



Cystic Fibrosis Collaborative Adherence Resources & Education

Adesão e a sua gestão

*nos cuidados
da fibrose quística*

CF CARE é totalmente financiada pela Vertex Pharmaceuticals (Europe) Limited. O conteúdo foi preparado e desenvolvido pelo conselho diretivo com o apoio logístico e editorial do secretariado do CF CARE, ApotheCom. A Vertex teve a oportunidade de rever o conteúdo e ferramentas para assegurar a sua exatidão.

**Os medicamentos não funcionam
em doentes que não os tomam.**

C. Everett Koop, Médico

Este recurso abrangente foi desenvolvido por um grupo de trabalho composto por especialistas internacionais em Fibrose Quística (FQ) para abordar técnicas de Entrevista Motivacional (EM), que favorecem a abertura dos doentes à mudança de comportamento.

O recurso explora os problemas com a adesão na FQ, bem como os princípios e estratégias da EM. Tem como objetivo dotá-lo de conhecimentos e competências para melhorar a sua prática de EM e proporcionar-lhe os antecedentes relevantes para os tópicos discutidos nos cinco módulos de EM. Estes módulos podem ser descarregados em www.cfcare.net

ÍNDICE

1	Introdução	1
1.1	A pressão e os desafios do tratamento da fibrose quística	1
1.2	Consequências da fraca adesão	2
2	Adesão na FQ	2
2.1	Fatores associados à adesão	2
2.1.1	Fatores individuais	2
2.1.2	Fatores sistêmicos	5
2.1.3	Fatores relacionados com o tratamento	6
2.2	Medir a adesão	6
2.3	Intervenções	8
2.3.1	Envolver e relacionar-se: estabelecer uma relação de colaboração com o doente	8
2.3.2	Avaliar	9
2.3.3	Negociar	10
2.3.4	Motivar	11
2.3.5	Planear	12
2.3.6	Monitorização e análise	13
3	Entrevista motivacional (EM) e mudança de comportamento	14
3.1	Contexto da EM	14
3.2	Teoria da EM	15
3.2.1	Princípios fundamentais da EM	15
3.3	Estratégias da EM	16
3.3.1	Expressar empatia através da escuta reflexiva	16
3.3.2	Levantar objeções entre objetivos/valores e comportamento atual	19
3.3.3	Adaptar-se à resistência em vez de se opor diretamente a ela	21
3.3.4	Apoiar a autoeficácia e aumentar a confiança	24
4	Tornar-se um “Defensor da Adesão” na FQ (competências e comportamento essenciais)	26
4.1	Compreender a importância da comunicação	26
4.2	Compreender os fatores e intervenções da equipa	26
4.2.1	Comunicação e colaboração	27
4.2.2	Adesão	27
4.2.3	Colaboração com famílias	27
4.2.4	Colocar isto em prática	27
4.3	A base de evidências para a EM	28
4.4	Desenvolver competências no ensino e no apoio a outras pessoas	29
5	Referências	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 A pressão e os desafios do tratamento da fibrose quística

Os desenvolvimentos importantes nos tratamentos e nas estratégias de gestão da fibrose quística (FQ) conduziram a uma melhoria notável na saúde das pessoas com FQ. É amplamente reconhecido que a sobrevivência está a melhorar (Burgel et al., 2015) devido, pelo menos em parte, ao tratamento precoce e intensivo. Consequentemente, espera-se que as pessoas com FQ nascidas no século XXI vivam até cerca dos 50 anos, mesmo na ausência de desenvolvimentos no tratamento do defeito genético subjacente (Dodge et al., 2007). Contudo, isto depende da utilização de múltiplos medicamentos e terapêuticas, que continuam a ser complexas, exigentes e morosas para doentes de todas as idades e os seus familiares (Ziaian et al., 2006; Sawicki et al., 2009). Os membros da equipa multidisciplinar (EMD) da FQ têm frequentemente longas (e ocasionalmente intensas) relações com doentes e as suas famílias. A equipa precisa de prestar cuidados que sejam simultaneamente holísticos e centrados nos doentes/família, com o objetivo de ajudar as pessoas com FQ a alcançar um equilíbrio entre o tratamento ideal e a qualidade de vida (QdV) (Duff e Oxley, 2014). Embora tanto médicos como doentes acolham de bom grado esta filosofia de cuidados, a realidade é que os regimes de tratamento cada vez mais complexos colocam uma pressão de cuidados acrescida sobre os doentes e as suas famílias. Isto pode levar à não adesão (Sawicki e Tiddens, 2012; Bregnballe et al., 2011) e insuficiente aptidão relativamente à administração da terapêutica, os quais podem ser prejudiciais para a saúde (Sawicki e Tiddens, 2012).

Existem muitas análises sistemáticas e narrativas da adesão ao tratamento nas populações com FQ; no entanto, poucas abordam as vantagens e desvantagens de como a adesão otimizada ao tratamento da FQ resulta numa pressão de cuidados cumulativa ao longo da vida de uma pessoa.

“Adesão” é um termo preferencial para descrever como os comportamentos de cuidados de saúde dos doentes coincidem com as recomendações feitas pelos médicos (sendo outros a “concordância” e os “níveis de comportamento de autocuidado”) (Duff e Latchford, 2010). Uma boa adesão é difícil de definir, mas adesão ideal envolve quase universalmente tomar o medicamento certo, da forma certa, no momento certo.

Sabe-se que a adesão varia de acordo com a complexidade do regime de tratamento e a forma como a adesão é medida (Quittner et al., 2000). A adesão às recomendações nutricionais entre as crianças com FQ é relatada como sendo muito baixa: cerca de 20%. Apenas 47% dos adolescentes com FQ declararam aderir ao seu regime de fisioterapia respiratória, conforme prescrito. (Quittner et al., 2000; Anthony et al., 1999). Em adultos com FQ que normalmente têm regimes de tratamento mais exigentes do que os mais jovens, as taxas de adesão parecem ser mais favoráveis quando os tratamentos produzem benefícios imediatos e é dado aos doentes um certo grau de escolha de tratamento (Duff e Latchford, 2010).

A adesão a antibióticos aerossolizados medida eletronicamente foi relatada como sendo muito baixa, num estudo cujos resultados sugerem uma taxa inferior a 40% (Latchford et al., 2009). Isto dá origem a uma preocupação considerável, uma vez que os nebulizadores desempenham um papel vital na administração de medicamentos e que a sua utilização deverá aumentar drasticamente, dado o número de medicamentos em fase de desenvolvimento na Fundação da Fibrose Quística (Cystic Fibrosis Foundation, 2017) suscetíveis de serem aerossolizadas (Duff e Latchford, 2010).

1.2 Consequências da fraca adesão

A adesão ideal está fortemente associada a melhores resultados e a um risco reduzido de hospitalização (Osterberg e Blaschke, 2005). Verificou-se que a fraca adesão é a principal causa de falha do tratamento (Quittner et al., 2008), levando a piores resultados de saúde (Eakin et al., 2011). Está explicitamente associada a falha do tratamento, menor QdV, função pulmonar reduzida na situação basal e maior morbidade, e é preditiva de requisitos de antibióticos intravenosos (Duff e Latchford, 2010; Quittner et al., 2008; DiMatteo et al., 2002; Osterberg e Blaschke, 2005; Briesacher et al., 2011; Eakin et al. 2011). Melhorar a adesão é também um dos mais importantes desafios psicossociais nos cuidados da FQ nos dias de hoje.

2 ADESÃO NA FQ

2.1 Fatores associados à adesão

As variáveis que têm influência nas taxas de adesão em muitas áreas terapêuticas estão a tornar-se cada vez mais bem estabelecidas (Duff e Latchford, 2010).

Estas incluem:

- Fatores individuais
- Fatores sistêmicos
- Fatores relacionados com o tratamento
- Problemas de medição de adesão

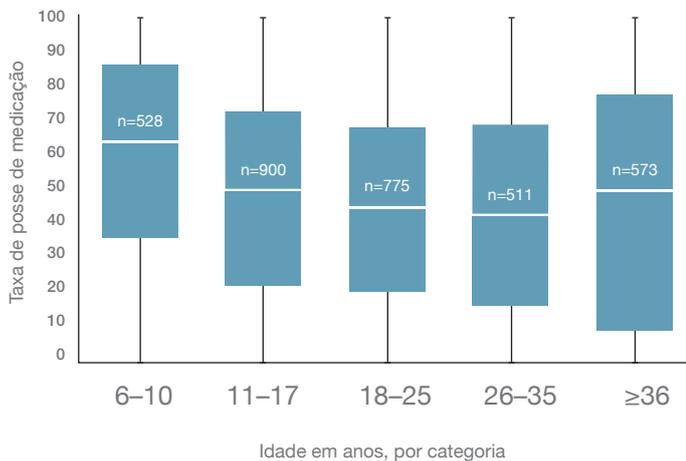
2.1.1 Fatores individuais

2.1.1.1 Idade

Numa época anterior de cuidados, pensava-se que as dificuldades de adesão aumentavam a partir dos 10 anos de idade, atingindo o seu pico por volta dos 16 anos (Duff e Latchford, 2010). Contudo, com as atuais coortes de adolescentes a ficarem geralmente melhor e a necessitarem de menos tratamento, o auge começa a surgir na idade adulta jovem (Duff e Oxley, 2014; Quittner et al., 2014), uma vez que as crenças sobre a “necessidade” de tratamento não são confrontadas com a mesma taxa de deterioração da saúde como anteriormente (Duff e Oxley, 2014). Esta tendência é evidente na análise de dados transversais de adesão por idade a partir de um estudo recente envolvendo doentes com 6 anos ou mais, com um diagnóstico de FQ e uma prescrição de um medicamento pulmonar crónico, identificada a partir de uma base de dados de reclamações comerciais entre janeiro de 2005 e junho de 2011 (Riekert, 2012; Quittner et al., 2014). Os dados sugerem claramente que a adesão (medida através da taxa de posse de medicação [TPM]; descrita em maior detalhe na Secção 2.2) está nos níveis mais elevados entre as crianças. A adesão diminui na adolescência, mas continua a diminuir durante o início

dos 20 e início dos 30 anos dos doentes. Observou-se que a adesão aumenta novamente em doentes com idade igual ou superior a 36 anos (Figura 1). Devido à natureza transversal dos dados, o aumento da adesão neste grupo etário poderia ser atribuído a um efeito sobrevivente, ou a uma influência causada pelas pessoas que foram diagnosticadas tardiamente (Riekert, 2012; Quittner et al., 2014).

Figura 1. Adesão por idade



Adaptado de Quittner et al. 2014. Copyright © 2014
 Colégio Americano de Pneumologistas.

No entanto, quer seja com um adolescente ou jovem adulto, o conflito com os pais permanece no centro da fraca adesão. As discordâncias sobre o tratamento surgem normalmente pela primeira vez à medida que os jovens desenvolvem as suas próprias crenças, valores e objetivos de saúde, que muitas vezes não são partilhados pelos seus pais (Hafetz e Miller, 2010) ou membros da EMD da FQ. A recusa em se submeter ao tratamento da FQ pode ter um impacto substancial na saúde das pessoas

afetadas (Dziuban et al., 2010). Os pais que mantiveram um bom controlo podem sentir-se muito ansiosos quando o adolescente tenta assumir as responsabilidades do tratamento. Para os adolescentes, as influências específicas sobre a adesão incluem: conhecimento sobre a doença, crenças de locus de controlo, autoeficácia, percepção da gravidade da doença, otimismo, estilo de reação, fatores familiares, apoio e características do regime de tratamento (Bucks, 2009). As barreiras comportamentais relacionadas com a idade incluem: esquecer-se de tomar o medicamento, adiar o tratamento, desorganização (por exemplo, não ter tempo) e falta de conhecimento (por exemplo, não saber o que fazer, o que pode ser comum embora as razões possam ser complexas e não ser simplesmente o resultado de não ter a informação). Nas crianças, as barreiras específicas incluem comportamentos de oposição, problemas de gestão do tempo, sabor desagradável e dificuldade em engolir comprimidos (Modi e Quittner, 2006). Em adolescentes e adultos jovens, as barreiras mais comuns são a falta de tempo, o esquecimento e a relutância em tomar medicamentos em público (George et al., 2010; Dziuban et al., 2010; Bregnballe et al., 2011). Além disso, neste grupo existe uma potencial associação entre o número de barreiras relatadas e (i) a percepção da carga provocada pelo tratamento, e (ii) os níveis de adesão (Bregnballe et al., 2011).

2.1.1.2 Sexo

Um estudo recente sobre diferenças entre os sexos na adesão ao tratamento em jovens com 10-21 anos de idade com FQ constatou que as raparigas relataram uma adesão significativamente menor a alguns aspetos do regime de tratamento da FQ (Patterson et al., 2008).

Os resultados sugerem que as raparigas aderem menos ao seu regime de tratamento da FQ (adesão geral, tosse, alimentos ricos em gorduras e tomar medicamentos/comprimidos) e experimentam um maior desencorajamento nos cuidados pessoais. Além disso, as raparigas relataram mais frequentemente tensões associadas à doença (incluindo tensões emocionais e físicas) e preocupações do que os rapazes. Foi relatada uma autoestima significativamente mais elevada entre os rapazes, sendo este parâmetro associado a uma melhor adesão. Os dados sugerem que viver com FQ parece ter um maior impacto emocional nas raparigas adolescentes em comparação com os rapazes (Patterson et al., 2008).

Outros fatores importantes específicos do doente afetam a adesão e podem representar barreiras adicionais à mudança, descritos abaixo.

2.1.1.3 Crenças

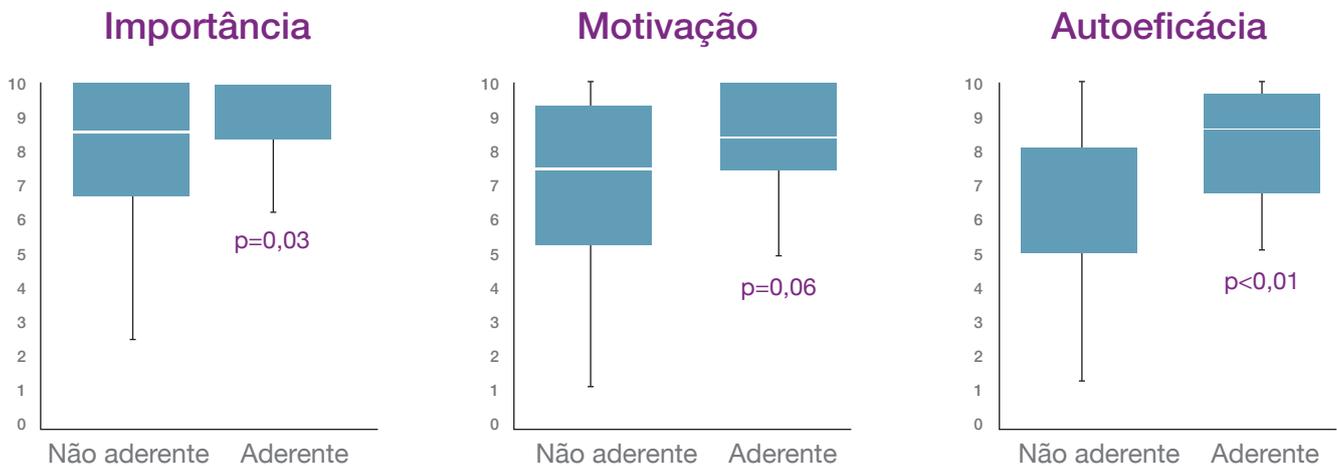
Uma análise abrangente dos fatores que afetam a adesão terapêutica da perspetiva dos doentes mostrou que quando os doentes acreditam que são suscetíveis a uma doença ou às suas complicações, ou que estas representam consequências graves para a sua saúde, ou que o tratamento será eficaz ou benéfico, a sua adesão é boa (Jin et al., 2008). A crença no tratamento em adolescentes com FQ representa 50% da variância na adesão autorrelatada (Bucks et al., 2009). Para os adultos, a importância de identificar crenças erróneas (por exemplo, “Quanto mais tempo puder adiar novos tratamentos, melhor”, “Devo esperar para iniciar tratamentos até precisar realmente deles”) não pode ser subestimada. As crenças sobre o que um doente deve fazer são influenciadas pelos seus valores (“Quão importante é para mim tomar bem os meus medicamentos?”); o tipo de pessoa (“O que é que fiz no

passado?”); normas subjetivas, ou seja, pressão social (“O que é que os outros pensam que eu devo fazer – o meu médico, amigos, mãe, etc. – e que importância é que isso tem para mim?”); e autoeficácia, isto é, confiança (“Será que eu poderia mudar se quisesse?”). Isto pode ser resumido como (i) o que é que o doente espera que aconteça? e, (ii) qual a sua importância para o doente?

As crenças sobre a medicação são cruciais. Estas foram descritas como estando relacionadas com um equilíbrio entre necessidades (por exemplo, “Até que ponto é que preciso?”) e preocupações (por exemplo, “Terei efeitos adversos?”) (Horne e Weinman, 1999). A motivação para começar e continuar com o tratamento é determinada pela relação necessidade-preocupação (Horne e Weinman, 1999) onde os julgamentos sobre a necessidade pessoal dessa terapêutica (“necessidades”) são temperados por receios sobre potenciais efeitos adversos (“preocupações”). As meta-análises mostram que a fraca adesão está intimamente ligada a dúvidas sobre a necessidade pessoal do tratamento e outras preocupações (Bucks et al., 2009; Horne, 2005).

Um estudo recente demonstrou diferenças nas crenças dos doentes; especificamente, a importância do tratamento, a motivação para o tratamento e a autoeficácia para ultrapassar as barreiras à adesão. Os dados sugerem que os doentes aderentes tinham um sentido significativamente maior de importância e motivação para o seu tratamento do que doentes não-aderentes. Verificou-se que a autoeficácia era um indicador muito forte de adesão, com doentes aderentes a relatarem níveis de confiança mais elevados sobre a sua capacidade de ultrapassar barreiras à adesão do que doentes não aderentes (Figura 2; Riekert, 2012).

Figura 2. Diferenças nas crenças de tratamento entre doentes aderentes e não aderentes



Adaptado de Riekert, 2012.

2.1.1.4 Conhecimento e compreensão

Embora o conhecimento geral sobre a FQ não tenha sido diretamente associado às taxas de adesão, considera-se importante a compreensão específica do tratamento (Kettler et al., 2002). Alguns doentes e as suas famílias não possuem os conhecimentos ou competências para aderir, alguns optam por ignorar informação como parte do seu método para lidar com a situação, enquanto outros se consideram conhecedores e aderentes, mas fazem escolhas informadas para não aderir conforme as instruções, tendo objetivos de tratamento diferentes dos médicos (Duff e Latchford, 2010).

2.1.2 Fatores sistémicos

As famílias dos doentes são normalmente as principais fontes de apoio. Têm uma grande influência no doente. Existe uma relação recíproca entre os cuidados da FQ e o funcionamento familiar. Há mais de duas décadas que se sabe que uma comunicação eficaz e competências organizacionais combinadas com famílias que respondem às necessidades de todos os membros estão associadas a melhores resultados de saúde. Por outro lado, a disfunção familiar e o stress têm um impacto prejudicial (Duff e Oxley, 2014). Para as crianças, os desacordos

familiares, o envolvimento excessivo e a comunicação deficiente estão associados a problemas de adesão. Pensa-se que isto tem um impacto negativo nos resultados de saúde na FQ, devido à incapacidade da família em otimizar a adesão ao tratamento (Patterson et al., 1993). Um conceito útil a ter em conta sobre a dinâmica familiar é a tensão entre as forças centrífugas e centrípetas. Os impulsos normais dos adolescentes têm um efeito centrífugo na família nuclear – um desejo de sair e de se tornar independente. Contudo, quando um adolescente tem uma doença crónica, ocorre o efeito oposto (ou seja, um efeito centrípeto), resultando numa dependência contínua dos pais, ansiedades parentais e dificuldades em “desprender-se” num momento decisivo para o desenvolvimento, em que a procura e a obtenção da independência é crucial.

O envolvimento excessivo dos pais ou parceiros está invariavelmente enraizado na ansiedade e culpa. Uma análise sistemática demonstrou que os pais, especialmente as mães, tendem a ter problemas psicológicos acrescidos, particularmente ansiedade (Berge e Patterson, 2004). No segmento no Reino Unido do Estudo Internacional de Epidemiologia de Depressão/Ansiedade (The International

Depression/anxiety Epidemiology Study, TIDES-UK), os pais realizaram duas medições de ansiedade e depressão. Os dados provenientes destas medições mostraram que mais de um quinto dos inquiridos referiu ansiedade moderada a grave, mas as taxas de depressão estimadas variaram entre 5% e 28%, dependendo da medida utilizada (Duff et al., 2014).

As causas da ansiedade dos pais necessitam de ser exploradas em maior profundidade, mas incluem seguramente: acompanhamento clínico, espera pelos resultados de crescimento e espirometria de rotina, e identificação de novo crescimento bacteriano que requer tratamento hospitalar. A sensibilização dos pais para a aquisição ambiental de bactérias (por exemplo, *Pseudomonas aeruginosa*), pode levar a percepções exageradas ou mal-entendidos e, por sua vez, a limitações nas atividades sociais das crianças em detrimento da QdV (Ullrich et al., 2002).

2.1.3 Fatores relacionados com o tratamento

Como discutido na Secção 1.1, a complexidade do regime pode afetar o nível de adesão. Geralmente, a adesão é mais fraca se o regime de tratamento:

- For difícil ou complicado
- For demorado
- Não fornecer *feedback* imediato para informar o doente de que o tratamento foi tomado corretamente
- Não tiver benefício imediato
- Tiver consequências negativas
- For intrusivo e tornar a FQ “visível”

As tarefas que demoram muito tempo tendem a ser adiadas (pode ser difícil para uma pessoa manter o entusiasmo se se espera que esta faça algo num futuro próximo). Alguns fatores são mais subtis: as pessoas podem ter dificuldade em fazer algo quando não recebem *feedback* imediato sobre se estão a tomar o tratamento corretamente (ou mesmo se

estão a beneficiar dele). Por exemplo, a pasta de dentes é concebida para deixar uma sensação de frescura na boca para que sintam que é benéfica.

2.2 Medir a adesão

A medição precisa da adesão é muito importante, pois os dados informarão e apoiarão qualquer intervenção com os doentes. Técnicas de medição variáveis e pouco fiáveis (por exemplo, auto avaliação contagem de embalagens e recolha de receitas) são fatores importantes que explicam a inconsistência nas taxas de adesão relatadas. Mesmo nos casos em que o doente compreendeu satisfatoriamente a doença e o plano de tratamento, a medição precisa das taxas de adesão (expressa como uma percentagem da prescrição) é metodologicamente frágil.

Os problemas comumente citados são medidas de auto avaliação que adotam diferentes escalas de tempo e respostas múltiplas (por exemplo, pais e filhos). Embora se pense que a monitorização eletrónica é mais fiável, o “*dumping*” (eliminação intencional de medicamentos), e uma técnica incorreta do dispositivo podem ainda confundir os resultados (Duff e Latchford, 2010). Com exceção da Adaptive Aerosol Technology™ (Denyer e Nikander, 2010), que regista eletronicamente a utilização de nebulizadores apenas durante a inalação, ainda não foi desenvolvida uma avaliação padrão de excelência na FQ (Quittner et al., 2008).

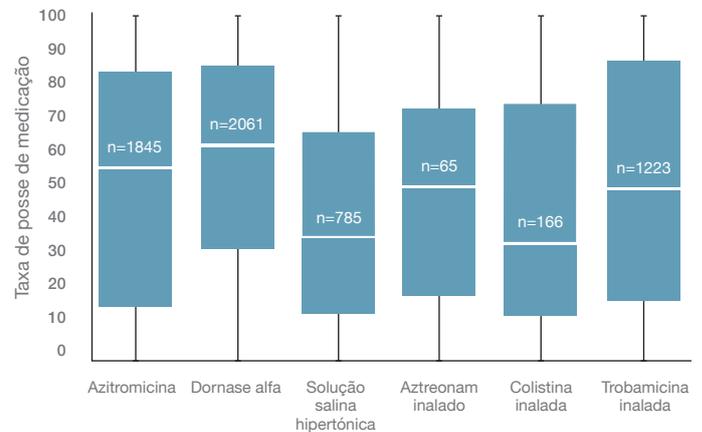
Por conseguinte, é vital para os médicos que se preocupam com a adesão dos seus doentes seguir as atuais diretrizes de melhores práticas. Estas envolvem (i) medir o conhecimento da doença e do tratamento, a compreensão da doença e do plano de tratamento e os fatores que bloqueiam a adesão tanto a nível individual como familiar, (ii) estabelecer planos de tratamento abrangentes com cópias escritas para doentes e pais, (iii) triangular os dados utilizando pelo menos duas modalidades de avaliação (por exemplo, diário

e monitorização eletrónica), e depois explorar a concomitância entre dois ou mais resultados, tendo os dados eletrónicos primazia e, (iv) ao conduzir a investigação, utilizar a regressão ou a modelização linear hierárquica para ter em conta o erro de medição e a variância (Quittner et al, 2008).

Nos EUA, uma forma cada vez mais popular de medir a adesão é utilizar a TPM. Quando o doente toma todos os medicamentos disponíveis que tem, mas adia a obtenção de uma nova receita ou recarga, o doente já não tem nenhum medicamento disponível. A TPM é a relação entre o número de dias para os quais um doente tem medicação disponível dividida pelo número total de dias em que o doente foi observado. Por conseguinte, um doente com adesão perfeita teria uma TPM de 1,0 ou 100%. A adesão é tipicamente medida durante 12 meses para a maioria das condições (Kozma et al., 2013). Na FQ, a TPM está a tornar-se uma forma útil de obter uma estimativa precisa da adesão, o que demonstrou variar dependendo da medicação. Esta variação foi demonstrada num estudo recente que avaliou as taxas de adesão à medicação pulmonar e as suas associações com as características dos doentes, entre uma grande amostra de doentes com FQ. As TPM para cada medicamento foram calculadas durante um período de 12 meses para cada doente (Quittner et al., 2014). A Figura 3 mostra a variação de TPM numa seleção de medicações pulmonares analisadas neste estudo (Quittner et al., 2014).

Na prática, é também útil para o médico ter ferramentas úteis para verificar com os doentes como se sentem com os seus tratamentos. Poderia simplesmente perguntar, mas a utilização de ferramentas breves pode ser mais útil. Desenvolvemos uma ferramenta chamada Escala Breve de Avaliação de Adesão (*Brief Adherence*

Figura 3. Variância da adesão nas medicações pulmonares



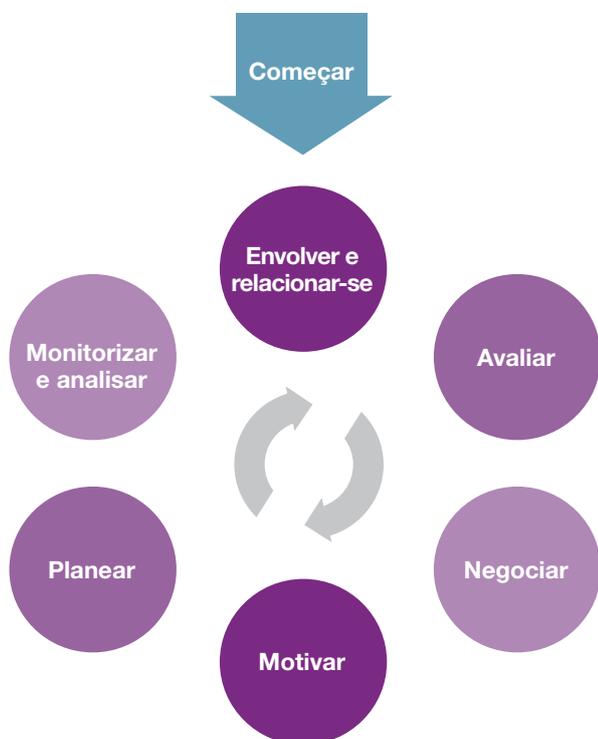
Adaptado de Quittner et al. 2014. Copyright © 2014 Colégio Americano de Pneumologistas.

Rating Scale, BARS), utilizando três escalas analógicas visuais que cobrem o quão bem os doentes se sentem com os seus tratamentos em geral, a facilidade em seguir os tratamentos e se pensam que precisam de mudar o que estão a fazer. Esta ferramenta destina-se a ser um incentivo à conversa e não uma medida fiável, mas pode ser útil para encetar uma conversa ou monitorizar a mudança ao longo do tempo. A ferramenta Escala Breve de Avaliação de Adesão pode ser encontrada no conjunto de ferramentas de adesão anexo. Para ajudar a aprofundar as conversas com os doentes, também desenvolvemos uma ferramenta chamada Escala Visual Analógica para Adesão e Não Adesão (*Visual Analogue Scale for Adherence and Non-Adherence*, VASANA). Esta ferramenta pode ser utilizada para monitorizar até que ponto os doentes estão a tomar medicamentos específicos, e pode ajudar a centrar as conversas nos medicamentos com os quais os doentes estão a ter dificuldades. A ferramenta VASANA pode ser encontrada no website CF CARE (www.cfcare.net).

2.3 Intervenções

O trabalho realizado com os doentes para aumentar a adesão consiste em seis fases principais, descritas nas Secções 2.3.1 a 2.3.6. Estas fases têm de ocorrer no contexto de consultas clínicas e de enfermaria de rotina, em vez de durante consultas separadas.

Figura 4. As seis etapas principais envolvidas no processo de ajudar os doentes a aumentar a adesão



2.3.1 *Envolver e relacionar-se: estabelecer uma relação de colaboração com o doente*

As intervenções começam com uma conversa. No entanto, para que um médico possa falar eficazmente com um doente sobre assuntos potencialmente delicados, é necessário que haja um sentido de envolvimento e uma relação entre ambos. Os dados sugerem que entre agosto de 2006 e julho de 2007,

os problemas de comunicação foram a segunda queixa mais comum no SNS (Healthcare Commission [Comissão para os Cuidados de Saúde], 2008). Isto talvez não seja surpreendente, dado que os médicos muitas vezes subestimam a quantidade de interações e discussão que os doentes querem (Ong et al., 1995). Numa avaliação de programas nacionais de formação de competências de comunicação em cuidados oncológicos, verificou-se que os médicos estão mais centrados no doente e aumentaram o recurso à empatia em contextos clínicos em 69% durante a avaliação de seguimento, em comparação com a avaliação inicial da situação basal (Fallowfield et al., 2002).

Nos cuidados da FQ, há muito a aprender com estas conclusões, mostrando como investir tempo no desenvolvimento de boas competências de comunicação pode traduzir-se em enormes benefícios no envolvimento com os doentes. A base da boa comunicação é escutar. Escutar e compreender ajuda a moldar as consultas para conseguir o máximo de informação clínica dos doentes. É vital compreender que escutar bem não é um processo passivo; envolve mais do que sentar-se em silêncio. A escuta ativa leva os doentes a envolverem-se ativamente nos seus cuidados de saúde e na verdadeira colaboração com o profissional de saúde. Também leva a um diálogo mais honesto – e, em última análise, mais útil. A escuta ativa é conseguida escutando:

- O conteúdo da mensagem
- Os sentimentos do falante
- Sem interromper
- Sem julgar

Por sua vez, uma resposta ideal é composta por “PAER” (Miller e Rollnick, 1991):

- **Perguntas abertas:** Estas perguntas não podem ser respondidas com uma única palavra ou frase. Por exemplo, em vez de perguntar, “Gosta de beber?”, o médico pode perguntar: “O que sente relativamente às bebidas alcoólicas?”
- **Afirmações:** Um médico pode apoiar e comentar os pontos fortes, a motivação, as intenções e o progresso de um doente. Manter a moral elevada é realmente importante, especialmente se se quiser que o doente dê um passo difícil, como por exemplo, seguir à risca o regime de tratamento, onde a confiança vai ser um fator importante.
- **Escuta reflexiva:** Um médico pode demonstrar que ouviu e compreendeu o doente ao refletir o que o doente expressou. Há diferentes maneiras de o fazer, desde as mais simples (refletir apenas o que foi dito, mudando talvez algumas palavras) até às mais complexas (refletir o significado do que foi dito – ou pelo menos o que pensa que foi dito).
- **Resumos:** Resumir o que foi falado pode ser muito útil. Possibilita uma boa pausa na conversa antes de seguir numa direção diferente. Unir diferentes linhas de pensamento também pode conduzir a um ponto muito forte – por exemplo, as diferentes formas como alguém pode ter falado sobre as suas preocupações.

Numa relação verdadeiramente colaborativa, os médicos podem ter uma discussão aberta e honesta com os doentes. Ao longo deste percurso, são fornecidas informações e educação, e o doente tem o poder de fazer as escolhas que o afetam, com apoio. Nestas interações, os doentes sentem que têm algum controlo sobre o seu regime de tratamento. Ficam informados e conhecedores sobre a FQ e os seus cuidados, e podem então negociar com a sua equipa numa perspetiva informada.

A colaboração é a chave para o sucesso. Sem isso, os doentes não contarão à equipa a verdade sobre como estão a encarar e quão bem estão realmente a lidar com a sua adesão. É também menos provável que acreditem e sigam conselhos.

A importância de estabelecer uma comunicação significativa com os doentes através de uma escuta reflexiva, bem como uma descrição aprofundada dos pontos PAER, podem ser encontradas na Secção 3.3.1.

2.3.2 Avaliar

Uma boa avaliação não se centra apenas no comportamento de adesão atual, mesmo que isso seja importante. A avaliação deve incluir todos os fatores que podem influenciar o comportamento de adesão. Em geral, uma avaliação completa deve:

- Estabelecer o comportamento atual
- Estabelecer o conhecimento atual
- Explorar as convicções atuais
- Explorar o papel da família/amigos/parceiro do doente
- Explorar recursos
- Explorar barreiras/facilitadores
- Explorar detalhadamente quaisquer situações problemáticas

2.3.3 Negociar

Conforme mencionado nas secções anteriores, é importante considerar como a relação terapêutica pode ser utilizada da melhor forma para reforçar a adesão. Os princípios de verdadeira colaboração resultam em:

- Conversas abertas e honestas
- Escutar e compreender um doente ativamente envolvido
- Fazer passar mensagens-chave

É no contexto da relação verdadeiramente colaborativa que a discussão e negociação sobre planos de tratamento podem ocorrer de forma eficaz. Os médicos nas equipas de FQ deparam-se frequentemente com os seguintes dilemas:

1. “Corremos o risco de comprometer os cuidados ao concordar com um regime de tratamento reduzido, com a esperança de encontrar um ponto de partida ao qual o doente possa aderir?”
2. “É melhor que o doente adira ao seu tratamento uma vez por dia todos os dias, em vez de duas vezes por dia com pouca frequência?”
3. “A quanto tratamento é que o doente precisa de aderir para continuar bem?”
4. “É aceitável tomar 50% do tratamento prescrito se atingir o controlo de sintomas?”

Embora as equipas de FQ detenham a responsabilidade clínica e não possam apoiar abertamente um regime reduzido, esta posição tem de ser equilibrada com uma avaliação realista do que um doente irá realmente fazer quando tiver alta de um internamento ou sair do hospital.

Em muitos casos, haverá a necessidade de partilhar o dilema com o doente. A conversa pode ser iniciada utilizando a seguinte abordagem:

“Como seu médico, tenho a responsabilidade de lhe prestar os melhores cuidados possíveis e aconselhá-lo sobre um plano de tratamento que alcance este objetivo. No entanto, o que o ouço dizer é que aderir a este plano é um esforço tão duro para si neste momento que não pode ser feito. O que iremos fazer a seguir?”

É necessário considerar três coisas ao negociar

Com quem temos de negociar?	Doentes, pais, cuidadores, parceiros, irmãos
O que precisamos de negociar?	Apenas os aspetos do tratamento aos quais o doente não consegue aderir de forma ideal
Quando é que negociamos?	Quando é claro que o doente tem um bom conhecimento e compreensão do tratamento em questão Quando as tentativas tradicionais para apoiar o doente na adesão ao tratamento falharam

2.3.4 Motivar

A ideia de mudança está no ar, mas a decisão, claro, cabe ao doente. Sabemos, no entanto, que ficar na mesma é sempre a opção mais fácil para as pessoas, especialmente quando a mudança que estão a enfrentar é difícil e significa confrontar-se com alguns pensamentos assustadores ou preocupantes sobre a sua doença.

Sabemos que ajudar os doentes a resolver as coisas por si próprios é sempre melhor do que ser o médico a fazer sugestões. Então, como deve o médico lidar com a tendência para a manutenção do status quo? Pode abordar este problema ajudando os doentes a explorar todos os seus pensamentos e sentimentos relativamente à escolha de mudar ou não. Em última análise, isto irá envolver um confronto entre crenças incompatíveis ou inconsistentes. A teoria da “dissonância cognitiva” é um conceito útil para compreender este processo. A dissonância cognitiva foi proposta por Leon Festinger (Festinger L, 1957) para descrever uma situação em que existem duas crenças incompatíveis que não

podem ser ambas verdadeiras. A dissonância entre crenças, tal como quando há algo que alguém sente que deveria estar a fazer, mas não está (por exemplo, deixar de fumar), faz com que as pessoas se sintam desconfortáveis e produz um ímpeto para mudar se for abordada da forma certa.

É necessário utilizar capacidades de escuta ativa para identificar discrepâncias entre os pensamentos e comportamentos dos doentes (isto é frequentemente referido como “levantar objeções”). Isto permite uma avaliação da importância da mudança (ou seja, aumentar a sua adesão) e da confiança que os doentes têm em consegui-la. Na realidade, os doentes normalmente já estão cientes da maior parte disto, mas as pessoas são versadas em não pensar nas coisas que não estão a fazer (mas que deveriam estar) que as fazem sentir culpadas ou desconfortáveis.

O levantar de objeções entre os objetivos ou valores dos doentes e o seu comportamento atual é abordado em maior detalhe na Secção 3.3.2.

2.3.5 Planear

Quando uma pessoa decidiu mudar, ter um plano pode fazer toda a diferença entre sucesso e fracasso. O primeiro passo durante a fase de planeamento envolve a definição de objetivos. É tentador definir objetivos vagos, por exemplo, “tomar todos os medicamentos” ou “apenas melhorar”. No entanto, a menos que os objetivos sejam claros, a mudança pode revelar-se problemática e o sucesso será quase certamente impossível de avaliar. A melhor forma de estabelecer um objetivo é torná-lo “EMARD”:

- **E**specífico
- **M**ensurável
- **A**lcançável
- **R**elevante
- **D**efindo no tempo

EMARD permite que os objetivos sejam definidos de forma inequívoca, medidos com um nível aceitável de certeza, realistas, pertinentes para os objetivos do doente e alcançáveis dentro de um período razoável. Convém realçar que normalmente é melhor começar com pequenos passos preliminares para aumentar a confiança do doente.

Depois de os objetivos serem acordados, pode ser concluído um plano de mudança. Escrever um plano de mudança compromete o doente a mudar e relembra-lhe os motivos pelos quais pretende mudar. Ajuda os doentes a concentrarem-se no que irão realmente fazer, bem como a considerar que coisas podem tornar a mudança mais fácil (ou mais difícil). Geralmente, as pessoas têm maior probabilidade de fazer algo se o escreverem, tornando assim o compromisso um pouco mais formal.

Desenvolvemos uma ferramenta de Plano de Tratamento Individual (PTI) que pode ajudar os doentes a assumir o controlo do seu tratamento e a ultrapassar as barreiras à adesão. Este modelo de documento pode ser encontrado no site do CF CARE (www.cfcare.net).

A chave para uma mudança bem-sucedida é o planeamento. Embora seja tentador para a maioria das pessoas estar impaciente pela mudança, lançar-se num projeto de mudança sem preparação é suscetível de conduzir ao fracasso. Ao mesmo tempo, a segunda razão mais comum para o fracasso é não começar. Mesmo depois de tomada uma decisão, é fácil adiar o início.

Sempre que alguém começa a mudar, é muito provável que encontre obstáculos ao longo do caminho. Estes obstáculos podem atrasar ou interromper o processo de mudança, ou impedir que este comece. Uma estratégia útil para ajudar os doentes a ultrapassar os obstáculos é adotar planos de implementação de intenções (PII). A investigação demonstrou que a utilização desta técnica simples pode produzir um efeito médio a grande nas taxas de concretização dos objetivos (Gollwitzer e Sheeran, 2006; Gollwitzer e Sheeran, 2008).

Os PII ajudam os doentes a preparar um plano de ação para quaisquer barreiras à mudança. Passar tempo a antecipar quais poderiam ser as barreiras pode ser útil por si só, mas esta técnica envolve também a criação de possíveis soluções. Mais importante ainda, a barreira e a solução são anotadas antes da tentativa de mudança, o que significa que a solução é bem ensaiada antes de o problema ser encontrado. Os obstáculos e as soluções têm de ser escritos num formato que não deixe dúvidas sobre o que irá acontecer:

“Se acontecer _____, então farei _____.”

Durante o processo de planeamento, a experiência e o conhecimento do médico serão muito úteis para o doente. É importante que o médico se lembre de não passar para o “modo especialista”, dizendo ao doente o que fazer. Em vez disso, deve perguntar ao doente se seria útil dizer-lhe o que outros doentes consideraram útil. “Orientar” é uma descrição muito apropriada deste processo – aconselhar, escutar e adaptar-se às necessidades do doente.

O objetivo de qualquer mudança de comportamento é torná-la rotineira, para o comportamento se tornar automático (habitual). Nos primeiros dias, o comportamento alvo pode ser deliberadamente adicionado a uma rotina já estabelecida para ser assimilado numa atividade ou rotina diária. Em alternativa, uma indicação/estímulo pode servir como um lembrete para o doente. Exemplos de indicações/estímulos são:

- Alarmes no telemóvel, autocolantes, colocação de medicamentos num local onde serão vistos
- Comportamento incorporado numa sequência de rotina ou comportamento existente e utilizado como estímulo (por exemplo, lavar os dentes)
- Recurso a amigos/família/parceiro (identificados pelo doente) como fonte de lembrete e apoio.

Outra técnica útil é encorajar o doente a visualizar possíveis problemas e imaginar lidar com eles com êxito, utilizando as respostas pré-planeadas que foram acordadas em conjunto. O processo de visualização torna mais provável que o doente reaja melhor na vida real.

É importante lembrar o papel crucial desempenhado pelas crenças do doente, conforme discutido anteriormente. Pode ser que estas crenças sejam evocadas durante a fase de planeamento, por isso é melhor estar preparado para as abordar com o doente.

A última sugestão é utilizar reforços. É um mito comum que a forma mais eficaz de mudar comportamentos é ameaçar com castigos. Na verdade, o reforço positivo é um incentivo muito mais forte e pode ser utilizado de forma eficaz para ajudar o doente a planear a mudança. É aconselhável que o médico dedique tempo a estabelecer o que os doentes podem fazer para se recompensarem se conseguirem mudar – deixando claro o que é a mudança e a recompensa, e quando

pode ser desfrutada. Registrar isto também é muito útil. É importante que as recompensas sejam realmente desfrutadas, uma vez que associa o comportamento à recompensa. Os reforços mais eficazes são psicológicos porque dão ao doente a sensação de estar em controlo e de fazer a coisa certa, bem como de os tornar orgulhosos e confiantes. Por outro lado, a maioria de nós também responde a reforços materiais (quer se trate de compras ou à base de chocolate!).

2.3.6 Monitorização e análise

A fase final é monitorizar o que acontece depois de um doente começar o processo de mudança. É importante dedicar tempo para rever o progresso, refletir sobre os sucessos e rever o plano se não estiver a funcionar. Acima de tudo, é importante manter a moral elevada e a ênfase na mudança. A mudança não é fácil e muitas vezes requer várias tentativas diferentes para ser bem-sucedida.

Quando as pessoas alcançam a mudança, por vezes esquecem-se de se atribuir o mérito por ela. Por vezes respondem com comentários como “não é nada especial – já devia ter feito isto há muito tempo”. Isto pode dever-se ao facto de se sentirem culpadas por terem precisado de apoio para mudar. Nestas situações, é importante normalizar o processo – para lembrar aos doentes que muitas pessoas têm dificuldades em lidar com a mudança e salientar o quão bem se saíram. Se um médico tiver planeado uma recompensa, deve garantir que o doente desfrutou dela.

A melhor forma de garantir que alguém continua a fazer mudanças é ajudá-lo a ver por si que as mudanças que fizeram são positivas.

3 ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM) E MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

3.1 Contexto da EM

A entrevista motivacional é uma intervenção concebida para situações em que um doente precisa de fazer uma mudança de comportamento mas tem dúvidas a esse respeito, por vezes ao ponto de ser hostil à ideia. Baseia-se na noção de que o primeiro passo em qualquer consulta é começar uma conversa. Em seguida, utiliza estratégias específicas para orientar esta conversa para a mudança.

O contexto da EM começou no tratamento de pessoas com problemas de alcoolismo. A abordagem tradicional tinha sido a de confrontar a pessoa com as consequências do seu problema com o consumo de álcool, acreditando-se que, a menos que reconhecesse que tinha um problema, nunca iria melhorar.

Contudo, quando isto era feito, as pessoas que estavam a ser confrontadas resistiam, negando ter um problema. Isto não é surpreendente, pois não é fácil para as pessoas ouvirem-se a si próprias serem chamadas de alcoólicas que arruinaram as suas próprias vidas. Muitos responderam não escutando, e apresentando razões pelas quais o seu conselheiro estava errado (“Não bebo mais do que outra pessoa qualquer...”). Era tentador para quem dava aconselhamento culpar então o doente, vendo-o como não tendo “nenhuma força de vontade” e “nenhuma motivação”.

O primeiro artigo sobre a EM, escrito pelo psicólogo Bill Miller no Novo México (1983), abordou esta questão baseando-se na sua própria prática clínica. Em oposição ao ponto de vista predominante, sugeria que em vez de

ver a negação como má vontade ou falta de motivação para resolver o problema, poderia ser mais útil ver este resultado como uma consequência da situação na sessão de aconselhamento, ou seja, o confronto produz resistência e negação.

Bill Miller sugeriu várias formas em que um conselheiro podia tentar evitar um confronto, e isto estabeleceu as bases da EM (Miller, 1983). A EM foi desenvolvida em colaboração com o psicólogo Stephen Rollnick, um psicólogo clínico originário da África do Sul, mas que depois trabalhou com casos de dependência no Reino Unido. Stephen Rollnick viu a relevância desta abordagem para os contextos de saúde física, especialmente a mudança de estilo de vida e a posterior adesão. Bill Miller e Stephen Rollnick continuaram a colaborar no primeiro livro sobre EM, e em muitas publicações desde então (por exemplo, Miller e Rollnick, 1991; Rollnick e Miller, 1995; Rollnick et al., 2007).

“Um estilo de aconselhamento diretivo e centrado na pessoa para provocar uma mudança de comportamento, ajudando os indivíduos a explorar e resolver ambivalências.”

(Rollnick e Miller, 1995)

Por vezes parece estranho ver a EM descrita como centrada na pessoa e diretiva, uma vez que as abordagens centradas na pessoa não são tradicionalmente diretivas. No entanto, é uma boa descrição, uma vez que o objetivo da intervenção é encorajar o doente a mudar o seu comportamento.

3.2 Teoria da EM

3.2.1 Princípios fundamentais da EM

Embora a EM tenha as suas raízes na prática clínica, é agora claro que os princípios estruturantes por trás da EM têm uma história muito longa. Podem ser resumidos em seis princípios gerais:

Princípio 1: Não se deve dizer às pessoas o que devem fazer

Mesmo que um médico esteja a dar os conselhos certos, a maioria das pessoas geralmente não os segue como resultado do simples facto de lhes ser dito o que fazer. Se as pessoas sentirem que não têm escolha, sentem uma necessidade real de fazer o que lhes foi dito para não fazer – para provar que ainda têm livre arbítrio. Este fenómeno é descrito pela “teoria da reactância” desenvolvida por Jack Brehm em 1966.

Princípio 2: Escutar

Se o médico não conseguir ouvir e conversar com os doentes, é pouco provável que os doentes mudem. Esta parte da EM tem as suas raízes no aconselhamento centrado no doente, proposto por Carl Rogers, que argumentou que a mudança pode ser facilitada oferecendo a alguém um terapeuta que adote um estilo não-diretivo, que seja empático, genuíno nas suas tentativas de compreender, caloroso nas suas respostas, mas que acima de tudo escute (Rogers, 1975).

Princípio 3: O doente deve dizer ao médico que precisa de mudar

O melhor que pode acontecer é que os doentes digam ao médico por que razão devem mudar. Se forem os próprios doentes a dizê-lo sem que o médico o diga primeiro, é muito mais eficaz. Além disso, as razões

tendem também a ser mais convincentes – se uma pessoa faz algo porque pensa que está certo, é mais provável que essa pessoa o faça do que se o fizesse para agradar a outra pessoa.

Princípio 4: Dissonância cognitiva

Como abordado na Secção 2.3.4, Leon Festinger (1957) propôs que a dissonância cognitiva seria uma característica das situações em que as pessoas estão a debater-se com uma escolha sobre mudar, o que as está a fazer sentir-se desconfortáveis, e que, se tratada adequadamente, cria um impulso para a mudança.

A dissonância cognitiva é um fenómeno muito poderoso que já todos experienciámos. A EM refere-se a isto (ou à ambivalência, um conceito relacionado) e pretende utilizar uma compreensão dos princípios para incentivar a mudança. Se o contraste entre as duas escolhas for realçado, as pessoas sentem um impulso para resolver o conflito através de uma escolha.

Princípio 5: As pessoas precisam de se sentir confiantes antes de tentarem mudar

Mesmo se os doentes estiverem convencidos da necessidade de mudar, se não se sentirem confiantes, é pouco provável que tentem. Pior, podem sentir-se deprimidos à medida que se apercebem da sua situação difícil. Se a autoconfiança for alta, os doentes sentir-se-ão confiantes e terão muito mais probabilidades de sucesso. A EM é explícita sobre a necessidade de manter a moral elevada.

Princípio 6: A ambivalência é normal

É normal que os seres humanos não tenham a certeza sobre o que fazer, especialmente se a escolha for complicada ou envolver uma mudança que seria difícil.

3.3 Estratégias da EM

“A entrevista motivacional tem uma ênfase prática.

As estratégias da entrevista motivacional são mais persuasivas que coercivas, mais solidárias que argumentativas. O entrevistador motivacional deve proceder com um forte sentido de propósito, estratégias e competências claras para prosseguir esse propósito, e um sentido de oportunidade para intervir de formas particulares em momentos decisivos”

(Miller e Rollnick, 1991, pp. 51–52).

As quatro principais estratégias da EM são (Miller e Rollnick, 1991):

- 1. Expressar empatia através da escuta reflexiva**
- 2. Levantar objeções entre objetivos/valores e comportamento atual**
- 3. Adaptar-se à resistência em vez de se opor diretamente a ela**
- 4. Apoiar a autoeficácia e o otimismo**

Os médicos que adotam a entrevista motivacional como estilo preferido consideram a utilização dos pontos PAER (perguntas abertas, afirmações, escuta reflexiva, resumos; introduzidos na Secção 2.3.1) e a elaboração de declarações de automotivação (em que o doente expressa preocupações e intenções pessoais, em vez de tentar persuadir o doente de que é necessário mudar) particularmente úteis nas fases iniciais do tratamento.

3.3.1 Expressar empatia através da escuta reflexiva

O primeiro objetivo do médico ao trabalhar com um doente é iniciar uma conversa. Embora o médico possa estar preocupado com o doente, especialmente quando é necessária uma mudança de comportamento urgente, as intervenções que são implementadas rapidamente podem não servir de nada se o médico não ouvir com atenção. Não importa se um serviço de saúde tem acesso aos melhores tratamentos médicos disponíveis; se os doentes não voltarem para uma consulta, não poderão beneficiar deles. Esta é uma situação difícil, mas na maioria das vezes é mais importante que os médicos se envolvam com os doentes, para que os doentes tenham mais probabilidades de responder e regressar ao que os médicos dizem do que passar em revista a lista completa de coisas que precisam de ser abordadas.

Podemos pensar que as conversas funcionam a dois níveis. No primeiro nível (ou superficial), as interações são educadas, formais ou pouco fluentes. No segundo nível, mais profundo, os médicos levam tempo a descobrir o que se passa com o doente, e como se sente. O primeiro nível tipifica a maioria das consultas médicas. A grande maioria das vezes, isso é suficiente. No entanto, por vezes, o primeiro nível não é suficiente para obter uma boa compreensão das questões que afetam o doente e para o ajudar. O segundo nível tipifica as conversas que as pessoas têm com quem lhes é próximo, e em quem confiam. Se houver um problema significativo que impeça a adesão, é pouco provável que surja na consulta, a menos que a conversa se desloque para um nível mais profundo.

A maior parte das pessoas é capaz de ter conversas a um nível mais profundo, e todos nós as temos de vez em quando. No entanto, quando estão em consulta, os médicos geralmente adotam uma forma de interação

que mantém as coisas a um nível mais superficial. Esta é uma forma muito boa de se manterem concentrados e de utilizarem o tempo de forma eficaz. Contudo, por vezes, os médicos precisam de dar a si próprios a permissão para utilizarem as suas capacidades naturais para começar uma conversa com um doente ao nível mais profundo, de modo a ajudá-los a resolver um problema de adesão.

Os médicos podem utilizar uma série de competências para que os doentes se sintam à vontade e sejam francos com eles, e para que se sintam compreendidos se partilharem algumas emoções difíceis. Isto pode ser alcançado através da utilização dos pontos PAER.

Perguntas abertas

As perguntas abertas são muito úteis para iniciar uma conversa e limitar pressupostos relativos ao estado de um doente ou à forma como se sente. Seguem-se alguns exemplos de perguntas abertas e fechadas:

Pergunta fechada	Pergunta aberta
Está a utilizar o seu nebulizador?	Diga-me, porque é que está aqui hoje?
Acha que é boa ideia utilizar o nebulizador regularmente?	O que pensa sobre a possibilidade de utilizar o seu nebulizador regularmente?
Utilizou o nebulizador hoje?	Fale-me sobre a sua utilização do nebulizador durante uma semana normal
Gosta de fumar?	Como se sente em relação a fumar?
Como foi a sua utilização de medicamentos esta semana, em comparação com a última: mais, menos, ou mais ou menos o mesmo?	Como foi a sua utilização de medicamentos durante a última semana?
Quando foi a última vez que utilizou o seu nebulizador?	Fale-me sobre a última vez que utilizou o seu nebulizador.

Afirmações

As afirmações ajudam a manter a moral elevada, tornando mais provável a tentativa de mudança. É importante que o encorajamento e apoio dos médicos sejam genuínos, pois isto pode ter um efeito significativo no decurso da conversa. Uma forma de o fazer é através de declarações de reconhecimento dos pontos fortes dos doentes:

por ex.,

“Nem toda a gente consegue deixar de fumar como você o fez.”

Escuta reflexiva

A escuta reflexiva refere-se ao processo de refletir o que um doente disse. A reflexão pode ser simples e intuitiva – tal como refletir o conteúdo principal de uma declaração (reflexão de conteúdo). Esta é a resposta mais simples à resistência: não-resistência, repetir a afirmação do doente de forma neutra. Reconhece e valida a voz do doente e mostra que o médico está a ouvir. Por exemplo:

Doente: “Foi uma semana difícil para mim.”

Profissional de saúde: “Parece que as coisas não estão a correr bem.”

No entanto, a reflexão também pode ser complexa e poderosa, tal como refletir um significado de uma conversa anterior que tem influência no que um doente acabou de dizer ao médico (**ou seja, reflexão**). Esta é uma forma poderosa de ajudar um doente a falar e a pensar sobre algo, como mudar o seu comportamento.

Por exemplo:

Doente: “Tomei bem a medicação toda a semana, depois fartei-me e não tomei nada durante o fim de semana.”

Profissional de saúde: “Sente-se aborrecido porque se desapontou a si próprio.”

As reflexões significativas dão a oportunidade ao médico de levar a conversa para tópicos mais significativos, mostrando ao doente que o está a ouvir e a compreender. Esta técnica pode parecer arriscada, mas se utilizada adequadamente, resultará invariavelmente numa compreensão mais profunda. Mesmo que o médico se engane, o doente irá normalmente dizer-lhe o que realmente está a acontecer.

Outra forma de reflexão é a reflexão amplificada, em que o médico exagera o que o doente acabou de dizer, se estiver a ser particularmente negativo e a conversa parecer bloqueada. Esta técnica comporta mais risco, mas pode ser muito poderosa quando realizada corretamente e pode levar a uma reavaliação pelo doente.

Existe outra forma que, quando utilizada corretamente, pode ser muito útil: reflexão bilateral. Isto implica refletir as diferentes afirmações contrastantes feitas pelo doente, e pensar na ordem para que a última coisa a ser dita conduza a conversa para o tema da mudança. É melhor explicado através de um exemplo:

- **Doente:** Sei que tenho de controlar a toma dos meus medicamentos, mas não consigo imaginar mudar de comportamento.”

A tendência é para refletir desta forma:

- **Profissional de saúde:** “Então, está a dizer que vê realmente a necessidade de controlar a toma dos seus medicamentos, mas de momento não se vê a si próprio a fazê-lo.”

Uma resposta típica pode ser:

- **Doente:** “Não, de momento não, é muito difícil.”

Agora, considere a ordem pela qual o médico refletiu as duas afirmações. O que aconteceria se o médico invertesse a ordem das afirmações e terminasse com a mais positiva?

Por exemplo:

- **Doente:** “Sei que tenho de controlar a toma dos meus medicamentos, mas não consigo imaginar mudar de comportamento.”
- **Profissional de saúde:** “Então, está a dizer que ainda não se consegue ver a si próprio a mudar, mas que realmente vê a necessidade de controlar a toma dos seus medicamentos.”
- **Doente:** “Sim, sei que é realmente importante e preciso de fazer algo em relação a isso.”

É possível, assim, o médico alterar completamente o tom da conversa que se segue. Uma maneira de o médico poder praticar isto é utilizando a frase “Então, por um lado” e “por outro lado” quando começar a aplicar reflexões bilaterais.

- **Profissional de saúde:** “Então, por um lado, está a dizer que ainda não se consegue ver a si próprio a mudar, mas que, por outro lado, realmente vê a necessidade de controlar a toma dos seus medicamentos.”

Resumos

Isto refere-se ao médico reunir as coisas que um doente disse e apresentá-las num breve resumo. Embora os resumos pareçam uma técnica simples, é surpreendente como é poderoso reunir ativamente o que alguém disse e refleti-lo. Por vezes, isto realmente permite novas perceções.

Finalmente, o reenquadramento possibilita ao médico ir além de refletir o que o doente disse, e de o reenquadrar com uma perspetiva diferente - talvez apontando os pontos positivos a um doente que tenha uma visão muito negativa dos seus êxitos passados. “O reenquadramento reconhece a validade das observações em bruto do indivíduo, mas dá-lhes um novo significado.” (Miller e Rollnick, 1991)

3.3.2 Levantar objeções entre objetivos/valores e comportamento atual

Depois de iniciada a conversa, a tarefa do médico é ajudar o doente a pensar sobre a mudança. Um médico pode perguntar-se se é necessário utilizar técnicas que se centrem na mudança, com base no facto de ser provável que o tópico da mudança seja mencionado durante a conversa com o doente. Trata-se de uma preocupação válida, mas em situações em que a mudança é um tema carregado de emoções – por exemplo, quando pensar em aumentar a adesão a um medicamento desencadeia pensamentos sobre as consequências da doença e não aderir – a tendência natural de uma pessoa é geralmente tentar não pensar sobre isso.

Neste contexto, a função do médico é “nivelar o campo de atuação” – tentar garantir que existe uma discussão honesta sobre as consequências da mudança e da não mudança. O médico deve lembrar-se que:

“Confrontados com a escolha entre mudar de ideias e provar que não há necessidade de o fazer, quase todos se empenham na prova.”

John Galbraith

Muitas das técnicas que podem ser úteis nesta situação são concebidas para aumentar a consciência do problema, e se concentrar na discrepância entre crenças e objetivos – o que os doentes gostariam de estar a fazer (ou o que pensam que deveriam estar a fazer) e o que realmente estão a fazer. As pessoas muitas vezes já sabem isto, mas tentam não pensar nisso.

Os profissionais podem alcançar este objetivo através de resumos. Com permissão, o médico pode integrar uma avaliação objetiva, como resultados de testes ou diários. Se o médico decidir utilizar as avaliações objetivas, deve dedicar tempo a explorar as implicações dos resultados das avaliações, de modo a manter a ênfase no objetivo principal, ou seja, resumos. Uma técnica utilizada na terapia de dependência é preencher um “diário de bebidas” com o doente: o médico partilha uma folha de papel com os dias marcados com o doente, e juntos preenchem a quantidade de álcool que o doente pensa ter bebido num período anterior. O médico pediria então ao doente para somar a quantidade e perguntar-lhe-ia se acha o total surpreendente. Essa técnica pode ser adaptada para muitas outras situações, incluindo a adesão.

A EM envolve a utilização de perguntas de escala. Estas centram-se nas duas coisas (que são cruciais para a mudança), que em conjunto produzem “prontidão”:

- **Importância** (“Sei que devo mudar”)
- **Confiança** (“Sei que posso mudar”)

O médico deve perguntar sobre a importância – ou seja, quão importante é para uma doente mudar nesse momento, numa escala de 0 a 10? Segue-se uma pergunta semelhante sobre a confiança na capacidade de mudança.

Pensar na mudança

O comportamento que está a pensar mudar:

Importância

Quão importante é para si mudar este comportamento neste momento?

Classifique o quão importante acha que é mudar marcando a escala seguinte com um X, em que 0 é “nada importante” e 10 é “o mais importante”.

0 ————— 10

Confiança

Se hoje fosse o dia em que decidiu mudar o comportamento, quão confiante está de que o conseguiria fazer?

Classifique o quão importante acha que é mudar marcando a escala seguinte com um X, em que 0 é “nada importante” e 10 é “o mais importante”.

0 ————— 10

As escalas analógicas visuais podem ser muito úteis; centram imediatamente a conversa no aqui e agora, podendo destacar potenciais barreiras à mudança muito antes de perturbarem o trabalho. Depois de pedir a um doente para avaliar a sua importância e confiança, o médico pode perguntar “o que seria necessário para si para estar em X?”, em que X é uma classificação um pouco mais alta do que a que o doente deu.

Em certa medida, a EM pode ser pensada como uma ajuda à decisão para quem decide se deve ou não mudar um comportamento. A metáfora das balanças é útil; a função do médico é ajudar o doente a pesar os prós e contras da mudança e a incentivar a abertura e honestidade, colocando

os pesos no lado da mudança. Uma técnica útil é tornar os prós e os contras explícitos utilizando uma grelha (uma matriz de decisão; ver abaixo) que pode ser preenchida com o doente e que lista os benefícios e custos de continuar na mesma e de mudar. Utilizando esta grelha, os benefícios de não mudar e os custos de mudar podem ser discutidos. Isto é importante e honesto. Se não forem abordados, o doente vai pensar neles de qualquer forma – a maioria das pessoas tem excelentes razões para não mudar. No entanto, a grelha também permite abordar os benefícios da mudança. A forma sugerida para se mover através da grelha é discutir primeiro os benefícios de ficar na mesma, depois os custos de ficar na mesma, depois os custos da mudança e terminar com os benefícios da mudança.

Matriz de decisão

	<i>Ficar na mesma</i>	<i>Mudança</i>
<i>Benefícios de</i>		
<i>Custos de</i>		

Como já foi referido anteriormente sobre a dissonância cognitiva, existe uma tendência nas pessoas para encerrar uma escolha difícil o mais rapidamente possível. A EM pretende manter esta discussão em curso, o que torna a mudança muito mais provável. O médico deve recordar-se que isto deve ser feito de forma sensível.

3.3.3 Adaptar-se à resistência em vez de se opor diretamente a ela

Quando o tema da mudança surge na conversa, o médico precisa de estar preparado para uma certa resistência. Esta é uma reação compreensível e comum. Evitar o confronto certamente diminui a resistência, mas não a faz desaparecer por completo.

Um fator importante para um médico é prestar atenção às palavras que são utilizadas. Depois de praticar, é geralmente fácil para um médico detetar palavras que indicam que o doente está a pensar em mudar, e palavras que indicam que não está – ou que está a resistir. Exemplos de resistência, ou manutenção do *status quo*, incluem: discutir, interromper, negar e ignorar.

A investigação mostra que uma intensa conversa sobre mudanças, particularmente no final de uma sessão, está associada a mudanças posteriores. O médico tem de estar atento aos elementos capturados no acrónimo “DCRN” (Miller, 2004):

- **D**esejo
- **C**apacidade
- **R**azão
- **N**ecessidade

No entanto, em vez de palavras DCRN, o médico pode ser confrontado com resistência. Uma fraca adesão também pode ser intencional, embora tal possa não ser explícito – um doente pode ter noção da necessidade de mudar, mas tem demasiado receio de considerar totalmente essa opção. Nestes casos, uma vez criada uma boa relação, o médico precisa de falar com o doente sobre o comportamento problemático (ou seja, fraca adesão). Pode ser franco em relação a isto, desde que não diga ao doente o que fazer, por exemplo (“é aceitável se falamos agora sobre a medicação?”).

Depois de iniciada esta conversa, é provável que o médico seja confrontado por alguns pensamentos e frases comuns que representam resistência à mudança. Isto é de esperar: este é um tema difícil que o doente deverá ter considerado várias vezes antes. É também um tópico muito sensível e é provável que o doente se tenha tornado muito competente a manter pensamentos preocupantes à distância.

Lidar com esta resistência é uma das competências mais úteis que um médico pode desenvolver. A resistência a um certo nível é uma característica de muitas consultas. Afinal, muito poucos doentes gostam de ir a um hospital para serem informados sobre coisas que têm de fazer e a resistência à ideia de regime de tratamento intrusivo a longo prazo é claramente compreensível.

É importante garantir que a resistência não interrompe prematuramente a conversa sobre a mudança. A reação natural da maioria das pessoas ao ouvir declarações de resistência é argumentar com elas, tentar persuadir

ou, pelo contrário, deixar de falar completamente do problema. De certa forma, lidar com a resistência é semelhante a tentar evitar que um carro deslize no gelo. Tem de se resistir à tendência natural de travar com força e mover o volante; em vez disso, tem de se libertar suavemente o acelerador e “adaptar-se à resistência”.

Como deve o médico responder à resistência?

É comum (mas inútil) responder tentando convencer o doente que está errado. Há uma forma muito prática de pensar sobre isto: o médico precisa de evitar o “reflexo corretor”, a compulsão que as pessoas têm de corrigir os outros quando estão errados e de lhes dar conselhos quando se sentem responsáveis. Em situações clínicas, esta tendência pode ser muito poderosa. Infelizmente, se seguir este caminho, quase sempre resulta em respostas inúteis, por exemplo “sim, mas...”.

Existem muitos exemplos de conversas sobre resistência, com os quais o médico já estará familiarizado:

Discordar	“Sim, mas...”
Desconsiderar	“Já experimentei isso.”
Interromper	“Mas...”
Desviar o assunto	“Sei que quer que eu faça a desobstrução das vias aéreas, mas já reparou que engordei 2 quilos? Tem de admitir que tenho feito um ótimo trabalho com o meu peso!”
Relutância	“Não quero ter de fazer isso também”
Culpar	“Não é culpa minha. Se os meus pais simplesmente...”
Discutir	“Como é que sabe?”
Desafiar	“O meu tratamento atual não faz diferença nenhuma na minha função pulmonar”
Minimizar	“Não estou assim tão magro”
Pessimismo	“Continuo a tentar fazer melhor, mas nada parece ajudar.”
Arranjar desculpas	“Sei que tenho de ingerir mais calorias, mas com o meu trabalho estou sempre em movimento e é difícil preparar e sentar-me para uma grande refeição”
Ignorar	

“Adaptação à resistência” é o termo utilizado na EM para descrever o ato de não responder com persuasão, mas contornar um argumento e incentivar a conversação.

A EM sugere que o médico deve reconhecer que a ambivalência sobre uma decisão – levando a alguma resistência à mudança – é perfeitamente normal. Quando o faz, diminui imediatamente a resistência. Em alternativa, o médico pode utilizar o reenquadramento e a escuta reflexiva para incentivar o debate e indicar alternativas ao doente.

Os princípios-chave da adaptação à resistência são:

- À resistência não se deve responder com confronto
- Devem ser utilizadas empatia e escuta reflexiva

- As declarações devem ser reformuladas

- A ambivalência deve ser reconhecida como sendo normal

É importante não descrever os doentes como resistentes, pois isto convida ao confronto. Em vez disso, o médico deve orientar a conversa para a consideração de alternativas e deixar que os doentes vejam a incompatibilidade entre os seus objetivos e o seu comportamento atual. Neste caso, o papel do médico é permitir que os dois lados da luta interna sejam ouvidos.

Quando os doentes indicarem uma vontade de considerar a mudança, pode discutir alternativas com eles. Mesmo depois de um doente ter decidido mudar, existem normalmente muitas formas de a alcançar.

Estratégia	Exemplo
Reflexão simples	Doente: “Não vou começar a utilizar o meu nebulizador nos próximos tempos.” Médico: “Pensa que isso não o ajudaria neste momento.”
Reflexão amplificada	Doente: “Não sei porque é que a minha mãe está preocupada; tomo a maior parte dos meus medicamentos.” Médico: “Então a sua mãe não se deve preocupar com nada?”
Reflexão bilateral	Doente: “Sei que quer que eu comece a tomar toda a minha medicação, mas não vou fazê-lo!” Médico: “Não quer falar sobre a medicação, embora possa ver que é uma grande preocupação.”
Mudança de ênfase	Doente: “Não posso ficar em casa a utilizar o meu nebulizador quando todos os meus amigos vão sair!” Médico: “Está a adiantar-se, estávamos a explorar as suas preocupações sobre a medicação. Podemos falar sobre como o nebulizador se encaixa na sua vida mais tarde?”
Concordância mas com uma abordagem diferente	Doente: “Não posso ficar em casa a utilizar o meu nebulizador quando todos os meus amigos vão sair!” Médico: “Está a adiantar-se, estávamos a explorar as suas preocupações sobre a medicação. Podemos falar sobre como o nebulizador se encaixa na sua vida mais tarde?”
Reformulação	Doente: “A minha mãe está sempre a chatear-me com o meu nebulizador.” Médico: “Parece que sua a mãe está muito preocupada, embora ela o expresse de uma forma que o chateia. Talvez possamos ajudá-la a saber como lhe dizer que está preocupada de uma forma mais útil.”

3.3.4 Apoiar a autoeficácia e aumentar a confiança

Quando um doente se compromete a fazer uma mudança, a falta de confiança na sua capacidade pode causar grande frustração. O doente compreende agora a necessidade de mudar, mas não se sente capaz de a fazer. Na pior das hipóteses, pode aumentar a angústia. Por conseguinte, a EM visa explicitamente aumentar a confiança e a autoeficácia. Uma forma de o conseguir é tratando consistentemente os doentes e as suas escolhas com respeito. Se a decisão de mudar parte dos doentes, sentem-se imediatamente mais seguros, segundo os seus próprios critérios, do que se a mudança for imposta de fora.

É um princípio fundamental da EM que os indivíduos assumam a responsabilidade pelas suas próprias ações. Isto é importante se a mudança tiver de ser firmemente enraizada, mas pode ser difícil em contextos clínicos, especialmente quando existe preocupação com o bem-estar do doente. Contudo, é importante considerar que, se o doente não for responsável pela decisão de mudar um comportamento, qualquer mudança de comportamento tende a ser de curta duração. O respeito pelo doente contribui para aumentar a autoestima e pode possibilitar uma discussão sobre o objetivo real de uma mudança de comportamento.

Ao discutir objetivos com os doentes, existem muitas técnicas que o médico pode utilizar para melhorar a autoeficácia e as hipóteses de êxito dos doentes. Uma técnica é procurar sucessos passados. Se um doente tiver pouco ânimo ou ansiedade, pode frequentemente ver os acontecimentos passados com uma perspetiva muito negativa. Reenquadrar estes pensamentos pode ser útil. Quando são discutidas considerações práticas relativas à mudança de comportamento, o médico pode

utilizar técnicas para melhorar a criatividade do processo, como resolução de problemas e *brainstorming*:

- Criar uma lista de possibilidades juntamente com o doente (o médico pode adicionar algumas sugestões, tais como as técnicas que outros doentes experimentaram)
- Incentivar o doente a avaliar a lista
- Os doentes podem então escolher a sua opção preferida

É também importante que os médicos sejam realistas e construam pontes para a vida real a partir da sessão terapêutica – um plano bem desenvolvido será de pouco ou nenhum benefício se for irrealista; por exemplo, é melhor estabelecer objetivos mais modestos em vez de grandes objetivos. Se os doentes assim o decidirem, podem trazer para a sessão pessoas que possam ser importantes para a implementação da sua mudança de comportamento, como amigos ou familiares.

As perguntas de escala discutidas anteriormente podem ser ferramentas úteis, assim como a definição de objetivos: criar metas explícitas e realistas e dividir objetivos grandes em passos mais pequenos e mais fáceis de gerir. Utilizar uma fórmula simples de objetivo-estratégia-meta pode ser útil. Escrevê-la faz a diferença – funciona como um lembrete e fomenta um maior sentido de compromisso para com a mudança.

Por vezes pode haver alguma ajuda prática que os doentes necessitam; talvez algum conhecimento que o médico possa ajudar a aceder, por exemplo, uma nova competência em que precisem de trabalhar.

A obtenção de declarações automotivacionais é uma parte importante da melhoria da autoeficácia. Podem ser identificados quatro tipos de declarações motivacionais (Miller e Rollnick, 1991):

- Reconhecimento cognitivo do problema (por exemplo, “Acho que isto é mais grave do que eu pensava”).
- Expressão afetiva da preocupação com o problema reconhecido (por exemplo, “Estou realmente preocupado com o que me está a acontecer”).
- Uma intenção direta ou implícita de mudar o comportamento (por exemplo, “Tenho de fazer algo em relação a isto”).
- Otimismo sobre a capacidade de mudar (por exemplo, “Sei que, se tentar, consigo fazê-lo”).

Algumas estratégias para suscitar declarações automotivacionais incluem:

- Reconhecimento do problema (por exemplo, “O que o faz pensar que isto é um problema?”)
- Preocupação (por ex., “O que é que você ou outras pessoas podem ver como motivos de preocupação relativamente à sua utilização de medicamentos?”)
- Intenção de mudar (por exemplo, “Se fosse 100% bem-sucedido e as coisas funcionassem exatamente como gostaria, o que seria diferente?”)
- Otimismo (por exemplo, “O que o leva a pensar que se decidir fazer uma mudança, conseguirá fazê-la?”)

4 TORNAR-SE UM “DEFENSOR DA ADESÃO” NA FQ (COMPETÊNCIAS E COMPORTAMENTO ESSENCIAIS)

4.1 Compreender a importância da comunicação

No cuidado da FQ, alcançar a longevidade prevista depende da adesão bem-sucedida dos doentes e dos comportamentos de saúde associados, apesar do impacto dos seus tratamentos. Para os jovens, as consultas podem ser complicadas com perspectivas potencialmente diferentes dos doentes e dos pais, dificultando a comunicação bem-sucedida. As abordagens colaborativas e centradas no doente nas consultas e na gestão estão a tornar-se modelos desejáveis de cuidados (Dwamena et al., 2012; Stewart et al., 2003; Duff e Latchford, 2010). Isto ecoa tanto uma mudança cultural nas expectativas da relação doente-profissional, como provas emergentes de que os estilos centrados no doente estão associados a uma maior satisfação, e melhores resultados de saúde em relação às consultas tradicionais lideradas por especialistas (Mead e Bower, 2002; Duff e Latchford, 2010).

A ligação entre a adesão de um doente aos conselhos do médico e as capacidades de comunicação do mesmo está bem documentada na literatura. A forma como o médico comunica com os doentes afeta o resultado dos cuidados. Isto também inclui a satisfação do doente, estado de saúde, memorização de informações e adesão. Foi realizada uma meta-análise de estudos entre 1949 e 2008 para investigar se existe uma correlação global positiva entre a comunicação do médico e a adesão do doente. Além disso, a meta-análise incidiu sobre os resultados de estudos que investigaram se a formação de médicos em competências de comunicação tinha um efeito sobre a adesão de doentes às recomendações. Zolnierek e Dimatteo (2009) concluíram que:

- Dos 106 estudos correlacionais, todos, exceto dois, demonstraram uma correlação positiva entre a comunicação do médico e a adesão do doente
- A probabilidade de um doente aderir foi 2,1 vezes maior para aqueles cujo médico era bom comunicador
- Das 21 intervenções experimentais analisadas, o efeito da formação do médico na adesão de doentes foi positivo
- A probabilidade de um doente aderir foi 1,62 vezes maior se o médico tivesse recebido formação em competências de comunicação

4.2 Compreender os fatores e intervenções da equipa

As equipas transmitem as expectativas ao doente.

Se a equipa veicular uma cultura em que a boa adesão é a norma, e os doentes forem apoiados para a conseguir, as normas sociais do centro de FQ e as expectativas dos doentes mudam. Um bom exemplo disto é o Centro de FQ de Minnesota em Fairview, University of Minnesota Amplatz Children’s Hospital, em Minneapolis. Este centro chamou a atenção do público quando o diretor fundador do centro, o pediatra Warren Warwick, foi destaque de um artigo intitulado “the Bell Curve”, publicado no The New Yorker (Gawande, 2004). A abordagem adotada no Centro Minnesota foi a de que a equipa transmitisse a expectativa de uma adesão a 100%, deixando claro que a consecução deste objetivo era um esforço conjunto. Para além dos cuidados atualizados, a equipa concentrou-se em:

- Desenvolver boas competências de comunicação

- Elevadas expectativas de adesão transmitidas de forma consistente
- Parceria honesta entre a equipa e o doente se for identificado um problema e uma resolução criativa e flexível de problemas

4.2.1 Comunicação e colaboração

- O Centro de Minnesota reconheceu problemas inerentes a ambientes médicos, no âmbito dos quais doentes e profissionais de saúde utilizam palavras de forma diferente. Sublinharam a clareza e a importância de transmitir claramente a informação (“os pressupostos são perigosos... fale e ouça sempre acerca dos seus pressupostos”) e a importância da informação sobre os riscos para ajudar os doentes a compreender e a tomar decisões informadas. Enfatizam a importância de obter boas informações do doente/família – no contexto de uma conversa honesta.

4.2.2 Adesão

O Centro Minnesota reconhece a realidade e os desafios da adesão abertamente com os doentes, notando as elevadas exigências de tempo e esforço e vendo a não-adesão como normal. Numa abordagem subtil mas muito inteligente, reinterpreta a não-adesão como “experimentação” do doente.

Em toda a comunicação, realçam consistentemente a importância da adesão, estabelecendo padrões muito elevados para a equipa, doentes e famílias.

“Se a equipa da FQ não perguntar sobre a experimentação por parte dos doentes ou não os ouvir... é difícil melhorar o tratamento... existe uma grande degradação na batalha conjunta contra a FQ.”

4.2.3 Colaboração com famílias

O Centro Minnesota encoraja a honestidade e relações abertas, e estabelece a expectativa de uma relação recíproca (“Terá de trabalhar arduamente para que esta colaboração seja bem-sucedida”).

4.2.4 Colocar isto em prática

Embora muitas intervenções para problemas de adesão sejam conduzidas por um só médico, há muitas boas oportunidades para as equipas remodelarem a forma como abordam o seu grupo de doentes. Por exemplo:

1. Adotar os princípios Minnesota
2. Ao trabalhar com crianças do ensino secundário e posteriormente, vê-las durante algum tempo por conta própria durante a consulta. O objetivo disto é desenvolver a confiança dos jovens em falar com os médicos por conta própria e envolvê-los em conversas sobre os seus cuidados de saúde
3. Identificar os doentes cuja adesão é persistentemente problemática (e para quem as tentativas iniciais de abordar falharam). Estabelecimento de uma “clínica de adesão” regular (virtual) que funciona com uma frequência não inferior a uma vez por mês. Pode ser liderada por consultores, mas gerida pelo Defensor da Adesão, havendo assim uma análise do grupo de doentes. O grupo de pessoal responsável pela “clínica de adesão” teria o menor número possível de membros da equipa mais alargada da FQ e seria o mais consistente possível (incluindo um profissional psicossocial, se disponível)
4. Estabelecer um sistema de “trabalhador-chave”, sendo o Defensor da Adesão o trabalhador-chave. Isto poderia ser integrado em clínicas de adesão ou

gerido independentemente no seio da equipa mais ampla da FQ. O Defensor de Adesão assumiria então a responsabilidade pela implementação de iniciativas de adesão. Em resumo, estes deveres incluiriam: debater e compreender a questão da adesão; estabelecer uma verdadeira relação de colaboração; definir e acordar objetivos de tratamento; e envolver e apoiar o doente nos seus esforços de mudança entre consultas/revisões.

4.3 A base de evidências para a EM

As pessoas envolvidas no desenvolvimento da EM têm estado interessadas na sua avaliação desde o início. Desde a sua adoção como tratamento para problemas de alcoolismo, grande parte do trabalho inicial foi nesta área. Uma revisão de 11 ensaios clínicos de EM publicada em 1997 concluiu que é um estilo terapêutico eficaz, eficiente e adaptativo (Noonan e Moyers, 1997).

Ensaio mais recentes confirmaram esta conclusão e a EM está agora bem-estabelecida como um tratamento de eleição para problemas de drogas e alcoolismo, bem como cada vez mais popular em diversos domínios, incluindo mudança de estilo de vida e adesão em doenças crónicas. À medida que o número de ensaios da EM tem aumentado, também aumentam as oportunidades de reunir diferentes resultados estatisticamente, para produzir uma meta-análise. A análise MARMITE (Meta-Análise da Investigação sobre a Eficácia do Tratamento nas Entrevistas Motivacionais) (Hettema et al., 2005) incluiu 72 ensaios de áreas incluindo abuso de álcool (31), abuso de drogas (14) e adesão ao tratamento (5). No total, os ensaios clínicos incluíram 14267 participantes tratados com EM. A duração média da EM disponibilizada nestes ensaios foi

de apenas 2,2 horas. Sem surpresas, os investigadores descobriram que a eficácia da EM variou muito entre os diferentes estudos, mas conseguiram concluir que havia efeitos robustos e duradouros quando a EM era adicionada a um tratamento ativo. Adicionalmente, notaram que a EM aumentou a retenção do tratamento, a adesão ao tratamento e a motivação percebida pelo pessoal.

Uma análise recente (Lundahl et al., 2013) revelou uma vantagem significativa e modesta para a EM (relação de probabilidades, 1,55). De forma semelhante aos resultados de Hettema et al. (2005), a eficácia em diferentes estudos variou. Não se observou que fosse útil no tratamento de distúrbios alimentares, por exemplo, mas mostrou uma promessa particular para a carga viral no VIH. Em resumo, a EM foi considerada robusta entre moderadores, tais como o local de entrega e as características dos doentes, e eficaz em intervenções breves.

A revisão anterior de Lundahl et al. (2010) apresentou vários resultados interessantes, incluindo que os efeitos da EM podem ser duradouros, mesmo após uma intervenção breve, e que o historial profissional da pessoa que conduz a EM não faz diferença (ou seja, não tem de ser um psicólogo).

Um resumo da literatura no que se refere à FQ foi revisto por Duff e Latchford (2010), que descobriram que existem atualmente muitos estudos de alta qualidade que abrangem populações de adultos e crianças em várias áreas clínicas, incluindo diabetes e VIH, e está a decorrer trabalho na FQ. Houve também alguma avaliação da formação da equipa de FQ na EM (Duff e Latchford, 2013), que mostrou resultados de aprendizagem duradouros e alterações na prática. De um modo geral, está a tornar-se claro, pelo menos, que a EM é uma intervenção altamente promissora.

4.4 Desenvolver competências no ensino e no apoio a outras pessoas

Compreender como preparar e ministrar formação pode permitir aos Defensores da Adesão criar programas de formação eficazes e eficientes num centro de FQ e desenvolver a confiança na avaliação dos resultados de aprendizagem.

Mesmo assim, os médicos estão a utilizar a EM? Provavelmente não. Estudos de consultas de rotina revelaram que, sem formação, os médicos não utilizam a EM (Moran et al., 2008), por isso é necessária formação.

Um dos perigos de realizar um pequeno *workshop* sobre EM sem seguimento, é que os praticantes “derivem” depois da formação até deixarem de praticar EM, mas continuarem a pensar que o estão a fazer. Foram efetivamente “inoculados contra formação adicional” (Miller e Mount, 2001). Por conseguinte, é essencial um bom seguimento e apoio após a formação.

Os principais elementos que devem constar da formação de EM estão bem estabelecidos. Um relatório da Health Foundation (2011) resume as boas práticas na formação em EM. Isto sugere que mesmo uma breve formação pode ter efeitos a longo prazo, mas que os profissionais precisam de formação mais avançada e mais longa “para oferecer alguns dos aspetos mais complexos”. Em termos de como isto deve ser organizado, as principais características devem ser:

- Ênfase na filosofia subjacente, bem como nas competências
- Duração adequada para permitir a incorporação de competências
- Oportunidades para praticar através de dramatização
- Oportunidades para *feedback* contínuo e supervisão

O trabalho anterior de formação em EM para equipas de FQ seguiu orientação semelhante em todos os aspetos exceto no último (Duff e Latchford, 2013).

5 REFERÊNCIAS

- Anthony H, Paxon S, Bines J, Phelan P. Psychosocial predictors of adherence of nutritional recommendations and growth outcomes in children with cystic fibrosis. *J Psychosom Res* 1999;47:623–634.
- Berge JM, Patterson JM. Cystic fibrosis and the family: a review and critique of the literature. *Fam Syst Health* 2004;22:74-100.
- Bregnballe V, Schiøtz PO, Boisen KA, Pressler T, Thastum M. Barriers to adherence in adolescents and young adults with cystic fibrosis: a questionnaire study in young patients and their parents. *Patient Prefer Adherence* 2011;5:507–515.
- Brehm JW. A Theory of Psychological Reactance. New York: Academic Press, Inc.; 1966.
- Briesacher BA, Quittner AL, Saiman L, Sacco P, Fouayzi H, Quittell LM. Adherence with tobramycin inhaled solution and health care utilization. *BMC Pulm Med* 2011;11:5.
- Bucks RS, Hawkins K, Skinner TC, Horn S, Seddon P, Horne R. Adherence to Treatment in Adolescents with Cystic Fibrosis: The Role of Illness Perceptions and Treatment Beliefs. *J Pediatr Psychol* 2009;34:893–902.
- Burgel PR, Bellis G, Oleson HV, Viviani L, Zolin A, Blasi F, Elborn JS. Future trends in cystic fibrosis demography in 34 European countries. *Eur Respir J* 2015; 46: 133-141.
- Cystic Fibrosis Foundation. Drug Development Pipeline. 2017. Available at: <https://www.cff.org/Trials/Pipeline>. Accessed October 2017.
- Denyer J, Nikander K. The I-neb Adaptive Aerosol Delivery (AAD) System. *Medica Mundi* 2010;54:54–58.
- DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care* 2002;40:794–811.
- Dodge JA, Lewis PA, Stanton M, Wilsher J. Cystic fibrosis mortality and survival in the UK: 1947-2003. *Eur Respir J* 2007;29:522–526.
- Duff AJA, Abbott J, Cowperthwaite C, Sumner C, Hurley MA, Quittner AL, TIDES-UK Group. Depression and anxiety in adolescents and adults with cystic fibrosis in the UK: A cross-sectional study. *J Cyst Fibros* 2014;13:745-53.
- Duff AJA, Latchford GJ. Motivational Interviewing for Adherence Problems in Cystic Fibrosis. *Pediatr Pulmonol* 2010;45:211–220.
- Duff AJA, Latchford GJ. Motivational interviewing for adherence problems in cystic fibrosis; evaluation of training healthcare professionals. *J Clin Med Res* 2013;5:475–480.
- Duff AJA, Oxley H. Psychological aspects of CF. In: Bush A, Bilton D, Hodson M (eds). *Hodson and Gedde's Cystic Fibrosis*. Third Edition. London: Taylor Francis; 2014.
- Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A, Beasley M. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD003267.
- Dziuban EJ, Saab-Abazeed L, Chaudhry SR, Streetman DS, Nasr SZ. Identifying barriers to treatment adherence and related attitudinal patterns in adolescents with cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol* 2010;45:450–458.

- Eakin MN, Bilderback A, Boyle MP, Mogayzel PJ, Riekert KA. Longitudinal association between medication adherence and lung health in people with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros* 2011;10:158–164.
- Fallowfield LJ, Jenkins VA, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves, R. Efficacy of a Cancer Research UK communications skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;359:650–656.
- Festinger L. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press; 1957.
- Gawande A. Annals of Medicine: The Bell Curve – What happens when patients find out how good their doctors really are? *The New Yorker*; Published December 6, 2004. Disponível em: <https://www.newyorker.com/magazine/2004/12/06/the-bell-curve>. Consultado em outubro de 2017.
- George M, Rand-Giovannetti D, Eakin MN, Borrelli B, Zettler M, Riekert KA. Perceptions of barriers and facilitators: Self-management decisions by older adolescents and adults with CF. *J Cyst Fibros* 2010;9:425–432.
- Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Adv Exp Soc Psychol* 2006;38:69–119.
- Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions. Health behavior constructs: Theory, measurement and research. Cancer Control and Population Sciences. National Institutes of Health; 2008. Available at: https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/constructs/goal_intent_attain.pdf. Accessed October 2017.
- Hafetz J, Miller VA. Child and parent perceptions of monitoring in chronic illness management: a qualitative study. *Child: Care, Health Dev* 2010;36:655–662.
- Health Foundation. Evidence scan: Training professionals in motivational interviewing. November 2011. Available at: <http://www.health.org.uk/sites/health/files/TrainingProfessionalsInMotivationalInterviewing.pdf>. Accessed October 2017.
- Healthcare Commission. Inspecting Informing Improving – Spotlight on complaints: A report on second-stage complaints about the NHS in England. April 2008. Disponível em: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20090104012205/http://healthcarecommission.org.uk/_db/_documents/5632_HC_V18a.pdf. Consultado em outubro de 2017.
- Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:91–111.
- Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 1999;47:555–567.
- Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R, Morgan M. Concordance, Adherence and Compliance in Medicine Taking – Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation Research and Development, 2005. Available at: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1412-076_V01.pdf. Accessed October 2017.

Jin J, Sklar GE, Sen Oh VM, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: a review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag* 2008;4:269–286.

Kettler LJ, Sawyer SM, Winefield HR, Greville, HW. Determinants of adherence in adults with cystic fibrosis. *Thorax* 2002;57:459–464.

Kozma CM, Dickson M, Philips AL, Meletiche DM. Medication possession ratio: implications of using fixed and variable observation periods in assessing adherence with disease-modifying drugs in patients with multiple sclerosis. *Patient Prefer Adherence* 2013;7:509–516.

Latchford G, Duff AJA, Quinn J, Conway SP, Conner M. Adherence to nebulised antibiotics in cystic fibrosis. *Pat Educ Couns* 2009;75:141–144.

Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke BL. A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Res Soc Work Pract* 2010;20:137–160.

Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, Rollnick S. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns* 2013;93:157–168.

Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 2002;48:51–61.

Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Beh Psychotherapy* 1983;11:147–172.

Miller WR. Toward a theory of motivational interviewing. 2004. Disponível em: www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/MItheory.ppt. Consultado em outubro de 2017.

Miller WR, Mount KA. A small study of training in motivational interviewing. Does one workshop change clinician and patient behavior? *Behav Cogn Psychother* 2001;29:457–471.

Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour. New York NY: Guilford Press; 1991.

Modi AC, Quittner AL. Barriers to treatment adherence for children with cystic fibrosis and asthma: what gets in the way? *J Pediatr Psychol* 2006;31:846–858.

Moran J, Bekker H, Latchford G. Everyday use of patient-centred, motivational techniques in routine consultations between doctors and patients with diabetes. *Patient Educ Couns* 2008;73:224–231.

Noonan WC, Moyers TB. Motivational interviewing: a review. *J Subst Misuse* 1997;2:8–16.

Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995;40:903–918.

Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med* 2005;353:487–497.

Patterson JM, Budd J Goetz DR, Warwick WJ. Family correlates of a 10-year pulmonary health trend in cystic fibrosis. *Pediatrics* 1993;91:383–389.

Patterson JM, Wall M, Berge J, Milla C. Gender differences in treatment adherence among youth with cystic fibrosis: Development of a new questionnaire. *J Cyst Fibros* 2008;7:154–164.

- Quittner AL, Drotar D, Ievers-Landis CE, Seider D, Slocum N, Jacobsen J. Adherence to medical treatments in adolescents with cystic fibrosis: the development and evaluation of family-based interventions. In: Drotar D (ed). *Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness; concepts, methods and interventions*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2000. pp. 383–407.
- Quittner AL, Modi AC, Lemanek KL, Ievers-Landis CE, Rapoff MA. Evidence-based assessment of adherence to medical treatments in pediatric psychology. *J Ped Psychol* 2008;33:916–936.
- Quittner AL, Zhang J, Marynchenko M, Chopra PA, Signorovitch J, Yushkina Y, Riekert KA. Pulmonary medication adherence and healthcare utilization in cystic fibrosis. *Chest* 2014 (in press). doi: 10.1378/chest.13-1926.
- Riekert KA. Adherence ... Where's the APP for that? Oral presentation at the 26th North American Cystic Fibrosis Conference, October 11–13, 2012, Orlando, FL, USA. Available at: www.nacfconference.org/art/plenaryarchives/2012%20Riekert.pdf. Accessed April 2014.
- Rogers C. Empathic: An unappreciated way of being. *Couns Psychol* 1975;5:2–10.
- Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychother* 1995;23:325–334.
- Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivational interviewing in health care*. New York NY: Guilford Press; 2007.
- Sawicki GS, Sellers DE, Robinson WM. High treatment burden in adults with cystic fibrosis: challenges to disease self-management. *J Cyst Fibros* 2009;8:91–96.
- Sawicki GS, Tiddens H. Managing treatment complexity in cystic fibrosis: challenges and opportunities. *Pediatr Pulmonol* 2012;47:523–533.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centred medicine: Transforming the clinical method*. 2nd edition. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2003.
- Ullrich G, Wiedau-Görs S, Steinkamp G, Bartig HJ, Schulz W, Freihorst J. Parental fears of Pseudomonas infection and measures to prevent its acquisition. *J Cyst Fibros* 2002;1:122–30.
- Ziaian T, Sawyer MG, Reynolds KE, Carbone JA, Clark JJ, Baghurst PA, Couper JJ, Kennedy D, Martin AJ, Staugas RE, French DJ. Treatment burden and health-related quality of life of children with diabetes, cystic fibrosis and asthma. *J Paediatr Child Health* 2006;42:596–600.
- Zolnierok KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care* 2009;47:826–834.

