seguintes critérios:

- ter diagnóstico de câncer;

- ter idade igual ou superior a 18 anos;
- estar em tratamento com antineoplásico via oral;
- ser capaz de compreender, verbalizar e responder às questões;
- concordar em participar do estudo através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

3.4. Coleta de dados

Para a coleta dos dados foi utilizada uma ficha contendo os dados dos pacientes e três instrumentos com o objetivo de caracterizar o perfil do paciente oncológico em tratamento com antineoplásicos via oral. Foi elaborado um teste piloto (n=5) para garantir que os pacientes estavam compreendendo as questões.

Ficha de identificação do paciente (anexo I)

A ficha de identificação do paciente constou dos seguintes dados: nome; diagnóstico médico; tempo de doença; tempo de tratamento; modalidade de tratamento: radioterapia, antineoplásico via oral, quimioterapia endovenosa, cirurgia, hormonioterapia, imunoterapia; sexo; idade; etnia: branca, negra, amarela, mulata ou mestiça; estado civil: solteiro, casado, viúvo, separado ou amasiado; escolaridade: analfabeto, ensino fundamental, médio ou superior, mestrado ou doutorado, completo ou incompleto; ocupação atual: aposentado, desempregado, trabalhador com vínculo empregatício, trabalhador autônomo,

do lar ou outros; renda salarial mensal: tomando como base o salário mínimo; número de consultas médicas, a descoberta da doença, tratamento anterior do câncer, interrupção do tratamento e uso de tratamentos alternativos.

Teste de Morisky e Green (anexo II)

O Teste de Morisky e Green foi escrito originalmente na língua inglesa e foi traduzido e validado para a língua portuguesa no estudo de Strelec et al.⁵². A forma de avaliação das questões foi por respostas SIM ou NÃO, em que SIM = 0 e NÃO = 1, sendo que o número máximo de pontuação atingida foi

4. O teste é composto pelas seguintes questões:

1. Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?
2. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?
3. Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio?
4. Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?

Nesse teste o paciente é considerado aderente ao tratamento se obtiver quatro pontos e não aderente se responder pelo menos SIM a uma das questões.

Escala de lócus de controle da saúde (anexo III)

Essa escala foi validada para a língua portuguesa em 1995. É composta de três sub-escalas, cada uma com seis itens, relacionadas às

dimensões “Internalidade para a Saúde” (ILCS), “Externalidade-Outros Poderosos para a Saúde” (PLCS) e “Externalidade-Acaso para a Saúde” (ELCS) ⁴⁸.

As respostas são dadas em escala tipo Likert, com cinco níveis: concordo totalmente, concordo em parte, indeciso, discordo em parte ou discordo totalmente, com valores respectivos de 5, 4, 3, 2, 1. O resultado é fornecido pela soma dos valores das respostas escolhidas de cada item dos domínios e indica o grau em que o sujeito acredita que ele próprio, pessoas poderosas e o acaso controlam seu estado de saúde. Não há pontos de corte. Os escores variam de 6 a 30, valores maiores indicam crença mais intensa em uma das fontes: ele próprio, pessoas poderosas e o acaso ⁴⁸. A seguir estão expostas cada sub-escala com seu conceito e itens:

Internalidade para a saúde: o quanto a pessoa acredita que ela própria controla seu estado de saúde, avaliada pelas seguintes questões:

1. Se eu ficar doente, a minha recuperação rápida vai depender do meu comportamento.
6. Eu posso controlar minha saúde.
8. Quando eu fico doente, normalmente, eu sou o culpado.
12. A principal coisa que afeta minha saúde é o que eu mesmo faço.
13. Se eu me cuidar bem posso evitar doenças.
17. Se eu fizer as coisas certas, eu posso me manter saudável.

Externalidade-outros poderosos para a saúde: o quanto a pessoa acredita que pessoas poderosas controlam seu estado de saúde, avaliada pelas seguintes questões:

3. Para mim, a melhor maneira de evitar doenças é fazer consultas regulares com meu médico.
5. Toda vez que eu não me sinto bem de saúde eu consulto um médico.
7. Se eu estou doente ou com saúde, minha família tem muito a ver com isso.
10. Quem controla a minha saúde são os médicos.
14. Quando eu sarar de uma doença, em geral foi porque as pessoas cuidaram bem de mim (o médico, a esposa, a enfermeira, os amigos, a família, etc).
18. Para ter saúde, eu tenho que obedecer ao meu médico.

Externalidade-Acaso para a saúde: o quanto a pessoa acredita que o acaso controla sua saúde, avaliada pelas seguintes questões:

2. Não importa o que eu faça, se for para eu ficar doente, eu fico mesmo.
4. Muitas coisas que afetam minha saúde acontecem por acaso.
9. A sorte é muito importante para eu me recuperar de uma doença.
11. Minha saúde é principalmente uma questão de sorte ou azar.

15. Não importa o que eu faça, é sempre possível que eu fique doente.

16. Se for meu destino, eu terei saúde.

É possível calcular o escore de internalidade total (IT), que é uma variável derivada dos domínios que avaliam a internalidade.

$IT = I - \frac{OP + A}{2}$, onde:

2

I: é o escore de internalidade obtido por meio do domínio “Internalidade para a Saúde” (ILCS)

OP: é o escore obtido por meio do domínio “Externalidade-Outros Poderosos para a Saúde” (PLCS)

A: é o escore obtido do domínio “Externalidade Acaso para a Saúde” (ELCS).

Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento (anexo IV)

O instrumento apresenta 17 questões relacionadas aos fatores que podem influenciar a adesão do paciente ao tratamento. As respostas são dadas em escala tipo Likert, com cinco níveis: concordo totalmente, concordo em parte, indeciso, discordo em parte ou discordo totalmente, com valores de 5, 4, 3, 2, 1. As questões 14, 15, 16 e 17, apresentam valores invertidos 1, 2, 3, 4, 5. O resultado é fornecido pela soma dos valores das respostas. O mínimo de pontos somará 17 e o máximo 85. O grau de dificuldade em aderir ao tratamento será representado pela seguinte escala :

17 - 34 pontos: nenhuma dificuldade em aderir ao tratamento

35 - 51 pontos: pouca dificuldade em aderir ao tratamento

52 - 68 pontos: moderada dificuldade em aderir ao tratamento

69 - 85 pontos: muita dificuldade em aderir ao tratamento

A adesão total foi considerada quando os valores somados não ultrapassar os 34 pontos. A adesão parcial foi considerada quando os valores somados estiverem entre 35 e 68 pontos. A não adesão foi considerada quando os valores somados ultrapassaram os 69 pontos.

As questões desse instrumento foram elaboradas considerando a atuação profissional junto às pessoas que serão objeto do presente estudo e a temática adesão ao tratamento no contexto das doenças crônicas. Foram formuladas questões referentes à rotina do tratamento com antineoplásico via oral que podem influenciar no cumprimento adequado do tratamento e conseqüente adesão ao mesmo e que incluem os seguintes aspectos:

- efeitos indesejáveis das drogas
- esquecimento de tomar as drogas
- necessidade de ajuda para realização do tratamento
- complexidade do tratamento em relação à quantidade, horário e dose
- aquisição dos medicamentos
- comparecimento ao ambulatório
- relacionamento com a equipe de saúde
- determinação de horários para ingestão das drogas

- armazenamento das drogas

As questões propostas devem medir o mesmo fenômeno, portanto na sua elaboração procurou-se relacioná-las entre si. O instrumento foi submetido a um corpo de 5 juízes incluindo especialistas no assunto adesão em doenças crônicas, tratamento antineoplásico e que concordaram em participar da avaliação do instrumento. As questões foram avaliadas individualmente, a fim de verificar se estavam adequadas em relação à consistência interna, se houve relação com o item que se pretende avaliar; clareza, considerando se as questões eram de fácil entendimento para o paciente; e quanto à valoração eqüitativa, considerando se cada questão possuía valor semelhante às demais. Foram solicitadas também sugestões a respeito de cada uma das questões.

3.5. Análise estatística dos dados

Os dados, depois de coletados, foram organizados em um banco de dados computadorizado e processados eletronicamente. Foram feitas as correlações pertinentes ao estudo. Por se tratar de um estudo descritivo exploratório, a análise dos dados foi exclusivamente quantitativa e foi realizada com o auxílio de um estatístico.

As variáveis qualitativas foram apresentadas em tabelas contendo freqüências absolutas (n) e relativas(%). A associação destas variáveis com a presença de câncer foi avaliada com o teste qui-quadrado ou teste da razão de verossimilhança ou teste exato de Fisher.

As variáveis quantitativas foram apresentadas descritivamente em tabelas contendo média, desvio padrão. As médias foram comparadas com o teste t-Student, as variáveis que não apresentaram distribuição normal foram avaliadas com o teste da soma de postos de Wilcoxon.

Os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

3.6. Comitê de Ética

Esse estudo foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética do hospital onde o estudo foi realizado (anexo VIII).



Resultados

4. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados do estudo, divididos didaticamente em quatro partes:

4.1 Variáveis sócio-demográficas

4.2 Variáveis relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento

4.3 Teste Morisky e Green, Escala de Locus de Controle da Saúde e Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento

4.4 Variáveis com associação estatisticamente significativa

4.1. Variáveis sócio-demográficas

Neste item as variáveis sócio-demográficas dos pacientes pesquisados são apresentadas em forma de tabelas com números absolutos e percentuais. As variáveis estudadas foram, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, ocupação, renda salarial familiar e idade dos pacientes apresentada na forma de média e desvio padrão.

Tabela 1 - Variáveis sócio-demográficas. São Paulo, 2006

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	39	64,0
Masculino	22	36,1
Etnia		
Branca	58	95,1
Negra	1	1,6
Amarela	1	1,6
Mestiça	1	1,6
Estado civil		
Casado	45	73,8
Solteiro	8	13,1
Viúvo	4	6,6
Separado	4	6,6
Escolaridade		
Ensino superior	49	80,4
Ensino médio	8	13,1
Ensino fundamental	4	6,6
Ocupação		
Atividades administrativas, comerciais	18	29,5
Profissional liberal	16	26,2
“Do lar”	10	16,4
Atividades de ensino	8	13,1
Atividades de comunicação visual	5	8,1
Outros*	4	6,5
Renda (salários mínimos)		
1 a 5	9	15,8
5 a 10	21	36,8
15 a 20	9	15,8
mais de 20	18	31,6
Idade (média±DP, meses)		54,8 ±15,6

* outros: químico (2), socióloga (1), estudante (1)

Os dados da tabela 1 mostram que a maioria dos pacientes estudados era do sexo feminino (64%), etnia branca (95%), casada (74%) e com ensino superior (80%). Quase a totalidade (90%) dos pacientes que relataram possuir nível universitário eram homens. Em relação à ocupação, as atividades administrativas e comerciais lideraram com (29%) seguidos dos profissionais liberais com (25%). A faixa etária predominante pertenceu à quinta década. A renda salarial familiar ocupou a faixa de 5 a 10 salários mínimos, com 37%.

4.2. Variáveis relacionadas ao diagnóstico médico e ao tratamento.

Neste item são apresentados o diagnóstico médico dos pacientes estudados, bem como o modo como os pacientes descobriram a doença, através de exames médicos de rotina, ou por alterações clínicas. Os medicamentos antineoplásicos orais relatados pelos pacientes da pesquisa são abordados e seu modo de utilização, contínuo ou interrompido. As modalidades de tratamento, como cirurgia, radioterapia, hormonioterapia, quimioterapia, imunoterapia, ou a combinação delas serão detalhadas na tabela 3, bem como as terapias alternativas citadas pelos pacientes durante a entrevista. As variáveis classificatórias como o tempo de doença, que compreende o período da descoberta da doença até o momento da entrevista e o tempo de tratamento geral, que compreende o período dos ciclos de quimioterapia, ou as sessões de

radioterapia, ou somente o tempo em uso do antineoplásico oral, são apresentadas na forma de média e desvio padrão.

Tabela 2 - Variáveis relacionadas ao diagnóstico médico e ao tratamento. São Paulo, 2006

Variáveis	n	%
Diagnóstico médico		
Câncer Gastrointestinal	21	34,4
Câncer de Mama	17	27,8
Gliomas/Astrocitoma	8	13,1
Leucemias	7	11,4
Câncer Ginecológico	3	4,9
Câncer de Próstata	2	3,2
Câncer Genito-urinário	1	1,6
Câncer de Pulmão	1	1,6
Melanoma Ocular	1	1,6
Descoberta da doença		
"Sentiu-se mal"	20	32,8
Exame médico de rotina	19	31,1
Alterações sinais, sintomas específicos	12	19,6
Auto-exame	10	16,4
Uso medicamento		
Contínuo	34	55,7
Interrompido	27	44,3
Medicamento oral		
Capecitabine	21	34,4
Hormonioterápicos*	15	24,6
Temozolamide	7	11,5
Erlotinibe	6	9,8
Imatinibe mesylate	6	9,8
Mercaptopurine	2	3,3
Outros**	4	6,6
Tempo de doença (média±DP, meses)	37,1 ± 62,2	
Tempo em tratamento (média±DP, meses)	14,4 ± 25,1	
Tempo de quimioterapia oral (média±DP, meses)	8,6 ± 14,8	

*Hormonioterápicos: Anastrozol, Exemestano, Bicalutamida, Tamoxifeno

**Outros: Talidomida e Dexametasona

De acordo com os dados da tabela 2, o câncer de mama isoladamente foi o mais freqüente (28%), porém, pacientes com câncer de cólon, reto, pâncreas e gástrico, que foram reunidos por pertencerem ao mesmo sistema, totalizaram a maior parte, (34%). Com relação à descoberta da doença, cerca de um terço (33%) dos pacientes relataram que “se sentiram mal” e 32% realizaram exames médicos de rotina. Das 17 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, 10 descobriram a doença realizando o auto-exame das mamas. Os pacientes restantes (20%) descobriram a doença através de alterações de sinais e sintomas, como sangramento nas fezes, fratura, emagrecimento e inapetência. Pouco mais da metade dos medicamentos antineoplásicos orais utilizados pelos pacientes era de uso contínuo, ou seja, devem ser tomados diariamente, com exceção do Capecitabine, medicamento de uso não contínuo, que deve ter um intervalo de uma semana após 14 dias de tratamento. Isoladamente, a Capecitabine foi o medicamento mais usado (34%), por se tratar de uma droga indicada para cânceres de mama e gastrintestinais. Observa-se um tempo médio de oito meses de tratamento com medicamento antineoplásico oral, apesar de já ter iniciado o tratamento para o câncer há mais de um ano e o tempo de doença é ainda mais longo.

Tabela 3 - Tratamentos associados à terapia com antineoplásicos via oral e uso de terapias alternativas. São Paulo, 2006.

Tratamentos associados	n	%
Quimioterapia sistêmica endovenosa	44	72,1
Cirurgia	43	70,5
Radioterapia	36	59,0
Hormonioterapia	3	4,9
Imunoterapia	1	1,6
Uso de Terapias alternativas	26	42,6
Tipos		
Massagem	9	34,6
Rituais religiosos	7	26,9
loga, meditação	5	19,2
Remédios caseiros, chás	4	15,3
Homeopatia	4	15,3
Acupuntura	3	11,5
Florais	3	11,5
Medicina antroposófica	3	11,5
Outros *	3	15,3

* Outros: Suco Noni, vitamina K2, Aloe Vera

Os dados da tabela 3 mostram que com relação aos tratamentos associados à quimioterapia oral, a grande maioria (72%) dos entrevistados já realizou quimioterapia sistêmica endovenosa, destes cerca da metade (57%) estava recebendo concomitante ao medicamento oral e 43% já haviam terminado os ciclos. Em relação à cirurgia, também a maioria expressiva (70%) foi submetida a algum procedimento cirúrgico, como as cirurgias de mama e as referentes ao sistema digestório. Verificou-se ainda que pouco mais da metade (60%) dos pacientes realizou radioterapia. Vários pacientes realizaram como tratamento associado mais de uma forma tratamento, sendo a associação de cirurgia e radioterapia a mais freqüente (40%), três pacientes realizaram três

modalidades, cirurgia, radioterapia e hormonioterapia e apenas um paciente recebeu como terceira modalidade a imunoterapia com BCG.

Boa parte dos pacientes, (43%), referiu uso de terapias alternativas para auxiliar no tratamento do câncer. A massagem foi a terapia mais citada (35%), seguido dos rituais religiosos com (27%).

Tabela 4 - Interrupção do tratamento com quimioterapia oral. São Paulo, 2006.

Variáveis	n	%
Interrupção do tratamento		
Sim	15	24,6
Motivos		
Solicitação médica	12	80,0%
Por conta própria	3	20,0%
Quando		
Início tratamento	9	60,0
Final tratamento	6	40,0
Número de vezes		
Uma	12	80,0
Várias	3	20,0

A interrupção do medicamento antineoplásico oral foi considerada quando o paciente parou de tomar o medicamento, seja por conta própria, ou a pedido do médico e cerca de um quarto (25%) dos pacientes afirmou que houve interrupção, a maioria por uma única vez. Os motivos que levaram os médicos a solicitar a interrupção do tratamento foram: intercorrências como infarto, inflamação no intestino, fraqueza, vômito, diarreia, dor de estômago, “síndrome mão-pé”*, alterações nos exames laboratoriais e caso de suspensão temporária

para cirurgia. Os motivos que levaram os três pacientes a interromper o tratamento por conta própria foram: a ocorrência de vômito, diarreia e de dor no estômago (tabela 4).

4.3. Teste Morisky e Green, Escala de Locus de Controle da Saúde e Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento.

Os dados apresentados a seguir são as respostas obtidas no Teste Morisky e Green que avalia atitude frente à tomada dos remédios. De acordo com o protocolo, considera-se aderente ao tratamento, o paciente que obteve pontuação máxima de 4 pontos e não aderente àquele que obteve 3 pontos ou menos.

Tabela 5 - Teste de Morisky e Green. São Paulo, 2006

Teste Morisky e Green	Sim		Não	
	n	%	n	%
Questão 1 – Você alguma vez, esquece de tomar seu remédio ?	4	6,6	57	93,4
Questão 2 – Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio ?	9	14,8	52	85,2
Questão 3 – Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio ?	1	1,6	60	98,4
Questão 4 – Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo ?	6	9,8	55	90,2
Teste Morisky e Green	Positivo(≤3)		Negativo (4)	
	17	27,9	44	72,1

Os dados da tabela 5 indicam que de acordo com o teste Morisky e Green, 28% dos pacientes se mostraram não-aderentes, pois responderam SIM pelo menos em uma das questões. A questão que mais pontuação positiva

recebeu, foi a número 2, apenas 9 pacientes responderam que é descuidado quanto ao horário de tomar o remédio, seguida da questão 4, onde 10% respondeu que deixa de tomar o remédio quando se sente mal.

Tabela 6 - Escala de Locus de Controle da Saúde. São Paulo, 2006

Questões	Concordo totalmente(5)		Concordo em parte(4)		Estou indeciso(3)		Discordo em parte(2)		Discordo totalmente(1)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Internalidade										
1. Se eu ficar doente, a minha recuperação vai depender do meu comportamento.	34	55,7	27	44,3						
6. Eu posso controlar minha saúde.	17	27,9	31	50,8	1	1,6	6	9,8	6	9,8
8. Quando eu fico doente, normalmente eu sou o culpado.	6	9,8	9	14,8	3	4,9	11	18,0	32	52,5
12. A principal coisa que afeta minha saúde é o que eu mesmo faço.	12	19,1	25	41,0	2	3,3	9	14,8	13	21,3
13. Se eu me cuidar bem posso evitar doenças.	35	57,4	18	29,5	1	1,0	4	6,6	3	4,9
17. Se eu fizer as coisas certas, eu terei saúde.	19	31,1	27	44,3	4	6,6	5	8,2	6	9,8
Externalidade-outros poderosos										
3. Para mim, a melhor maneira de evitar doenças é fazer consultas regulares com meu médico.	25	41,0	21	34,4	4	6,6	5	8,2	6	9,8
5. Toda vez que eu não me sinto bem de saúde eu consulto um médico.	39	63,9	12	19,7	1	1,6	5	8,2	4	6,6
7. Se eu estou doente ou com saúde, minha família tem muito a ver com isso.	18	29,5	11	18,0	3	4,9	8	13,1	21	34,4
10. Quem controla minha saúde são os médicos.	9	14,8	27	44,3	2	3,3	10	16,4	13	21,3
14. Quando eu sarar de uma doença, em geral foi porque as pessoas cuidaram bem de mim.	22	36,1	29	47,5	3	4,9	5	8,2	2	3,3
18. Para ter saúde, eu tenho que obedecer ao meu médico.	24	39,3	30	49,2	3	4,9	2	3,3	2	3,3
Externalidade-acaso										
2. Não importa o que eu faça, se for para eu ficar doente, eu fico mesmo.	11	18,0	14	23,0	6	9,8	12	19,7	18	29,5
4. Muitas coisas que afetam minha saúde acontecem por acaso.	18	29,5	15	24,6	4	6,6	11	18,0	13	21,3
9. A sorte é muito importante para eu me recuperar de uma doença.	11	18,0	9	14,8	3	4,9	9	14,8	29	47,5
11. Minha saúde é principalmente uma questão de sorte ou azar.	2	3,3	8	13,1	4	6,6	3	4,9	44	72,1
15. Não importa o que eu faça, é sempre possível que eu fique doente.	23	37,7	11	18,0	5	8,2	8	13,1	14	23,0
16. Se for meu destino, eu terei saúde.	16	26,2	15	24,6	4	6,6	9	14,8	17	27,9

A escala tem 18 questões, e é dividida em três domínios. O domínio “internalidade” é avaliada pelas questões 1,6,8,12,13,17; a externalidade-outros poderosos” é avaliada pelas questões 3,5,7,10,14,18 e “externalidade-acaso” avaliada pelas questões 2,4,9,11,15 e 16. Os escores variam de 6 a 30, valores maiores indicam maior adesão.

Analisando os resultados do primeiro domínio “internalidade”, os pacientes apresentaram crença interna, ou seja, controle sobre sua saúde, pois a totalidade dos pacientes concordou totalmente ou em parte com a afirmação “se eu ficar doente, a minha recuperação rápida irá depender do meu comportamento”, pouco menos (87%) também concordou da mesma forma com a afirmação “se eu me cuidar bem eu posso evitar doenças”, 80% com a afirmação “eu posso controlar minha saúde”, 75% com a afirmação “se eu fizer as coisas certas, eu terei saúde” e 60% dos pacientes responderam concordo totalmente ou em parte que “a principal coisa que afeta a minha saúde é o que eu mesmo faço”. A crença interna que se mostra menor foi “quando eu fico doente, normalmente eu sou o culpado”, pois 70% dos pacientes discordaram totalmente ou em parte da questão.

Em relação ao domínio externalidade-outros poderosos, os pacientes acreditavam que o controle da sua saúde depende dos profissionais de saúde ou dos familiares, que foi demonstrado pelos 88% dos pacientes que concordaram total ou parcialmente com a questão “para ter saúde, eu tenho que obedecer ao meu médico”, 84% também concordou da mesma forma com as afirmações “toda vez que eu não me sinto bem de saúde eu consulto um

médico”, “quando eu sarou de uma doença, em geral foi porque as pessoas cuidaram bem de mim” e pouco menos (75%) concordou total ou parcialmente com a seguinte afirmação: “para mim a melhor maneira de evitar doenças é fazer consultas regulares com meu médico”. Na questão “quem controla minha saúde são os médicos”, mais da metade (59%) concordou totalmente ou em parte. Em relação à questão “se eu estou doente ou com saúde, minha família tem muito a ver com isso”, 29 pacientes concordaram totalmente ou em parte, outros 29 discordaram totalmente ou em parte e 3 pacientes ficaram indecisos com a afirmação.

Em relação ao domínio externalidade-acaso, os pacientes não acreditavam que sua saúde depende do acaso, da sorte ou do destino, comprovado pelos 72% que discordaram da afirmação “minha saúde é principalmente uma questão de sorte ou azar”, e dos 62% que discordaram totalmente ou em parte com a questão “a sorte é muito importante para eu me recuperar de uma doença”. Nas quatro afirmações a seguir “não importa o que eu faça, se for para eu ficar doente, eu fico mesmo”, “muitas coisas que afetam minha saúde acontecem por acaso”, “não importa o que eu faça, é sempre possível que eu fique doente” e “se for meu destino, eu terei saúde”, houve concordância total ou parcial entre as respostas.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes de acordo com o total de pontos obtido na Escala de Locus de Controle da Saúde. São Paulo, 2006.

Pacientes	I*	OP*	A*	IT*	Pacientes	I*	OP*	A*	IT*
1	22	23	9	6	32	26	17	6	14,5
2	14	19	24	-7,5	33	27	23	15	8
3	22	24	16	2	34	23	22	14	5
4	23	23	11	6	35	25	22	15	6,5
5	17	24	20	-5	36	21	23	17	1
6	24	23	23	1	37	22	26	23	-2,5
7	22	14	17	6,5	38	24	14	24	5
8	22	26	28	-5	39	18	12	7	8,5
9	24	21	15	6	40	27	30	26	-1
10	25	22	22	3	41	18	21	14	0,5
11	25	25	12	6,5	42	28	29	23	2
12	22	22	19	1,5	43	10	18	16	-7
13	25	30	28	-4	44	24	22	18	4
14	14	19	6	1,5	45	16	20	20	-4
15	16	21	22	-5,5	46	22	23	23	-1
16	27	25	18	5,5	47	22	30	22	-4
17	25	23	17	5	48	23	22	10	-7
18	17	23	10	0,5	49	18	23	18	-2,5
19	22	21	13	5	50	18	18	9	4,5
20	24	30	24	-3	51	21	17	13	6
21	22	25	17	1	52	24	30	25	-3,5
22	26	30	15	3,5	53	20	22	17	0,5
23	25	26	11	6,5	54	29	23	10	12,5
24	15	21	22	-6,5	55	28	17	11	14
25	23	24	14	4	56	21	20	6	8
26	9	17	9	-4	57	27	22	6	13
27	18	24	21	-4,5	58	20	27	18	-2,5
28	19	18	24	-2	59	28	18	22	8
29	16	20	6	3	60	22	23	20	0,5
30	25	24	16	5	61	21	24	12	3
31	23	26	21	-0,5					

* Legenda: I – Internalidade OP – Externalidade-outras poderosas
A – Externalidade-acaso IT – Internalidade Total

De acordo com a tabela 7, os escores do domínio internalidade variaram de 9 a 29. Os escores da externalidade-outras poderosas variaram de 12 a 30. Os escores da externalidade-acaso variaram de 6 a 28.

Tabela 8 - Médias, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios da Escala de Locus de Controle da Saúde. São Paulo, 2006.

Domínios	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Internalidade	61	21,73	4,33	22,00	9,00	29,00
Externalidade-outras poderosas	61	22,47	4,07	23,00	12,00	30,00
Externalidade-acaso	61	16,55	6,03	17,00	6,00	28,00
Internalidade Total	61	2,22	5,28	2,00	-7,50	14,5

As médias apresentadas na tabela 8 revelam que as médias e desvios padrão do locus de controle interno e externo-outras poderosas foram semelhantes e o menor valor foi do domínio externalidade-acaso. A fórmula da Internalidade Total foi aplicada para constatar a predominância do “locus” que mostrou predomínio da Internalidade.

Tabela 9 - Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento

Questões	Concordo totalmente(5)		Concordo em parte(4)		Estou indeciso(3)		Discordo em parte(2)		Discordo totalmente(1)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Os remédios provocam efeitos adversos indesejáveis	20	32,8	16	26,2	4	6,6	7	11,5	14	23,0
2. Esqueço de tomar os remédios	3	4,9	7	11,5			3	4,9	48	78,7
3. Preciso de ajuda para tomar os remédios	2	3,3	5	8,2	1	1,6	5	8,2	48	78,7
4. Tenho muitos remédios para tomar	17	27,9	11	18,0	1	1,6	7	11,5	25	41,0
5. Não sei como tomar os remédios	1	1,6	2	3,3					58	95,1
6. O tratamento oral é complicado, difícil	1	1,6			2	3,3	6	9,8	52	85,2
7. Tenho dificuldade de lembrar o dia do re-início do remédio oral	4	6,6	2	3,3	1	1,6	4	6,6	50	82,0
8. Tenho dificuldade em comprar os remédios orais	8	13,1	10	16,4			4	6,6	39	63,9
9. Não sei se devo tomar os remédios antes, depois ou com as refeições	3	4,9	5	8,2			6	9,8	47	77,0
10. O remédio é difícil de engolir			7	11,5			3	4,9	51	83,6
11. Esqueço de comparecer às consultas			1	1,6			1	1,6	59	96,7
12. O tratamento com remédios orais proporciona menos falta ao trabalho	24	39,3	11	18,0	6	9,8	5	8,2	15	24,6
13. A equipe de saúde tem ajudado no tratamento com remédios orais	30	49,2	10	16,4	6	9,8	1	1,6	14	23,0
14. Tenho horários certos para tomar os remédios	48	78,7	10	16,4	2	3,3			1	1,6
15. Confiro o nome e a dose dos remédios antes de tomar	53	86,9	3	4,9			3	4,9	2	3,3
16. Guardo os remédios em local adequado	56	91,8	4	6,6	1	1,6				
17. Tomo o remédio mesmo quando me sinto mal	47	77,0	8	13,1	2	3,3	2	3,3	2	3,3

Esta escala avalia através da soma das respostas dos entrevistados, se existe pouca, nenhuma, moderada ou muita dificuldade em aderir ao tratamento. Os escores variam de 17 a 85 pontos, quanto maior o valor, maior a dificuldade.

Analisando os dados da tabela 9, verifica-se que os pacientes apresentaram poucas dificuldades que podem influenciar a adesão ao tratamento com antineoplásico via oral. Tal fato pode ser observado quando discordaram totalmente ou em parte das seguintes questões: que o tratamento oral não é difícil, nem complicado e que eles sabem como tomar os remédios (95%), que eles não tem dificuldade de lembrar o dia do reinício do remédio (89%), que o remédio não é difícil de engolir (88%), que não precisam de ajuda para tomar os remédios, e que eles sabem se devem tomar os remédios antes, depois ou com as refeições (87%), e que não esquecem de tomar os remédios (84%). Observa-se ainda que a maioria referiu não esquecer de comparecer às consultas (80%) e não deixa de tomar os remédios nem mesmo quando se sentem mal (90%), questões compatíveis com as respostas similares também abordadas no teste Morisky e Green.

Apesar destes resultados satisfatórios, as questões de número 1 e 4, chamam atenção, pois, muitos pacientes referiram certa dificuldade com a quantidade de remédios e com o manejo dos efeitos colaterais que os mesmos provocam. A equipe de saúde precisa aprimorar suas orientações, pois na questão 13, 25% discordam em parte ou totalmente que tem recebido ajuda no

tratamento com os remédios orais. Boa parte (29%) relatou dificuldade em comprar os remédios orais, muito provavelmente por causa do seu alto custo.

Os cuidados com os remédios orais como conferência do nome, dose, horários e armazenamento em local adequado parecem não dificultar na adesão do tratamento, uma vez que foram poucos os pacientes que citaram estes itens como uma ação difícil. E com relação a faltar no trabalho, pouco mais da metade (57%) concorda que o tratamento proporciona menos falta, também um item que demonstra não dificultar na adesão ao tratamento.

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes de acordo com o total de pontos obtido no questionário "Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento". São Paulo, 2006.

Pacientes	Pontos	Pacientes	Pontos
1	21	32	25
2	24	33	25
3	33	34	33
4	32	35	25
5	19	36	34
6	21	37	27
7	38	38	23
8	32	39	22
9	38	40	30
10	24	41	38
11	39	42	29
12	22	43	29
13	26	44	27
14	26	45	35
15	40	46	53
16	47	47	29
17	43	48	23
18	37	49	27
19	29	50	28
20	39	51	25
21	34	52	21
22	29	53	28
23	27	54	23
24	34	55	24
25	30	56	17
26	21	57	17
27	35	58	33
28	22	59	38
29	31	60	24
30	31	61	22
31	26		

Na avaliação da tabela 10, constata-se que os escores variaram de 17 a 53, com média de 29 pontos, confirmando que os pacientes deste estudo apresentaram pouca dificuldade na adesão ao tratamento com quimioterapia oral.

4.4. Variáveis com associação estatisticamente significativa

Neste item são apresentadas as associações entre todas as variáveis das tabelas descritivas e a Escala de Locus de Controle da Saúde, os Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento e mais o Teste Morisky e Green.

Tabela 11 - Variáveis com associação estatisticamente significativa com o Teste Morisky e Green. São Paulo, 2006.

Teste Morisky e Green	Negativo		Positivo		p
	n	%	n	%	
Tipo de medicamento oral					
Imatinibe	6	100,0	0	0,0	0,022*
Temozolamida	7	100,0	0	0,0	
Hormonioterápicos	11	73,3	4	26,6	
Mercapturina	0	0,0	2	100,0	
Capecitabina	13	61,9	8	38,1	
Erlotinibe	4	66,6	2	33,3	
“Outros” (Decadron e Talidomida)	3	75,0	1	25,0	
Tempo tratamento(média±DP, meses)	44	9,5±13,9	17	27,3±40,5	0,008**

*Likelihood Ratio Chi-Square

**Teste da Soma de postos de Wilcoxon

Segundo os dados da tabela 11, as duas variáveis que apresentaram relação estatística significativa com o Teste Morisky e Green foram o tipo de medicamento oral e o de tempo de tratamento. O tempo médio de tratamento dos pacientes que apresentaram Morisky e Green positivo foi quase três vezes maior que os pacientes com menos tempo de tratamento. Com relação ao medicamento oral, verifica-se que os dois únicos pacientes que fazem uso de Mercapturina apresentaram Morisky e Green positivo; e cerca de um quarto dos pacientes que fazem uso de Dexametasona, Talidomida e os Hormonioterápicos também obtiveram Morisky e Green positivo. A totalidade dos pacientes que fazia uso de Imatinibe e Temozolamida apresentou negatividade, ou seja, nenhum paciente desta categoria respondeu SIM no teste. Dos 21 pacientes que faziam uso de Capecitabina, 62% apresentaram Morisky Green negativo e dos 6 pacientes que faziam uso de Erlotinibe apenas 2 apresentaram Morisky e Green positivo.

Tabela 12 - Variáveis com associação estatisticamente significativa e a Escala de Locus de controle da Saúde. São Paulo, 2006.

Internalidade	< 19		≥ 19		p
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	2	9,09	20	90,9	0,035*
Feminino	13	33,3	26	66,6	
Cirurgia					
Sim	14	32,5	29	67,4	0,04**
Não	1	5,56	17	94,4	
Terapia alternativa (massagem)					
Sim	5	55,5	4	44,4	0,033**
Não	10	19,2	42	80,7	
Tempo doença(média±DP, meses)	15	78,1±99,4	46	23,6±36,7	0,01***
Tempo tratamento(média±DP, meses)	15	27,6±40,0	46	9,8±15,6	0,02***
Externalidade - outros					
	n	< 20	n	≥20	p
		%		%	
Interrupção do tratamento					
Sim	0	0,0	15	100,0	0,026**
Não	13	28,2	33	71,4	
Quando					
Não interrompeu	13	28,2	33	71,7	0,015****
Início	0	0,0	9	100,0	
Término	0	0,0	6	100,0	
Quantas vezes					
Não interrompeu	13	28,2	33	71,7	0,015****
Uma vez	0	0,0	12	100,0	
Várias vezes	0	0,0	3	100,0	
Externalidade-acaso					
	n	<12	n	≥12	p
		%		%	
Uso medicamento					
Contínuo	5	14,7	29	85,2	0,044*
Interrompido	10	37,0	17	62,9	
Terapia alternativa (rituais religiosos)					
Sim	5	71,4	2	28,5	0,007**
Não	10	18,5	44	81,4	
Internalidade Total					
	n	<-2,5	n	≥ -2,5	p
		%		%	
Sexo					
Masculino	1	4,55	21	95,4	0,022**
Feminino	12	30,7	27	69,2	
Escolaridade					
Ensino fundamental	4	100,0	0	0,00	0,001****
Ensino médio	1	12,5	7	87,5	
Ensino superior	8	16,3	41	83,6	
Ocupação					
Atividades administrativas, comerciais	4	22,2	14	77,78	0,033****
Profissional liberal	1	6,2	15	93,7	
“Do lar”	6	60,0	4	40,0	
Atividades de ensino	1	12,5	7	87,5	
Atividades de comunicação visual	1	20,0	4	80,0	
Outros*	0	0,0	4	100,0	
Cirurgia					
Sim	13	30,2	30	69,7	0,006**
Não	0	0,0	18	100,0	
Terapia alternativa (massagem)					
Sim	5	55,5	4	44,4	0,016**
Não	8	15,3	44	84,6	
Tempo tratamento(média±DP, meses)	13	28,3±41,5	48	10,4±16,7	0,02***

*Chi-Square ** Fisher's Exact Test ***Teste da Soma de Postos de Wilcoxon ****Likelihood Ratio Chi-Square

Analisando os dados da tabela 12 sobre a Escala de Locus de controle e as variáveis com associação estatisticamente significativa, observa-se que as variáveis que apresentaram relações significativas com o domínio Internalidade foram: sexo, cirurgia, uso de terapia alternativa, tempo de doença e o tempo de tratamento. Os pacientes que apresentaram maiores índices de internalidade (≥ 19) foram os homens (90%), os pacientes que realizaram cirurgia (67%), os pacientes que não faziam massagem (80%) e os pacientes com menor tempo médio de doença e menor tempo de tratamento.

As variáveis que apresentaram relações significativas com o domínio Externalidade-outros poderosos foram: interrompeu o tratamento, quando e quantas vezes. Os pacientes que apresentaram maiores índices de externalidade-outros poderosos (≥ 20) foram os pacientes que interromperam o tratamento (100%), independente da interrupção ter sido no início ou no final do tratamento e se ocorreu uma ou várias vezes.

As variáveis que apresentaram relações significativas com o domínio Externalidade-acaso foram: uso do medicamento e terapia alternativa. Os pacientes que apresentaram maiores índices de externalidade-acaso (≥ 12) foram os pacientes que faziam uso de antineoplásico via oral continuamente (85%) e que não praticavam rituais religiosos (81%).

As variáveis que apresentaram relações significativas com o domínio Internalidade total foram: sexo, ocupação, escolaridade, o tratamento complementar, terapia alternativa e o tempo de tratamento. Os pacientes que apresentaram maiores índices de Internalidade Total ($\geq -2,5$) foram os homens

(95%), os pacientes com ensino superior e os de ensino médio, com 87% e 84% respectivamente; os pacientes com ocupações consideradas “outros”(100%), os pacientes que não fizeram cirurgia (100%), e os pacientes que não faziam massagem (85%). Os pacientes com menor tempo de tratamento tiveram menores índices de internalidade total.

Tabela 13 - Variáveis com associação estatisticamente significativa e as fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento. São Paulo, 2006.

Fatores x variáveis	Esqueço de tomar os remédios				p	
	n	sim	%	n		não
Massagem						
Sim	4		44,4	5		55,5
Não	6		11,5	46		88,4
Interrupção						
Não	7		15,2	39		84,7
Início	0		0,0	9		100,0
Final	3		50,0	3		50,0
			Não sei como tomar os remédios			
			sim	não		
	n	%	n	%		
Interrupção						
Não	1	2,1	45	97,8		0,036**
Início	0	0,0	9	100,0		
Final	2	33,3	4	66,6		
			Não sei se devo tomar os remédios antes, depois ou com as refeições			
			sim	não		
	n	%	n	%		
Interrupção						
Não	5	10,8	41	89,1		0,024**
Início	0	0,0	9	100,0		
Final	3	50,0	3	50,0		
			Tenho dificuldade de lembrar o dia do re-início do remédio oral			
			sim	não		
	n	%	n	%		
Radioterapia						
Sim	5	20,0	20	80,0		0,03*
Não	1	2,7	35	97,2		
			Tenho dificuldade em comprar os remédios orais			
			sim	não		
	n	%	n	%		
Radioterapia						
Sim	7	19,4	29	80,5		0,03***
Não	11	44,0	14	56,0		
			A equipe de saúde tem ajudado no tratamento com remédios orais			
			sim	não		
	n	%	n	%		
Medicamentos						
Imatinibe	1	16,6	5	83,3		0,04**
Temozolamida	0	0,0	7	100,0		
Hormonioterápicos	7	46,6	8	53,3		
Mercaptopurina	0	0,0	2	100,0		
Capecitabina	4	19,1	17	80,9		
Erlotinibe	3	50,0	3	50,0		
Outros(talidomida/Decadron)	0	0,0	4	100,0		

*Fisher's Exact Test ** Likelihood Ratio Chi-Square *** Chi-Square

As 17 questões do instrumento intitulado “Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento” foram submetidas a testes estatísticos para avaliar se havia relação significativa com as variáveis sexo, etnia, escolaridade, estado civil, etc. As relações que apresentaram resultados estatísticos significativos foram uso de terapia alternativa na modalidade massagem, o fato de interromper o tratamento no início ou final do mesmo, com a realização da radioterapia e com os medicamentos, como mostra a tabela 13. Em relação à variável massagem e a questão de esquecer ou não de tomar os remédios, verifica-se que os pacientes que não faziam massagem e que não esqueciam de tomar os remédios (88%), foram significativamente mais numerosos do que os pacientes que não faziam massagem e esqueciam de tomar os remédios (11%). Por sua vez, os pacientes que faziam massagem apresentaram índices semelhantes em relação a esquecer ou não de tomar os remédios. Dos 46 pacientes que referiram não interromper o tratamento, 39 não esqueceram de tomar os remédios e os que esqueceram, interromperam o tratamento no final.

Em relação à questão de saber ou não tomar os remédios e interromper ou não o tratamento, verifica-se que o percentual de pacientes que relataram não interromper o tratamento e que sabiam tomar os remédios foi significativamente mais elevado (98%) do que os pacientes que relataram não interromper o tratamento e que não sabiam tomar os remédios. Os pacientes que relataram interromper o tratamento no início e que sabiam tomar os remédios também foram mais numerosos do que os pacientes que interromperam mas que não sabiam tomar os remédios, por sua vez, os

pacientes que interromperam o tratamento no final e que sabiam tomar os remédios também apresentaram valores em dobro dos que os pacientes que interrompiam e não sabiam tomar os remédios.

Em relação à questão de saber ou não o horário de tomar os remédios e interromper ou não o tratamento, verifica-se que o percentual de pacientes que relatou não interromper o tratamento e que sabia o horário de tomar os remédios foram significativamente mais elevados (89%) quando comparados com os pacientes que não interromperam o tratamento e não sabiam o horário de tomar os remédios. A questão de saber ou não o horário de tomar os remédios é semelhante à anterior quando se compara a interrupção do tratamento no início ou no final.

Em relação à questão de ter dificuldade de lembrar o dia do re-início do remédio oral com a variável radioterapia, observa-se que os pacientes que não realizaram radioterapia e que não apresentaram dificuldade de lembrar o dia do re-início do tratamento com antineoplásico via oral foram significativamente mais numerosos (97%) do que quem não fez radioterapia e não apresentou dificuldade de lembrar o dia do re-início do medicamento via oral; para quem realizou radioterapia e não apresentou dificuldade de lembrar o dia do re-início do antineoplásico via oral, também foram em percentuais maiores (80%) que os pacientes que realizaram radioterapia e tiveram dificuldade de lembrar o dia do re-início do medicamento oral.

Na questão de ter dificuldade de comprar o antineoplásico via oral em relação à realização da radioterapia, verifica-se que os pacientes que

realizaram radioterapia e que não tiveram dificuldade de comprar os remédios foram mais numerosos (80%) do que os pacientes que realizaram radioterapia e com dificuldade de comprar os remédios orais; por outro lado, os pacientes que não realizaram radioterapia não apresentaram diferenças significativas em relação à ter ou não dificuldade de comprar os medicamentos orais.

Em relação à equipe de saúde ajudar no tratamento com remédios orais e o tipo de medicamento antineoplásico via oral, observa-se que dos 21 pacientes que faziam uso de Capecitabina, 81% não tiveram ajuda da equipe de saúde; dos pacientes que fazem uso de Temozolamida, e Mercaptopurina, a totalidade não teve ajuda da equipe de saúde no tratamento com os antineoplásicos via oral.

Tabela 14 - Variável com associação estatisticamente significativa e média dos fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento. São Paulo, 2006.

Fatores	<35		≥35		p
	n	média±DP	n	média±DP	
Tempo tratamento oral (meses)	48	5,9±7,5	13	18,3±27,2	0,03*

* Teste da Soma de postos de Wilcoxon

Segundo os dados da tabela 14, apenas o tempo de tratamento com antineoplásico via oral apresentou relação estatística significativa ($p=0,03$), ou seja, os pacientes que apresentaram maiores valores de dificuldade, tinham mais tempo de tratamento com o medicamento oral.



Discussão

5. DISCUSSÃO

5.1 Variáveis sócio-demográficas

As variáveis sócio-demográficas que foram abordadas no estudo foram idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, ocupação e renda familiar salarial. Estas variáveis foram escolhidas por serem dados importantes que freqüentemente se associam aos fatores de risco para o câncer. Para ilustrar tal fato, tem-se que em relação ao gênero e faixa etária, o câncer de mama raramente acomete mulheres com menos de 35 anos; o câncer de próstata atinge os homens da terceira idade; a maior incidência do câncer de cólon, reto, estômago, ocorre na faixa de 50 a 70 anos; e o câncer de mama em mulheres brancas supera o de mulheres negras⁵³. Acrescenta-se ainda que menor acesso à informação sobre cuidados de saúde está associado aos níveis de escolaridade, pois quase 80% dos casos novos de câncer de colo de útero ocorrem em países em desenvolvimento⁸.

Participaram do presente estudo 61 pacientes do ambulatório de quimioterapia de um hospital privado que estavam em terapia sob tratamento com antineoplásica oral, e a maioria era do sexo feminino (63%).

Em relação à etnia, quase a totalidade (95%) dos pacientes entrevistados era branca. Este achado era esperado, uma vez que o local onde o estudo foi realizado está situado em área nobre de São Paulo, atende classes de pacientes diferenciadas com alto poder econômico e que geralmente é constituída por indivíduos brancos. Outros estudos apresentaram percentuais

de pacientes brancos semelhantes, como é o caso do estudo das crenças de adesão com 97 pacientes com câncer de mama sob tratamento com Tamoxifeno, a maioria expressiva (93%) era branca, porém não houve diferença significativa entre mulheres aderentes e não-aderentes ao tratamento e etnia⁵⁴. Também nessa linha, estudo americano avaliou a relação entre exames periódicos de câncer de mama e câncer cervical com os aspectos sócio-demográficos entre 734 mulheres hispânicas, 780 negras não-hispânicas, 3995 brancas não-hispânicas e obteve resultados similares nos diferentes grupos étnicos em relação à realização dos exames⁵⁵. Estudo australiano que comparou as atitudes de saúde de pacientes oncológicos de áreas rurais e urbanas, 96% pertenciam à etnia branca⁵⁶.

O estado civil também é uma variável que merece destaque, a maioria (74%) dos pacientes era casada, fato esperado em função da faixa de idade de pacientes, em torno da quinta década e que já constituíram família. Investigação americana avaliou a relação entre testes de câncer de mama e câncer cervical em uma variedade de grupos étnicos e verificou que mulheres brancas não hispânicas casadas relataram melhor estado de saúde⁵⁵. Por outro lado, estudo realizado em na cidade de Londres, analisou as crenças de adesão entre pacientes com câncer de mama sob tratamento com Tamoxifeno, das 110 pacientes participantes, 67% eram casadas e não foi encontrada associação significativa entre mulheres aderentes e não-aderentes e estado civil⁵⁴. No estudo que descreveu a prevalência de medicina-não convencional em pacientes oncológicos atendidos no ambulatório de adultos do Hospital

Universitário de Brasília no período de dezembro de 2000 a junho de 2001, 56% relataram ser casados, porém a análise dos dados mostrou que os usuários e os não-usuários de medicina não-convencional não diferiram em relação ao estado civil⁵⁷.

Em relação à escolaridade, foi elevado o número de participantes (80%) que relatou ter ensino superior, inclusive com nível de mestrado e doutorado. Este dado reforça mais uma vez a situação dos pacientes com situação econômica privilegiada. Nem todos os estudos abordam a variável escolaridade, e quando o fazem, geralmente os pacientes estudados têm nível de escolaridade menos elevado, inclusive com presença de pacientes analfabetos. Para ilustrar influência da escolaridade dados de estudo realizado na Espanha com 403 pacientes com câncer de colo retal acompanhados no período de 1996 à 2002, mostrou que as mulheres reinternaram menos que os homens, e que nível educacional mais alto foi associado com o maior número de reinternações⁵⁸. Outro estudo que avaliou o estado sócio-econômico e o risco de câncer de pulmão nas províncias do Canadá, homens com classe social mais alta, tinham significativamente risco mais elevado de desenvolver câncer de pulmão quando comparado à classe mais baixa⁵⁹. Em nosso meio estudo que descreveu a prevalência de medicina-não convencional em pacientes oncológicos incluiu pacientes analfabetos, e os resultados mostraram que a maioria dos que usavam medicina não-convencional era de mulheres com ensino fundamental incompleto⁵⁷.

Os pacientes possuíam em relação à ocupação, atividades consideradas administrativas e comerciais, como diretores, gestores, gerentes, empresários, comerciantes que foram as mais prevalentes (29%), seguidos dos profissionais liberais, como dentistas, médicos, advogados, psicólogos, engenheiros (26%). Na presente investigação, não havia pessoas desempregadas e com problemas financeiros graves, diferentemente de outros estudos. Dados norte-americanos de Washington, avaliaram a adesão às recomendações de exames periódicos de câncer em mulheres de baixa renda e 75% das participantes foram consideradas aderentes ao exame de Papanicolau, um pouco menos (66%) aderentes à exames clínicos de mama e 65% para a mamografia⁶⁰. Em outra investigação avaliou a influência dos sintomas da doença e os efeitos colaterais do tratamento na adesão com a terapia do câncer 56% estavam desempregados, porém esta variável não se associou com o aspecto da adesão³⁹.

Com relação à renda salarial, a faixa predominante foi de cinco a dez salários mínimos (37%), seguida da faixa de mais de 20 salários mínimos (32%) compatível com o nível de escolaridade e com a ocupação dos pacientes. Estudos têm mostrado que essa variável pode ser um fator importante na história da doença, tais como o estudo que descreveu a prevalência em pacientes oncológicos da medicina não-convencional, dos pacientes entrevistados que afirmaram usar ou ter usado medicina não-convencional, a renda familiar girou em torno de 6 salários mínimos⁵⁷. No estudo que avaliou o status sócio-econômico e o risco de câncer de pulmão em províncias do

Canadá, foi encontrada relação entre classe social e risco de câncer de pulmão em homens; pois aqueles com classe social mais alta, tinham significativamente risco mais elevado de câncer de pulmão quando comparado à classe mais baixa⁵⁹.

A média de idade dos pacientes no presente estudo, de $54,8 \pm 15,6$ anos pode ser considerada baixa em relação à média de idade de vários outros estudos. No estudo de Lee, com média de $58,2 \pm 20,4$ anos não foi demonstrada nenhuma relação entre idade e adesão do paciente com quimioterapia oral utilizando um frasco eletrônico que gravava a hora em que a tampa era aberta. As aberturas correspondiam à ingestão do medicamento e foram examinadas segundo a prescrição médica para avaliar a adesão⁴⁷; no estudo de Mao, que avaliou o status sócio-econômico e o risco de câncer de pulmão, com idades de 63,8 e 61,7 respectivamente para homens e mulheres do grupo com câncer e 57,4 e 55,7 entre o grupo controle, as diferenças foram estatisticamente significantes⁵⁹. No estudo espanhol que verificou as diferenças sexuais na re-internação hospitalar em pacientes com câncer colorretal, a média da idade foi mais elevada nos homens (65,4 anos), comparada a das mulheres (63,8 anos) e as re-internações tenderam ser mais frequentes em pacientes com menos de 60 anos⁵⁸. Em estudo que avaliou a adesão ao Tamoxifeno oral comparando a monitorização microeletrônica, a contagens de comprimidos e o auto relato, a média de idade era de 59 anos, o aumento na idade do paciente foi associado com a melhora da adesão medida pela contagem de comprimidos, porém não foi encontrada associação significativa com as outras medidas de adesão, o

auto relato e a monitorização microeletrônica³². Outro estudo que comparou a adesão, a satisfação e a qualidade de vida de pacientes com câncer de col retal recebendo a quimioterapia em clínicas ou em casa, apresentou médias um pouco mais elevada (60,8 anos) para os pacientes que recebiam a quimioterapia em clínicas em relação aos pacientes que recebiam a quimioterapia em casa (59,8 anos), médias balanceadas que não mostraram associação com a adesão, a satisfação e qualidade de vida⁶¹. Estudo que descreveu a não adesão à terapia adjuvante do Tamoxifeno em mulheres com câncer de mama, a média de idade foi muito superior, de 75 anos, sendo que a não adesão foi associada com os extremos de idade, pacientes com menos de 45 e com mais de 85 anos⁶².

5.2. Variáveis relacionadas ao diagnóstico médico e ao tratamento.

O câncer gastrointestinal, que acomete tanto homens como mulheres, foi o de maior frequência (34%). Neste item foram incluídos os cânceres de cólon, reto, pâncreas e gástrico. O câncer de estômago continua sendo o terceiro tumor maligno mais freqüente no mundo, apesar disto sua incidência tem diminuído e pode ser explicada por reduções nas taxas de prevalência dos fatores de risco. O número de casos novos de câncer de cólon e reto estimados para o Brasil em 2006 é de 11 mil casos em homens e de 14 mil em mulheres e aumentou em comparação a 2003, onde sua incidência era de 9 mil casos em homens e 10 mil em mulheres⁶³ e é a quarta causa mais comum de câncer no mundo. No presente estudo, a maioria dos pacientes apresentou

câncer de cólon e reto. O alto consumo de frutas, vegetais frescos, cereais, baixo consumo de carnes vermelhas e de bebidas alcoólicas bem como a prática de atividade física, estão associados a um baixo risco de desenvolver câncer colorretal. Os resultados do Inquérito Domiciliar do Instituto Nacional do Câncer sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis em diferentes capitais brasileiras apontaram que o percentual de indivíduos que referem consumir frutas, legumes, verduras, cinco vezes ou mais por semana variou entre 35,6% em Campo Grande a 74,8% em Natal, e na cidade de São Paulo foi de 42,6%⁶⁴.

Das 39 mulheres participantes do estudo, 17 relataram como diagnóstico primário, o câncer de mama, o mais incidente na população feminina, segundo os dados do Ministério da Saúde. O número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil em 2006 é de 49 mil. A inexistência de um rastreamento estruturado gera um retardo no diagnóstico e na instituição de uma terapêutica adequada, ocasionando tanto um aumento de incidência dos casos, quanto da mortalidade deles decorrente. As maiores taxas de incidência de mama foram observadas em São Paulo, no Distrito Federal e em Porto Alegre⁸. Estes dados podem explicar o alto percentual de mulheres portadoras de câncer de mama neste estudo. As formas mais eficazes para detecção precoce do câncer de mama são o exame clínico da mama e a mamografia. O auto-exame não substitui o exame clínico, mas deve fazer parte das ações de educação. Os fatores de risco mais conhecidos são a história familiar, aproximadamente 10% do total de casos, e a idade, pois a

incidência do câncer de mama aumenta com a idade, menarca precoce, menopausa tardia, ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos e a nuliparidade. A ingestão regular de álcool, exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 35 anos, também constituem fatores de risco para o câncer de mama. O inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis mostrou que o percentual de mulheres na faixa de 50 a 69 anos que referiram pelo menos um exame clínico das mamas nos últimos dois anos variou de 39,8% em Manaus a 81,2% em Vitória, em São Paulo foi de 61,4%⁶⁴. Estudo que avaliou a adesão a exames clínicos de mama, mamografia e de sangue oculto nas fezes, mostrou que as mulheres afro-americanas e de baixa renda foram mais aderentes, principalmente quando envolvidas com organizações de saúde⁶⁰. Em nosso meio estudo realizado com uma população-alvo do programa “Viva Mulher” na cidade de Teresópolis, Rio de Janeiro, foram entrevistadas 698 mulheres, mais da metade das mulheres com 50 anos ou mais, relatou nunca ter feito uma mamografia⁶⁵.

Apenas dois pacientes do sexo masculino, tinham como diagnóstico, câncer de próstata, mais incidente no sexo masculino. O número de casos novos de câncer de próstata esperados para o Brasil em 2006 é de 47 mil. O aumento acentuado nas taxas de incidência tem sido influenciado pelo diagnóstico de casos latentes em indivíduos assintomáticos. A grande maioria dos casos de cânceres de próstata ocorre em homens com idade superior a 50

anos e naqueles com história de pai ou irmão com câncer de próstata antes do 60 anos⁸.

No presente estudo, apenas três pacientes do sexo feminino, tinham como diagnóstico, câncer de colo do útero, segundo tipo de câncer mais comum entre mulheres no mundo. O número de casos novos de câncer de colo do útero esperados para o Brasil em 2006 é de 19 mil. O câncer de colo de útero apresenta um dos mais altos potenciais de cura, chegando a 100%, quando diagnosticado e tratado em estádios iniciais, porém em 50% dos casos é diagnosticado nas fases avançadas da doença (estádios III e IV), constituindo importante causa de morte e conseqüentemente um problema de saúde pública. Para o câncer de colo de útero, alguns dos principais fatores de risco estão associados à baixa condição sócio-econômica, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, tabagismo, diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados, higiene íntima inadequada e ao uso prolongado de contraceptivos orais, além do HPV, responsável pela displasia das células cervicais. A prevenção fica por conta do uso dos preservativos para evitar o contágio com o HPV e a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero, o exame de Papanicolaou. O inquérito domiciliar do Instituto Nacional do Câncer mostrou que o percentual de mulheres na faixa de 25 a 59 anos que relataram ter realizado pelo menos um exame de Papanicolaou nos últimos três anos variou de 73,4% em João Pessoa a 92,9% em Vitória, e a cidade de São Paulo ficou em posição intermediária com 81,4%⁶⁴.

Quando questionado sobre a descoberta de sua doença, um terço dos pacientes estudados respondeu que “se sentiu mal” e acabou tendo que procurar serviços médicos, constatando posteriormente o câncer. Outra parte descobriu a doença sem querer ao realizar exames médicos de rotina para outras especialidades como ginecologista, urologista ou investigando hiperglicemia, ou colhendo exames de sangue por curiosidade. Os pacientes referiram várias alterações concomitantes à descoberta da doença, como sangramentos nas fezes, dores, mudança na cor da pele, desconforto na visão, emagrecimento, falta de apetite, má digestão, fraturas, e tais alterações fizeram com que também procurassem serviços médicos. Das 17 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, um pouco mais da metade (59%) relatou ter descoberto a doença realizando o auto-exame das mamas, valor inferior ao que os estudos apontam onde 90% dos casos de câncer de mama são detectados pelas próprias mulheres⁶⁶.

O fato do medicamento da terapia antineoplásica oral ser ingerido diariamente ou não, foi questionado, uma vez que números de comprimidos ingeridos ao dia, número de tomadas, esquemas complexos interferem na adesão e são citados constantemente na literatura^{21, 22, 35, 36}. Neste estudo, verificou-se que um pouco mais da metade, fazia uso do medicamento continuamente, como é o caso da Mercaptopurina, hormonioterápicos, Erlotinibe, Imatinibe, Talidomida e Temozolamida. Os medicamentos em uso interrompido foram apenas o Capecitabina e o Dexametasona. Os pacientes em uso de Capecitabina deviam tomá-lo por quatorze dias consecutivos depois

descansar uma semana. Os pacientes em uso de Dexametasona deviam tomá-lo um dia antes da quimioterapia e até dois dias após a quimioterapia. Algumas teorias foram elaboradas na tentativa de explicar as respostas dos doentes ao regime medicamentoso. No tocante às características, tamanho, cor dos medicamentos e a adesão ao tratamento, é importante ressaltar que o paciente sob terapia antineoplásica oral deverá ser avaliado regularmente, monitorando os efeitos e checando a resposta à terapia, inclusive realizando exames de sangue, pois a frequência e a quantidade de medicamentos que o paciente irá tomar depende de muitos fatores, incluindo peso e altura, estado de saúde geral e tipo de câncer. Uma orientação importante é que não deve abrir, nem esmagar os comprimidos. Com relação à frequência na tomada dos medicamentos, estudo mostrou que tomar o comprimido todos os dias ou em dias intercalados não foi um fator que influenciou a adesão ao tratamento³⁹.

Os medicamentos antineoplásicos orais que os pacientes estudados usavam no presente estudo foram: Capecitabina para pacientes com câncer de cólon e reto (17 casos) e mama metastático (4 casos); Temozolamida indicada para tumores cerebrais (6 casos) e melanoma ocular (1 caso); Erlotinibe, para pacientes com câncer de pulmão (1), tumor renal com metástase em pâncreas (1 caso), e pacientes com câncer de pâncreas (4); Imatinibe Mesylate, para pacientes com leucemia (4 casos) e com tumores cerebrais (2); Mercaptopurina para pacientes com diagnóstico de leucemia (2); Talidomida para pacientes com mielofibrose (1); Dexametasona, usada em pacientes com câncer de mama (1) e câncer de ovário (2); Hormonioterápicos: Anastrozol, pacientes com

câncer de mama (6), Exemestano pacientes com câncer de mama (2), Tamoxifeno, pacientes com câncer de mama (3) e câncer de ovário (1); e a Bicalutamida para pacientes com câncer de próstata (2 casos). A Capecitabina foi o medicamento mais freqüente no estudo, seguido da classe dos hormonioterápicos.

Em relação aos medicamentos antineoplásicos orais citados vale ressaltar os aspectos a seguir. A Temozolamida ^{67, 68, 69} é uma droga quimioterápica anti-câncer (antineoplásica ou citotóxica), classificada como agente alquilante, indicada para tratamento de astrocitoma e outros tipos de tumores cerebrais e melanoma maligno metastático. A apresentação dos comprimidos é variada, 5 mg, 20 mg, 100 mg e 250 mg, e devem ser ingeridos com estômago vazio, uma hora antes ou duas horas após as refeições ou na hora de deitar. Os efeitos colaterais mais comuns são: náuseas e vômitos, constipação, cefaléia e fadiga. Pode ocorrer queda na contagem de células em 10 a 29% dos pacientes que recebem Temozolamida. Estudo Koreano analisou a eficácia e a toxicidade de Temozolamida em 25 pacientes portadores de gliomas malignos depois da cirurgia e radioterapia. A Temozolamida foi administrada oralmente na dose de 150 mg/m²/dia para pacientes que realizaram quimioterapia e 200 mg/m²/dia para pacientes que não tinham recebido quimioterapia prévia. Os pacientes foram avaliados de julho de 2000 a abril de 2004. Os resultados do tratamento mostraram que 3 pacientes tiveram resposta completa, 8 tiveram resposta parcial, 6 permaneceram estáveis e 8 tiveram progressão da doença, demonstrando atividade significativa com uma

taxa de resposta de 68%. Os pacientes não apresentaram toxicidades graves; a náusea e o vômito ocorreram em 7 pacientes, mas foi bem controlada com antieméticos⁷⁰.

A Mercaptopurina⁶⁷ é uma droga quimioterápica anti-câncer (antineoplásica ou citotóxica), classificada como antimetabólito, indicada para Leucemia linfoblástica aguda. Os comprimidos são de 50 mg e devem ser ingeridos preferencialmente com estômago vazio, uma hora antes ou duas horas após as refeições, sempre no mesmo horário. O efeitos colaterais mais comuns são a queda do número de células brancas e vermelhas e plaquetas e toxicidade hepática. A maior parte dos trabalhos que descrevem a adesão à Mercaptopurina são de jovens, quase sempre crianças, pois a leucemia linfoblástica aguda acomete este tipo de população. No presente estudo, os pacientes portadores de Leucemia Linfoblástica Aguda eram jovens e mantinham o mesmo esquema de manutenção da leucemia, como descrito nas condutas do Instituto Nacional do Câncer⁷¹.

A Capecitabina^{67, 68, 69} é uma droga quimioterápica anti-câncer (antineoplásica ou citotóxica), classificada como antimetabólito, indicada para cânceres de mama e cólon e reto. Os comprimidos são de 150 mg e 500 mg e devem ser ingeridos depois das refeições. Os efeitos colaterais mais comuns são a queda na contagem de células vermelhas, fadiga, diarreia, síndrome mão-pé, náuseas, vômitos e elevação das enzimas hepáticas. Estudo Chinês comparou a eficácia, os efeitos adversos, custo-efetividade e a intensidade da dose da Capecitabina 1000 mg/m² vs combinação de 5FU 600 mg/m² com

ácido folínico 200 mg/m^2 em pacientes com neoplasias gastrointestinais avançadas, ambos combinados com cisplatina $60\text{-}80 \text{ mg/m}^2$ administrado via intraperitoneal e oxaliplatina 130mg/m^2 via intravenosa. Os resultados mostraram que Capecitabina oral combinado é eficiente e tolerável para os pacientes; e os gastos com os tratamentos foram similares⁷².

Imatinibe mesylate^{67, 68, 69} é classificado como um inibidor da tirosina kinase, é indicada para leucemias mielóides crônicas e tumores gastrointestinais. Os comprimidos são de 100 mg e 400 mg e devem ser ingeridos uma a duas vezes por dia, com muita água e depois das refeições. Os efeitos colaterais mais comuns são a queda do número de células, náuseas e vômitos, edema de face, mãos e pés, diarreia, hemorragia, febre, câibras e dor óssea. Também podem ocorrer cefaléia, fadiga, indigestão, constipação, perda do apetite entre outros. Estudo brasileiro acompanhou 25 pacientes portadores de Leucemia mielóide crônica em tratamento com imatinibe, com o objetivo de quantificar a expressão de BCR-ABL (Breakpoint Cluster Region-Abelson) no sangue periférico. Pacientes na fase crônica receberam 400 mg/dia e pacientes em fases aceleradas ou blásticas receberam 600mg/dia. As amostras de sangue foram obtidas antes do tratamento, 3 meses e 6 meses depois do início. Os resultados mostraram que houve redução na expressão do BCR-ABL entre o terceiro e sexto mês de tratamento, um achado que confirma a eficácia do Imatinibe na leucemia mieloide crônica⁷³.

Erlotinibe^{67, 68} é classificado como um fator receptor de crescimento epidermal inibidor da proteína da tirosina quinase. É indicado para pacientes

com câncer de pulmão localmente avançado e metastático e pacientes com câncer de pâncreas localmente avançado, irrecutível ou metastático. Os comprimidos são fornecidos em 25 mg, 100 mg e 150 mg e devem ser ingeridos no mínimo uma hora antes ou duas horas depois das refeições. Os efeitos colaterais mais comuns são: *rash*, diarreia, perda do apetite, fadiga, tosse, náuseas e vômitos e brevidade na respiração. Outros efeitos como infecção, dor abdominal, feridas na boca, prurido, pele seca e irritação nos olhos são menos freqüentes.

A Talidomida^{67, 68, 69} interfere com o crescimento de células que se dividem rapidamente. Pertence à classe de drogas conhecida como agentes imunomoduladores e antiangiogênicos e é indicado para vários tipos de câncer, incluindo o de ovário, mama, rim, e em combinação com outras drogas para tratar melanoma maligno, mieloma múltiplo e câncer colorretal. A Talidomida é fornecida em cápsulas contendo 50mg, 100 mg ou 200 mg e devem ser ingeridos à noite. Pode causar sonolência, desmaios, fraqueza, fadiga, hipotensão ortostática, problemas de pele, neuropatias periféricas, constipação, edema nas pernas, joelhos e pés. Estudo de fase II com 29 pacientes portadores de tumores neuroendócrinos metastáticos mostrou atividade antitumoral com a administração oral de Temozolamida 150mg/m² e Talidomida 100mg/m⁷⁴.

Casodex⁶⁷ é um hormonioterápico, indicado para homens com câncer de próstata. A apresentação do comprimido é de 50 mg, deve ser ingerido diariamente, com o estômago cheio ou vazio. Podem ocorrer calores, edemas,

ginecomastia, perda da libido e impotência. Com menos frequência podem ocorrer náuseas, diarreia e constipação

Os tratamentos hormonais que interferem com a ação do estrógeno e da progesterona sobre as células tumorais são relativamente eficazes e pouco tóxicos no manejo clínico do câncer de mama. Entre as diversas formas de tratamento hormonal, destacam-se os inibidores de terceira geração, Anastrozol e Exemestano e o antiestrógeno, Tamoxifeno⁷⁵.

Anastrozol⁶⁷ é um hormonioterápico, inibidor seletivo da aromatase. É usado no tratamento de câncer de mama em mulheres pós-menopausadas. Os comprimidos 1 mg devem ser ingeridos diariamente. Podem ocorrer calores, náusea, diminuição da energia e fraqueza, dor óssea e tosse em frequências muito baixas.

Exemestano⁶⁷ é um hormonioterápico, inibidor da aromatase. É indicado no tratamento de câncer de mama avançado em mulheres pós-menopausadas que tiveram progressão da doença após terapia com Tamoxifeno. Os comprimidos de 25 mg devem ser ingeridos após a refeição. Podem ocorrer calores, náusea, fraqueza, depressão, ansiedade, dor óssea, insônia, dispnéia em frequências muito baixas.

Tamoxifeno⁶⁷ é um hormonioterápico, classificado como anti-estrógeno. É indicado para o tratamento de câncer de mama sensível à estrógeno, e câncer de ovário. O comprimido 20-40mg deve ser ingerido diariamente e seus efeitos colaterais mais frequentes são calores, perda da

libido, e com menos frequência náusea, irregularidades menstruais, sangramento vaginal, perda de peso e mudanças de humor

Dexametasona^{67, 76} tem muitas indicações no tratamento do câncer. É um glucocorticosteróide que atua aliviando a inflamação, diminuindo o edema ao redor do tumor. Utilizado para tratar náuseas e vômitos associado com algumas drogas quimioterápicas. Os comprimidos devem ser ingeridos durante ou após refeição. Como efeitos pode ocorrer aumento do apetite, irritabilidade, insônia, edema, fraqueza muscular, azia, aumento dos níveis de açúcar no sangue, entre outros menos freqüentes. Para ilustrar um das maneiras de uso deste medicamento, estudo fase III comparou a utilização de Talidomida (200mg/m²) com Dexametasona (40mg/m²) vs Dexametasona (40mg/m²) sozinha em 207 pacientes portadores de mieloma múltiplo. A associação das duas drogas mostrou melhores taxas de resposta⁷⁷.

Os pacientes foram escolhidos aleatoriamente para participar do estudo e eram triados segundo os critérios de inclusão. A ficha de identificação era preenchida pelos pacientes e posteriormente, era aplicado os testes e o questionário específico. A entrevista durou em média 15 minutos.

Cada medicamento presente no estudo apresentava uma particularidade que merecia ser abordada e seria relevante no assunto da adesão. Seja pela dificuldade de acesso, no caso da Talidomida, seja por conta do preço, como é o caso do Imatinibe, seja por conta do preço e da importação, no caso do Erlotinibe, do uso prolongado dos hormonioterápicos, da banalização com que as pacientes utilizavam o Dexametasona, que compõe

vários protocolos de quimioterapia e motivo pelo qual a droga foi incluída no estudo.

Outra variável que foi analisada no presente estudo foi o tempo de doença que foi elevado ($37,1 \pm 62,2$ meses) maior do que o tempo de tratamento, o que pode ser explicado pelo fato de que nos pacientes estudados, havia aqueles com diagnóstico antigos de câncer, pacientes que trataram no passado e que no caso de uma recidiva, voltaram se a tratar. O tempo em tratamento ($14,4 \pm 25,1$ meses) é compatível com alguns esquemas de tratamento, como por exemplo, protocolo FOLFOX, Fluororacil, Leucovorin e Oxaliplatina, com 12 ciclos repetidos a cada 14 dias, e ACT, Adriamicina, Ciclofosfamida e Taxotere, 8 ciclos repetidos a cada 21 dias, ambos com duração de 6 meses. Porém, é preciso considerar que foram vários os pacientes que realizaram mais de um protocolo de quimioterapia, aumentando ainda mais este tempo. Com relação ao tempo em tratamento com quimioterapia oral ($8,6 \pm 14,8$ meses) tal dado é compatível com a maioria dos pacientes que iniciaram o tratamento recentemente, há pouco mais de um mês, critério adotado para inclusão no estudo.

É comum os pacientes oncológicos serem submetidos à mais de uma modalidade terapêutica, pois além do medicamento oral, os pacientes também realizaram quimioterapia endovenosa sistêmica, cirurgia, radioterapia, hormonioterapia não oral, além da imunoterapia. Os tratamentos associados que apresentaram as maiores freqüências foram a quimioterapia sistêmica endovenosa (72%) e a cirurgia (70%), seguida da radioterapia (59%). Estudos

mostram que no campo da oncologia, são várias as opções de tratamento. Em Campinas, médicos descrevem sobre a quimioterapia concomitante à radioterapia no tratamento adjuvante do câncer da mama localizado, 103 pacientes foram submetidas aos tradicionais tratamentos como a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia endovenosa sistêmica⁷⁸. Um caso clínico, mostrou que no tratamento do câncer de pulmão de células não pequenas irressecáveis, a radioterapia combinada com a quimioterapia proporcionou melhor controle da doença e sobrevida⁷⁹. Em outro estudo, 52 mulheres com câncer de colo uterino localmente avançado foram submetidas à quimioterapia neo-adjuvante, 65% tornaram-se operáveis e ainda realizaram radioterapia, alcançando uma sobrevida global em cinco anos de aproximadamente 80%⁸⁰. Estes exemplos se assemelham aos dados do presente estudo, onde os pacientes foram submetidos às diversas modalidades terapêuticas.

No presente estudo, boa parte (43%) dos pacientes utilizou as terapias alternativas como complemento aos tratamentos convencionais. A massagem foi a terapia alternativa mais citada (35%), muito provavelmente porque esta terapia ajuda a aliviar dores, stress, fadiga, causados pela própria doença, cirurgia ou mesmo por conta do tratamento. Os rituais religiosos que aparecem em segundo lugar (27%), também foram referidos em um estudo onde 89% dos pacientes já usaram medicina alternativa/complementar alguma vez, 63% estavam usando no momento do estudo, a maioria dos pacientes (78%) acreditava na eficácia da medicina alternativa/complementar para o seu

tratamento e o tipo de medicina alternativa/complementar mais utilizado foi a oração individual (77,5%)⁸¹.

Entre as outras terapias alternativas, os pacientes também citaram em menor frequência (19%) a ioga e a meditação, que pode auxiliar os pacientes não só no alívio dos sintomas, mas também no aspecto psicológico, no equilíbrio da mente. Os remédios caseiros, chás, homeopatia, acupuntura, o uso de florais, medicina antroposófica, suco Noni¹, suco de Aloe e Vera², vitamina K2³ foram referidos por poucos pacientes, mas não deixam de ter sua importância, pois estas terapias tem sido inclusive recomendadas por muitos médicos. Para ilustrar o tema sobre terapias alternativas, estudo verificou a prevalência em 105 pacientes oncológicos da medicina não-convencional e obteve que 64% dos pacientes fizeram uso de medicina não convencional, sendo que a fitoterapia foi a mais usada, geralmente por indicação de terceiros⁵⁷. Outro estudo indicou o uso de terapias alternativas por mulheres com câncer de mama em diferentes etnias. Os resultados mostraram que 48% das pacientes usaram pelo menos um tipo de terapia alternativa. Entre as mulheres brancas, 35% foram de métodos dietéticos, 23% rezas espirituais e 21% métodos físicos, como massagem e acupuntura⁸². Estes exemplos indicam que os pacientes costumam aderir a outras terapias, consideradas alternativas ou complementares, como os pacientes do presente estudo fizeram.

¹ Suplemento alimentar rico em nutrientes e com ação antioxidante.

² Complemento alimentar rico em vitaminas e sais minerais, possui inúmeras propriedades regeneradoras, curativas, umectantes, lubrificantes e nutritivas.

³ indução de apoptose e inibição da proliferação celular maligna

Quando questionado sobre interrupção do tratamento com antineoplásico via oral, em cerca de um quarto dos pacientes a resposta foi positiva. A interrupção ocorreu na maioria das vezes no início do tratamento, uma única vez e com a indicação do médico. Somente três pacientes interromperam o tratamento com antineoplásico oral por conta própria. Os motivos pelos quais os 12 pacientes interromperam o tratamento e que tiveram a ciência do médico foram alterações nos exames laboratoriais, intercorrências como inflamação no intestino, infarto, fraqueza, síndrome mão-pé e cirurgia. Mais de 50% dos pacientes em uso de Capecitabina. Nos três casos com interrupção por conta própria, os motivos foram diarreia, vômito e dor abdominal, em uso respectivamente de Capecitabina e Mercaptopurina. Borrás em seu estudo, comparou a adesão, a satisfação e a qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal recebendo tratamento quimioterápico em casa ou em clínicas. Foram selecionados 87 pacientes, 42 foram tratados em clínicas e 45 em casa. Os dois grupos estavam equilibrados quanto à idade, sexo, sítio e estágio da doença. Os níveis de satisfação do paciente foram mais altos no grupo de tratamento domiciliar. As interrupções de tratamento foram maiores no grupo que realizava a quimioterapia na clínica; dos 42 pacientes tratados em clínicas, 19 desistiram; e dos 45 que realizavam a quimioterapia em casa, 12 desistiram. As razões das interrupções não voluntárias foram: toxicidade inaceitável (16), progressão da doença (6) e prudência médica (2)⁶¹. Outro estudo apontou que mulheres mais velhas interromperam o tratamento por conta da toxicidade ⁸³. Seis pacientes com diagnóstico de câncer de colo

avançado foram submetidos a dois esquemas de quimioterapia com FOLFIRI–fluorouracil/leucovorin/irinotecano mais Erlotinibe e todos precisaram interromper, reduzir ou descontinuar o tratamento por conta da toxicidade⁸⁴. Também ilustrando a interrupção do tratamento, estudo com 110 mulheres avaliadas quanto às crenças sobre adesão mostrou que as mulheres consideradas não aderentes (12%) informaram as razões pelas quais deixaram de tomar o medicamento: por conta dos efeitos colaterais (46%), esquecimento (18%), recomendação médica (18%), mudança de rotina (9%) e razões diversas (9%)⁵⁴. Como mostrou estes estudos, a interrupção do tratamento também fez parte do cenário da população estudada, apesar de apenas três pacientes terem interrompido o tratamento por conta própria, refletindo diretamente o processo de adesão ao tratamento.

O Brasil atravessa um processo permanente de intensas mudanças na estrutura demográfica, tendo como principais características a queda da fertilidade, o aumento da expectativa de vida e na proporção de velhos, a diminuição dos óbitos devido a causas infecciosas, mas um aumento das doenças crônico-degenerativas, em que o câncer se destaca ¹Erro! Indicador não definido.

Analisar o comportamento de adesão é necessário para planejar um tratamento eficiente e para garantir que as recomendações estão sendo seguidas. As decisões para mudar as recomendações, medicamentos e ou estilo da comunicação para promover a participação do paciente depende de medidas validadas e confiáveis. Indiscutivelmente não há fórmulas para medir o

comportamento de adesão e a combinação de várias estratégias têm sido relatadas na literatura. Uma medida objetiva é perguntar aos cuidadores e aos próprios pacientes suas taxas de adesão. Outros meios de medir a adesão é a aplicação de questionários padronizados, que incluem as características dos pacientes e seus traços de personalidade. Contagem de comprimidos e medidas bioquímicas no sangue ou na urina também são comumente utilizados. Pierin, sugere como estratégias para facilitar a adesão, a identificação de grupos de risco, educação, estímulo ao autocuidado, drogas com menos efeitos indesejáveis, baixo custo do tratamento, monoterapia, prescrição e informações por escrito, de fácil entendimento, fixação na equipe de atendimento, estabelecimento de vínculo com o paciente, consideração de crenças, hábitos e cultura do paciente^{37, 38} outros.

Embora existam várias definições de adesão que foram citadas na introdução deste estudo, tais como “extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o conselho médico ou de saúde”, ou ainda “utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento, representando a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos”, a definição de adesão “caracterizada pelo grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do indivíduo³⁸ parece ser a mais adequada no contexto dos pacientes com câncer em tratamento com antineoplásicos orais.

A não adesão é um problema que tem muitos determinantes, não é só o paciente que tem responsabilidade pela adesão, mas os profissionais de saúde e a comunidade. Muitos são os fatores que afetam a adesão, e foram agrupados segundo a organização mundial de saúde em cinco dimensões⁸⁵. Fatores sócio-econômicos, como distância do local de tratamento, custo da terapia, sistemas e profissionais de saúde, ou seja, falta de conhecimento e falha nas orientações, própria doença, desconhecimento da doença e dos sintomas, regimes de tratamento, desconhecimento da dose e de como tomar os remédios, efeitos adversos e o paciente, que pode esquecer de tomar os remédios, pode ter medo dos efeitos colaterais, sentir que não precisa dos remédios e aspectos psicológicos. Os traços psicológicos influenciam na incidência e no curso das doenças crônicas. A depressão tem sido associada como um fator de risco para a não-adesão, até mesmo em outras doenças, como aids, asma, transplantados renais.

Com o intuito de se avaliar na presente investigação aspectos ligados ao processo de adesão ao tratamento, utilizou-se o Teste Morisky e Green, a Escala de Locus de Controle da Saúde e um questionário de Atitudes frente ao tratamento, todos com o objetivo de caracterizar o perfil dos pacientes, quanto a comportamentos e atitudes frente ao tratamento com a terapia antineoplásica.

5.3. Teste Morisky e Green

Um método escolhido para avaliar o comportamento nesta população do estudo, foi o Teste de Morisky e Green, teste inicialmente utilizado para

pacientes hipertensos, mas que poderia ser também aplicado a pacientes oncológicos. Pacientes com câncer apresentam características semelhantes aos pacientes hipertensos no que diz respeito à cronicidade da doença. No estudo de Morisky e Green, 290 pacientes hipertensos foram acompanhados durante um período de 6 a 42 meses. Os autores concluíram que houve relação positiva entre a pontuação obtida nas respostas do teste e o controle da pressão arterial, confirmando a hipótese de que as pessoas que tiveram pontuação alta nas questões relativas às tomadas dos medicamentos eram as que realmente se encontravam com a pressão arterial controlada na segunda etapa da aplicação do teste, após 42 meses. Nesta etapa, os pacientes hipertensos que tiveram pontuação baixa ou média, aos 6 meses de controle, registraram um aumento em relação ao controle da pressão arterial de 5 pontos percentuais (40 para 45%), enquanto que os que tiveram pontuação alta aumentaram seu desempenho em 21 pontos percentuais (55 para 71%)⁵¹. Os autores apontam a necessidade de se validar os resultados por eles obtidos em outros contextos e para outros problemas de saúde.

Por essas razões optou-se pela utilização do teste de Morisky e Green na presente investigação. Apesar da complexidade da terapêutica e da gravidade da doença, o teste mostrou positividade em 28%. Foi possível identificar algumas barreiras e atitudes incorretas diante da tomada dos medicamentos. No questionário que abordou a interrupção do tratamento, apenas três pacientes informaram ter parado de tomar os medicamentos por conta própria relacionada à presença de mal estar , e na questão do Morisky e

Green seis pacientes referiram interromper o tratamento na vigência de intercorrências. O teste também apontou quatro pacientes com atitudes negativas que afirmaram esquecer de tomar os medicamentos em algum momento do tratamento. No teste, o horário dos medicamentos foi apontado como barreira para a tomada dos medicamentos, uma vez que nove pacientes demonstraram descuido quanto ao horário de tomar os remédios. No estudo de Strelec, que avaliou a influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial, o Teste de Morisky e Green foi aplicado a pacientes hipertensos controlados e não controlados. A pontuação obtida e o controle da pressão arterial não foi estatisticamente significativa, mesmo assim, 77% dos pacientes foram considerados não aderentes ao tratamento⁵².

5.4. Escala de Locus de Controle da Saúde

Um outro método que foi aplicado neste estudo, foi a Escala de Locus de Controle da Saúde, uma vez que as expectativas, as crenças, os valores do paciente frente à doença e ao tratamento pode influenciar seus comportamentos, facilitando ou dificultando a adesão ao tratamento proposto⁸⁶.

A escala é composta por três domínios. Cada domínio contém seis questões. O domínio Internalidade para a Saúde, avalia o quanto a pessoa acredita que ela própria controla seu estado de saúde. O domínio Externalidade-outros poderosos para a saúde, avalia o quanto a pessoa acredita que pessoas poderosas controlam seu estado de saúde. O domínio

Externalidade-acaso, avalia o quanto a pessoa acredita que o acaso controla sua saúde. Ao responder o questionário, o paciente pode concordar totalmente com a afirmação, concordar em parte, ficar indeciso, discordar em parte ou discordar totalmente, e os valores foram respectivamente são 5,4,3,2,1. A somatória de cada questão dos domínios indica a direção do lócus, se interno ou externo, e quanto mais alto o valor, maior é a crença naquele domínio.

No presente estudo, a somatória total dos pontos no domínio Internalidade foi alta, demonstrando fortes tendências internas. Dessa forma os pacientes se mostraram controladores e responsáveis pela sua saúde, quando concordaram com a maioria das questões que abordava este assunto, tais como *se eu ficar doente, a minha recuperação vai depender do meu comportamento*; concordaram em parte nas questões: *eu posso controlar minha saúde, a principal coisa que afeta minha saúde é o que eu mesmo faço, se eu me cuidar bem posso evitar doenças, se eu fizer as coisas certas, eu terei saúde*. Apenas na questão, *quando eu fico doente, normalmente eu sou o culpado*, os pacientes se mostraram menos controladores de sua saúde, pois obteve pontuação mais baixa que as demais. A escala de lócus de controle da saúde tem sido utilizada em diversas situações como parâmetro para o adequado planejamento de programas de educação em saúde. Exemplificando essa situação, estudo que analisou a relação da escala de lócus de controle e o resultado de variadas intervenções pela enfermeira na redução do nível de colesterol. Além do auto-preenchimento da escala, foram necessárias amostras de sangue no início e ao final do estudo. O grupo de alta-intervenção recebeu

detalhes sobre a redução do nível de colesterol e foram reorientados mensalmente, o grupo de baixa-intervenção recebeu conselhos mínimos sobre redução de colesterol e o grupo controle não recebeu orientação. Todos os sujeitos foram submetidos à nova coleta de sangue depois de três meses da intervenção. Os resultados mostraram uma forte associação entre internalidade e redução no nível de colesterol no grupo que recebeu mais intervenção⁸⁷.

A somatória total dos pontos no domínio Externalidade-outros poderosos para a saúde também foi alta, demonstrando fortes tendências externas. O fato dos pacientes concordarem com as afirmações deste domínio sugere que os profissionais de saúde ou a família detém o controle pela saúde do paciente e estes conceitos ficaram evidenciados pela maioria das questões: *para mim, a melhor maneira de evitar doenças é fazer consultas regulares com meu médico; toda vez que eu não me sinto bem de saúde eu consulto um médico; quando eu sarar de uma doença, em geral foi porque as pessoas cuidaram bem de mim; para ter saúde, eu tenho que obedecer ao meu médico.* Na questão *se eu estou doente ou com saúde, minha família tem muito a ver com isso;* houve um equilíbrio nas respostas e na questão, *quem controla minha saúde são os médicos,* o percentual de pacientes não foi tão alto quanto às outras questões. Para ilustrar este assunto, a escala de locus de controle da saúde foi utilizada em uma comunidade japonesa (n=4842) para avaliar sua eficácia e confiança. Os indivíduos foram analisados quanto os fatores demográficos, como idade, sexo, ocupação, escolaridade, índice de massa corpórea e seus comportamentos de saúde, como hábitos de fumar, beber e a

realização de exercícios físicos. A associação entre os escores da escala e a idade, mostrou que as médias de internalidade e externalidade aumentaram com o avanço da idade. A média da internalidade tendeu a ser maior para homens, e a externalidade-outros poderosos e externalidade-acaso foram significativamente maiores para as mulheres; indivíduos com comportamentos adversos (ex-etilistas e tabagistas) mostraram maiores escores de externalidade e indivíduos que não realizaram exercícios tinham baixos escores de internalidade comparados com os que realizam exercício mais de 1-2 horas por semana⁸⁸.

A somatória total dos pontos no domínio Externalidade-acaso para a saúde foi baixa. Os pacientes discordaram da maioria das questões, eles não acreditam que sua saúde depende do acaso, da sorte ou do destino. As questões que melhor comprovam este achado foram: *minha saúde é principalmente uma questão de sorte ou azar, a sorte é muito importante para eu me recuperar de uma doença*. Nas questões a seguir, houve um equilíbrio entre as respostas: *não importa o que eu faça, se for para eu ficar doente, eu fico mesmo; muitas coisas que afetam minha saúde acontecem por acaso; não importa o que eu faça, é sempre possível que eu fique doente; se for meu destino, eu terei saúde*. As escalas de locus de controle e de avaliação da qualidade de vida foram aplicadas a 35 pacientes que realizavam hemodiálise há mais de 5 anos e 35 pacientes transplantados renais entre os anos de 2002 e 2003 com o objetivo de comparar a qualidade de vida entre estes dois grupos; o grupo de pacientes transplantados renais, solteiros, com baixos níveis de

depressão-ansiedade, altos escores para locus de controle interno foram os que apresentaram melhor qualidade de vida⁸⁹.

Tanto a somatória da internalidade quanto a externalidade-outros poderosos para a saúde apresentaram escores altos, as médias foram semelhantes, com leve tendência do locus de controle externo-outros poderosos, nas quais o paciente crê que o que acontece na vida não tem relação com seu comportamento, mas sim, com outros fatores que se apresentam fora do seu controle. Estes dados foram semelhantes ao estudo de Braga⁹⁰, sobre a “resposta psicossocial de impotência e o locus de controle de pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, a média do trabalho foram: locus de controle interno 25,9, locus de controle externo-outros 26,1 e locus de controle externo-acaso 17,9. Os achados, tanto do estudo de Braga, quanto do presente estudo, revelaram que os pacientes podem apresentar momentos de externalidade e momentos de internalidade, dependendo das circunstâncias.

Simplificar o locus de controle e considerá-lo como um traço permanente do indivíduo é equivocado, pois é um construto muito mais dinâmico, com dimensões cognitiva, perceptiva, motivacional e existencial e com variações na orientação, dependendo da situação. Há a possibilidade de mudança na orientação do *locus* ao longo do tempo⁹¹. As conseqüências positivas para o sujeito, estão associadas à crença no controle predominantemente interno, e para o indivíduo que crê ser controlado por fatores externos tais como o acaso, a sorte ou outros poderosos, a probabilidade de alcançar uma meta desejada é menor, ele se esforça menos

neste sentido⁴⁸. Estudo cita que nas revisões sobre Locus de controle da saúde os sujeitos com controle interno mostraram sempre melhores resultados e comportamentos de saúde mais adequados relativos a tabagismo, vacinação, exercícios, obesidade, controle da natalidade, coronariopatias, entre outros e que em geral as amostras de doentes crônicos ou graves eram mais externas que pacientes menos graves⁹². Apesar destes conceitos, pode-se inferir que pacientes oncológicos enfrentam uma situação de doença que os torna frágeis para se tratarem. Quando se deparam com uma equipe de saúde confiável os pacientes atribuem seu “locus” externamente, ou seja, depositam sua crença na equipe, mantendo uma internalidade para melhor adaptação visando um controle futuro, um controle desejado.

A escala de locus de controle da saúde foi também utilizada juntamente com outros tipos de escala, como a escala de depressão, de personalidade, em um estudo alemão que acompanhou 5114 homens e mulheres com idades entre 40-65 anos no período de 1992-1995. Os fatores de risco para as doenças crônicas foram avaliados, como idade, sexo, escolaridade, índice de massa corpórea, consumo de álcool, uso de cigarros, exercícios, comorbidades, como hipertensão, câncer, hiperlipidemia, diabetes, infarto do miocárdio, história familiar de câncer e ataques cardíacos. Durante o seguimento médio de 8 anos e meio, 257 participantes morreram, 134 tiveram ataques cardíacos e 240 tiveram câncer. Indivíduos mais velhos foram associados com maiores sintomas de depressão e mais alto controle de raiva. As mulheres foram mais prováveis do que os homens para ter sintomas de

depressão, e os homens foram mais prováveis a ter alto controle da raiva, alta necessidade de tempo e mais alto controle interno sobre a doença. Mais alta frequência de exercícios foi fortemente associada com poucos sintomas de depressão e mais alto locus de controle. O controle da raiva, locus de controle interno sobre a doença, psicotismo e sintomas de depressão não foram associados com o câncer, a necessidade de tempo foi inversamente associada com risco de câncer⁹³.

5.5. Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento

O questionário intitulado “Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento” foi elaborado de acordo com a vivência profissional com pacientes com doenças crônicas e apresentou afirmações pertinentes à sua rotina de tratamento. No contexto das doenças crônicas, o tratamento é prolongado, muitas vezes mantido até o final da vida, os encontros com a equipe de saúde deve seguir alguma regularidade e os hábitos de vida podem ser alterados dependendo do estado de saúde que se encontra o paciente. Pretendia-se com este questionário avaliar como um paciente com câncer se comporta frente às dificuldades inerentes à sua doença, principalmente em relação ao tratamento com anti neoplásicos orais.

O questionário após sua elaboração foi submetido à avaliação de 5 especialistas no assunto e foi validado quanto à consistência interna, quanto à clareza e quanto à valoração equitativa. O questionário contém 17 questões e ao respondê-lo, o paciente pôde concordar totalmente com a afirmação,

concordar em parte, ficar indeciso, discordar em parte ou discordar totalmente, e os valores foram respectivamente 5,4,3,2,1. A soma dos escores indicam que quanto maior o valor dos pontos maiores são os fatores que podem influenciar na adesão.

Nas oito questões a seguir, *esqueço de tomar os remédios; preciso de ajuda para tomar os remédios; não sei como tomar os remédios; o tratamento oral é complicado e difícil; tenho dificuldade de lembrar o dia do início do remédio oral; não sei se devo tomar os remédios antes, depois ou com as refeições; o remédio é difícil de engolir*, a maioria dos pacientes discordou das afirmações que abordou diretamente o manejo com os medicamentos orais. Os valores dos escores foram baixos, inclusive na questão relativa ao acompanhamento médico, *esqueço de comparecer às consultas*. Estes achados indicam provavelmente que os pacientes ao visitar assiduamente seu médico, aproveitam para extinguir suas dúvidas, além do que, os pacientes do estudo, pertencem a uma classe social privilegiada e portanto têm acesso a diversas informações sobre sua doença e tratamento.

Para investigar a adesão ao tratamento medicamentoso, no que se refere à ingestão dos medicamentos, recursos foram criados, como uso de frasco eletrônico que registra a abertura do mesmo. Nesse sentido, estudo com pacientes com câncer registrou durante um período de 852 dias a abertura dos frascos de 25 pacientes em tratamento com quimioterapia oral. Os resultados também foram animadores, os pacientes não apresentaram dificuldades, a adesão foi total, pois a abertura do frasco coincidiu com os horários da

prescrição médica⁴⁷*Erro! Indicador não definido.* Na atual investigação, os pacientes apresentaram escores um pouco mais altos nas questões que abordam a aquisição, a quantidade e os efeitos colaterais dos medicamentos nas seguintes questões: *os remédios provocam efeitos adversos indesejáveis, tenho muitos remédios para tomar, tenho dificuldade em comprar os remédios orais.* Os efeitos adversos indesejáveis inerentes à doença e ao tratamento são fatores que sabidamente influenciam negativamente na maioria das vezes a adesão. Estudo com pacientes portadores de doenças hematológicas analisou a não-adesão relacionada aos efeitos adversos, verificou-se que não houve relação da adesão com a presença e a frequência dos efeitos adversos e sim com a dificuldade em manejar estes efeitos quando tornavam-se mais severos³⁹. Os pacientes oncológicos costumam tratar outras doenças que não somente o câncer, como a hipertensão, o diabetes, e portanto, fazem uso de vários medicamentos, sendo um fator que pode interferir na adesão. Os medicamentos orais são caros, na maioria importados e portanto, um fator dificultador. Apesar desta dificuldade, os pacientes deste estudo, talvez por pertencerem à uma categoria sócio-econômica mais privilegiada, poderiam custear o tratamento, através da compra direta do medicamento ou através de convênios de saúde. Estudo com pacientes portadores de hipertensão arterial, sobre as facilidades e as dificuldades no seguimento de sua doença, apresentou dados diferentes, pois os pacientes apresentaram dificuldades na compra dos medicamentos, por causa de problemas financeiros⁴⁰.

Com relação aos cuidados de armazenamento, conferência, menos falta ao trabalho, e ajuda da equipe de saúde os pacientes apresentaram nas questões relacionadas escores altos, mas estes valores são invertidos, uma vez que influenciam positivamente a adesão. A maioria dos pacientes se mostrou capaz de guiar seu tratamento, relataram saber da importância da conferência do nome e da dose antes de ingerir o medicamento, evitando erros; do local adequado para guardar os medicamentos, longe de crianças e animais; e com relação ao horário, os pacientes não referiram dificuldade em segui-los. No estudo de Grunfeld, as pacientes indagadas citaram como elas lembravam de tomar seus medicamentos diariamente; a tomada do medicamento tornara parte de sua rotina (44%), guardavam os medicamentos ao lado da cama (15%) ou no banheiro (11%), usavam um calendário (11%), usavam uma caixa dosadora (6%) e somente 6% recrutava o auxílio de um membro da família; outros 7% não utilizava nenhum método⁵⁴. A equipe de saúde tem papel fundamental na terapêutica do paciente oncológico, incluindo as fases do diagnóstico e tratamento. A questão, *tomo o remédio mesmo quando me sinto mal* teve pontuação alta, favorecendo a adesão, pois os pacientes sabem que os efeitos indesejáveis fazem parte do tratamento.

Os diversos fatores como idade, sexo, etnia, educação, ocupação, status sócio-econômico, presença de comorbidades freqüentemente associam-se à adesão, porém é essencial que além deste fatores, incluam nos estudos características psicológicas e comportamentais, que abordem a percepção e a satisfação do paciente frente ao tratamento e equipe, e locus de controle.

Estudo com 496 pacientes hipertensos identificaram estes fatores, através de várias escalas, todas adaptadas, que abordaram depressão, crenças de saúde, conhecimento sobre hipertensão e seu tratamento, suporte social, locus de controle interno e externo, satisfação do paciente, consumo de álcool, uso de tabaco e respostas desejáveis. Os resultados mostraram que não houve relações estatísticas significantes entre adesão e as variáveis comportamentais e psicológicas, com exceção na severidade dos sintomas de depressão que se relacionaram com baixas taxas de adesão. Com relação ao locus de controle, obteve-se que pacientes que acreditavam que os eventos fossem determinados por forças externas estavam mais aptos em tomar os medicamentos anti-hipertensivos⁹⁴.

A problemática da adesão também foi abordada em pacientes com artrite reumatóide (n=2662), através de análises retrospectivas, considerando que a adesão foi definida como a relação entre número de terapias administradas, divididas pelo número de terapias supostas; foi verificado que a adesão foi maior com um dos medicamentos (Infliximabe 80%), do que com os outros medicamentos (Etanercept 68% e Metrotexate 64%)⁹⁵. A adesão foi verificada em pacientes hipertensos, utilizando-se um monitor eletrônico por 8 semanas. Os pacientes foram divididos no grupo A (n = 18) pacientes normotensos e os pacientes com pressão não-controlada, trocaram o medicamento e foram re-divididos em grupo B (n = 20) e grupo C (n = 24). Apenas o grupo C recebeu programa de intervenção de adesão mais intensivo, com 30 minutos de aula. Antes da intervenção, os pacientes do grupo B e C

foram menos aderentes, porém após a quarta semana, não havia mais diferenças em termos de adesão⁹⁶.

A adesão também foi quantificada em um estudo que avaliou a eficácia e a toxicidade da quimiorradioterapia pré-operatória com Capecitabina em pacientes com câncer retal avançado localmente. A quimioterapia com Capecitabina foi administrada concomitante à radioterapia. O tratamento com radioterapia foi completado na média em 33 dias (range 29-43 dias); o tempo médio da interrupção da radioterapia foi de dois dias (range 1-6 dias) e foi relatado por 25 pacientes. A média de duração da quimioterapia foi de 33 dias (8-50 dias) e a média de interrupção foi de três dias (variação de 1–13 dias); 5 dos 55 pacientes receberam menos que 90% da dose planejada de Capecitabina, considerando que em três pacientes as razões para a não-adesão foram manifestação cardíaca isquêmica, náusea e vômito e contagem baixa de leucócitos.

5.6. Variáveis com relação estatística significativa ($p < 0,05$)

Na tentativa de se evidenciar associações entre as variáveis estudadas a análise estatística mostrou os resultados descritos a seguir. Houve associação do teste Morisky e Green com a variável tempo de tratamento, pacientes com mais tempo de tratamento esqueciam mais de tomar os medicamentos do que os pacientes com menos tempo de tratamento. Evidenciou-se também correlação estatisticamente significativa com o uso de determinados medicamentos e o Teste Morisky e Green. Os pacientes que

faziam uso de Mercaptopurina apresentaram Morisky e Green positivo, muito provavelmente por conta do tempo de tratamento que é de uso diário e por um período longo, cerca de 2 anos. Esta característica do tratamento com Mercaptopurina pode ter favorecido o esquecimento ou o descuido com o medicamento. Para ilustrar este achado, estudo avaliou a adesão de crianças portadoras de leucemia linfoblástica aguda em tratamento de manutenção com Mercaptopurina, 50mg/m²/dia. A não-adesão foi detectada através de entrevista (33,3%), anotações em tabelas médicas (30,7%) e concentração do metabólito 6-MP no sangue (16,6%). No grupo de não-adesão (n=21), sete crianças tiveram recaída, contrastando-se com as três crianças no grupo de adesão (n=18)⁹⁷.

Os pacientes que faziam uso de Imatinibe e Temozolamida apresentaram Morisky e Green negativo, provavelmente pela gravidade das doenças, leucemia mielóide crônica e tumor cerebral. Não foram encontrados estudos que avaliaram a adesão à Temozolamida ou ao Imatinibe, apenas estudos que comprovaram sua eficácia^{70,73}.

Sendo o locus de controle, a crença do indivíduo, a respeito de quem detém o controle sobre os acontecimentos da sua vida, podendo ser ele mesmo, outros poderosos ou o acaso, torna-se importante levantar informações sobre a avaliação que este faz sobre suas próprias capacidades⁸⁶. O câncer é uma patologia na qual freqüentemente associamos com depressão. Indivíduos com depressão ou indivíduos que apresentam sentimentos negativos como desesperança, tristeza, desânimo, autocrítica e apatia despertam uma crença

de falta de controle pessoal sobre sua doença e prognóstico, influenciando no locus de controle. Os indivíduos com locus de controle externo tendem a se sentir impossibilitado de agir de forma favorável para o controle de sua doença, aqueles que são controlados pelo locus de controle interno tendem a deprimir menos.

Na associação da Escala de Locus de controle da saúde com as variáveis estudadas, obteve-se que os pacientes do sexo masculino apresentaram maior internalidade do que as pacientes do sexo feminino, que se mostraram mais controladores em relação à sua saúde. Em dois estudos, este achado foi semelhante. No estudo alemão que acompanhou 5114 homens e mulheres com idades entre 40-65 anos no período de 1992-1995, os homens apresentaram mais alto controle interno sobre a doença⁹³. Na comunidade japonesa, a média da internalidade tendeu a ser maior para homens, e a externalidade-outros poderosos e externalidade-acaso foram significativamente maiores para as mulheres⁸⁸, porém o inverso foi encontrado no estudo australiano que comparou as atitudes de saúde de pacientes oncológicos de áreas rurais e urbanas utilizando quatro questionários, um deles a Escala multidimensional de locus de controle da saúde. Os pacientes de áreas rurais apresentaram crenças internas (score 28) e externas ao acaso (score 22) maiores em comparação com os pacientes urbanos. As crenças internas foram associadas com a independência da população rural e as crenças externas ao acaso foram associadas com a busca demorada pela saúde levando a doenças avançadas com piores prognósticos. Os homens apresentaram maior

externalidade ao acaso, sugerindo que as mulheres se cuidam melhor (internalidade) e estão sempre mais dispostas e acostumadas a procurar cuidados profissionais (externalidade-outros poderosos)⁵⁶.

Outra variável que se associou foi uso de outras formas de tratamento, os pacientes que não faziam massagem apresentaram controle sobre sua saúde. Este achado pode ter a seguinte explicação: os pacientes que faziam massagem apresentavam mais problemas, como dores, edema e por conta disso precisavam utilizar esta terapia. Por outro lado, os pacientes que não apresentavam tantos problemas, controlavam melhor sua saúde sem a utilização da terapia alternativa. Para ilustrar este assunto, a escala de locus de controle da saúde que foi utilizada em uma comunidade japonesa verificou que indivíduos que não realizaram exercícios tinham baixos escores de internalidade comparados com os que realizam exercício mais de 1-2 horas por semana⁸⁸.

Os pacientes que não fizeram cirurgia também apresentaram mais controle sobre sua saúde. O fato do paciente não ser submetido à cirurgia pode ser um indício de que sua patologia é menos agressiva e que o mesmo não precisou passar pela situação estressante da cirurgia, isto o tornou mais confiante e mais controlador da sua saúde.

Com relação ao tempo de doença, os pacientes com menor tempo de doença mostraram que possuem mais controle sobre sua saúde, semelhante ao tempo em tratamento, ou seja, quanto menor o tempo de tratamento, maior o controle sobre a saúde.

Os pacientes que interromperam o tratamento, todos apresentaram externalidade-outros poderosos, ou seja, coincide com os dados de literatura que indicam que os pacientes considerados externos tem comportamentos menos adequados^{86,92}, como também foi demonstrado no estudo onde os indivíduos com comportamentos adversos, como ex-alcoolistas e tabagista⁸⁸.

Os pacientes que faziam uso do medicamento continuamente se associou mais com externalidade, acreditando mais nas forças do acaso, da sorte ou do destino, e os pacientes que praticavam rituais religiosos apresentaram menos externalidade, não acreditavam na sorte, no destino, no acaso e sim na sua força interior, na sua fé.

Os pacientes do sexo masculino apresentaram maiores índices de internalidade e também internalidade total, confirmando que os homens detém o controle sobre sua saúde. Giorgi apresentou em seu estudo resultados que mostraram uma associação significativa entre pacientes que abandonaram o ambulatório e a variável sexo. Os homens persistiram menos ao tratamento em 46% e as mulheres o índice de persistência foi de 63,5%⁹⁸. Os pacientes que não realizavam massagem apresentaram maiores índices tanto de internalidade quanto de internalidade total, demonstrando que estes pacientes detinham mais o controle sobre sua saúde do que os pacientes que realizavam massagem. Pacientes com menor tempo em tratamento apresentavam predominância nos dois domínios, internalidade e internalidade total, confirmando que este pacientes detém o controle sobre os acontecimentos de sua vida. As outras variáveis como ocupações, ensino médio e superior, não realização da cirurgia

não tiveram relação estatística com a internalidade, mas ao aplicar a fórmula estas variáveis apresentaram maiores índices de internalidade total, ou seja, os pacientes com estas características tendem a ser mais controladores de suas ações. Não foi possível realizar comparações pela falta de estudos que abordem a Internalidade Total.

Em relação às questões das atitudes que podem influenciar a adesão ao tratamento com as variáveis das tabelas descritivas, podemos inferir que a realização de radioterapia, a busca por terapias alternativas, interrupção do tratamento e o tipo de medicamento podem ou não interferir nas atitudes dos pacientes. No caso da massagem, os pacientes que não realizavam esta terapia alternativa (n=51), a grande maioria (88%) não esquecia de tomar os remédios. O uso de métodos médicos não-convencionais tem crescido em interesse e aplicabilidade, não somente na oncologia ou psiquiatria, mas na medicina em geral. A acupuntura e a medicina tradicional chinesa por exemplo, têm sido empregadas com maior critério científico. Em pacientes com câncer, é bom lembrar, o desespero e a frustração dos pacientes podem levar à busca de qualquer método que prometa cura ou conforto, muitas vezes sem qualquer rigor científico e principalmente em termos de cuidados paliativos⁹⁹. Neste caso, o fato da maioria dos pacientes não procurar métodos alternativos e também não esquecer de tomar os remédios, segundo o questionário de atitudes, pode significar que as condições de saúde dos pacientes eram favoráveis e puderam seguir o tratamento recomendado.

As duas associações a seguir foram compatíveis e acertadamente óbvias: saber como tomar os remédios interfere diretamente na adesão, uma vez que os pacientes que relataram saber tomá-los quase a totalidade não interrompeu, semelhante à questão de tomar os remédios antes, depois ou com as refeições, a maioria que não interrompeu sabe qual a melhor hora para tomar os remédios. Outra associação que pode influenciar na adesão é o fato do paciente realizar ou não radioterapia, ambos não apresentam dificuldade em lembrar o dia do re-início do remédio oral. Quem realizou radioterapia teve menos dificuldade em comprar os remédios orais do que os pacientes que não realizaram radioterapia. A equipe de saúde não tem ajudado no tratamento com a maioria dos medicamentos utilizados pelos pacientes, com exceção dos pacientes em uso de hormonioterápicos, muito provavelmente por ser um tratamento considerado mais tranquilo em relação aos seus efeitos colaterais⁷⁵.

A única relação que apresentou $p < 0,05$ com os fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento foi o tempo de quimioterapia oral, ou seja, os pacientes que apresentaram maiores valores de dificuldade, tinham mais tempo de tratamento, dado pertinente uma vez que quanto maior o tempo de tratamento, maiores são as chances de esquecimentos e de complicações. Este achado é semelhante ao estudo de Partridge, que procurou estimar a adesão e os fatores da não adesão em mulheres em uso de Tamoxifeno como terapia adjuvante do câncer de mama e apontou que as taxas de uso caíram gradualmente durante os 4 anos de seguimento de 77% para 50%⁶².

No contexto das doenças crônicas, mais especificamente o câncer, muitas são as indagações a respeito do tratamento com antineoplásico via oral que interferem diretamente na realização correta do tratamento e conseqüente adesão ao mesmo. Diferente das doenças agudas que implica em cura e breve tratamento, a doença crônica é incurável e permanece por toda a vida. A adesão ao tratamento antineoplásico administrado por via oral, deve receber atenção redobrada, uma vez que o paciente se sente livre para agir seguindo ou alterando suas prescrições conforme seus valores e crenças pessoais.

Na presente investigação, os pacientes possuíam poder econômico diferenciado, grau satisfatório de conhecimento sobre sua doença e tratamento, além de facilidade no acesso aos medicamentos e às informações, o que pode não ocorrer com pessoas menos privilegiadas sócio e economicamente, que freqüentemente tem níveis de escolaridade inferiores e dependem da disponibilidade dos serviços públicos para se tratar. O teste Morisky e Green mostrou pacientes que falharam durante sua terapêutica, por conta de esquecimento ou descuido quanto aos horários dos medicamentos. Em termos de literatura, encontrou-se muito pouco sobre a aplicação do Teste de Morisky e Green para embasar melhor o resultado do nosso estudo. A escala de Locus de controle da saúde apontou predomínio de pacientes internos, que detém o controle sobre sua saúde. Os pacientes que referiram interrupção do tratamento apresentaram externalidade-outros poderosos. Os estudos que abordaram a Escala de Locus de controle da saúde, não foram específicos para pacientes de câncer, com exceção de um ou dois artigos. Percebeu-se que a escala é

utilizada para muitas enfermidades e também para situações onde não existe doença, como é o caso de artigos que avaliam o locus de controle em indivíduos fumantes, ou em trabalhadores. A maioria dos fatores influenciou positivamente a adesão ao tratamento. Os pacientes apresentaram poucas dificuldades no manejo com os antineoplásicos orais e os que tiveram mais dificuldade, tinham mais tempo de tratamento.

O profissional de enfermagem, em especial o enfermeiro, tem participação ativa no tratamento do paciente com câncer com terapia antineoplásica oral. Secoli ao discutir a participação do enfermeiro na terapia farmacológica do paciente em estado crítico, cita que o alicerce da terapia farmacológica é composto pela prescrição médica (de responsabilidade exclusivamente médica), a dispensação dos medicamentos pelo serviço farmacêutico e a execução da prescrição pela equipe de enfermagem¹⁰⁰, semelhante à terapia do paciente com câncer.



Conclusões

6. CONCLUSÕES

O presente estudo realizado em um hospital privado, com 61 pacientes com diagnósticos de câncer em tratamento com medicamentos via oral com finalidade antineoplásica, evidenciou os achados descritos a seguir.

- 64% dos pacientes eram do sexo feminino; 95% brancos, 74% casados; 80% com ensino superior; idade média de $54,8 \pm 15,6$; 37% com renda entre 5 a 10 salários mínimos; e 29% ocupando atividades administrativas e comerciais.
- 34% tinham câncer gastrintestinal; 34% dos pacientes faziam uso de Capecitabina; 33% descobriram a doença ao “sentir-se mal”; 56% utilizavam o medicamento continuamente; 72% realizou quimioterapia endovenosa; 70% realizou cirurgia; 59% realizou radioterapia; 43% utilizou terapias alternativas, 35% realizavam massagem como terapia alternativa; 25% relataram interrupção do tratamento, destes somente 20% interromperam por conta própria.
- 28% dos pacientes foram considerados não aderentes segundo o Teste Morisky e Green, 15% foram considerados descuidados quanto ao horário de tomar o remédio.
- O domínio Internalidade apresentou média de 21,73; a maioria das questões demonstrou que os pacientes apresentaram controle sobre sua saúde exceto na questão “quando eu fico doente, normalmente eu sou o culpado”;

- O domínio Externalidade-outros poderosos apresentou média de 22,47; a maioria das questões demonstrou que o controle da saúde dependia dos profissionais de saúde ou dos familiares, exceto na questão “se eu estou doente ou com saúde, minha família tem muito a ver com isso”;
- O domínio Externalidade-acaso apresentou média de 16,55; duas questões mostraram que a maioria dos pacientes não acreditava que sua doença fosse controlada pela sorte ou pelo destino, e nas outras quatro houve concordância total ou parcial entre as respostas dos pacientes;
- Das 17 questões do questionário Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento, os pacientes apresentaram pouca dificuldade na maioria das questões, com exceção das questões que abordavam a quantidade de remédios e o manejo dos efeitos colaterais.
- As variáveis que se associaram com a Escala de Locus de Controle da saúde, Teste Morisky e Green, e Fatores que podem influenciar a adesão foram:
 - medicamento oral vs Teste Morisky e Green: 100% dos pacientes em uso de Mercaptopurina apresentaram Morisky e Green positivo;

- tempo em tratamento vs Teste de Morisky e Green: o tempo médio de tratamento dos pacientes que apresentaram Morisky e Green positivo foi quase três vezes maior que os pacientes com menos tempo de tratamento
- medicamento oral vs equipe de saúde: 21 pacientes que fazem uso de Capecitabina, 81% não tem ajuda da equipe de saúde;
- radioterapia vs dificuldade em comprar os remédios orais: os pacientes que realizavam radioterapia, a maioria não apresentou dificuldade de comprar os remédios orais;
- radioterapia vs lembrar o dia do re-início do remédio oral: independente do paciente realizar ou não radioterapia, a maioria dos pacientes não apresentou dificuldade de lembrar o dia do reinício do remédio oral;
- interrupção do tratamento vs não saber como tomar os remédios: a maioria dos pacientes que não interrompeu o tratamento sabe como tomar os remédios;
- interrupção do tratamento vs não saber se toma os remédios antes, depois ou com as refeições: a maioria dos pacientes que não interromperam o tratamento, sabem a hora adequada de tomar os remédios;
- interrupção do tratamento vs esqueço de tomar os remédios: a maioria dos pacientes que não interromperam o tratamento, não esquecem de tomar os remédios;

- interrupção do tratamento/ interrupção no início/final/ número de interrupções vs externalidade-outros poderosos: 100% dos pacientes que interromperam o tratamento apresentaram maiores índices de externalidade-outros poderosos, independente de ter sido no início ou no final do tratamento e se ocorreu uma ou várias vezes;
- uso do medicamento vs externalidade-acaso: os pacientes que faziam uso contínuo do medicamento apresentaram maiores índices de externalidade-acaso;
- rituais religiosos vs externalidade-acaso: os pacientes que não praticavam rituais religiosos apresentaram maiores índices de externalidade-acaso;
- massagem vs esqueço de tomar os remédios: os pacientes que não realizam massagem, não esquecem de tomar os remédios;
- massagem vs internalidade: pacientes que não faziam massagem apresentaram maiores índices de internalidade;
- massagem vs internalidade total: os pacientes que não fizeram cirurgia apresentaram maiores índices de internalidade total;
- tempo de tratamento oral vs fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento: os pacientes que apresentaram maiores valores de dificuldade, tinham mais tempo de tratamento com medicamento oral;

- tempo de doença vs internalidade: pacientes com menos tempo de doença apresentaram maiores índices de internalidade;
- tempo em tratamento vs internalidade: pacientes com menor tempo em tratamento apresentaram maiores índices de internalidade;
- tempo em tratamento vs internalidade total: os pacientes com mais tempo em tratamento apresentaram menores índices de internalidade total;
- sexo vs internalidade: os homens apresentaram maiores índices de internalidade;
- sexo vs internalidade total: os homens apresentaram maiores índices de internalidade total;
- escolaridade vs internalidade total: os pacientes com ensino médio e superior apresentaram maiores índices de internalidade total;
- ocupação vs internalidade total: os pacientes com ocupações consideradas “outros” apresentaram internalidade total;
- cirurgia vs internalidade: pacientes que realizaram cirurgia apresentaram maiores índices de internalidade;
- cirurgia vs internalidade total: os pacientes que não fizeram cirurgia apresentaram maiores índices de internalidade total.



Referências

REFERÊNCIAS

- 1 Lessa I. Doenças crônicas não-transmissíveis. In: Lessa I. Adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 29-42.
- 2 Pierin AMG, Mion Júnior D, Nobre F. Fatores de risco cardiovascular e adesão ao tratamento. In: Mion Junior D, Nobre F. Risco cardiovascular: da teoria à prática. 2ª ed. São Paulo: Lemos; 2000. p.139-52.
- 3 Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Brasília: OMS; 2003.
- 4 Poor adherence to long-term treatment of chronic diseases is a worldwide problem. Rev.Panam Salud Publica. 2003;14(3):218-21.
- 5 Nunes TA. Princípios de cirurgia oncológica. In: Murad AM, Katz A. Oncologia bases clínicas do tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 67-73.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas, segundo região [texto na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002 [citado 2006 nov. 22]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
- 7 Jemal A, Tiwari RC, Murray T, Ghafoor A, Samuels A, Ward E, et al. American Cancer Society. Cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2004;54(1):28-9.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2006. Incidência de câncer no Brasil [texto na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [citado 2006 out. 11]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006>.
- 9 Instituto Nacional do Câncer. O que é o câncer? [texto na Internet]. Brasília (DF): INCA; 1996 [citado 2006 Out 20]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322.
- 10 Gimeno SGA, Souza JMP, Mirra AP, Correa P, Haenszel W. Fatores de risco para o câncer de esôfago: estudo caso-controle em área metropolitana da região Sudeste do Brasil. Rev Saúde Pública. 1995;29(3):159-65.
- 11 Cascaes APR, Pinho ALG, Neiva Neto EC, Santos HL, Costa JBG, Nascimento LL. Causas da não realização do auto-exame das mamas. Rev Para Med. 2003; 17(4):46-51.

-
- 12 Gamarra CJ. Conhecimento, atitudes e práticas do exame papanicolaou em mulheres de Puerto Leoni, Argentina: uma contribuição à enfermagem de saúde pública [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 2004.
- 13 Bonassa EMA. Conceitos gerais em quimioterapia antineoplásica. In: Bonassa EMA. Enfermagem em terapêutica oncológica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 3-22.
- 14 Skeel RT. Base biológica e farmacológica da quimioterapia avançada. In: Skeel RT. Manual de quimioterapia. Rio de Janeiro: Medsi; 1993. p. 3-18.
- 15 Parkinson DR. Princípios da terapêutica com os modificadores da resposta biológica e seu papel. In: Skeel RT. Manual de quimioterapia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1993. p. 19-30.
- 16 Casciato DA, Lowitz BB. Princípios da rádio e da quimioterapia. In: Casciato DA, Lowitz BB. Manual de oncologia clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1991. p.16-31.
- 17 Miller LL, Nagler CH. Colony-stimulating factors: clinical applications. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA. Biologic therapy of cancer. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1995. p. 141-82.
- 18 Hartigan K. Patient education: the cornerstone of successful oral chemotherapy treatment. Clin J Oncol Nurs. 2003;7(6 Suppl):21-4.
- 19 Bedell CH. A changing paradigm for cancer treatment: the advent of new oral chemotherapy agents. Clin J Oncol Nurs. 2003;7(6 Suppl):5-9.
- 20 Wilkinson K. Reimbursement and patient assistance programs for oral chemotherapy agents. Clin J Oncol Nurs. 2003;7(6 Suppl):31-6.
- 21 Hoff PM, Pazdur R. Oral chemotherapy. In: Abeloff MD, Armitage JO, Lichter AS, Niederhuber JE, editors. Clinical oncology. New York: Churchill Livingstone; 1998. p.1-14.
- 22 Partridge AH, Avorn J, Wang PS, Winer EP. Adherence to therapy with oral antineoplastic agents. J Natl Cancer Inst. 2002;94(9):652-61.
- 23 DeMario MD, Ratain MJ. Oral chemotherapy: rationale and future directions. J Clin Oncol. 1998;16(7):2557-67.
- 24 Rocha A. adesão ao tratamento: o papel do médico. Rev Bras Hipertens. 2003; 10(3):213-15.

-
- 25 Kassner E. Evaluation and treatment of chemotherapy extravasation injuries. *J. Pediatr Oncol Nurs.* 2000;17(3):135-48.
- 26 Nascimento EMF, Souza MF. Infiltração em terapia intravenosa através de veia periférica. *Acta Paul Enferm.* 1996;9(1):53-60.
- 27 Nishinari K, Malavolta LC, Saes GF, Langer M, Carvalho Sobrinho A, Zerati AE, et al. Cateteres venosos totalmente implantáveis para quimioterapia: experiência em 415 pacientes. *Acta Oncol Bras.* 2003;23(2):1-14.
- 28 Yasbek G, Zerati AE, Langer M, Malavolta LC, Nishinari K, Wolosker NI. Utilização dos cateteres de Hickman em transplante autólogo de medula óssea: análise de 49 cateteres implantados. *Acta Oncol. Bras [periódico na Internet].* 2002 [citado 2005 abr 29]; 22(3): [cerca de 6 p.]. Disponível em: http://www.hcanc.org.br/acta/2002/acta-2_13.html.
- 29 McLeod HL, Evans WE. Oral cancer chemotherapy: the promise and the pitfalls. *Clin Cancer Res.* 1999;5(10):2669-71.
- 30 Clayton BD, Stock YN. O processo de enfermagem e a farmacologia. In: Clayton BD, Stock YN. *Farmacologia na prática de enfermagem.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. p. 33-54.
- 31 Clayton BD, Stock YN. Educação do paciente a promoção da saúde. In: Clayton BD, Stock YN. *Farmacologia na prática de enfermagem.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. p. 55-63.
- 32 Waterhouse DM, Calzone KA, Mele C, Brenner DE. Adherence to oral tamoxifen: a comparison of patient self-report, pill counts, and microelectronic monitoring. *J Clin Oncol.* 1993;11(6):1189-97.
- 33 Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003;8(3):775-82.
- 34 Horwitz RI, Horwitz SM. Adherence to treatment and health outcomes. *Arch Intern Med.* 1993;153(16):1863-8.
- 35 Levine AM, Richardson JL, Marks G, Chan K, Graham J, Selser JN, et al. Compliance with oral drug therapy in patients with hematologic malignancy. *J Clin Oncol.* 1987;5(9):1469-76.

-
- 36 Kurita PG, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica. Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arq. Neuropsiquiatria*. 2003; 61(2B):416-25.
- 37 Pierin AMG. Adesão ao tratamento. In: Nobre F, Pierin A, Mion Junior D. *Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão*. São Paulo: Lemos; 2001. p. 23-33.
- 38 Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Junior D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. São Paulo: Manole; 2004. p. 275–89.
- 39 Richardson JL, Marks G, Levine A. The influence of symptoms of disease and side effects of treatment on compliance with cancer therapy. *J Clin Oncol*. 1988; 6(11):1746-52.
- 40 Castro VD, Car MR. Dificuldades e facilidades dos doentes no seguimento do tratamento da hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP*. 1999;33(3):294-304.
- 41 Dailey G, Kim MS, Lian JF. Patient compliance and persistence with antihyperglycemic drug regimens: evaluation of a medicaid patient population with type 2 diabetes mellitus. *Clin Ther*. 2001; 23(8): 1311–20.
- 42 Rocha A. adesão ao tratamento: o papel do médico. *Rev Bras Hipertens*. 2003; 10(3):213-15.
- 43 Liu G, Franssen E, Fitch MI, Warner E. Patient preferences for oral versus intravenous palliative chemotherapy. *J Clin Oncol*. 1997;15(1):110-5.
- 44 Bonadonna G, Valagussa P. Dose-response effect of adjuvant chemotherapy in breast cancer. *N Engl J Med*. 1981;304(1):10–5.
- 45 Figueiredo RM, Sinkoc VM, Tomazim CC, Gallani MCBJ, Colombrini MRC. Adesão de pacientes com Aids ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. *Rev Lat Am Enferm*. 2001;9(4):50-5.
- 46 Griffin E. Safety considerations and safe handling of oral chemotherapy agents. *Clin J Oncol Nurs*. 2003; 7(6 Suppl):25-9.
- 47 Lee CR, Nicholson PW, Souhami RL, Deshmukh AA. Patient compliance with oral chemotherapy as assessed by a novel electronic technique. *J Clin Oncol*. 1992;10(6):1007-13.

-
- 48 Dela Coleta JA, Dela Coleta MF. Escalas para medida de atitude e outras variáveis psicossociais. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem; 1996.
- 49 Dela Coleta MF. Escala multidimensional de locus de controle de Levenson. *Arq Bras Psicol.* 1997;39(2):79-97.
- 50 Green LW, Levine DM, Deeds S. Clinical trials of health education for hypertensive outpatients: design and baseline data. *Prev Med.* 1975;4(4):417-25.
- 51 Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24(1):67-74.
- 52 Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Júnior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 2003; 81:349-54..
- 53 Smigal C, Jemal A, Ward E, Cokkinides V, Smith R, Howe HL, et al. Trends in breast cancer by race and ethnicity: update 2006. *CA Cancer J Clin.* 2006;56(3):168-83.
- 54 Grunfeld EA, Hunter MS, Sikka P, Mittal S. Adherence beliefs among breast cancer patients taking tamoxifen. *Patient Educ Couns.* 2005;59(1):97-102.
- 55 Selvin E, Brett KM. Breast and cervical cancer screening: sociodemographic predictors among White, Black, and Hispanic women. *Am J Public Health.* 2003; 93(4):618-23.
- 56 Howat A, Veitch C, Cairns W. A descriptive study comparing health attitudes of urban and rural oncology patients. *Rural Remote Health.* 2006;6(4):563.
- 57 Elias MC, Alves E. Medicina não-convencional: prevalência em pacientes oncológicos. *Rev Bras Cancerol.* 2002; 48(4): 523-32.
- 58 Gonzalez JR, Fernandez E, Moreno V, Ribes J, Peris M, Navarro M, et al. Sex differences in hospital readmission among colorectal cancer patients. *J Epidemiol Community Health.* 2005; 59(6):506-11.
- 59 Mao Y, Hu J, Ugnat AM, Semenciw R, Fincham S, Canadian Cancer Registries Epidemiology Research Group. Socioeconomic status and lung cancer risk in Canadá. *Int J Epidemiol.* 2001;30(4):809-17.
- 60 O'Malley AS, Forrest CB, Mandelblatt J. Adherence of low-income women to cancer screening recommendations. *J Gen Intern Med.* 2002;17(2):144-54.

61 Borrás JM, Sanches-Hernandez A, Navarro M, Martínez M, Mendes E, Ponton JL. Compliance, satisfaction, and quality of life of patients with colorectal cancer receiving home chemotherapy or outpatient treatment: a randomised controlled trial. *BMJ*. 2001; 322(7290):826.

62 Partridge AH, Wang PS, Winer EP, Avorn J. Nonadherence to adjuvant tamoxifen therapy in women with primary breast cancer. *J Clin Oncol*. 2003; 21(4):602-6.

63 Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2003. Incidência de câncer no Brasil [texto na internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [citado 2006 set. 21]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2003>.

64 Brasil. Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar - comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis Brasil 15 capitais e Distrito Federal. 2002 – 2003. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [citado 2006 set. 21]. Disponível em: www.inca.gov.br/inquerito domiciliar

65 Pinho VFS. Perfil de risco para câncer de mama em uma população-alvo do Programa Viva Mulher: um inquérito epidemiológico nas Unidades de Saúde da Família do município de Teresópolis [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.

66 Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Rev Bras Cancerol*. 2001; 49(4):227-38.

67 Chemotherapy drugs - Drug names [text on the Internet]. [cited 2006 Nov 21]. Available from: www.chemocare.com

68 Birner A. Pharmacology of oral chemotherapy agents. *Clin J Oncol Nurs*. 2003;7(6 Suppl):11-9.

69 Medication sheets for patients. Oral chemotherapy. *Clin J Oncol Nurs*. 2003;7(6 Suppl):40-72.

70 Yang SH, Kim MK, Lee TK, Lee KS, Jeun SS, Park CK. Temozolomide chemotherapy in patients with recurrent malignant gliomas. *J Korean Med Sci*. 2006;21(4):739-44.

71 Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Leucemia linfóide aguda em adulto: condutas do INCA. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(3):309-12.

72 Fan L, Liu WC, Zhang YJ, Ren J, Pan BR, Liu DH, et al. Oral Xeloda plus bi-platinu two-way combined chemotherapy in treatment of advanced gastrointestinal malignancies. *World J Gastroenterol.* 2005;11(28):4300-4.

73 Lemos JA, Oliveira CM, Scerni AC, Bentes AQ, Beltrão AC, Bentes IR, et al. Differential molecular response of the transcripts B2A2 and B3A2 to imatinib mesylate in chronic myeloid leukemia. *Genet Mol Res.* 2005;4(4):803-11.

74 Kulke MH, Stuart K, Enzinger PC, Ryan DP, Clark JW, Muzikansky A, et al. Phase II study of temozolamide and thalidomide in patients with metastatic neuroendocrine tumors. *J Clin Oncol.* 2006;24(3):401–6.

75 Saad ED, Bromberg S, Katz A, Simon SD. Inibidores da aromatase no câncer de mama: da doença metastática ao tratamento adjuvante. *Rev Bras Cancerol.* 2002; 48(4):555-7.

76 Beveridge RA, Reitan JF, editors. Commonly used premedication regimens. In: Beveridge RA, Reitan JF, editors. *Guide to selected cancer chemotherapy regimens and associated adverse events.* 4th ed. Thousand Oaks, CA.: Amgen; 2003.

77 Rajkumar SV. Phase III clinical trial of thalidomide plus dexamethasone compared with dexamethasone alone in newly diagnosed multiple myeloma: a clinical trial coordinated by the Eastern Cooperative Oncology Group. *J Clin Oncol.* 2006;24(3):43-6.

78 Faria Sergio L, Oliveira Filho JA, Garcia AR, Amalfi C, Spirandeli JMB, Campos EC. Quimioterapia concomitante à radioterapia no tratamento adjuvante do câncer da mama localizado. *Rev Bras Cancerol.* 2001;47(2):153-8.

79 Murad AM. Tratamento do câncer de pulmão de células não pequenas irressecáveis: qual a melhor forma de combinarmos quimioterapia e radioterapia? *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(4):354-5.

80 Schunemann Junior E, Urban CA, Budel VM. Quimioterapia neoadjuvante em câncer localmente avançado do colo do útero. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002; 24(10):675–80.

81 Samano EST, Goldenstein PT, Ribeiro LM, Lewin F, Valesin Filho ES, Soares HP, et al. Rezar se correlaciona com uma melhor qualidade de vida: resultados de um estudo sobre o uso de medicina alternativa/complementar por um grupo de pacientes oncológicos brasileiros. *Sao Paulo Med J.* 2004;122(2):60-3.

-
- 82 Lee MM, Lin SS, Wrench MR, Adler SR, Eisenberg D. Alternative therapies used by women with breast cancer in four ethnic populations. *J Natl Cancer Inst.* 2000; 92(1):42-7.
- 83 Brunello A, Basso U, Pogliani C, Jirillo A, Ghiotto C, Koussis H, et al. Adjuvant chemotherapy for elderly patients (> or =70 years) with early high-risk breast cancer: a retrospective analysis of 260 patients. *Ann Oncol.* 2005;16(8):1276-82.
- 84 Messersmith WA, Laheru DA, Senzer NN, Donehower RC, Grouleff P, Rogers T, et al. Phase I trial of Irinotecan, infusional 5-Fluorouracil, and Leucovorin (FOLFIRI) with Erlotinib (OSI-774): early termination due to increased toxicities. *Clin Cancer Res.* 2004;10(19):6522-7.
- 85 Dal-Fabbro AL. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(4):1292-8.
- 86 Baptista MN, Santos KM, Dias RR. Auto-eficácia, locus de controle e depressão em mulheres com câncer de mama. *Psicol Argumento.* 2006;24(44):27-36.
- 87 Brown S, Steele K. Nurse-mediated serum cholesterol reduction and health locus of control: a device for targeting health promotion? *Br J Gen Pract.* 1999; 49(443):467-8.
- 88 Kuwahara A, Nishino Y, Ohkubo T, Tsuji I, Hisamichi S, Hosokawa T. Reliability and validity of the Multidimensional Health Locus of Control Scale in Japan: relationship with demographic factors and health-related behavior. *Tohoku J Exp Med.* 2004; 203(1):37-45.
- 89 Sagduyu A, Senturk VH, Sezer S, Emiroglu R, Ozel S. Psychiatric problems, life quality and compliance in patients treated with haemodialysis and renal transplantation. *Turk Psikiyatri. Derg.* 2006;17(1):22-31.
- 90 Braga CG. A resposta psicossocial de impotência e "locus de controle" de pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
- 91 Tamayo A. Validade fatorial da escala de Levenson de Locus de controle. *Psicol Teor Pesqui.* 1989;5(1):111-222.
- 92 Rodriguez-Rosero JE, Ferriani MGC, Dela Coleta MF. Escala de locus de controle da saúde – MHLC: estudos de validação. *Rev Lat Am Enferm.* 2002; 10(2):179-84.

-
- 93 Sturmer T, Hasselbach P, Amelang M. Personality, lifestyle, and risk of cardiovascular disease and cancer: follow-up of population based cohort. *BMJ*. 2006;332(7554):1359.
- 94 Wang PS, Bohn RL, Knight E, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *J Gen Intern Med*. 2002;17(7):504-11.
- 95 Harley CR, Frytak JR, Tandon N. Treatment compliance and dosage administration among rheumatoid arthritis patients receiving Infliximabe, etanercept, or methotrexate. *Am J Manag Care*. 2003;9(6 Suppl):136-44.
- 96 Mengden T, Vetter H, Tousset E, Uen S. Management of patients with uncontrolled arterial hypertension – the role of electronic compliance monitoring, 24-h ambulatory blood pressure monitoring and Candesartan/HCTZ. *BMC Cardiovasc Disord*. 2006;6:36.
- 97 Oliveira BM, Viana MB, Zani CL, Romanha AJ. Clinical and laboratory evaluation of compliance in acute lymphoblastic leukaemia. *Arch Dis Child*. 2004;89(8):785-8.
- 98 Giorgi DMA. Estudo sobre algumas variáveis que influenciam a aderência ao tratamento em hipertensão arterial [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina; 1989.
- 99 Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguittoni E, Renno Jr J. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. *Rev Psiquiatr Clin*. 2006;33(3):124-33.
- 100 Secoli SR. Terapia farmacológica e enfermagem: enfoque no paciente em estado crítico. *Prática Hosp*. 2000;3(17):20-6.

ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (ANEXO I)

I – Variáveis sócio-demográficas

1. Nome _____

2. Sexo

1 masculino 2 feminino

3. Idade _____

4. Etnia

1 Branca 3 Amarela 5 Mestiça
 2 Negra 4 Mulata

5. Estado civil

1 Casado 3 Viúvo
 2 Solteiro 4 Separado 5 Amasiado

6. Escolaridade

1 Analfabeto 2 Ensino fundamental
 3 Ensino médio 4 Ensino superior
 5 Mestrado 6 Doutorado
Situação: 1 Completo 2 Incompleto

8. Ocupação atual

1 Aposentado 4 Trabalhador autônomo
 2 Desempregado 5 Do lar
 3 Trabalhador com vínculo empregatício 6 Outros: _____

9. Renda salarial mensal

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Menos de 1 salário mínimo | <input type="checkbox"/> 4 10 a 15 salários mínimos |
| <input type="checkbox"/> 2 1 a 5 salários mínimos | <input type="checkbox"/> 5 15 a 20 salários mínimos |
| <input type="checkbox"/> 3 5 a 10 salários mínimos | <input type="checkbox"/> 6 Mais de 20 salários mínimos |

II – Variáveis relacionadas ao diagnóstico**10. Diagnóstico médico** _____**11. Como descobriu a doença ?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Sentiu-se mal | <input type="checkbox"/> 3 Auto-exame |
| <input type="checkbox"/> 2 Exame médico de rotina | <input type="checkbox"/> 4 Outro: _____ |

Quando ? _____

12. Há quanto tempo está em tratamento quimioterápico endovenoso? _____**13. Há quanto tempo está em tratamento com medicamento oral?** _____

Nome da medicação oral _____

Por quantos dias você toma o medicamento oral ? _____

14. Que tratamento complementar a quimioterapia oral você realizou?

() Radioterapia: número de sessões: _____ início _____ término _____

() Cirurgia: data _____ tipo: _____

() Hormonioterapia: desde _____ tipo _____

() Imunoterapia: desde _____ tipo _____

15. Interrompeu o tratamento do câncer realizado com administração por via oral alguma vez?

1 Sim 2 Não

Quando ? _____ Quantas vezes ? _____

Motivos: _____

16. Faltou às consultas agendadas nos últimos 6 meses ?

1 Sim 2 Não

Porquê? _____

17. Utiliza outras terapias alternativas de tratamentos para o controle do câncer ?

1 Sim 2 Não

Quais:

1 Homeopatia 5 Acupuntura

2 Remédios caseiros, chás 6 Massagem

3 Espiritismo 7 Florais

4 Ioga 8 Outros: _____

TESTE DE MORISKY E GREEN (ANEXO II)

A forma de avaliação das questões será por respostas SIM ou NÃO, em que sim = 0 e não = 1.

1. Você alguma vez, esquece de tomar seu remédio ?

1 Sim

2 Não

2. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?

1 Sim

2 Não

3. Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio?

1 Sim

2 Não

4. Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?

1 Sim

2 Não

ESCALA DE LOCUS DE CONTROLE DA SAÚDE (ANEXO III)

Este é um questionário sobre o que as pessoas pensam e fazem sobre sua saúde. Para cada frase o(a) senhor(a) deve dizer se está totalmente de acordo, se concorda apenas em parte, se está indeciso, se discorda em parte ou se discorda totalmente. Não existem respostas certas ou erradas, o que importa é sua opinião pessoal sobre todas as questões.

	Concordo totalmente	Concordo em parte	Estou indeciso	Discordo em parte	Discordo totalmente
01. Se eu ficar doente, a minha recuperação rápida vai depender do meu comportamento.	5	4	3	2	1
02. Não importa o que eu faça, se for para eu ficar doente, eu fico mesmo.	5	4	3	2	1
03. Para mim, a melhor maneira de evitar doenças é fazer consultas regulares com meu médico.	5	4	3	2	1
04. Muitas coisa que afetam minha saúde acontecem por acaso.	5	4	3	2	1
05. Toda vez que eu não me sinto bem de saúde eu consulto um médico.	5	4	3	2	1
06. Eu posso controlar minha saúde.	5	4	3	2	1
07. se eu estou doente ou com saúde, minha família tem muito a ver com isso.	5	4	3	2	1
08. Quando eu fico doente, normalmente eu sou o culpado.	5	4	3	2	1
09. A sorte é muito importante para eu me recuperar de uma doença.	5	4	3	2	1
10. Quem controla minha saúde são os médicos.	5	4	3	2	1
11. Minha saúde é principalmente uma questão de sorte ou azar.	5	4	3	2	1
12. A principal coisa que afeta minha saúde é o que eu mesmo faço.	5	4	3	2	1
13. Se eu me cuidar bem posso evitar doenças.	5	4	3	2	1
14. Quando eu sarar de uma doença, em geral foi porque as pessoas cuidaram bem de mim (o médico, a esposa, a enfermeira, os amigos, a família, etc).	5	4	3	2	1
15. Não importa o que eu faça, é sempre possível que eu fique doente.	5	4	3	2	1
16. Se for meu destino, eu terei saúde.	5	4	3	2	1
17. Se eu fizer as coisas certas, eu terei saúde.	5	4	3	2	1
18. Para ter saúde, eu tenho que obedecer ao meu médico.	5	4	3	2	1

FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR A ADESÃO AO TRATAMENTO (ANEXO IV)

Leia as questões abaixo e assinale a alternativa que melhor corresponde ao grau de influencia de cada motivo que pode dificultar seu tratamento.

Motivos	Concordo totalmente	Concordo em parte	Estou indeciso	Discordo em parte	Discordo totalmente
01.Os remédios orais provocam efeitos adversos indesejáveis	5	4	3	2	1
02.Esqueço de tomar os remédios	5	4	3	2	1
03.Preciso de ajuda para tomar os remédios	5	4	3	2	1
04.Tenho muitos remédios para tomar	5	4	3	2	1
05.Não sei como tomar os remédios	5	4	3	2	1
06. O tratamento oral é complicado, difícil	5	4	3	2	1
07. Tenho dificuldade de lembrar o dia do re-início do remédio oral	5	4	3	2	1
08. Tenho dificuldade em comprar os remédios orais	5	4	3	2	1
09. Não sei se devo tomar os remédios antes, depois ou com as refeições	5	4	3	2	1
10. O remédio é difícil de engolir	5	4	3	2	1
11 Esqueço de comparecer as consultas	5	4	3	2	1
12. O tratamento com remédios orais proporciona menos falta ao trabalho	1	2	3	4	5
13. . A equipe de saúde tem ajudado no tratamento com medicação oral	1	2	3	4	5
14. Tenho horários certos para tomar os remédios	1	2	3	4	5
15. Confiro o nome e a dose dos remédios antes de tomar	1	2	3	4	5
16. Guardo os remédios em local adequado	1	2	3	4	5
17. Tomo o remédio mesmo quando me sinto mal	1	2	3	4	5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ANEXO V)

Eu, Patrícia Andréa Crippa Marques, R.G. nº 21.212.346-4, enfermeira, gostaria de convidá-lo para participar de um estudo intitulado PACIENTES COM CÂNCER EM TRATAMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL PRIVADO: ATITUDES FRENTE À TERAPIA COM ANTINEOPLÁSICOS ORAIS E LÓCUS DE CONTROLE DE SAÚDE para obtenção do meu título de Mestre pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O estudo tem como objetivo principal caracterizar o perfil de pacientes com câncer em uso de medicamentos via oral de ação antineoplásica.

Inicialmente será respondido por meio de entrevista seus dados pessoais, como nome, sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade, ocupação atual, renda salarial mensal, tempo de doença, tempo de tratamento, número de consultas médicas, descoberta da doença, tratamento anterior do câncer, interrupção do tratamento e uso de tratamentos alternativos e posteriormente será preenchido três questionários: o primeiro com 4 questões abertas com o objetivo de caracterizar a adesão com respostas SIM ou NÃO; o segundo composto por 18 questões com o objetivo de avaliar o que as pessoas pensam e fazem sobre sua saúde e os fatores que podem dificultar o tratamento com 17 questões, ambos com respostas que devem ser assinaladas em concordo totalmente, concordo em parte, estou indeciso, discordo em parte ou discordo totalmente.

Seu nome será mantido em sigilo e a sua participação é voluntária; a qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre o estudo através da pesquisadora Patrícia Andréa Crippa Marques no telefone (11) 3747.0240, 7336.5542 ou pelo e-mail pmarques@einstein.br; poderá também consultar o Comitê de Ética em Pesquisa no telefone 3747.0291 ou através do e-mail cep@einstein.br.

Seu consentimento poderá ser retirado em qualquer momento da pesquisa sem penalização e/ou prejuízo ao seu cuidado. Não haverá despesas para você, nem riscos na participação, portanto, não estão previstos ressarcimento ou indenização.

Eu confirmo que a pesquisadora explicou-me os objetivos deste estudo, minha forma de participação, os benefícios, bem como as alternativas para minha participação. Eu li e compreendi este termo de consentimento e, portanto, concordo em participar como voluntário deste estudo.

Assinatura do Paciente

____/____/____
Data

Patrícia Andréa Crippa Marques

____/____/____
Data

CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DOS JUÍZES (ANEXO VI)

São Paulo, ____ de _____ de 2005.

Prezado colega,

Para dar continuidade à realização do projeto de pesquisa para dissertação de mestrado “PACIENTES COM CÂNCER EM TRATAMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL PRIVADO: ATITUDES FRENTE À TERAPIA COM ANTINEOPLÁSICOS ORAIS E LÓCUS DE CONTROLE DE SAÚDE ”, junto a Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, vimos por meio desta solicitar sua valiosa colaboração no sentido de avaliar individualmente cada uma das questões contidas no instrumento, analisando se estas encontram-se adequadas em relação à:

- Consistência interna, se há relação com o item que se pretende avaliar;
- Clareza, se as questões são de fácil entendimento para o paciente e;
- Valoração eqüitativa, se cada questão possui valor semelhante às demais.

Solicitamos sugestões a respeito de cada uma das questões.

Prazo para devolução da avaliação de 10 dias.

Certos de sua atenção, agradecemos antecipadamente.

Mestranda: Patrícia Andréa Crippa Marques – contato 9173.7012

Orientadora: Profª Drª Angela Maria Geraldo Pierin – contato 3066.7564

AVALIAÇÃO DOS JUÍZES (ANEXO VII)

Instrumento: Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento com antineoplásico via oral
(em anexo)

As respostas do instrumento são dadas em escala tipo Likert, com cinco níveis: concordo totalmente, concordo em parte, indeciso, discordo ou discordo totalmente, com valores de 5, 4, 3, 2, 1 respectivamente. As questões 14,15,16 e 17 apresentam valores invertidos 1, 2, 3, 4, 5. O resultado será fornecido pela soma dos valores das respostas escolhidas de cada item das sub-escalas. O mínimo de pontos somará 17 e o máximo 85. O grau de dificuldade em relação ao tratamento será representado pela seguinte escala: 17 – 34: nenhuma dificuldade; 35 – 51: pouca dificuldade; 52 – 68: moderada dificuldade e 69 – 85: muita dificuldade.

01. Os remédios provocam efeitos indesejáveis

Consistência interna () adequada () inadequada
Clareza () adequada () inadequada
Valoração eqüitativa () adequada () inadequada

Sugestões:

02. Esqueço de tomar os remédios

Consistência interna () adequada () inadequada
Clareza () adequada () inadequada
Valoração eqüitativa () adequada () inadequada

Sugestões:

03. Preciso de ajuda para tomar os remédios

Consistência interna () adequada () inadequada
Clareza () adequada () inadequada
Valoração eqüitativa () adequada () inadequada

Sugestões:

04. Tenho muitos remédios para tomar

Consistência interna () adequada () inadequada
Clareza () adequada () inadequada
Valoração eqüitativa () adequada () inadequada

Sugestões:

05. Não sei como tomar os remédios

Consistência interna () adequada () inadequada
Clareza () adequada () inadequada
Valoração eqüitativa () adequada () inadequada

Sugestões:

06. O tratamento é complicado, difícil

Consistência interna () adequada () inadequada
Clareza () adequada () inadequada
Valoração eqüitativa () adequada () inadequada

Sugestões:

07. Tenho dificuldade quando muda o tratamento

Consistência interna () adequada () inadequada
Clareza () adequada () inadequada
Valoração eqüitativa () adequada () inadequada

Sugestões:

08. Tenho dificuldade para adquirir os remédios

Consistência interna () adequada () inadequada
Clareza () adequada () inadequada
Valoração eqüitativa () adequada () inadequada

Sugestões:

09. Tenho que faltar ao trabalho para vir à consulta

Consistência interna () adequada () inadequada
Clareza () adequada () inadequada
Valoração eqüitativa () adequada () inadequada

Sugestões:

10. Preciso de companhia para vir às consultas

Consistência interna () adequada () inadequada
Clareza () adequada () inadequada
Valoração equitativa () adequada () inadequada

Sugestões:

11. Não me dei bem com a equipe de saúde

Consistência interna () adequada () inadequada
Clareza () adequada () inadequada
Valoração equitativa () adequada () inadequada

Sugestões:

12. O horário do atendimento é inconveniente

Consistência interna () adequada () inadequada
Clareza () adequada () inadequada
Valoração equitativa () adequada () inadequada

Sugestões:

13. Esqueço de comparecer às consultas

Consistência interna () adequada () inadequada
Clareza () adequada () inadequada
Valoração equitativa () adequada () inadequada

Sugestões:

14. Tenho horários certos para tomar os remédios

Consistência interna () adequada () inadequada
Clareza () adequada () inadequada
Valoração eqüitativa () adequada () inadequada

Sugestões:

15. Confiro o nome e a dose dos remédios antes de tomar

Consistência interna () adequada () inadequada
Clareza () adequada () inadequada
Valoração eqüitativa () adequada () inadequada

Sugestões:

16. Guardo os remédios em local seguro

Consistência interna () adequada () inadequada
Clareza () adequada () inadequada
Valoração eqüitativa () adequada () inadequada

Sugestões:

17. Tomo o remédio mesmo quando me sinto mal

Consistência interna () adequada () inadequada
Clareza () adequada () inadequada
Valoração eqüitativa () adequada () inadequada

Sugestões:
