UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

PERCEPÇÃO DA DOENÇA E ADESÃO AO TRATAMENTO EM UM GRUPO DE PACIENTES COM HIPOTIREOIDISMO

SILVIA PATRÍCIA ALVES DE SOUZA

São Cristóvão
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

PERCEPÇÃO DA DOENÇA E ADESÃO AO TRATAMENTO EM UM GRUPO DE PACIENTES COM HIPOTIREOIDISMO

SILVIA PATRÍCIA ALVES DE SOUZA

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Wellington Barros da Silva

São Cristóvão
2014

DE SOUZA / SILVIA PATRÍCIA ALVES	PERCEPÇÃO DA DOENÇA E ADESÃO AO TRATAMENTO EM UM GRUPO DE PACIENTES COM HIPOTIREOIDISMO	2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

S729p

Souza, Silvia Patrícia Alves de

Percepção da doença e adesão ao tratamento em um grupo de pacientes com hipotireoidismo / Silvia Patrícia Alves de Souza ; orientador Wellington Barros da Silva. – São Cristóvão, 2014.

72 f. : il.

Dissertação (mestrado em Ciências Farmacêuticas)–Universidade Federal de Sergipe, 2014.

1. Farmacologia. 2. Hipotireoidismo. 3. Diagnóstico. 4. Pacientes – Cuidado e tratamento. I. Silva, Wellington Barros da orient. II. Título.

CDU 615: 616.441-008.64

SILVIA PATRÍCIA ALVES DE SOUZA

PERCEPÇÃO DA DOENÇA E ADESÃO AO TRATAMENTO EM UM GRUPO DE PACIENTES COM HIPOTIREOIDISMO

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Aprovada em: _____/_____/_____

_____

Orientador: Prof. Dr. Wellington Barros da Silva

_____

1º Examinador: Prof. Dr. Divaldo Pereira de Lyra Junior

_____

2º Examinadora: Prof.ª Dr.ª Dayani Galato

PARECER

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a Deus por ter me permitido dar esse passo tão importante e por ter me acompanhado, com o seu amor que orienta, conforta e motiva, durante todo esse caminho de amadurecimento.

Aos meus pais, Manoel e Dora, pelo amor e educação que me deram e por terem me apoiado em todos os momentos.

Aos meus irmãos, Sávio e Silvio, por tantas vezes me emprestarem os seus ouvidos nos ensaios anteriores a apresentações e por compreenderem os meus vários pedidos de silêncio.

Ao meu amor, Aizaque Daniel, por ter apoiado a iniciativa de investir nos meus sonhos como se fossem os seus, por toda a compreensão e companheirismo.

A todos os amigos que se alegraram com esta conquista e entenderam a prioridade dada aos estudos, em especial a Sandra Cavalcante, Anne Regina Corado, Silvia Correia e Frei Anilson Vasconcelos.

À turma de mestrado e aos colegas do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Farmácia Social (LEPFS) pelos momentos de aprendizagem em comum. Agradeço especialmente a Geovanna Cunha, pela colaboração com a coleta de dados.

Ao meu amigo Tiago Costa, por todo incentivo e pela disponibilidade em partilhar os seus conhecimentos sobre estatística, contribuindo para o enriquecimento desse trabalho.

Ao meu orientador, Wellington Barros, por ter me motivado a retomar a vida acadêmica e pela confiança depositada. Obrigada também pelo exemplo de farmacêutico comprometido com o crescimento da nossa profissão!

Aos professores Divaldo Lyra Jr. e Marco Prado, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À coordenadora do ambulatório do HU/UFS, Ana Paula, pela atenção dispensada e sua forma sempre solícita de buscar soluções.

A toda equipe do ambulatório de endocrinologia do HU/UFS, em especial às médicas Adriana Prata, Ana Denise, Carla Raquel e Marta Regina, por terem colaborado com o recrutamento de participantes.

Enfim, a minha gratidão a todos os pacientes que tornaram possível a realização deste estudo. Agradeço não só pelas informações fornecidas, mas também pelas experiências partilhadas e por tudo que me ensinaram.

RESUMO

DE SOUZA, SPA. **PERCEPÇÃO DA DOENÇA E ADESÃO AO TRATAMENTO EM UM GRUPO DE PACIENTES COM HIPOTIREOIDISMO.** Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Sergipe, 2014.

INTRODUÇÃO. O hipotireoidismo constitui a doença tireoidiana mais comum. O seu tratamento consiste, na grande maioria dos casos, na reposição do hormônio tireoidiano ao longo de toda a vida do paciente. Nesse contexto, o sucesso terapêutico depende em grande parte da adesão do paciente ao tratamento proposto, sendo que a percepção da doença é importante determinante dos comportamentos que serão emitidos para o gerenciamento da enfermidade.
OBJETIVO. Compreender a percepção da doença em pacientes com hipotireoidismo e a sua influência sobre a adesão ao tratamento.
METODOLOGIA. O estudo possui delineamento transversal e foi realizado no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. Foram entrevistados 185 pacientes com diagnóstico prévio de hipotireoidismo primário e em uso de levotiroxina há pelo menos dois meses em relação aos dados sócio-demográficos e clínicos, percepção acerca do hipotireoidismo e comportamentos de adesão ao tratamento. Para tanto, os seguintes instrumentos foram utilizados: questionário sócio-demográfico e clínico, versão adaptada e validada para a cultura brasileira do *Brief Illness Perception Questionnaire* e Escala de Adesão Terapêutica de Morisky.
RESULTADOS. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (94,6%) e possuía baixa escolaridade (4,9% eram analfabetos e 48,6% tinham o ensino fundamental incompleto). A faixa etária variou de 25 a 79 anos, com média de 50,8 (DP = 12,1) anos. A taxa de não adesão obtida foi de 42,2%, sendo que 34,6% dos pacientes relataram não adesão não intencional, 4,3% não adesão intencional e 3,2% não adesão mista. Também foi verificado que 26,5% dos pacientes possuíam níveis séricos do hormônio tireoestimulante fora da faixa de referência, encontrando-se elevados em 17,3% dos pacientes e suprimidos em 9,2% deles. Ademais, houve relação estatisticamente significativa entre o hormônio e adesão ao tratamento ($p = 0,002$). Quanto à percepção da doença, verificou-se que os pacientes que relataram aderir ao tratamento apresentaram escores significativamente mais baixos em relação às dimensões consequências ($p = 0,048$), preocupação ($p = 0,046$) e emoções ($p = 0,019$) em comparação com os pacientes que não aderiram ao tratamento.
CONCLUSÃO. A alta prevalência de não adesão ao tratamento e a influência de alguns componentes da percepção da doença demonstradas neste estudo evidenciam a necessidade de estratégias com base no conhecimento das percepções de doença do paciente para favorecer a adesão ao tratamento do hipotireoidismo.

PALAVRAS-CHAVE: Percepção da doença, representação da doença, adesão ao tratamento, adesão à medicação, hipotireoidismo.

ABSTRACT

DE SOUZA, SPA. **ILLNESS PERCEPTION AND MEDICATION ADHERENCE IN A GROUP OF PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM.** Dissertation in Pharmaceutical Sciences, Federal University of Sergipe, 2014.

BACKGROUND. Hypothyroidism is the most common thyroid disease. Mostly, the treatment consists in the thyroid hormone replacement throughout the lifetime of the patient. In this context, therapeutic success depends largely on patient adherence to treatment, and the illness perception is important determinant of behavior that will be issued to the management of the disease.
PURPOSE. Understand the illness perception in patients with hypothyroidism and its influence on medication adherence.
METHODS. The study has a cross-sectional design and was conducted in the endocrinology clinic of the University Hospital of the Federal University of Sergipe. One hundred and eighty-five patients with a diagnosis of primary hypothyroidism and use of levothyroxine for at least two months were interviewed with regard to socio-demographic and clinical data, perception of hypothyroidism and medication adherence behaviors. To this end, the following instruments were used: socio-demographic and clinical questionnaire, adapted and validated for the Brazilian culture version of Brief Illness Perception Questionnaire and Therapeutic Adherence Scale Morisky.
RESULTS. Most patients were female (94.6%) and had lower education (4.9% were illiterate and 48.6% had incomplete primary education) . Their ages ranged from 25 to 79 years, with a mean of 50.8 (SD = 12.1) years. The non-adherence rate obtained was 42.2%, and 34.6% of patients reported unintentional adherence, 4.3% intentional adherence and 3.2% both types of behaviour. It was also found that 26.5% of patients had serum levels of thyroid-stimulating hormone outside the reference range, lying high in 17.3% of patients and 9.2% of them deleted. Furthermore, there was a statistically significant relationship between hormone and medication adherence (p = 0,002). Regarding the illness perception, it was found that patients who reported medication adherence had significantly lower scores in relation to the consequences (p = 0.048), concern (p = 0.046) and emotions (p = 0.019) compared with patients who did not adhere to treatment.
CONCLUSION. The high prevalence of non-adherence and the influence of some components of illness perception demonstrated in this study suggest the need for strategies based on knowledge of the illness perceptions of the patient to improve adherence to treatment of hypothyroidism.

KEYWORDS: Illness perception, illness representation, treatment adherence, medication adherence, hypothyroidism

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **14**
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA **16**
2.1 A GLÂNDULA TIREÓIDE **16**
2.1.1 Regulação da função tireoidiana **17**
2.1.2 Síntese, transporte e metabolismo dos hormônios tireoidianos **18**
2.1.3 Atividade dos hormônios tireoidianos **19**
2.2 HIPOTIREOIDISMO **19**
2.2.1 Etiologia **20**
2.2.2 Sinais e sintomas **21**
2.2.3 Diagnóstico **21**
2.2.4 Tratamento **23**
2.3 ADESÃO AO TRATAMENTO **24**
2.3.1 Definição **24**
2.3.2 Mensuração de adesão ao tratamento **25**
2.3.3 Fatores associados à adesão ao tratamento **27**
2.3 MODELOS TEÓRICOS DA ADESÃO AO TRATAMENTO **28**
2.4.1 A perspectiva biomédica **28**
2.4.2 A perspectiva comportamental **29**
2.4.3 A perspectiva comunicacional **29**
2.4.4 A perspectiva cognitiva **30**
2.4.5 A perspectiva de autorregulação **31**
2.4.5.1 Modelo de Autorregulação do Comportamento de Leventhal **32**
2.4.5.2 Instrumentos de avaliação da percepção de doença **34**
2.4.5.3 Percepção de doença e adesão ao tratamento de doenças crônicas **35**
3 OBJETIVOS **38**
3.1 OBJETIVO GERAL **38**
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS **38**
4 METODOLOGIA **39**
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO **39**
4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO **39**
4.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL ESTUDADO **39**

4.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO **39**
4.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE **39**
4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO **40**
4.7 CÁLCULO DO TAMANHO AMOSTRAL **40**
4.8 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS **40**
4.8.1 Instrumentos **41**
4.8.1.1 Questionário sócio-demográfico e clínico **41**
4.8.1.2 Versão adaptada e validada para a cultura brasileira do Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) (Nogueira, 2012) **41**
4.8.1.3 Escala de Adesão Terapêutica de Morisky (Morisky et al., 1986) **42**
4.9 ANÁLISE DOS DADOS **43**
4.10 ASPECTOS ÉTICOS **43**
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO **44**
6 CONCLUSÃO **56**
REFERÊNCIAS **57**
APÊNDICE A – Questionário Sócio-demográfico e Clínico **68**
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido **69**
ANEXO A – Aprovação pelo Comitê de Ética **70**
ANEXO B - Versão adaptada e validada para a cultura brasileira do *Brief Illness Perception Questionnaire* (*Brief* IPQ) **72**
ANEXO C – Escala de Adesão Terapêutica de Morisky **74**

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Corte histológico de tecido tireoidiano..... 16

Figura 2. Representação esquemática do eixo hipotálamo-hipófise-tireóide..... 17

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Características sócio-demográfricas da amostra estudada (n = 185). Aracaju, 2013 - 2014.....45

Tabela 2. Características clínicas da amostra estudada (n = 185). Aracaju, 2013 - 2014 46

Tabela 3. Associações das variáveis sócio-demográficas e clínicas com adesão ao tratamento em pacientes com hipotireoidismo. Aracaju, 2013 - 2014..... 48

Tabela 4. Associação entre o nível sérico do hormônio tireoestimulante (TSH) e adesão ao tratamento em pacientes com hipotireoidismo. Aracaju, 2013 - 014.. 49

Tabela 5. Escores de percepção de doença em pacientes com hipotireoidismo. Aracaju, 2013 - 2014..... 50

Tabela 6. Fatores considerados pelos pacientes como causadores do hipotireoidismo. Aracaju, 2013 - 2014..... 51

Tabela 7. Comparação dos escores de percepção de doença entre pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento do hipotireoidismo. Aracaju, 2013 - 2014..... 52

LISTA DE SIGLAS

Brief IPQ – *Brief Illness Perception Questionnaire*

DIT - diiodotirosina

HU - hospital universitário

HT - hormônios tireoidianos

IPQ - *Illness Perception Questionnaire*

IPQ-R - Revised *Illness Perception Questionnaire*

LT_4 - levotiroxina

MCS – Modelo de Crenças em Saúde

MIT - monoiodotirosina

TGB - globulina de ligação da tiroxina

TRH - hormônio liberador de tireotrofina

TSH - hormônio tireoestimulante ou tireotrofina

T_3 - triiodotironina

T_4 - tetraiodotironina ou tiroxina

1 INTRODUÇÃO

O hipotireoidismo constitui a doença tireoidiana mais comum, afetando principalmente mulheres e idosos. Trata-se de uma síndrome clínica resultante da deficiência na produção ou ação dos hormônios tireoidianos, com consequente lentificação generalizada dos processos metabólicos (Roberts e Ladenson, 2004; Danzi e Klein, 2008; Devdhar et al., 2007).

Nos estágios iniciais da doença, os sintomas podem ser inespecíficos (como mialgia, artralgia, câimbras, pele seca, dores de cabeça e menorragia). Quando o hipotireoidismo se torna mais acentuado, pode ser evidenciado edema periférico, constipação, dispnéia e ganho de peso. Outras manifestações clínicas incluem edema pericárdico, ascite, audição diminuída, hipertensão diastólica, anemia, dislipidemia, depressão, demência, psicose e mudança de personalidade (Woeber, 2000; Khurram et al., 2003).

O manejo do hipotireoidismo consiste na terapia de reposição com hormônio tireoidiano e no monitoramento da sua resposta (William e Hueston, 2001). Assim, o tratamento objetiva a redução do nível de hormônio tireoestimulante para o meio do limite da normalidade e o controle da doença, propiciando melhora no bem-estar, função cognitiva e qualidade de vida do paciente (Walsh et al., 2003; Clyde et al., 2003).

Nesse contexto, o sucesso terapêutico depende em grande parte da adesão do paciente ao tratamento proposto (Bagattoli et al., 2000). No entanto, a necessidade de tomar diariamente a levotiroxina pelo menos 30 minutos antes do café da manhã pode interferir na rotina do paciente e comprometer a adesão ao medicamento (Perez, 2011). Além disso, o caráter permanente da terapia pode aumentar a probabilidade de não seguimento das orientações médicas ao longo do tempo (Oliveira e Ferreira, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), em países desenvolvidos, a não adesão de pacientes com doenças crônicas ao tratamento oscila em torno de 50%, sendo provavelmente maior em países em desenvolvimento.

Esse baixo índice de adesão pode resultar no agravamento da sintomatologia e progressão da doença, bem como em desperdício potencial de recursos do sistema de saúde (Klein e Gonçalves, 2005; WHO, 2001). Para os adultos com hipotireoidismo, a não adesão ao tratamento pode ter consequências

sérias na performance cardíaca, no perfil lipídico e em vários aspectos neurocognitivos, além de estar associada com depressão e outros transtornos afetivos (González et al., 1998; Martinez et al., 1998; Dugbartey, 1998; Sullivan et al., 1999).

Diante disso, nas últimas décadas, pesquisadores e profissionais de saúde têm concentrado esforços no intuito de compreender e melhorar comportamentos de adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas (Weinman e Petrie, 1997). Para tanto, têm-se utilizado os modelos de autorregulação do comportamento (Nogueira, 2012). Dentre esses, destaca-se o Modelo de Autorregulação de Leventhal, o qual parte da premissa que o paciente é um agente ativo na resolução de seus problemas, respondendo de forma dinâmica à enfermidade segundo a sua interpretação e avaliação (Husain et al., 2008; Sousa, 2003).

De acordo com Leventhal, quando os pacientes recebem o diagnóstico de uma enfermidade, eles geralmente revelam um padrão de crenças sobre a sua condição que, por sua vez, é importante determinante dos comportamentos que serão emitidos para o gerenciamento da doença. Trata-se de um processo dinâmico, que muda em resposta às alterações nas percepções de doença. Essas percepções ou representações cognitivas influenciam diretamente as respostas emocionais do indivíduo à enfermidade e os comportamentos de enfrentamento (Petrie e Weinman, 2006).

Vários estudos têm sido desenvolvidos com o objetivo de investigar a influência da percepção de doença sobre a adesão ao tratamento de doenças crônicas (Ross et al., 2004; Kaptein et al., 2008; Chen et al., 2009; Rees et al., 2010; Chen et al., 2011; Hsiao et al., 2012; Kung et al., 2012). Contudo, no Brasil, ainda são poucos os trabalhos relacionados à percepção de doença e, conforme pesquisa na literatura, não foram encontrados artigos relacionados à aplicação do tema ao hipotireoidismo. Portanto, a ausência de estudos referentes à percepção da doença em pacientes com hipotireoidismo justifica a busca por dados que possam auxiliar a compreensão dos comportamentos de adesão ao tratamento e contribuir para intervenções de saúde mais efetivas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A GLÂNDULA TIREÓIDE

A tireóide, um dos maiores órgãos endócrinos, é constituída de dois lobos unidos por uma fina banda de tecido denominada istmo, sendo o lobo direito normalmente maior e mais vascularizado que o esquerdo. Ocasionalmente, em especial quando o restante da glândula está aumentado, um lobo piramidal é discernível como uma projeção direcionada para cima a partir do istmo (Larsen et al., 2010).

Histologicamente, é composta de microunidades esféricas compactadas, os folículos, ricamente vascularizados e que contêm no seu interior uma estrutura protéica, o colóide, que corresponde ao maior componente da massa tireoidiana. Em secção transversal, apresentam-se como estruturas esféricas com uma única camada de células que se fecham e constituem um lúmen (Maciel et al., 2007), conforme pode ser observado na Figura 1.

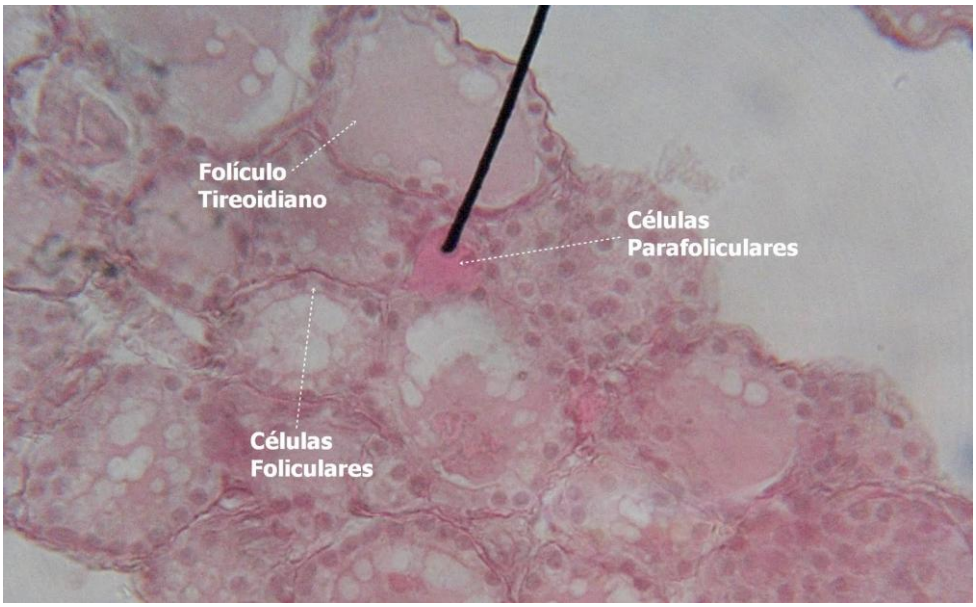

Figura 1: Corte histológico de tecido tireoidiano. Disponível em: http://mundodahistologia.blogspot.com.br/2010/11/sistema-endocrino-laminas-histologicas.html

As células foliculares variam em altura de acordo com o grau de estimulação glandular, tornando-se colunares quando ativadas e cuboidais quando inativas. Além destas, o tecido tireoidiano contém células parafoliculares,

ou células C, que produzem calcitonina, hormônio importante na regulação do metabolismo do cálcio (Larsen et al., 2010).

2.1.1 Regulação da função tireoidiana

A glândula tireóide constitui a fonte dos hormônios triiodotironina (T_3) e tetraiodotironina ou tiroxina (T_4). A produção desses hormônios é controlada pelo hormônio tireoestimulante ou tireotrofina (TSH) sintetizado pela hipófise anterior em resposta ao hormônio liberador de tireotrofina (TRH), que é secretado pelo hipotálamo. Os hormônios T_3 e T_4 livres, por sua vez, exercem um efeito de retroalimentação negativa sobre a síntese e liberação de TRH e TSH para que sejam mantidos níveis circulantes de hormônios tireoidianos dentro de uma faixa normal de concentração (Boelaert e Franklyn, 2005). Os mecanismos que regulam a função tireoidiana formam o eixo hipotálamo-hipófise-tireóide representado na Figura 2.

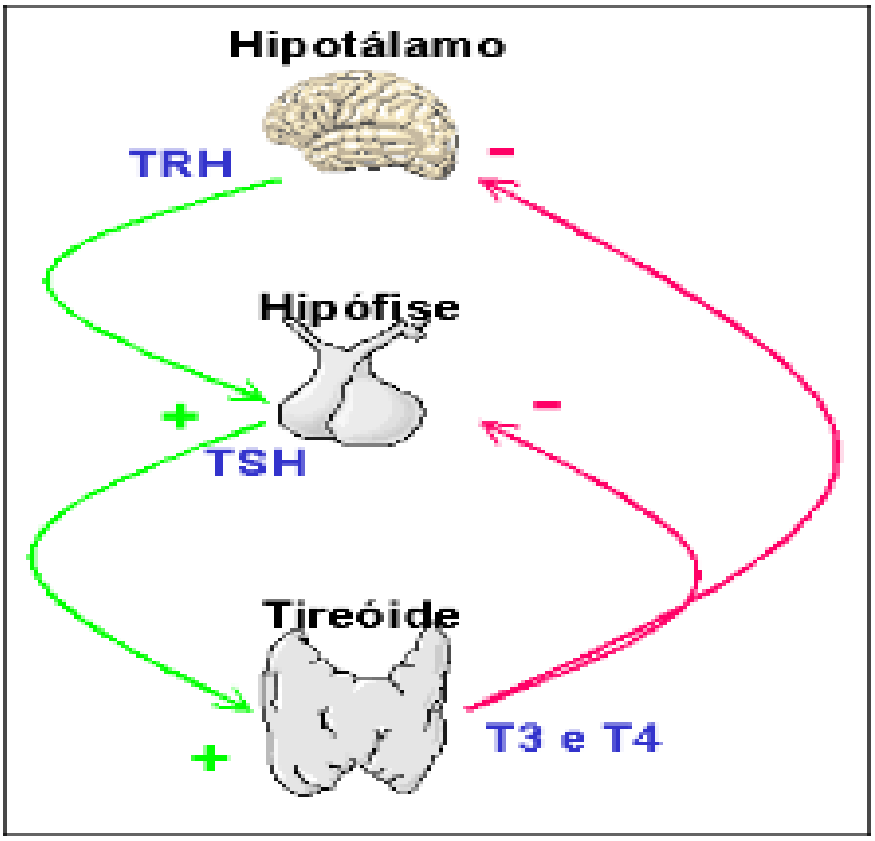

Figura 2. Representação esquemática do eixo hipotálamo-hipófise-tireóide. Disponível em: http://dc335.4shared.com/doc/mYtvru-9/preview.html

2.1.2 Síntese, transporte e metabolismo dos hormônios tireoidianos

O iodeto ingerido nos alimentos, na água ou a partir de medicamentos é rapidamente absorvido e armazenado no líquido extracelular. A tireóide capta cerca de 75 µg de iodeto por dia para a síntese hormonal. Esse processo de captação depende de energia e ocorre por meio de uma proteína intrínseca da membrana basal das células foliculares denominada simportador de sódio/iodeto. Na membrana celular, o iodeto é oxidado pela tireoperoxidase a iodo na presença de peróxido de hidrogênio, que funciona como agente oxidante (Greenspan e Dong, 2010; Rang et al., 2004).

Em seguida, ocorre a iodação de aproximadamente um quinto dos resíduos de tirosina da tireoglobulina (glicoproteína presente na luz do folículo tireoidiano). Quando a tirosina é iodada na posição 3 do anel, forma-se monoiodotirosina (MIT); quando iodada também na posição 5, é formada a diiodotirosina (DIT). O acoplamento de duas moléculas de DIT formam T_4, enquanto uma molécula de DIT e uma molécula de MIT combinam-se para formar T_3. A tireoglobulina é, então, captada na célula folicular por endocitose e, por ação de enzimas proteolíticas, os hormônios T_4 e T_3 são liberados e secretados no plasma. As moléculas de DIT e MIT também liberadas são recapturadas e metabolizadas no interior da célula, com a reutilização do iodeto removido enzimaticamente (Rang et al., 2004).

A relação entre T_4 e T_3 no interior da tireoglobulina é aproximadamente 5:1, de modo que a maior parte do hormônio liberado consiste em tiroxina. A maior parte de T_3 circulante no sangue provém do metabolismo periférico do T_4. No plasma, hormônios tireoidianos (HT) ligam-se reversivelmente às proteínas, sobretudo à globulina de ligação da tiroxina (TGB). Apenas cerca de 0,04% da quantidade total de T_4 e 0,4% de T_3 ocorrem na forma livre (Greenspan e Dong, 2010). Os HT são finalmente degradados por desiodação, desaminação e conjugação com ácido glicurônico e sulfúrico. Estas reações acontecem principalmente no fígado, sendo as formas livres e conjugadas excretadas em parte na bile e, em parte, na urina. O tempo de meia-vida do T4 (em torno de seis dias) é mais prolongado que o do T_3, cuja depuração metabólica é 20 vezes mais rápida que a da tiroxina (Rang et al., 2004).

2.1.3 Atividade dos hormônios tireoidianos

Os hormônios da tireóide constituem determinantes cruciais para o processo normal de desenvolvimento, particularmente do sistema nervoso central. No indivíduo adulto, esses hormônios atuam para manter a homeostasia metabólica, afetando a função de praticamente todos os sistemas orgânicos. Embora os mecanismos bioquímicos precisos pelos quais os HT exercem seus efeitos sejam objeto de investigação contínua, a maioria das atuações desses hormônios parece ser mediada por receptores nucleares (Farwell e Braverman, 2006).

Após penetrar na célula, o T_4 é convertido em T_3. Este hormônio liga-se a receptores nucleares de alta afinidade que, em seguida, se ligam a sequências específicas de DNA nas regiões promotora/reguladora de genes-alvo. Desta maneira, o T_3 modula a transcrição gênica e, em última instância, a síntese de proteína. A tiroxina liga-se também a esses receptores, porém com afinidade muito menor que o T_3. Apesar disso, não foi constatado que o T_4 altera a transcrição gênica, podendo ser considerado como pró-hormônio (Rang et al., 2004; Farwell e Braverman, 2006).

2.2 HIPOTIREOIDISMO

O hipotireoidismo é definido como um estado clínico resultante de quantidade insuficiente de hormônios circulantes da tireóide para suprir uma função orgânica normal (Woeber, 2000). Pode ser classificado em:

- Primário: por condições que interferem diretamente sobre a tireóide;
- Secundário: por deficiência na produção hipofisária de TSH;
- Terciário: por deficiência na produção hipotalâmica de TRH.

A terminologia hipotireoidismo central é utilizada para designar as formas secundária e terciária da doença, visto que nem sempre é possível fazer a distinção entre causas hipofisárias e hipotalâmicas. O hipotireoidismo pode, ainda que raramente, ser decorrente de resistência generalizada aos hormônios tireoidianos devido a mutações nos seus receptores (Freitas e Lima, 2009).

O hipotireoidismo primário constitui a forma mais prevalente (95% dos casos) da doença e caracteriza-se, do ponto de vista bioquímico, por TSH elevado e níveis baixos de T_4 livre (Freitas e Lima, 2009). De acordo com o *National Health and Nutrition Examination Survey*, estudo realizado nos Estados Unidos que avaliou a função tireoidiana em uma amostra de 17.353 indivíduos com idade superior a 12 anos, os níveis de TSH aumentam com a idade e são maiores em pessoas do sexo feminino e de cor branca (Hollowell et al., 2002).

Em outro estudo americano (*The Colorado Thyroid Disease Prevalence Study*) envolvendo 25.862 participantes, a prevalência do hipotireoidismo variou de 4 a 21% nas mulheres e de 3 a 16% nos homens (Canaris et al., 2000). Na Escócia, uma coorte demonstrou que a prevalência desse distúrbio tireoidiano aumentou de 3,12 para 5,14% em mulheres e de 0,51 para 0,88% em homens no período entre 1994 e 2001(Leese et al., 2008).

No Brasil, a prevalência de níveis elevados de TSH em uma amostra representativa de mulheres adultas da cidade do Rio de Janeiro foi de 12,3%, sendo maior naquelas de cor branca (16,7%) que em negras e mulatas (6,9% e 8,8%, respectivamente). Em relação à idade, 19,1% das participantes acima de 70 anos possuíam TSH elevado (Sichieri et al., 2007). Outro trabalho brasileiro realizado na região metropolitana de São Paulo detectou hipotireoidismo em 8% da amostra estudada (Camargo et al., 2008).

2.2.1 Etiologia

A causa mais frequente do hipotireoidismo é a doença autoimune da tireóide (tireoidite de Hashimoto), seguida pelo uso de iodo radioativo no tratamento da Doença de Graves (Devdhar et al., 2007; Roberts e Ladenson, 2004). Também pode ser causado por outras doenças tireoidianas como as tireoidites subagudas, pós-parto, tireoidite de Riedel e, mais raramente, doenças infiltrativas (Bindra e Braunstein, 2006; Papi e LiVolsi, 2004; Woeber, 2000).

De modo semelhante, agenesia e ectopias tireoidianas, remoção cirúrgica da tireóide e radioterapia externa de cabeça e pescoço e de corpo inteiro podem levar ao hipotireoidismo por diminuição do tecido tireoidiano funcionante. Ademais, pode ser decorrente de defeitos funcionais na biossíntese e liberação dos hormônios tireoidianos. Isso ocorre devido a disormonogênese, deficiência ou

excesso de iodo e uso de determinados medicamentos, tais como carbonato de lítio, amiodarona, contrastes radiológicos e antitireoidianos de síntese (Freitas e Lima, 2009).

2.2.2 Sinais e sintomas

As manifestações clínicas do hipotireoidismo são provenientes da redução da atividade metabólica (Guha et al., 2002). Os sinais e sintomas mais frequentes (presentes em 60% ou mais dos pacientes) incluem fraqueza, pele seca ou áspera, letargia, fala lenta, edema palpebral, sensação de frio, sudorese diminuída, pele fria, língua espessa, edema facial, cabelos ásperos, palidez cutânea, déficit de memória e constipação (Larsen et al., 1998).

Podem ocorrer também manifestações psiquiátricas como depressão, demência, mudança de personalidade e, raramente, franca psicose (Woeber, 2000; Khurram et al., 2003). Como sintomas de depressão são comuns em pacientes com hipotireoidismo, tem sido sugerida a avaliação da função tireoidiana em pacientes deprimidos, sobretudo nos idosos, antes de ser iniciado qualquer tratamento específico para depressão (Roberts e Ladenson, 2004; Danzi e Klein, 2008).

Dentre as alterações metabólicas, é bastante característica a elevação do colesterol LDL, a qual pode ser isolada ou associada a hipertrigliceridemia. O colesterol HDL encontra-se inalterado ou um pouco baixo. As partículas LDL parecem ser mais suscetíveis à oxidação, o que potencialmente as torna mais aterogênicas. Logo, essas alterações lipídicas contribuem para o maior risco de doença coronariana (González et al., 1998; Vilar et al., 2008).

2.2.3 Diagnóstico

A análise laboratorial é essencial para o diagnóstico do hipotireoidismo, visto que os sintomas clínicos da doença não são específicos (Brenta et al., 2013). Para tanto, o TSH sérico tem sido considerado o teste de primeira linha, pois pequenas alterações nas concentrações dos hormônios tireoidianos livres resultam em grandes alterações nas concentrações séricas de TSH, tornando-o o melhor indicador de alterações discretas da produção tireoidiana (Spencer et al.,

1990; Chin et al., 1993). Além disso, esse exame é amplamente disponível, seguro e relativamente barato (Klee e Hay, 1997; Glenn, 1996).

Inicialmente, a metodologia utilizada para determinação do TSH era o radioimunoensaio, o qual não permitia a detecção de níveis baixos do hormônio. A partir do final da década de 1980, surgiram os ensaios imunométricos, tornando mais sensível e específico o diagnóstico laboratorial das disfunções tireoidianas (Klee e Hay, 1997). Os imunoensaios de segunda geração podem detectar valores de TSH de 0,1 a 0,2 mU/L, enquanto os ensaios de terceira geração são capazes de detectar valores de 0,01 a 0,02 mU/L (Wardle et al., 2001). Quanto aos valores de referência, apresenta limites inferiores entre 0,3 e 0,5 mU/L e limites superiores entre 3,9 e 5,5 mU/L, com níveis médios de aproximadamente 1,3 a 1,4 mU/L (Hershman et al., 1993).

A dosagem do hormônio tireoestimulante está recomendada a cada cinco anos em indivíduos com idade igual ou superior a 35 anos (Hollowell et al., 2002). Em função do hipotireoidismo não detectado na gravidez poder afetar o desenvolvimento neuropsicomotor e a sobrevida do feto, também tem sido recomendada a dosagem de rotina do TSH em mulheres grávidas (Haddow et al., 1999; Radetti et al., 2000; Allan et al., 2000). A triagem também é apropriada para pacientes com risco aumentado de disfunção tireoidiana, como aqueles que utilizam lítio, amiodarona, citocinas, ou que possuam doença imune, hipercolesterolemia, apnéia do sono, demência ou depressão (Hamblin et al., 1986).

Adicionalmente ao TSH, podem ser solicitados para estabelecer o diagnóstico do hipotireoidismo primário: T_4 livre, utilizado para avaliar o status tireoidiano (Wardle et al., 2001); T_4 total, utilizado quando há discordância entre TSH e T4 livre (Sarne et al., 1989); auto-anticorpos tireoidianos – antiperoxidase, teste mais sensível para detecção de doença tireoidiana auto-imune (Mariotti et al., 1990). Além da sua importância para o diagnóstico, as dosagens hormonais são bastante úteis no acompanhamento do hipotireoidismo.

A concentração do hormônio tireoestimulante reflete adequadamente a reposição de tiroxina (Fish et al., 1987). Nos casos de adesão inadequada à farmacoterapia, com uso regular do medicamento somente nos dias que antecedem à realização do exame, pode ser observado aumento do TSH, mesmo

com níveis normais ou elevados de T_4 livre. Isso ocorre porque o TSH leva de seis a oito semanas para responder a mudanças no padrão de uso de tiroxina, enquanto a dosagem de T_4 livre reflete a adequação mais recente ao uso do medicamento (Andersen et al., 2002; Watts, 1989).

2.2.4 Tratamento

O principal objetivo do tratamento consiste em restaurar o eutireoidismo, melhorando os sintomas e as alterações metabólicas associadas com a deficiência do hormônio tireoidiano. Isso usualmente ocorre com a normalização dos níveis de TSH e T_4 livre (Cooper et al., 1984). Para tanto, recomenda-se a levotiroxina (L-T_4) como fármaco de escolha e o seu uso em jejum matutino de 30 minutos ou pelo menos duas horas depois da ingestão de alimento (Brenta et al., 2013).

A dose média de L-T_4 requerida para adultos é de aproximadamente 1,0 a 1,7 µg/kg, sendo que a dose inicial pode variar desde 12,5 µg até a dose total baseada na idade, peso, função cardíaca do paciente, gravidade e duração do hipotireoidismo (Browning et al., 1988). Após seis semanas de tratamento, o TSH sérico deve ser avaliado para indicar a necessidade de ajuste de dose, com incrementos de 25 a 50 µg de levotiroxina (Guha et al., 2002).

Ao ser atingida a dose adequada para o paciente, os hormônios tireoidianos devem ser solicitados a cada seis ou 12 meses (Woeber, 2000). Entretanto, os casos de gestação, mudança significativa de peso, doenças intercorrentes e uso de medicamentos concomitantes exigem avaliações mais frequentes (Yassa et al., 2010; Ojomo et al., 2013; Ward, 2010). É necessário o monitoramento durante toda a vida do paciente para que seja verificada a dose necessária de L-T_4 e a adesão à farmacoterapia, levando em consideração as variações na necessidade do medicamento (Brenta et al., 2013).

A L-T_4 possui índice terapêutico estreito e, por isso, pequenas variações de dose podem levar a repercussões clínicas importantes (Brenta et al., 2013; ATA, 2004). De acordo com um estudo de farmacovigilância realizado em colaboração com a *American Association of Clinical Endocrinologists*, *American Thyroid Association* e *The Endocrine Society*, 88,9% dos 199 relatos de eventos adversos em pacientes tratados com levotiroxina estavam associados à substituição de

uma especialidade farmacêutica por outra (Hennessey et al., 2010). Deste modo, recomenda-se evitar mudanças na preparação de levotiroxina durante o tratamento (Brenta et al., 2013; ATA, 2004).

Na maioria dos casos, o hipotireoidismo é bem controlado com o uso diário de um comprimido de levotiroxina. Entretanto, alguns pacientes necessitam de frequentes ajustes de dose ou apresentam níveis persistentemente elevados de TSH apesar do uso de doses elevadas do hormônio tireoidiano. Uma das principais causas da inefetividade do tratamento é a baixa adesão do paciente à medicação. Além disso, deve-se considerar a possibilidade de absorção diminuída de L-T_4 devido à presença de doenças digestivas ou à interação com alguns medicamentos, tais como sulfato ferroso, cálcio, sucralfato, hidróxido de alumínio, agentes sequestradores de ácidos biliares e inibidores da bomba de prótons (Ward, 2010; Zamfirescu e Carlson, 2011).

2.3 ADESÃO AO TRATAMENTO

2.3.1 Definição

Inicialmente, é necessária a distinção entre os termos *compliance* e *adherence*, empregados para designar o papel dos atores envolvidos no processo terapêutico. *Compliance* pode ser definido como a extensão em que o comportamento do paciente coincide com as recomendações prescritas (Haynes et al., 1979). Esse termo denota a relação em que o médico é quem decide sobre o tratamento adequado, enquanto o paciente tem o papel de seguir passivamente as orientações. Caso contrário, o comportamento do paciente pode ser interpretado como desviante, ou mesmo como incompetência (Horne et al., 2005).

O termo a*dherence* tem sido adotado como alternativo a *compliance* (Horne et al., 2005). A Organização Mundial da Saúde (2003) define adherence como a extensão em que o comportamento de uma pessoa – em tomar medicamentos, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida – corresponde às recomendações acordadas com um profissional de saúde. A principal diferença é que essa terminologia enfatiza a necessidade de acordo entre os atores envolvidos no processo. A partir dessa perspectiva, o paciente

passa a ser entendido como sujeito ativo, o qual participa e assume responsabilidades sobre seu tratamento (Leite e Vasconcellos, 2003).

O primeiro passo para compreender adesão (ou não adesão) ao tratamento consiste na mensuração ou avaliação desse fenômeno (Morisky et al., 2008). Para tanto, existe uma variedade de metodologias, cada uma com suas vantagens e limitações. A seguir, serão descritos os principais métodos empregados para mensurar a adesão do paciente ao tratamento.

2.3.2 Mensuração da adesão ao tratamento

Os métodos utilizados para mensurar adesão ao tratamento podem ser classificados em diretos (baseiam-se na detecção do medicamento, metabólito ou marcador biológico nos fluidos corpóreos ou na observação direta da administração do medicamento) (Framer, 1999; Osterberg e Blaschke, 2005) ou indiretos (incluem autorrelato, diário do paciente, resposta clínica, reabastecimento de receitas, contagem de comprimidos e monitorização eletrônica da terapêutica) (Oigman, 2006).

Os métodos diretos buscam confirmar se houve realmente a ingestão do medicamento, por isso são os que apresentam maior confiabilidade. Entretanto, a análise bioquímica requer a utilização de metodologias sofisticadas e onerosas, além de não estar disponível para todos os medicamentos. Por serem invasivos, estes métodos podem dificultar a aceitabilidade do paciente. Outra limitação consiste na influência das diferenças individuais quanto a fatores farmacocinéticos, o que pode alterar as concentrações dos fármacos nos fluidos biológicos sem necessariamente implicar em não adesão ao tratamento (Oigman, 2006; Vermeire et al., 2001). Em relação à observação direta da administração do medicamento, este é um método de difícil aplicabilidade no contexto clínico-ambulatorial (Jacobs, 2009).

Dentre os métodos indiretos, o autorrelato é o mais frequentemente utilizado por ser de baixo custo e fácil aplicação (Dias et al., 2011). Também permite detectar possíveis dificuldades para aderir ao tratamento. Entretanto, superestimação da adesão pode ocorrer com esta metodologia. Como exemplo, podemos citar a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky (Morisky et al., 1986). Este instrumento objetiva avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso

habitual de medicamentos por meio de quatro questões com respostas dicotômicas (“sim/não”). Visto que os pacientes tendem a responder de forma positiva a questões sobre adesão ao tratamento, os autores do referido instrumento elaboraram as perguntas de maneira que a resposta “sim” indica não adesão. Deste modo, pretende-se evitar vieses de alguma propensão para a aquiescência.

O diário do paciente também é um método de baixo custo, mas requer grande colaboração do paciente para a documentação total e consistente da rotina de uso do medicamento (Oigman, 2006). A adesão ao tratamento pode também ser avaliada de forma simples por meio da resposta clínica. Neste caso, pressupõe-se uma relação direta e estreita entre os resultados desejados e a adesão à farmacoterapia (Delgado e Lima, 2001). Todavia, a condição de um paciente pode piorar ou permanecer estável mesmo quando os medicamentos são tomados como prescritos ou, ainda, o paciente pode melhorar por outras razões que não a adesão ao tratamento, visto que outros fatores estão envolvidos no controle da doença (Vermeire et al., 2001).

Para a contagem de comprimidos, o paciente deve retornar todas as caixas ou frascos dos medicamentos utilizados. Na maioria das situações, quando 80% ou mais dos comprimidos são tomados, considera-se boa adesão ao tratamento. A principal desvantagem deste método é a possibilidade de manipulação e subversão dos dados pelo paciente, pois os comprimidos podem ser retirados da embalagem e não serem ingeridos. O reabastecimento de receitas fornece também a média da taxa de adesão ao tratamento. Este método, porém, requer o desenvolvimento de um programa de informática e a centralização de farmácias e de registros para que as informações coletadas tenham credibilidade (Oigman, 2006).

Na monitorização eletrônica da terapêutica, os frascos de medicamentos contêm uma tampa com microprocessador que registra a data e o horário em que o frasco é aberto e fechado (Martins et al., 2006). O desenvolvimento da tecnologia de microprocessador fornece maior precisão na avaliação da adesão ao tratamento (Olivieri et al., 1991). Contudo, pode haver superestimação da adesão caso a abertura do frasco não corresponda à ingestão do medicamento (Oigman, 2006).

2.3.3 Fatores associados à adesão ao tratamento

Fatores relativos ao indivíduo, características da doença e seu tratamento, fatores interpessoais, bem como o contexto social no qual o paciente está inserido podem ser determinantes da adesão ao tratamento.

Quanto aos fatores individuais, a idade e o gênero não têm sido consistentemente correlacionados à adesão (Almeida et al., 2007). Por outro lado, analfabetismo, baixo nível de educação, desemprego, baixo status socioeconômico e condição de vida instável constituem fatores que possuem efeito significativo sobre a adesão do paciente ao tratamento (WHO, 2003). De modo geral, as crenças individuais sobre o tratamento proposto e as representações de doença parecem ser mais relevantes para a adesão do que os fatores sócio-demográficos (Horne e Weinman, 1999; Park e Jones, 1997). Quanto mais as recomendações clínicas estão de acordo com o sistema de crenças do paciente, maior a possibilidade de adesão ao tratamento (Bennett, 2002).

Um trabalho de revisão bibliográfica realizado pela OMS (2003) constatou que alguns fatores relacionados à doença, tais como a gravidade dos sintomas, taxa de progressão, nível de incapacidade (física, psicológica, social e profissional) e disponibilidade de tratamentos efetivos constituem determinantes da adesão à farmacoterapia, sendo que o impacto desses fatores depende de como influenciam a percepção do paciente sobre os riscos e a importância de seguir o tratamento. Ainda de acordo com esse trabalho, os principais fatores relacionados ao esquema terapêutico que afetam a adesão do paciente são a complexidade e a duração do tratamento, mudanças frequentes na terapia, falhas terapêuticas anteriores, a rapidez do surgimento de efeitos benéficos e a presença de efeitos colaterais.

A relação entre profissional de saúde e paciente desempenha também um papel importante sobre a adesão ao tratamento. Quando o profissional mantém um contato visual, sorri e se inclina para o paciente, demonstra interesse e consideração (Marks et al., 2000). Além disso, deve-se incentivar o paciente a fazer perguntas, explicar adequadamente o regime terapêutico e verificar a compreensão do paciente sobre as orientações de modo a favorecer

comportamentos de adesão ao tratamento (Sousa, 2003). Por fim, a disponibilidade de apoio social (entendido como um processo que envolve interações com outras pessoas e que facilita o enfrentamento do estresse e de outros estímulos aversivos) pode, em contextos de adoecimento crônico, acelerar o processo de recuperação e facilitar a adesão à farmacoterapia (Cohen et al., 2000; Uchino et al., 1996).

2.4 MODELOS E TEORIAS DA ADESÃO AO TRATAMENTO

De acordo com Leventhal e Cameron (1987), são cinco as principais abordagens teóricas utilizadas em estudos de adesão: biomédica, comportamental, comunicacional, cognitiva e de autorregulação. Essas perspectivas teóricas incluem modelos ou teorias elaborados para explicar a adesão ao tratamento a fim de que, compreendendo as atitudes, crenças e valores dos indivíduos, seja possível implementar intervenções visando modificar comportamentos e promover saúde (Dias et al., 2011).

2.4.1 A perspectiva biomédica

Sob a perspectiva biomédica, ainda predominante em muitos contextos de cuidados de saúde, o paciente é visto como um cumpridor de regimes terapêuticos que devem ser aceitos e obedecidos, sem enfatizar o entendimento do paciente sobre os aspectos da terapia (Leventhal e Cameron, 1987; WHO, 2003). A não adesão é entendida em função das características do paciente (sócio-demográficas e traços de personalidade), as quais se tornam o alvo dos esforços para melhorar a adesão ao tratamento (WHO, 2003).

Estudos orientados por essa abordagem têm ajudado a identificar as relações entre adesão e características da doença e do tratamento, o que motivou o desenvolvimento de novas formas de administração de medicamentos no intuito de favorecer a adesão à farmacoterapia. Ademais, o modelo biomédico contribuiu para a avaliação dos níveis de adesão ao tratamento por meio de métodos diretos (Machado, 2009). Apesar de suas contribuições, esse modelo não considera os processos psicológicos subjacentes à adesão do paciente em diferentes tipos de problemas de saúde (Leventhal e Cameron, 1987).

2.4.2 A perspectiva comportamental

A abordagem comportamental ressalta a importância do reforço positivo e negativo como mecanismo que influencia o comportamento e, consequentemente, a adesão ao tratamento (WHO, 2003). Os modelos comportamentais são mais adequados ao treino e a aprendizagem de capacidades para realizar atividades instrumentais relacionadas à terapia, valorizando-se os estímulos que desencadeiam o comportamento e as recompensas que o reforçam (Machado, 2009). A aplicação de técnicas de modificação do comportamento mostrou bons resultados no uso de medicamentos de rotina, mas não no uso intermitente de comprimidos, o que sugere que essa abordagem limita-se a situações em que os comportamentos requeridos são habituais e podem ser automatizados (Richardson et al., 1987).

Contudo, falha-se em manter as mudanças de comportamento por longo prazo, visto que os reforços são removidos enquanto persistem as condições para comportamentos não aderentes. Outra limitação consiste em não considerar os processos cognitivos e emocionais subjacentes às modificações de comportamentos relacionados à saúde. Desta forma, esses modelos fornecem pouca evidência de que o treinamento de habilidades comportamentais e a automatização das suas respostas sejam suficientes para promover adesão ao tratamento (Leventhal e Cameron, 1987).

2.4.3 A perspectiva comunicacional

A perspectiva comunicacional dá ênfase à educação de pacientes e incentiva os profissionais de saúde a melhorar as suas habilidades de comunicação e desenvolver relações cordiais com os pacientes, o que tem aumentado a satisfação destes com os cuidados de saúde prestados (WHO, 2003). Nessa perspectiva, a adesão ao tratamento envolve os seguintes fatores: produção da mensagem, incluindo informação sobre os objetivos específicos e a maneira de alcançá-los; recepção, compreensão e retenção da mensagem; e aceitação do conteúdo da mesma (Pais-Ribeiro, 2007).

Essa abordagem inclui o Modelo da hipótese cognitiva da adesão de Ley, o qual defende que a adesão pode ser prevista por meio de uma combinação da

satisfação do paciente em relação à consulta com a compreensão das informações fornecidas pelos profissionais de saúde e com a capacidade de recordar essas informações posteriormente (Ogden, 1999). Embora a recepção, compreensão, retenção e aceitação das informações sobre o tratamento enfatizadas por esse modelo sejam essenciais, alguns autores não o consideram suficiente para explicar a adesão ao tratamento em suas diferentes dimensões (Leventhal e Cameron, 1987; Odgen, 2004).

2.4.4 A perspectiva cognitiva

Essa abordagem teórica assume que o comportamento humano é determinado por um processo de pensamento lógico e objetivo. Conhecidos os riscos referentes a condições de saúde e os benefícios e consequências de vários comportamentos, o indivíduo modificará suas ações para preservar sua saúde. A não adesão ao tratamento seria, portanto, resultado da falta de conhecimentos neste âmbito (Pais-Ribeiro, 2007).

Dentre os modelos cognitivos, o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) tem sido considerado o mais amplamente utilizado em pesquisas relacionadas a comportamentos de saúde (Coleta, 1999). Este modelo é composto basicamente por quatro dimensões (Rosenstock, 1974):

- Susceptibilidade percebida - refere-se à percepção subjetiva do risco pessoal de contrair uma doença;

- Gravidade percebida - diz respeito à percepção da seriedade de uma dada condição de saúde, podendo ser avaliada tanto pelo grau de perturbação emocional, quanto pelas consequências da doença, tais como dor, morte, custo material, interrupção de atividades, dentre outras;

- Benefícios percebidos - referem-se às crenças na efetividade da ação para a saúde e à percepção de suas consequências positivas;

- Barreiras percebidas – correspondem aos aspectos negativos em relação às ações de saúde, as quais podem ser percebidas como

dispendiosas, inconvenientes, dolorosas ou que exigem muita disponibilidade de tempo.

O MCS e outros modelos cognitivos, no entanto, não abordam especificamente habilidades de enfrentamento. Além disso, focam exclusivamente o comportamento consciente, intencional, e ignoram a ampla variedade de ações automáticas que compõem grande parte da atividade diária do indivíduo (Leventhal e Cameron, 1987).

2.4.5 A perspectiva de autorregulação

Essa abordagem busca integrar as variáveis do contexto e as respostas cognitivas do indivíduo às ameaças à saúde no modelo de autorregulação (Leventhal et al., 2001; Leventhal et al., 1998). De maneira geral, a autorregulação do comportamento é entendida como um processo sistemático que envolve esforços conscientes para modular pensamentos, emoções e comportamentos de modo a alcançar objetivos diante de mudanças ambientais (Cameron e Leventhal, 2003). Enquanto processo, a autorregulação integra a seleção e o estabelecimento de objetivos pessoais, o planejamento e implementação de comportamentos direcionados a um determinado fim, bem como a manutenção destes em diferentes contextos da vida da pessoa (Filipe, 2008).

Nesta perspectiva, o paciente é visto como um agente ativo na resolução dos seus problemas e, diante de uma ameaça à saúde, este constrói representações cognitivas dessa ameaça que, por sua vez, irão determinar o seu comportamento (Petrie e Pennebaker, 2004). A representação ou percepção de doença pode ser definida como a forma que os indivíduos compreendem diversos aspectos relacionados à saúde e à doença levando em consideração suas experiências individuais e coletivas (Reis e Fradique, 2002). Ressalta-se que atualmente os termos percepção, representações, cognições e crenças vêm sendo utilizados alternadamente para referir-se ao mesmo fenômeno (Sousa, 2003).

Dentre os modelos de autorregulação, o Modelo de Carver e Scheier e o Modelo de Estresse e Enfrentamento de Lazarus e Folkman representam

modelos gerais do comportamento, enquanto o Modelo de Autorregulação de Leventhal aplica-se especificamente a comportamentos de saúde e doença (Cameron e Leventhal, 2003). A seguir, será dado enfoque a este modelo por se tratar do referencial teórico adotado no presente trabalho.

2.4.5.1 Modelo de Autorregulação do Comportamento de Leventhal

Este modelo, proposto em 1980, derivou de estudos sobre o impacto das mensagens de medo sobre o comportamento preventivo, sendo observado que essas mensagens somente eram efetivas se acompanhadas de um plano de ação com instruções claras que pudessem ser incorporadas nos hábitos diários do paciente. Deste modo, concluiu-se que o fator mais importante não era o medo em si, mas a forma como as pessoas representavam ou compreendiam a ameaça de doença (Sousa, 2003; Quiceno e Vinaccia, 2010).

O Modelo de Autorregulação do Comportamento de Leventhal é centrado nas crenças individuais sobre saúde/doença e nas respostas às ameaças de doença, as quais ocorrem de forma dinâmica de acordo com a interpretação e avaliação que o paciente faz da sua enfermidade (Leventhal et al., 1997; Husain et al., 2008). Esse processo se desenvolve em três etapas (Sousa, 2003; Hagger e Orbell, 2003; Pacheco-Huergo et al., 2012):

1) Representação cognitiva e emocional da ameaça à saúde ou interpretação: ao ser confrontado com uma potencial doença por meio de informações médicas ou sintomas, por exemplo, o paciente tenta atribuir um significado ao problema de acordo com as cognições preexistentes sobre a enfermidade. Essas cognições organizam-se em cinco dimensões, as quais serão abordadas mais adiante - identidade, causa, duração, consequências e cura/controle;

2) Desenvolvimento e implementação das estratégias de enfrentamento: a pessoa identifica e seleciona estratégias que lhe permitam adquirir o equilíbrio físico e emocional ameaçado ou perdido. Para tanto, o indivíduo pode adotar estratégias de

enfrentamento de aproximação (resolução de problemas e busca de apoio social) ou enfrentamento de evitação (negação);

3) Avaliação das estratégias de enfrentamento empregadas: envolve a avaliação das estratégias utilizadas, objetivando a adaptação à doença, podendo resultar num processo dinâmico de modificação e atualização das representações cognitivas.

A representação de doença, enfrentamento e avaliação interagem entre si de forma dinâmica e ocorrem paralelamente nos níveis cognitivo e emocional (Sousa, 2003). Segundo Weinman e Petrie (1997), os componentes ou dimensões da representação de doença que irão influenciar as estratégias adotadas para lidar com o problema podem ser descritos como a seguir:

- Identidade: refere-se aos rótulos abstratos, ideias que o paciente possui sobre a sua doença, bem como a interpretação que faz dos sintomas;

- Causas: indicam as atribuições do paciente acerca das prováveis causas da sua doença;

- Duração: corresponde à percepção de duração provável do problema de saúde, podendo ser aguda, crônica ou cíclica/episódica;

- Consequências: refletem as crenças do indivíduo em relação à gravidade da doença e o impacto provável no seu funcionamento físico, psicológico, econômico e social;

- Cura/controle: demonstra o quanto o paciente acredita que a sua doença pode ser curada ou controlada.

Este modelo de autorregulação embasou a elaboração de instrumentos para avaliar a percepção de doenças e, com isso, possibilitar o desenvolvimento de intervenções que facilitem o autogerenciamento das enfermidades, a saber: *Illness Perception Questionnaire* (Weinman et al., 1996), *Revised Illness*

Perception Questionnaire (Moss-Morris et al., 2002) e *Brief Illness Perception Questionnaire* (Broadbent et al., 2006).

2.4.5.2 Instrumentos de avaliação da percepção de doenças

O *Illness Perception Questionnaire* (IPQ) foi desenvolvido a partir da proposta de um instrumento que fosse flexível o suficiente para usar itens adicionais direcionados a grupos de pacientes, contextos e tratamentos específicos. Este instrumento contém cinco escalas que avaliam os cinco componentes da representação cognitiva da doença descritos anteriormente. Para sua validação, foram investigados grupos de pacientes com as seguintes doenças ou condições crônicas: infarto do miocárdio, síndrome da fadiga crônica, artrite reumatóide, diabetes, dor, doença renal e asma (Weinman et al., 1996).

Algumas limitações do IPQ, como a falta de avaliação da representação emocional da doença e deficiências quanto às propriedades psicométricas, levaram ao desenvolvimento de uma versão revisada do instrumento: *Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R). Neste, foram incluídas as escalas referentes à representação emocional, duração cíclica e coerência (compreensão) da doença. Ademais, a subescala cura/controle da versão original foi dividida em duas subescalas distintas: uma que diz respeito à percepção de controle pessoal e outra que se refere a crenças no tratamento e recomendações profissionais. A validação do IPQ-R foi realizada em uma amostra de 711 participantes divididos em oito grupos de doenças ou condições clínicas (asma, diabetes, artrite reumatoide, dor crônica, dor aguda, infarto do miocárdio, esclerose múltipla e HIV), sendo considerado um instrumento com boas propriedades psicométricas que permite a avaliação dos principais componentes da percepção de doenças (Moss-Morris et al., 2002).

No entanto, o IPQ-R é um instrumento extenso (com mais de 80 itens), o que dificulta a sua utilização em contextos da prática clínica e pesquisa em saúde. Deste modo, foi construída uma versão resumida: *Brief Illness Perception Questionnaire* (*Brief* IPQ). Trata-se de um instrumento composto por oito itens referentes a consequências, duração, controle pessoal, controle de tratamento, identidade (representações cognitivas), preocupação, emoções (representações emocionais) e compreensão da doença, com resposta em escala numérica de

zero a dez, e uma questão aberta sobre os três fatores mais importantes que o paciente acredita que causaram a sua doença. As propriedades psicométricas do instrumento foram avaliadas em uma amostra de pacientes divididos em seis grupos de doenças ou condições clínicas: infarto do miocárdio, doença renal, diabetes tipo II, asma, problemas autolimitados de saúde (alergia, resfriado e cefaleia) e dor no peito com indicação para a realização de teste ergométrico. Após o processo de validação, os autores concluíram que o *Brief* IPQ é uma medida válida e fidedigna para avaliar a percepção de doenças, além de ser aplicável a uma grande variedade de enfermidades (Broadbent et al., 2006).

Recentemente, foi desenvolvida uma versão traduzida e adaptada para a cultura brasileira do *Brief* IPQ composta por sete itens avaliados por uma escala numérica de zero a dez, sendo excluído o item referente à dimensão temporal, e uma questão aberta sobre as atribuições causais. Para tanto, o *Brief* IPQ foi traduzido da versão original em inglês para a língua portuguesa por meio de técnicas de tradução reversa e análise semântica, constituindo a validade linguística. Em seguida, foi preenchido por 324 pacientes distribuídos em cinco grupos: HIV/AIDS, diabetes, hipertensão arterial, psoríase e asma para análise de suas propriedades psicométricas. Quanto à validade discriminante, esta indicou diferenças entre os escores médios dos grupos de pacientes com HIV/AIDS e os de pacientes com diabetes, psoríase e asma (Nogueira, 2012). Este instrumento foi considerado compatível e adequado do ponto de vista linguístico e cultural para avaliar a percepção de doença de indivíduos com enfermidades crônicas no Brasil e, portanto, foi selecionado pela autora do presente trabalho para avaliar a percepção acerca do hipotireoidismo.

2.4.5.3 Percepção de doença e adesão ao tratamento de doenças crônicas

O Modelo de Autorregulação de Leventhal permite-nos entender como as pessoas pensam em relação à sua doença e como o seu ponto de vista pode orientar comportamentos individuais de adesão e resultados de saúde (Leventhal et al., 2003). Deste modo, vários estudos têm sido desenvolvidos no intuito de investigar a influência da percepção de doença sobre a adesão ao tratamento de doenças crônicas.

Um trabalho realizado com 277 portadores de hipertensão arterial, por exemplo, verificou que os pacientes que acreditavam na cura ou controle da sua doença e apresentavam percepção de causa devido a fatores de risco (como tabagismo, dieta inadequada, história familiar de hipertensão, etc.) e, em contrapartida, menos atribuições causais psicológicas, foram mais prováveis de aderir à farmacoterapia (Chen et al., 2009).

Partindo de uma proposta semelhante, Ross et al. (2004) constataram que crenças na habilidade pessoal de controlar a enfermidade e menor resposta emocional à doença constituíram fatores preditivos de melhor adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão. Outro estudo investigou o papel da percepção da doença na adesão à terapia e controle metabólico em jovens dependentes de insulina e demonstrou que crenças de controle foram consistentemente associadas com o relato de adesão em todos os aspectos do tratamento (Griva et al., 2000).

Uma revisão sistemática que incluiu nove estudos sobre a percepção da doença de pessoas com asma verificou forte associação entre os componentes da percepção da doença e adesão ao tratamento. Os pacientes que relataram baixa percepção de controle, que acreditavam que sua doença era episódica (dimensão temporal) e percebiam a doença como tendo poucas consequências adversas foram menos aderentes (Kaptein et al., 2008).

As representações de doença também foram estudadas em pacientes com glaucoma. Rees et al. (2010) verificaram que a não adesão intencional correlacionou-se significativamente com a coerência (compreensão) da doença e a dimensão temporal. Tal fato sugere que a não adesão intencional foi associada com menor compreensão da doença e menos crenças sobre a natureza de longo prazo da condição.

No Brasil, ainda são poucos os trabalhos relacionados à percepção de doença e, conforme pesquisa na literatura, não foram encontrados artigos relacionados à aplicação do tema ao hipotireoidismo. Um dos estudos realizados em nosso país identificou a relação entre estratégias de enfrentamento e a percepção de doença em pais de crianças com doenças crônicas. Os autores constataram que a percepção de maiores consequências negativas da doença associou-se com maior utilização de estratégias de enfrentamento de fuga ou

esquiva (como a não adesão ao tratamento). Por outro lado, os cuidadores que percebiam a doença com maior clareza em termos de sintomas apresentaram menor utilização de estratégias de fuga (Colleto e Câmara, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a percepção da doença em pacientes com hipotireoidismo e a sua influência sobre a adesão ao tratamento.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos portadores de hipotireoidismo atendidos no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe;
- Determinar a taxa de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito;
- Caracterizar a percepção da doença em pacientes com hipotireoidismo;
- Identificar associações entre as percepções da doença e os comportamentos de adesão ou não adesão ao tratamento medicamentoso.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional exploratório, com delineamento transversal.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no setor de endocrinologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe no período entre junho de 2013 e janeiro de 2014.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL ESTUDADO

O Hospital Universitário de Sergipe, situado na Rua Cláudio Batista, s/n, Bairro Santo Antônio, na cidade de Aracaju, atende a uma população de cerca de 150 mil pessoas. Instalado em uma área de 50.570 metros quadrados, doada pelo Governo do Estado por meio da Lei 2.769 de 21 de dezembro de 1989, o HU realiza uma média mensal de 4,7 mil consultas e 11,8 mil exames. O hospital é totalmente integrado ao Sistema Único de Saúde e funciona como centro de referência para consultas nas especialidades de endocrinologia, pneumologia, angiologia, cardiologia, gastroenterologia, hematologia, mastologia, nefrologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, dentre outras.

4.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população consiste de pacientes portadores de hipotireoidismo atendidos no ambulatório de endocrinologia do referido hospital.

4.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídos no estudo os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico prévio de hipotireoidismo primário e em uso de levotiroxina há pelo menos dois meses.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os pacientes que tiveram dificuldades para compreender a escala numérica do *Brief* IPQ e, por isso, não souberam responder às questões e/ou aqueles que responderam à pesquisa com auxílio do cuidador, bem como os casos de hipotireoidismo subclínico.

4.7 CÁLCULO DO TAMANHO AMOSTRAL

O tamanho da amostra foi calculado a partir de Moser e Kalton (1985), considerando-se a população infinita:

$$n = \frac{z^2 \cdot (p.\ q)}{e^2}$$

Sendo:

n = número de pacientes que compõe a amostra;

z = valor da distribuição normal associada a um intervalo de confiança (IC) de 95% que corresponde a um nível de significância de 5%;

p = prevalência da variável de interesse. Considerou-se a prevalência obtida por estudo anterior de não adesão autorreferida ao tratamento do hipotireoidismo, que foi de 22% (Crilly, 2003);

q = proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria da população de interesse, representada por 100 – p;

e = erro padrão. Para esse estudo, foi adotado um erro padrão de 6%.

A partir desse cálculo, o tamanho da amostra obtido foi de 184 pacientes.

4.8 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Inicialmente, fez-se contato com a direção do ambulatório do Hospital Universitário para breve explanação sobre o trabalho e adequação dos procedimentos da pesquisa à rotina do serviço prestado na endocrinologia. Também foi feito contato com as quatro médicas endocrinologistas do ambulatório para expor o trabalho e solicitar a colaboração destas em selecionar os pacientes com diagnóstico de hipotireoidismo primário e encaminhá-los para a pesquisa.

Cada uma das médicas colaborou com o recrutamento de prováveis participantes e, assim, os pacientes foram convidados a participar do estudo na ocasião da consulta médica de rotina.

Previamente à coleta dos dados, os pacientes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, a confidencialidade das informações fornecidas e o caráter voluntário da participação. Também foi enfatizado que os médicos do serviço não teriam acesso de modo algum aos dados individuais fornecidos.

Após aceitação em participar voluntariamente da pesquisa, os pacientes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e foram entrevistados em relação aos dados sócio-demográficos e clínicos, percepção acerca do hipotireoidismo e comportamentos de adesão ao tratamento medicamentoso. Para auxiliar a coleta dos dados clínicos, realizou-se a consulta de prontuários.

Vale ressaltar que todos os pacientes convidados aceitaram participar do estudo e que as entrevistas foram realizadas em um consultório, somente na presença da pesquisadora, com o intuito de proporcionar ao paciente um ambiente tranquilo e de privacidade.

4.8.1 Instrumentos

Durante a entrevista, foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta de dados:

4.8.1.1 Questionário sócio-demográfico e clínico

Elaborado para o estudo e composto por questões referentes às seguintes variáveis: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, situação ocupacional, nível de TSH, tempo de diagnóstico, presença de comorbidades e medicamentos utilizados para o hipotireoidismo e outras possíveis condições crônicas. Quanto à dosagem hormonal, foram considerados os resultados de TSH apresentados pelos pacientes no momento da entrevista, desde que tenham sido obtidos mediante coleta da amostra há, no máximo, dois meses (Apêndice A).

4.8.1.2 Versão adaptada e validada para a cultura brasileira do *Brief Illness Perception Questionnaire* (*Brief* IPQ)

Trata-se de um instrumento baseado no Modelo de Autorregulação de Leventhal considerado compatível e adequado do ponto de vista linguístico e cultural para avaliar a percepção de doença de indivíduos com enfermidades crônicas no Brasil. Constitui-se de sete itens com respostas no formato de escala numérica de zero a dez referentes às seguintes dimensões da representação da doença:

- Consequências: percepção das consequências da doença na vida cotidiana.
- Controle individual: percepção do nível de controle pessoal sobre a doença.
- Controle de tratamento: percepção do nível de controle sobre a doença devido ao tratamento recomendado.
- Identidade: sintomas percebidos da doença.
- Preocupação: preocupação do paciente relacionada à doença.
- Compreensão: entendimento da doença.
- Emoções: carga emocional (medo, raiva, angústia...) devido à doença.

A pontuação de cada dimensão da representação da doença é dada pela média das respostas do respectivo item. Ademais, aborda-se a representação causal por meio de uma questão aberta sobre os três principais fatores, na perspectiva do paciente, que causaram o hipotireoidismo (Nogueira, 2012; Anexo B).

4.8.1.3 Escala de Adesão Terapêutica de Morisky

Este instrumento, um dos principais métodos de determinação da adesão terapêutica, é composto por quatro perguntas que objetivam avaliar o comportamento do paciente em relação à utilização dos medicamentos prescritos:

- Você, alguma vez, esquece de tomar o seu remédio?
- Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?

- Quando você se sente bem, algumas vezes deixa de tomar o seu remédio?
- Quando você se sente mal com o remédio, às vezes deixa de tomá-lo?

Foram considerados aderentes os pacientes que responderam negativamente às quatro perguntas. Além disso, o comportamento não aderente foi classificado em: intencional, quando o paciente tomou a decisão de interromper o uso do medicamento por ter percebido alguma reação adversa ou sentir-se bem em relação ao seu problema de saúde; não intencional, quando o paciente esqueceu ou foi descuidado quanto ao horário de tomar o medicamento; ou misto, quando os dois tipos de comportamento foram apresentados (Morisky et al., 1986; Anexo C).

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram lançados em um banco de dados e processados por meio do programa *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. As variáveis estudadas foram representadas por média, desvio padrão, mediana, intervalo interquartil, porcentagem e números absolutos.

Os seguintes testes estatísticos foram utilizados: Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade dos dados; qui-quadrado ou teste exato de Fischer para associações entre variáveis categóricas e o teste de Mann-Whitney para comparação dos escores de percepção da doença entre pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento. Por fim, adotou-se o nível de significância de 5% para a rejeição da hipótese de nulidade.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Sergipe, sendo aprovado sob o registro CAAE: 16531713.2.0000.5546.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse estudo, 198 pacientes foram selecionados para a pesquisa. Dentre estes, 13 foram excluídos: cinco por terem dificuldade para compreender a escala numérica do *Brief* IPQ, três por terem sido auxiliados pelo cuidador durante a entrevista e cinco casos de hipotireoidismo subclínico. Assim, 185 pacientes compuseram a amostra final.

A maioria dos participantes era do sexo feminino (n = 175; 94,6%) e possuía baixa escolaridade: nove (4,9%) eram analfabetos e 90 (48,6%) tinham o ensino fundamental incompleto. A faixa etária variou de 25 a 79 anos, com média de 50,8 (DP = 12,1) e mediana de 50,0 anos. Quanto às situações conjugal e ocupacional, 106 (57,3%) pacientes possuíam companheiro e 93 (50,3%) não trabalhavam na ocasião da pesquisa. O detalhamento dos dados sócio-demográficos pode ser verificado na Tabela 1.

Conforme pode ser obervado na Tabela 2, a maior parte dos indivíduos possuía alguma comorbidade (n = 130; 70,3%), utilizava continuamente mais de um medicamento (n = 132; 71,4%) e teve o diagnóstico de hipotireoidismo há 10 anos ou mais (n = 123; 66,5%). O número de medicamentos utilizados de forma contínua variou de um a dez, com média de 3,1 medicamentos (DP = 1,9; mediana = 3,0) e o tempo de diagnóstico da doença foi, em média, de 12,6 anos (DP = 7,6; mediana = 12,0; amplitude = três meses a 39 anos). Ademais, os níveis de TSH sérico da amostra estudada apresentaram média de 5,8 (DP = 25,0) e mediana de 1,9 uUI/mL, variando de 0,01 a 291,00 uUI/mL.

Os resultados das dosagens hormonais demonstraram que 26,5% (n = 49) dos pacientes possuíam TSH sérico fora da faixa de referência, sendo que os níveis séricos do hormônio estavam elevados em 17,3% (n = 32) dos pacientes e suprimidos em 9,2% (n = 17) deles (Tabela 2). De modo semelhante, Hannemann et al. (2010) demonstraram que parte considerável dos pacientes em tratamento com levotiroxina (29,5%) apresentaram níveis de TSH fora da faixa de referência, o que pode estar associado a inadequações no ajuste de dose ou a problemas de adesão à farmacoterapia.

Em relação ao comportamento dos pacientes frente ao uso da levotiroxina, 42,2% (n = 78) dos participantes relataram não adesão ao tratamento (Tabela 2).

Esse dado corrobora o alto índice de não adesão verificado por outros estudos envolvendo pacientes com doenças crônicas (Araújo et al., 2010; Cornélio et al., 2009; Dewulf et al., 2006; Miasso et al., 2009; Rosa et al., 2005).

Tabela 1. Características sócio-demográfricas da amostra estudada (n = 185). Aracaju, 2013 - 2014.

Característica	n	%
Sexo		
Feminino	175	94,6
Masculino	10	5,4
Idade (anos)		
18 a 59	140	75,7
60 ou mais	45	24,3
Escolaridade		
Analfabetismo	9	4,9
Ensino fundamental incompleto	90	48,6
Ensino fundamental completo	10	5,4
Ensino médio incompleto	8	4,3
Ensino médio completo	47	25,4
Ensino superior incompleto	9	4,9
Ensino superior completo	8	4,3
Pós-graduação	4	2,1
Situação conjugal		
Possui companheiro (a)	106	57,3
Não possui companheiro (a)	79	42,7
Situação ocupacional		
Trabalha	92	49,7
Não trabalha	93	50,3

Tabela 2. Características clínicas da amostra estudada (n = 185). Aracaju, 2013 - 2014.

Características	n	%
Comorbidade		
Sim	130	70,3
Não	55	29,7
Tempo de diagnóstico (anos)		
Menor que 3	16	8,6
3 a 9	46	24,9
10 ou mais	123	66,5
Número de medicamentos		
1	53	28,6
2 a 5	110	59,5
6 ou mais	22	11,9
TSH sérico		
Elevado	32	17,3
Normal	91	49,2
Suprimido	17	9,2
Adesão		
Sim	107	57,8
Não	78	42,2
Classificação de não adesão		
Não adesão não intencional	64	34,6
Não adesão intencional	8	4,3
Não adesão mista	6	3,2

Um estudo britânico que incluiu 327 pacientes com hipotireoidismo primário demonstrou que a taxa de não adesão à levotiroxina obtida por autorrelato foi de 22%. Segundo o autor, essa prevalência poderia estar subestimada por causa da baixa sensibilidade do instrumento utilizado para determinar a adesão à farmacoterapia (Crilly, 2003). Por outro lado, estudo brasileiro que avaliou adesão ao tratamento em pacientes com hipotireoidismo mal controlado verificou que

82% dos participantes não seguiam adequadamente a orientação médica por faltar aos retornos (36% dos casos) e/ou por não utilizar o medicamento como prescrito (66% dos casos) (Bagattoli et al., 2000). Ainda de acordo com esse estudo, 67% dos pacientes alegaram não aderir às recomendações médicas por esquecimento, o que corrobora o predomínio de não adesão não intencional (n = 64; 34,6%) encontrado no presente trabalho (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra as associações das variáveis sócio-demográficas e clínicas com adesão ao tratamento do hipotireoidismo. Nessa tabela podemos observar que não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis (sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, situação ocupacional, comorbidade, tempo de diagnóstico e número de medicamentos utilizados) e adesão ao tratamento. Em contrapartida, os níveis séricos de TSH foram estatisticamente relacionados à adesão ao tratamento (p = 0,002). Podemos verificar na Tabela 4 que dos 107 (100%) pacientes que relataram aderir à levotiroxina, 60 (56,1%) possuíam níveis normais de TSH sérico, enquanto apenas 31 (39,7%) dos 78 (100%) pacientes não aderentes apresentaram valores normais do hormônio. Esses dados, pois, evidenciam a importância da adesão ao tratamento para a obtenção de resultados clínicos favoráveis.

Sabe-se que fatores psicossociais como as crenças do indivíduo sobre o tratamento proposto e as representações de doença parecem ser mais relevantes para a adesão do que os fatores sócio-demográficos (Horne e Weinman, 1999; Park e Jones, 1997). Assim como o presente trabalho, outros estudos envolvendo pacientes com doenças crônicas, tais como diabetes (Gimenes et al., 2009), esquizofrenia (Rosa et al., 2005) e glaucoma (Castro e Mesquita, 2008), não verificaram influência dos fatores sócio-demográficos sobre a adesão ao tratamento.

Em relação à influência do tempo de diagnóstico do hipotireoidismo, número de medicamentos utilizados e presença de comorbidades sobre adesão ao tratamento, os resultados obtidos contrastam com dados da literatura. Por exemplo, em uma população com doença inflamatória intestinal crônica, verificou-se relação estatisticamente significativa entre baixa adesão e maior duração da doença, bem como maior número de medicamentos em uso (Dewulf et al., 2007).

Tabela 3. Associações das variáveis sócio-demográficas e clínicas com adesão ao tratamento em pacientes com hipotireoidismo. Aracaju, 2013 - 2014.

Variáveis	Adesão	Não adesão	Valor de p
Sexo			
Feminino	102 (95,3%)	73 (93,6%)	0,745
Masculino	5 (4,7%)	5 (6,4%)	
Idade (anos)			
18 a 59	76 (71,0%)	64 (82,1%)	0,084
60 ou mais	31 (29,0%)	14 (17,9%)	
Escolaridade			
Analfabetismo e EFI	56 (52,3%)	43 (55,1%)	0,707
EFC em diante	51 (47,7%)	35 (44,9%)	
Situação conjugal			
Possui companheiro (a)	61 (57,0%)	45 (57,7%)	0,926
Não possui companheiro (a)	46 (43,0%)	33 (42,3%)	
Situação ocupacional			
Trabalha	50 (46,7%)	42 (53,8%)	0,339
Não trabalha	57 (53,3%)	36 (46,2%)	
Comorbidade			
Sim	79 (73,8%)	51 (65,4%)	0,214
Não	28 (26,2%)	27 (34,6%)	
Tempo de diagnóstico (anos)			
Menor que 3	12 (11,2%)	4 (5,1%)	0,262
3 a 9	28 (26,2%)	18 (23,1%)	
10 ou mais	67 (62,6%)	56 (71,8%)	
Número de medicamentos			
1	25 (23,4%)	28 (35,9%)	0,096
2 a 5	66 (61,7%)	44 (56,4%)	
6 ou mais	16 (15,0%)	6 (7,7%)	

Nota. EFI: ensino fundamental incompleto; EFC: ensino fundamental completo.

Tabela 4. Associação entre o nível sérico do hormônio tireoestimulante (TSH) e adesão ao tratamento em pacientes com hipotireoidismo. Aracaju, 2013 - 2014.

TSH sérico	Adesão	Não adesão	Total
SR	22 (20,6%)	23 (29,5%)	45 (24,3%)
Elevado	11 (10,3%)	21 (26,9%)	32 (17,3%)
Normal	60 (56,1%)	31 (39,7%)	91 (46,2%)
Suprimido	14 (13,1%)	3 (3,8%)	17 (9,2%)
Total	107 (100%)	78 (100%)	185 (100%)

Nota. SR: sem resultado de TSH sérico no momento da entrevista; p = 0,002

Segundo Bagattoli et al. (2000), o hipotireoidismo comumente está associado a diversas comorbidades, aumentando o número de medicamentos utilizados diariamente e os gastos financeiros com saúde, o que pode interferir na adesão à farmacoterapia. Além disso, uma revisão que incluiu 36 artigos sobre adesão ao tratamento em portadores de doenças crônicas identificou a ocorrência de comorbidades como fator determinante de não adesão (Reiners et al., 2008). Contudo, não foi verificada no presente estudo relação significativa entre a presença de outras doenças e adesão à levotiroxina. Desta forma, pacientes com hipotireoidismo, tanto os que foram diagnosticados recentemente como aqueles que convivem com a doença há mais tempo e independentemente da presença ou não de comorbidades e do número de medicamentos em uso, são alvo de estratégias para melhorar a adesão ao tratamento.

O Modelo de Autorregulação de Leventhal propõe que as representações cognitiva e emocional da doença (ou percepções de doença) influenciam os comportamentos de enfrentamento, incluindo adesão a regimes terapêuticos e resultados de saúde (Nicklas et al., 2010). Deste modo, as percepções de doença têm sido cada vez mais reconhecidas como fatores importantes no campo da pesquisa de adesão ao tratamento (Zugelj et al., 2010).

Neste estudo, os pacientes hipotireoideos apresentaram elevada percepção de controle individual (mediana = 8,00), bem como de controle de tratamento (mediana = 10,00); baixa percepção de sintomas da doença (mediana = 4,00) e escores de consequências, preocupação, compreensão e emoções com mediana igual a 5,00 (Tabela 5).

Tabela 5. Escores de percepção da doença em pacientes com hipotireoidismo. Aracaju, 2013 - 2014.

Dimensões	Mediana	Intervalo interquartil	Mínimo – Máximo
Consequências	5,00	6,00	0 – 10
Controle individual	8,00	4,00	0 – 10
Controle de tratamento	10,00	1,00	0 – 10
Identidade	4,00	6,00	0 – 10
Preocupação	5,00	10,00	0 – 10
Compreensão	5,00	5,00	0 – 10
Emoções	5,00	7,00	0 – 10

Quanto às causas atribuídas ao hipotireoidismo pelos pacientes, os primeiros fatores citados com mais frequência foram: emocional (preocupação, nervosismo, estresse, medo, raiva, ansiedade, depressão, sofrimento, contrariedade, traumas) (n = 29; 15,7%); hereditariedade (n = 17; 9,2%); falta de iodo (n = 5; 2,7%); gravidez (n = 4; 2,2%;) e problema de hormônio (n = 3; 1,6%). A maioria dos pacientes (n = 111; 60,0%) respondeu não conhecer as causas da doença (Tabela 6).

Em segundo lugar, fatores emocionais (n = 8; 4,3%) e hereditariedade (n = 4; 2,2%) foram mais citados, sendo que 169 (91,4%) pacientes não souberam responder. Por último, os seis pacientes (3,2%) que responderam atribuíram o hipotireoidismo a fatores emocionais (n = 4; 2,2%), hereditariedade (n = 1; 0,5%)

e alimentação inadequada (n = 1; 0,5%) (Tabela 6). De acordo com a literatura (Freitas e Lima, 2009), apenas hereditariedade e baixa ingestão de iodo são fatores associados ao risco aumentado para hipotireoidismo. Este pode, ainda, ser decorrente de tireoidite pós-parto, bem como de disgenesia tireoidiana, de modo que algumas pacientes atribuíram a doença à gravidez, e outros, à má formação congênita.

Tabela 6. Fatores considerados pelos pacientes como causadores do hipotireoidismo. Aracaju, 2013 – 2014

Fatores causadores	N	%
Primeiros fatores		
Não sabe	111	60,0
Emocional	29	15,7
Hereditariedade	17	9,2
Falta de iodo	5	2,7
Gravidez	4	2,2
Problema de hormônio	3	1,6
Má formação congênita	3	1,6
Alimentação inadequada	2	1,1
Diminuição do hormônio	2	1,1
Hábito de fumar	2	1,1
Alergia	1	0,5
Uso de anticoncepcional	1	0,5
Dieta para perda de peso	1	0,5
Esforço para carregar peso	1	0,5
Peso carregado na cabeça	1	0,5
Radiografia	1	0,5
Uso de corticoide	1	0,5

Tabela 6. Fatores considerados pelos pacientes como causadores do hipotireoidismo. Aracaju, 2013 - 2014 (Continua).

Fatores causadores	N	%
Segundos fatores		
Não sabe	169	91,4
Emocional	8	4,3
Hereditariedade	4	2,2
Alimentação inadequada	1	0,5
Falta de nutriente	1	0,5
Gritos e perda de voz	1	0,5
Uso de medicamento veterinário	1	0,5
Terceiros fatores		
Não sabe	179	96,8
Emocional	4	2,2
Alimentação inadequada	1	0,5
Hereditariedade	1	0,5

Tabela 7. Comparação dos escores de percepção da doença entre pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento do hipotireoidismo. Aracaju, 2013 - 2014.

Dimensões	Adesão	Não adesão	Valor de p
	Mediana (intervalo interquartil)		
Consequências	4,00 (5,00)	5,00 (7,00)	**0,048**
Controle individual	8,00 (3,00)	8,00 (4,00)	0,085
Controle de tratamento	10,00 (1,00)	10,00 (1,00)	0,370
Identidade	4,00 (6,00)	4,00 (6,00)	0,458
Preocupação	4,00 (9,00)	5,50 (9,00)	**0,046**
Compreensão	5,00 (4,00)	5,00 (6,00)	0,492
Emoções	5,00 (8,00)	6,00 (6,00)	**0,019**

Quando comparados os escores das dimensões de percepção da doença entre pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento do hipotireoidismo, verificou-se que as dimensões consequências, preocupação e emoções diferiram significativamente entre os grupos. Os pacientes que relataram não adesão ao tratamento tiveram maior percepção das consequências do hipotireoidismo na vida diária (p = 0,048), maior preocupação em relação à doença (p = 0,046) e maior resposta emocional (p = 0,019) (Tabela 7).

De acordo com o Modelo de Autorregulação de Leventhal, espera-se que os pacientes que percebem consequências mais graves relacionadas à sua doença façam escolhas que irão reduzir a probabilidade dessas consequências, como, por exemplo, seguir o tratamento recomendado (Osterberg e Blaschke, 2005). No entanto, verificaram-se escores mais elevados da percepção das consequências da doença entre os pacientes que não seguiam corretamente o tratamento com levotiroxina. Resultados semelhantes foram encontrados por Horne e Weinman (2002) em pacientes com asma e por Molloy et al. (2009) em pacientes com insuficiência cardíaca. Isso pode ter ocorrido devido ao controle obtido pelos pacientes que usam regularmente o medicamento. Assim, aqueles que aderem ao tratamento e conseguem controlar a doença possivelmente percebem menos as suas consequências. Esse pressuposto é coerente com o modelo teórico utilizado, pois este afirma que os pacientes reavaliam a sua condição de saúde e atualizam as suas percepções de doença com base em determinados fatores.

Estudos demonstram a importância das percepções de controle individual e controle de tratamento para a adesão terapêutica. Searle et al. (2007) constataram que os pacientes diabéticos que acreditavam que o tratamento poderia controlar a sua doença e evitar complicações futuras aderiram mais ao regime terapêutico proposto. Similarmente, Jessop e Rutter (2003) encontraram relação significativa entre controle de tratamento e adesão terapêutica em pacientes com asma. Por sua vez, Chen et al. (2011) constataram que o controle individual, bem como o controle de tratamento estavam relacionados com adesão ao tratamento da hipertensão arterial. No presente estudo, porém, verificou-se o mesmo padrão de percepções de controle individual e de tratamento entre ambos

os grupos de pacientes, sendo que essas dimensões da representação cognitiva da doença não influenciaram os comportamentos de adesão à farmacoterapia.

Não houve também relação significativa entre a dimensão identidade e adesão ao tratamento do hipotireoidismo. De modo semelhante, esse componente não foi determinante de adesão em pacientes com asma (Horne e Weinmam, 2002), insuficiência cardíaca (Molloy et al., 2009), diabetes tipo II (Searle et al., 2007) e adolescentes com hipertensão arterial (Zugelj et al., 2010). Outros estudos, porém, associaram maior percepção de sintomas com melhor adesão ao tratamento (Chen et al., 2011; Chen et al., 2009).

Embora seja esperado que um maior entendimento sobre a doença contribua para melhorar a adesão ao tratamento (Sousa, 2003), não foi verificada relação estatisticamente significativa entre compreensão e adesão dos pacientes com hipotireoidismo à farmacoterapia. Em uma pesquisa que envolveu 131 pacientes com glaucoma, também não foi identificada associação dessa dimensão da percepção de doença com o seguimento do tratamento oftálmico (Rees et al., 2010).

A representação emocional da doença engloba dois componentes: preocupação e emoções (Broadbent et al., 2006). A resposta emocional inclui reações negativas como ansiedade, depressão, raiva e medo (Kucukarslan, 2012). Ross et al. (2004) e Zugelj et al. (2010) verificaram que a maior resposta emocional estava relacionada a baixa adesão em pacientes com hipertensão arterial. Em consonância com esses estudos, constatou-se que a carga emocional devido à doença foi maior entre os pacientes não aderentes ao tratamento do hipotireoidismo, podendo ser a não adesão decorrente de mecanismos de enfrentamento de evitação (como negação) estimulados pela resposta emocional (Wang et al., 2002; Wing et al., 2002).

Uma limitação do estudo consiste no fato de terem sido considerados os resultados de TSH apresentados pelos pacientes no momento da entrevista, não sendo possível a padronização do método e valores de referência. Deste modo, propõe-se que em estudos posteriores seja coletada amostra biológica dos pacientes para que seja realizada a dosagem do TSH sérico no mesmo laboratório.

Sugere-se, ainda, a construção de um instrumento específico para a avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso no hipotireoidismo, de modo que a ampla gama de motivos pelos quais os pacientes não aderem adequadamente ao tratamento pudesse ser abordada, e não somente o esquecimento, o descuido com o horário da medicação, o fato de sentir-se bem em relação ao problema de saúde e a ocorrência de reações adversas, considerados pela Escala de Adesão Terapêutica de Morisky. Estudos posteriores poderiam também investigar se as causas do hipotireoidismo (por exemplo, câncer de tireóide e consequente remoção cirúrgica da glândula) influenciam as percepções do paciente acerca da doença. Além disso, estudos longitudinais poderiam avaliar as relações de causa e efeito entre as percepções da doença e a adesão ao tratamento do hipotireoidismo.

6 CONCLUSÃO

A taxa de não adesão ao tratamento medicamentoso obtida em um grupo de pacientes com hipotireoidismo foi de 42,2%, sendo predominante a não adesão não intencional.

A percepção da doença influenciou a adesão do paciente ao tratamento. Houve associação das dimensões consequências, preocupação e emoções com a adesão ao tratamento, sendo constatado que os pacientes não aderentes apresentaram maior percepção das consequências do hipotireoidismo, maior preocupação em relação à doença e maior resposta emocional.

Portanto, fica evidenciada a necessidade de estratégias com base no conhecimento das percepções de doença do paciente para favorecer a adesão ao tratamento do hipotireoidismo.

REFERÊNCIAS

Allan WC, Haddow JE, Palomaki GE, Williams JR, Mitchell ML, Hermos RJ, Faix JD, Klein RZ. Maternal thyroid deficiency and pregnancy complications: implications for population screening. J Med Screen 2000;7:127-30.

Almeida HO, Versiani ER, Dias ADR, Novaes MRCG, Trindade EMV. Adesão a tratamentos entre idosos. Com Ciências Saúde 2007;18(1):57-67.

American Thyroid Association; Endocrine Society; American Association of Clinical Endocrinologists. Joint statement on the U.S. Food and Drug Administration's decision regarding bioequivalence of levothyroxine sodium. Thyroid 2004;14(7):486.

Andersen S, Pedersen KM, Bruun NH, Laurberg P. Narrow individual variations in serum T(4) and T(3) in normal subjects: a clue to understanding of subclinical thyroid disease. J Clin Endocrinol Metab 2002;87:1068-72.

Araújo MFM, Gonçalves TDC, Damasceno MMC, Caetano JA. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. Esc Anna Nery Ver Enferm 2010;14(2):361-67.

Bagattoli RM, Vaisman M, Lima JS, Ward LS. Estudo de adesão ao tratamento do hipotireoidismo. Arq Bras Endocrinol Metab 2000;44(6):483-7.

Bennett P, Nordeste C. Introdução clínica à psicologia da saúde. Lisboa: Climepsi Editores; 2002.

Bindra A, Braunstein GD. Thyroiditis. Am Fam Physician 2006;73:1769-76.

Boelaert K, Franklyn JA. Thyroid hormone in health and disease. J Endocrinol 2005;187:1-15.

Brenta G, Vaisman M, Sgarbi JA, Bergoglio LM, de Andrada NC, Bravo PP et al. Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotiroidismo. Arq Bras Endocrinol Metab 2013;57(4):265-99.

Broadbent E, Petrie FJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. J Psychosom Res 2006;60:631-37.

Browning MC, Bennet WM, Kirkaldy AJ, Jung RT. Intra-individual variation of thyroxin, triiodothyronine, and thyrotropin in treated hypothyroid patients: implications for monitoring replacement therapy. Clin Chem 1988;34:696-9.

Camargo RY, Tomimori EK, Neves SC, Rubio IG, Galrão AL, Knobel M, et al. Thyroid and the environment: exposure to excessive nutritional iodine increases the prevalence of thyroid disorders in Sao Paulo, Brazil. Eur J Endocrinol 2008;159:293-9.

Cameron L, Leventhal H. The self-regulation of health and illness behavior. New York: Routledge; 2003. p. 1-13.

Canaris GJ, Manowitz NR, Mayor G, Ridgway EC. The Colorado Thyroid Disease Prevalence Study. Arch Int Med 2000;160:526-34.

Castro ANBV, Mesquita WA. Não-adesão à terapêutica medicamentosa do glaucoma. Arq Bras Oftalmol 2008;71(2):207-14.

Chen SL, Tsai JC, Chou KR. Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: A structural modeling approach. Int J Nurs Stud 2011;48:235-45.

Chen SL, Tsai JC, Lee WL. The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. J Clin Nurs 2009;18:2234-44.

Chin WW, Carr FE, Burnside J, Darling DS. Thyroid hormone regulation of thyrotropin gene expression. Recent Prog Horm Res 1993;48:393-414.

Clyde PW, Harari AE, Getka DJ, Shakir KM. Combined levothyroxine plus liothyronine compared with levothyroxine alone in primary hypothyroidism: a randomized controlled trial. JAMA 2003;290:2952-8.

Cohen S, Underwood, LG, Gottlieb HB. Social support measurement and intervention. New York: Oxford University Press; 2000.

Coleta MFD. O modelo de crenças em saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. Temas psicol 1999;7(2):175-82.

Colleto M, Câmara S. Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crônica: o contexto do cuidador. Diversitas: perspectivas em psicologia 2009;5(1):97-110.

Cooper DS, Halpern R, Wood LC, Levin AA, Ridgway EC. L-Thyroxine therapy in subclinical hypothyroidism: a double-blind, placebo-controlled trial. Ann Intern Med 1984;101:18-24.

Cornélio RDCAC, Pinto ALT, Pace FHDL, Moraes JP, Chebli JMF. Não-adesão ao tratamento em pacientes com doença de Crohn: prevalência e fatores de risco. Arq. Gastroenterol 2009;46(3):183-89.

Crilly MA. Thyroxine adherence study: a randomised controlled clinical trial in primary care [MD Thesis]. Manchester: University of Manchester; 2003.

Danzi S, Klein I. Recent considerations in the treatment of hypothyroidism. Curr Opin Investig Drugs 2008;9:357-62.

Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psicologia, saúde & doenças 2001;2(2):81-100.

Devdhar M, Ousman YH, Burman KD. Hypothyroidism. Endocrinol Metab Clin North Am 2007;36:595-615.

Dewulf NLS, Monteiro RA, Passos ADC, Vieira EM, Troncon LEA. Adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com doenças inflamatórias intestinais acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. Arq Gastroenterol 2007;44(4):289-96.

Dewulf NLS, Monteiro RA, Passos ADC, Vieira EM, Troncon LEA. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário. Rev Bras Cienc 2006;42(4):575-84.

Dias AM, Cunha M, Santos AMM, Neves APG, Pinto AFC, Silva ASA, Castro AS. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. Millenium 2011;40:201-19.

Dugbartey AT. Neurocognitive aspects of hypothyroidism. Arch Intern Med 1998;158:1413-8.

Farwell AP, Braverman LE. Tireóide e fármacos antitireoidianos. In: Brunton LL, Lazo JS, Parker KL. Goodman & Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica. 11ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil; 2006. p. 1363-90.

Filipe ARM. Pensar e agir para viver melhor: a auto-regulação e o *coping* na adaptação dos indivíduos com diabetes mellitus de tipo II [dissertação]. Universidade de Lisboa; 2008.

Fish LH, Schwartz HL, Cavanaugh J, Steffes MW, Bantle JP, Oppenheimer JH. Replacement dose, metabolism, and bioavailability of levothyroxine in the treatment of hypothyroidism: role of triiodothyronine in pituitary feedback in humans. N Engl J Med 1987;316:764-70.

Framer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinicals trials and clinical practice. Clin Ther 1999;21:1074-89.

Freitas MC, Lima LHC. Diagnóstico e tratamento do hipotireoidismo. In: Vilar L, Kater CE, Naves LA, Freitas MC, Bruno OD. Endocrinologia clínica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 290-301.

Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. Rev Latino-Am Enfermagem 2009;17(1):46-51.

Glenn GC. Practice parameter on laboratory panel testing for screening and case finding in asymptomatic adults: Laboratory Testing Strategy Task Force of the College of American Pathologists. Arch Pathol Lab Med 1996;120:929-43.

González Vílchez F, Castillo L, Pi J, Ruiz E. Cardiac manifestations of primary hypothyroidism. Determinant factors and treatment response. Rev Esp Cardio 1998;51:893-900.

Greenspan FS, Dong BJ. Tireóide e fármacos antitireoidianos. In: Katzung BG. Farmacologia básica e clínica. 10ª Ed. Porto Alegre: AMGH; 2010. p. 557-71.

Griva K, Myers LB, Newman S. Illness perceptions and self-efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. Psychology & Health 2000;15(6):733-50.

Guha B, Krieshnaswamy G, Peiris A. The Diagnosis and Management of Hipothyroidism. South Med J 2002;95:475-480.

Haddow JE, Palomaki GE, Allan WC, Williams JR, Knight GJ, Gagnon J et al. Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. N Engl J Med 1999;341(8):549-55.

Hagger M, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. Psychology and Health 2003; 2(18),141-84.

Hamblin PS, Dyer SA, Mohr VS, Le Grand BA, Lim CF, Tuxen DV et al. Relationship between thyrotropin and thyroxine changes during recovery from severe hypothyroxinemia of critical illness. J Clin Endocrinol Metab 1986;62:717-22.

Hannemann A, Friedrich N, Haring R, Krebs A, Völzke H, Alte D, Nauck M, Kohlmann T, Schober HC, Hoffman W, Wallaschofski H. Thyroid function tests in patients taking thyroid medication in Germany: results from the population-based Study of Health in Pomerania (SHIP). BMC research notes 2010; 3(1):227.

Haynes RB. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press, 1979.

Hennessey JV, Malabanan AO, Haugen BR, Levy EG. Adverse event reporting in patients treated with levothyroxine: results of the pharmacovigilance task force survey of the American Thyroid Association, American Association of Clinical Endocrinologists, and The Endocrine Society. Endocr Pract 2010;16(3):357-70.

Hershman JM, Pekary AE, Berg L, Solomon DH, Sawin CT. Serum thyrotropin and thyroid hormone levels in elderly and middle-aged euthyroid persons. J Am Geriatr Soc 1993;41:823-8.

Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD, Hannon WH, Gunter EW, Spencer CA et al. Serum TSH, T(4), and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). J Clin Endocrinol Metab 2002;87:489-99.

Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R, Morgan M. Concordance, adherence and compliance in medicine taking: a conceptual map and research priorities. London: National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation NCCSDO; 2005.

Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. Journal of psychosomatic research 1999;47(6):555-67.

Horne R, Weinman J. Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. Psychol Health 2002;17(1):17-32.

Hsiao CY, Chang C, Chen CD. An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. Kaohsiung J Med Sci 2012;28:442-47.

Husain MO, Dearman SP, Chaudhry IB, Rizvi N, Waheed W. The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2008;4(4).

Jacobs U. Influência de função cognitiva, ansiedade e desordens psiquiátricas sobre adesão a tratamento em pacientes hipertensos não-controlados. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

Jessop DC, Rutter DR. Adherence to asthma medication: the role of illness representations. Psychol Health 2003;18(5):595-612.

Kaptein A, Hughes BM, Scharloo M, Fisher M, Snoei L, Weinman J et al. Illness perceptions about asthma are determinants of outcome. J Asthma 2008;45:459-64.

Khurram IM, Choudhry KS, Muhammad K, Islam N. Clinical presentation of hypothyroidism: a case control analysis. J Ayub Med Coll Abbottabad 2003;15:45-9.

Klee GG, Hay ID. Biochemical testing of thyroid function. Endocrinol Metab Clin North Am 1997;26:763-75.

Klein JM, Gonçalves AGA. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. Psico-USF 2005;10(2):113-20.

Kucukarslan SN. A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: Lessons learned and future directions. Res Social Adm Pharm 2012;8:371-82.

Kung M, Koschwanez HE, Painter L, Honeyman V, Broadbent E. Immunosuppressant nonadherence in heart, liver, and lung transplant patients: associations with medication beliefs and illness perceptions. Transplantation 2012;93:958-63.

Larsen PR, Davies TF, Hay ID. The thyroid gland. In: Wilson JD, Foster DW, Kronenberg HM, Larsen PR. Williams Textbook of endocrinology. 9th ed. Philadelphia: Saunders;1998. p. 461.

Larsen PR, Davies TF, Schlumberger MJ, Hay ID. Fisiologia da tireoide e avaliação diagnóstica de pacientes com doenças tireoidianas. In: Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR. Williams tratado de endocrinologia. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. p. 252-80.

Leese GP, Flynn RV, Jung RT, MacDonald TM, Murphy MJ, Morris AD. Increasing prevalence and incidence of thyroid disease in Tayside, Scotland: the Thyroid Epidemiology Audit and Research Study (TEARS). Clin Endocrinol 2008; 68(2):311-16.

Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Cien Saude Colet. 2003;8(3):775-82.

Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, Diefenbach M, Leventhal EA, Patrick-Miller L, Robitaille C. Illness representation: Theoretical foundations. In: Petrie KJ, Weinman JA. Perceptions of Health and Illness: Current Research & Applications. Singapore: Harwood Academic Publishers; 1997. p. 19-46.

Leventhal H, Brissete I, Leventhal EA. The common sense modelo f self-regulation of health and illness. In: Self-Regulation of Health and Illness Behaviour. London: Routledge, Taylor and Francis Book; 2003. p. 42-65.

Leventhal H, Cameron L. Behavioral theories and the problem of compliance. Patient Educ Couns 1987;10:117-138.

Leventhal H, Leventhal EA, Cameron L. Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In: Baum A, Singer JE. Handbook of health psychology. Mahwah: Erlbaum; 2001: p.19-47.

Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Self-regulation, health, and behavior: a perceptual-cognitive approach. Psychol Health 1998;13:717-33.

Machado MMP. Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros [dissertação]. Braga: Universidade do Minho; 2009.

Maciel RMB. Fisiologia e avaliação diagnóstica. In: Saad MJA, Maciel RMB, Mendonça BB. Endocrinologia. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 299-329.

Marks DF, Murray M, Evans B, Willig C. Health Psychology. Theory, Research and Practice. London: Sage Publications; 2000.

Mariotti S, Caturegli P, Piccolo P, Barbesino G, Pinchera A. Antithyroid peroxidase autoantibodies in thyroid diseases. J Clin Endocrinol Metab 1990;71:661-9.

Martinez Triguero ML, Hernandez Mijares A, Nguyen TT, Muñoz ML, Peña H, Morillas C et al. Effect of thyroid hormone replacement on lipoprotein (a), lipids, and apolipoproteins in subjects with hypothyroidism. Mayo Clin Proc 1998;73:837-41.

Martins AP, Ferreira AP, da Costa FA, Cabrita J. Como Medir (ou Não Medir) a Adesão à Terapêutica de Erradicação. Pharmacy Practice 2006;4(2):88-94.

Miasso AI, Monteschi M, Giacchero KG. Bipolar affective disorder: medication adherence and satisfaction with treatment and guidance by the health team in a mental health service. Rev Latino-Am Enfermagem 2009;17(4):548-56.

Molloy GJ, Gao C, Johnston DW, Johnston M, Witham MD, Struthers AD, McMurdo ME. Adherence to angiotensin-converting-enzyme inhibitors and illness beliefs in older heart failure patients. Eur J Heart Fail 2009;11:715-20.

Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens 2008;10(5):348–54.

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care 1986;24(1):67-74.

Moser CA, Kalton G. Survey Methods in Social Investigation. 2nd ed. Hants: Gower Publishing Company Limited; 1985.

Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychology and Health 2002;17(1):1-16.

Nicklas LB, DunbarM, WildM. Adherence to pharmacological treatment of non-malignant chronic pain: the role of illness perceptions and medication beliefs. Psychol Health 2010;25(5):601–615.

Nogueira GS. Adaptação e validação do Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) para a cultura brasileira [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.

Odgen J. Psicologia da saúde. Lisboa: Climpesi Editores; 1999.

Ogden J. Predicting whether patients are compliant: The work of Ley. In: Ogden J. Health Psychology. Buckingham: Open University Press; 2004. p. 69-70.

Oigman W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Rev Bras Hipertens 2006;13(1):30-34.

Ojomo KA, Schneider DF, Reiher AE, Lai N, Schaefer S, Chen H et al. Using body mass index to predict optimal thyroid dosing after thyroidectomy. J Am Coll Surg 2013;216:454-60.

Oliveira FPS, Ferreira EAP. Adesão ao tratamento do hipotireoidismo congênito segundo relato de cuidadores. Psicol reflex crit 2010;23(1):19-28.

Olivieri NF, Matsui D, Hermann C, Koren G. Compliance assessed by the medication event monitoring system. Arch Dis Child 1991;66:1399-1402.

Osterberg L, Blaschke T. Drug therapy: adherence to medication. N Engl J Med 2005;353(5):487-97.

Pacheco-Huergo V, Viladrich C, Pujol-Ribera E, Cabezas-Peña C, Núñez M, Roura-Olmeda P, Amado-Guirado E, Núñez E, Del Val JL. Perception in chronic illnesses: linguistic validation of the revised Illness Perception Questionnaire and the Brief Illness Perception Questionnaire for a Spanish population. Aten Primaria 2012;44(5):280-7.

Pais-Ribeiro JL. Introdução à Psicologia da Saúde. 2ª ed. Coimbra: Quarteto; 2007.

Papi G, LiVolsi VA. Current concepts on Riedel thyroiditis. Am J Clin Pathol 2004;121(suppl.):S50-63.

Park DC, Jones TR. Medication adherence and aging. In: Fisk AD, Rogers WA (Eds.). Handbook of human factors and the older adult. San Diego, CA, USA: Academic Press; 1997. p. 257-87.

Perez CLS. Avaliação da administração de levotiroxina com a refeição e suas repercussões clínicas e laboratoriais no hipotireoidismo primário [dissertação]. Curitiba: Universidade do Paraná; 2011.

Petrie KJ, Pennebaker JW. Health related cognitions. In: Sutton S, Baum A, Johnston M. The Sage handbook of Health Psychology. New York: Sage; 2004. p.127-42.

Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter? Clinic Medical 2006; 6:536-39.

Quiceno JM, Vinaccia S. Percepción de enfermedad: uma aproximación a partir Del Illness Perception Questionnaire. Psicología desde el Caribe 2010; 25: 56-83.

Radetti G, Gentili L, Paganini C, Oberhofer R, Deluggi I, Delucca A. Psychomotor and audiological assessment of infants born to mothers with subclinical thyroid dysfunction in early pregnancy. Minerva Pediatr 2000;52:691-8.

Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Moore PK. Farmacologia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

Rees G, Leong O, Crowston JG, Lamoureux EL. Intentional and unintentional nonadherence to ocular hypotensive treatment in patients with glaucoma. Ophthalmology 2010;117(5):903-8.

Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Ciênc saúde coletiva 2008;13(Supl 2):S2299-306.

Reis J, Fradique F. Desenvolvimento sociocognitivo de significações leigas em adultos: causas e prevenção das doenças. Anál Psicol 2002 jan;20(1):5-26.

Richardson JL, Marks G, Johnson CA, Graham JW, Chan KK, Selser JN, Kishbaugh C, Barranday Y, Levine AM. Path model of multidimensional compliance with cancer therapy. Health Psychol 1987;6(3):183-207.

Roberts CG, Ladenson PW. Hypothyroidism. Lancet 2004;363:793-803.

Rosa MA, Marcolin MA, Elkis H. Evaluation of the factors interfering with drug treatment compliance among Brazilian patients with schizophrenia. Rev Bras Psiquiatr 2005;27(3):178-84.

Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr 1974;2(4):328-35.

Ross S, Walker A, Macleod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. J Hum Hypertens 2004;18:607-13.

Sarne DH, Refetoff S, Nelson JC, Linarelli LG. A new inherited abnormality of thyroxine-binding globulin (TBG-San Diego) with decreased affinity for thyroxine and triiodothyronine. J Clin Endocrinol Metab 1989;68:114-9.

Searle A, Norman P, Thompson R, Vedhara K. A prospective examination of illness beliefs and coping in patients with type 2 diabetes. Br J Health Psychol 2007;12:621-38.

Sichieri R, Baima J, Marante T, de Vasconcellos MTL, Moura AS, Vaisman M. Low prevalence of hypothyroidism among black and Mulatto people in a population-based study of Brazilian women. Clin Endocrinol 2007;66:803-7.

Sousa MRMGC. Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2 [dissertação]. Braga: Universidade do Minho; 2003.

Spencer CA, LoPresti JS, Patel A, Guttler RB, Eigen A, Shen D et al. Applications of a new chemiluminometric thyrotropin assay to subnormal measurement. J Clin Endocrinol Metab 1990;70:453-60.

Sullivan GM, Hatterer JA, Herbert J, Chen X, Roose SP, Attia E et al. Low levels of transthyretin in the CSF of depressed patients. Am J Psych 1999;156:710-5.

Uchino NB, Cacioppo TJ, Kiecolt-Glaser KJ. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. Psychological Bulletin 1996;119:488-531.

Vermeire E, Hearnshaw H, Royen V, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. J Clin Pharm Ther 2001;26(5):331-42.

Vilar L, Freitas MC, Canadas V. Lipid profile and high sensitivity C reactive protein levels in subclinical and overt primary hypothyroidism. Arq Bras Endocrinol Metab 2008;52:S482.

Walsh JP, Shiels L, Lim EM, Bhagat CI, Ward LC, Stuckey BG et al. Combined thyroxine/liothyronine treatment does not improve well-being, quality of life, or cognitive function compared to thyroxine alone: a randomized controlled trial in patients with primary hypothyroidism. J Clin Endocrinol Metab 2003;88:4543-50.

Wang OS, Bohn RL, Knight E, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychological factors. J Gen Intern Med 2002;17:504–11.

Wardle CA, Fraser WD, Squire CR. Pitfalls in the use of thyrotropin concentration as a first-line thyroid-function test. Lancet 2001;357:1013-4.

Ward LS. The difficult patient: drug interaction and the influence of concomitant diseases on the treatment of hypothyroidism. Arq Bras Endocrinol Metabol 2010;54:435-42.

Watts NB. Use of a sensitive thyrotropin assay for monitoring treatment with levothyroxine. Arch Intern Med 1989;149:309-12.

Weinman J, Petrie KJ. Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics. J Psychosom Res 1997;42(2):113-6.

Weinman J, Petrie K, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A New method for Assessing the Cognitive Representation of Illness. Psychology and Health 1996;11(3):431-45.

William J, Hueston MD. Treatment of hypothyroidism. Am Fam Phisician 2001;64:1717-24.

Wing RR, Phelan S, Tate D. The role of adherence in mediating the relationship between depression and health outcomes. J Psychosom Res 2002;53:877–81.

Woeber KA. Update on the management of hyperthyroidism and hypothyroidism. Ann Intern Med 2000;160:1067-71.

World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003 [acesso em 2013 mar 4]. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence _full_report.pdf.

World Health Organization. Adherence to Long-term Therapies: Policy for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001 [acesso em 2013 mar 4]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66984/1/WHO_MNC_ CCH_01.02.pdf.

Yassa L, Marqusee E, Fawcett R, Alexander EK. Thyroid hormone early adjustment in pregnancy (the THERAPY) trial. J Clin Endocrinol Metab 2010;95:3234-41.

Zamfirescu I, Carlson HE. Absorption of levothyroxine when coadministered with various calcium formulations. Thyroid. 2011;21:483-6.

Zugelj U, Zupancic M, Komidar L, Kenda R, Varda NM, Gregoric A. Self-reported adherence behavior in adolescent hypertensive patients: the role of illness representations and personality. J Pediatr Psychol 2010;35(9):1049–1060.

APÊNDICE A – Questionário Sócio-demográfico e Clínico

1. Nome:

2. Gênero:
   ( ) Masculino ( ) Feminino

3. Idade:

4. Situação conjugal:
   ( ) Possui companheiro(a) - casado(a) ou união estável

   ( ) Não possui companheiro(a) – solteiro(a), separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)

5. Escolaridade:
   ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo
   ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo
   ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo

6. Situação ocupacional:
   ( ) Trabalhando ( ) Não trabalhando

7. Resultado de TSH mais recente:
   Valor: Data: Intervalo de referência:

8. Há quanto tempo você tem hipotireoidismo?

9. Você possui outros problemas de saúde?

10. Quais os medicamentos que você utiliza rotineiramente?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O objetivo deste documento é solicitar o seu consentimento em participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Impacto da percepção da doença sobre a adesão ao tratamento do hipotireoidismo”. Esse estudo visa compreender melhor como os pacientes com hipotireoidismo pensam sobre a sua doença e lidam com o seu tratamento, o que é muito importante para intervenções de saúde mais efetivas.

A pesquisa está sendo realizada pela farmacêutica Silvia Patricia Alves de Souza sob a orientação do Prof. Dr. Wellington Barros da Silva da Universidade Federal de Sergipe. Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos, havendo o compromisso por parte da pesquisadora em manter sigilo e anonimato da sua participação. Deste modo, você não será identificado em nenhum relatório ou publicação resultante desse trabalho.

Ressaltamos ainda que a sua participação é totalmente voluntária, sendo que você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo. Caso esteja de acordo em participar, pedimos a sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com você e a outra ficará com a equipe de pesquisa.

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente a sua valiosa colaboração neste trabalho.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada “Impacto da percepção da doença sobre a adesão ao tratamento do hipotireoidismo”.

_____ _____

Assinatura do informante Assinatura da pesquisadora

Aracaju, ____/____/2013.

Professor: Wellington Barros da Silva	**Mestranda: Silvia Patrícia A. de Souza**
Endereço: Av. Gonçalo Rolemberg Leite, 2399.	**Endereço: Rua Sgto. Lauro José, 11.**
Edifício Nassau, apto 504. Bairro Luzia.	**Conj. Lourival Batista Bairro Novo Paraíso**
CEP 49045280 Telefone: (79) 91229135	**CEP: 49082490 Telefone: (79) 88315053**
E-mail: wbarrosdasilva@gmail.com	**E-mail: patriciajhs@hotmail.com**

ANEXO A – Aprovação pelo Comitê de Ética

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE/ HU-

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA PERCEPÇÃO DA DOENÇA SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO DO HIPOTIREOIDISMO

Pesquisador: Wellington Barros da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16531713.2.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 298.593

Data da Relatoria: 07/06/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo observacional exploratório, com delineamento transversal, no setor de endocrinologia do HU/UFS. Serão incluídos no estudo os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os gêneros, com diagnóstico prévio de hipotireoidismo e em uso de levotiroxina há pelo menos dois meses,no período entre junho e novembro de 2013.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a percepção da doença em pacientes com hipotireoidismo e a sua influência sobre a adesão ao tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O conhecimento dos fatores que interferem na adesão possibilitarão aos gestores e profissionais da saúde desenvolver o planejamento de ações de cuidado dirigidas ao público-alvo da pesquisa,não há riscos aos sujeitos sendo garantido o sigilo através do TCLE

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Serão incluídos no estudo os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os gêneros, com diagnóstico prévio de hipotireoidismo e em uso de levotiroxina há pelo menos dois meses.Serão excluídos os pacientes com algum tipo de limitação cognitiva que impossibilite o adequado fornecimento de informações.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
Bairro: Sanatório **CEP:** 49.060-110
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)2105-1805 **E-mail:** cephu@ufs.br

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os termos obrigatórios

Recomendações:

Públicação dos dados obtidos

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não possui pendência

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

ARACAJU, 10 de Junho de 2013

Assinador por:
Anita Hermínia Oliveira Souza
(Coordenador)

ANEXO B - Versão adaptada e validada para a cultura brasileira do *Brief Illness Perception Questionnaire* (*Brief* IPQ)

1. Quanto a doença afeta a sua vida?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não afeta em nada a minha vida — Afeta gravemente a minha vida

2. Quanto controle você sente que tem sobre a sua doença?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Absolutamente nenhum controle — Tenho extremo controle

3. Quanto você pensa que o tratamento pode ajudar a melhorar a sua doença?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não ajudará em nada — Ajudará extremamente

4. Quanto você sente sintomas (sinais, reações ou manifestações) da sua doença?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não sinto nenhum sintoma — Sinto muitos sintomas graves

5. Quanto você está preocupado(a) com a sua doença?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nem um pouco preocupado(a) — Extremamente preocupado(a)

6. Até que ponto você acha que compreende a sua doença?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não compreendo nada — Compreendo muito claramente

7. Quanto a sua doença o(a) afeta emocionalmente? (Por exemplo, faz você sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não me afeta emocionalmente em nada — Afeta-me muitíssimo emocionalmente

8. Por favor, liste os fatores mais importantes que você acredita que causaram a sua doença. As causas mais importantes para mim são:

1ª _____

2ª _____

3ª _____

ANEXO C – Escala de Adesão Terapêutica de Morisky

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

( ) Sim ( ) Não

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

( ) Sim ( ) Não

3. Quando você se sente bem, algumas vezes deixa de tomar o seu remédio?

( ) Sim ( ) Não

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

( ) Sim ( ) Não