

FATORES RELACIONADOS À ADEÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA DE PACIENTES HIPERTENSOS ACOLHIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Factors associated with pharmacotherapy adherence of hypertensive patients received in the Family Health Strategy

Flávia Monteiro Ferreira¹, Maria Jesus Barreto Cruz²,
Delba Fonseca Santos³, Mariana Pereira Linhares⁴, Renata Aline Andrade⁵

RESUMO

Uma das dificuldades encontradas no atendimento a pessoas portadoras de HAS é a falta de adesão ao tratamento. A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados. A má comunicação entre a equipe de saúde e o paciente, a má organização dos serviços de saúde, a dificuldade de acesso aos medicamentos, sensação de melhora do paciente, número de medicamentos a serem administrados, bem como o aparecimento de reações adversas podem ser entendidos como algumas das razões pelas quais não se cumprem as indicações médicas. Este estudo teve como objetivo identificar o perfil dos pacientes portadores de HAS acolhidos em uma Estratégia Saúde da Família de um Município do interior de Minas Gerais e avaliar o grau de adesão ao tratamento da HAS e seus fatores determinantes. Trata-se de um estudo não-experimental, descritivo e transversal. Os dados foram coletados por meio do Teste de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), específico para determinar o grau de adesão e um formulário, contendo variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e terapêuticas. Para verificar a associação entre as variáveis, foi utilizado o Teste Exato de Fisher. O perfil demográfico e socioeconômico dos pacientes com HAS participantes deste estudo mostrou um predomínio de pessoas do sexo feminino (76,5%), com idades superiores a 50 anos (82,1%), casadas (64,7%), com baixa escolaridade (74,5%), baixa renda (84,3%), composto de donas-de-casa e aposentados (82,4%). Dos 51 pacientes entrevistados, aproximadamente 33% não aderiam ao tratamento da HAS. A falta de informação sobre o medicamento prescrito influenciou diretamente na não adesão do paciente à farmacoterapia da HAS ($p < 0,05$).

ABSTRACT

One of the difficulties encountered in caring for people suffering from systemic arterial hypertension (SAH) is the lack of adherence to treatment. The issue of adherence to treatment is complex because several factors are associated. Poor communication between health staff and patient, poor organization of health services, difficulties in access to medicines, the patient's sensation of improvement, number of medications to be administered, as well as the appearance of adverse reactions can be understood as some of the reasons why medical indications are not met. This study aimed to identify the profile of patients with SAH admitted at a Family Health Strategy center in a municipality in Minas Gerais, and assess the degree of adherence to treatment of SAH and its determining factors. It is a non-experimental study, descriptive and transversal. Data were collected through the Treatment Adherence Measure (TAM) test, specifically for determining the degree of adherence, and a form containing demographic, socio-economic, clinical, and therapeutic variables. To investigate the association between the variables, Fisher's Exact Test was used. The demographic and socio-economic profile of the patients with SAH participating in this study showed a predominance of females (76.5%), over 50 years old (82.1%), married (64.7%), with a low educational level (74.5%), low income (84.3%), comprising housewives and retirees (82.4%). Of the 51 patients interviewed, roughly 33% did not adhere to the SAH treatment. The lack of information about the prescribed drug directly influenced the patient's non-adherence to the SAH pharmacotherapy ($p < 0.05$). The doctor was the

¹ Flávia Monteiro Ferreira, Acadêmica do curso de Farmácia da UFVJM

² Maria Jesus Barreto Cruz, Enfermeira da ESF e Preceptora do PET-Saúde/Saúde da Família/UFVJM

³ Delba Fonseca Santos, Professora do Departamento de Farmácia da UFVJM e coordenadora do PET-Saúde/Saúde da Família/UFVJM

⁴ Mariana Pereira Linhares, Professora do Curso de Farmácia da UFSJ

⁵ Renata Aline Andrade, Departamento de Farmácia/Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde/UFVJM. E-mail: renata.aline.andrade@gmail.com

Financiamento: Ministério da Saúde e Educação

O médico foi o profissional mais citado pelos pacientes como o responsável por transmitir as informações sobre a doença e sobre o medicamento e o farmacêutico, o profissional menos citado. Dessa maneira, mostra-se a necessidade de construir mecanismos efetivos para promover a adesão à farmacoterapia. Espera-se que os resultados apresentados ofereçam subsídios para repensar as estratégias de intervenção utilizadas. Acredita-se que a construção de um trabalho multidisciplinar no âmbito do SUS em que o profissional farmacêutico possa atuar efetivamente na forma como os medicamentos vêm sendo utilizados torna-se essencial para o sucesso dos investimentos públicos no âmbito da atenção primária à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão; Farmacoterapia; Atenção Primária à Saúde.

professional most often cited by patients as the person responsible for conveying information about the disease and the drug, and the pharmacist was the professional least mentioned. Thus the need is demonstrated to build effective mechanisms to promote adherence to pharmacotherapy. It is hoped that these results offer help in rethinking the intervention strategies used. It is believed that the construction of a multidisciplinary approach in the health care system, in which the pharmacist can play an effective role in how medications are being used, is essential to the success of the public investment in primary health care.

KEYWORDS: Hypertension; Pharmacotherapy; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças crônicas não transmissíveis e constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade, sendo o principal fator de risco para complicações cardiovasculares como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil, em 2007, ocorreram 308.466 óbitos decorrentes de doenças do aparelho circulatório.¹⁻⁴

O tratamento da hipertensão arterial demanda o uso contínuo de medicamentos e, para maior eficácia da terapêutica, é de estrita importância que haja adesão do paciente ao regime medicamentoso prescrito.

Adesão pode ser conceituada como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação às orientações do médico ou de outro profissional de saúde.^{5,6} Nessa perspectiva, adesão deve ser compreendida como um processo dinâmico, multideterminado e de corresponsabilidade entre paciente e equipe de saúde. O baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e a sua qualidade de vida, constituindo-se em problema relevante, que pode trazer consequências pessoais, sociais e econômicas.⁷

Nesse contexto, uma das dificuldades encontradas no atendimento a pessoas portadoras de HAS é a falta de adesão ao tratamento. Estudos demonstraram que 50% dos hipertensos diagnosticados não fazem nenhum tratamento e, entre aqueles que o fazem, os percentuais de controle da pressão arterial são muito baixos.⁸

A não adesão ao tratamento representa um problema de âmbito mundial por piorar os resultados terapêuticos e aumentar os custos para os sistemas de saúde. Estudos que avaliaram a adesão ao tratamento em portadores de doenças crônicas têm demonstrado que pacientes frequentemente interrompem ou não chegam a iniciar o tratamento por considerá-lo ineficaz ou porque experimentam reações adversas desagradáveis.⁹⁻¹¹

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados. A má comunicação entre a equipe de saúde e o paciente, a má organização dos serviços de saúde, a dificuldade de acesso aos medicamentos, sensação de melhora do paciente, número de medicamentos a serem administrados, bem como o aparecimento de reações adversas, podem ser entendidos como algumas das razões pelas quais não se cumprem as indicações médicas.^{12,13} Aspectos socioculturais e crenças sobre a doença, também irão influenciar na capacidade de compreensão e aceitação das informações fornecidas.¹²

Para caracterizar a adesão do paciente ao tratamento prescrito, diferentes métodos, diretos e indiretos, têm sido utilizados. Os métodos diretos caracterizam-se por permitir detectar os medicamentos ou os produtos da sua metabolização, nos fluidos biológicos do paciente.^{14,15} Os métodos indiretos incluem processos de medidas feitos por meio de entrevistas com o paciente, informações obtidas de profissionais de saúde e familiares dos pacientes, os resultados dos tratamentos ou atividades de prevenção, preenchimento de prescrições e contagem de comprimidos.¹⁵

Independente do método utilizado, os fatores que determinam e interferem no alto ou baixo grau de adesão

ao tratamento medicamentoso pelos pacientes portadores de doenças crônicas ainda representa um desafio para os profissionais de saúde.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi investigar o grau e os fatores relacionados à adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

METODOLOGIA

O estudo foi realizado em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada em um Município do interior do Estado de Minas Gerais, Brasil. É resultante do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Saúde da Família do Ministério da Saúde e da Educação. Realizou-se um estudo transversal, utilizando a entrevista estruturada como principal método indireto e quantitativo para avaliar o grau de adesão ao tratamento prescrito para portadores de HAS. Foi utilizada uma amostra de 51 pacientes baseando-se em uma estimativa de adesão de 50%, um erro $\alpha = 10\%$ e precisão = 5%. O tamanho da amostra para este estudo foi calculado com o auxílio do site do Laboratório de Epidemiologia e Estatística – Lee, da Faculdade de Medicina da USP.¹⁶

A seleção dos pacientes foi realizada aleatoriamente, considerando como critério principal de inclusão a prescrição de uso contínuo e regular de medicamentos para o tratamento da HAS. O preenchimento desse critério foi demonstrado pelo registro desse dado no prontuário médico, que foi examinado com antecedência na ESF. Outros critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos e consultas regulares agendadas no período do estudo. Foram excluídos pacientes com deficiência que impedissem a comunicação ou que estivessem em condições clínicas que desaconselhassem sua participação e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas na residência do usuário da ESF, uma única vez, durante a visita do agente comunitário de saúde, sendo conduzidas pelo entrevistador previamente treinado. Foram coletados dados referentes aos últimos 30 dias de tratamento.

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: um questionário estruturado e padronizado, contendo teste específico para o grau de adesão, variável dependente, denominado Teste de Medida de Adesão ao Tratamento – MAT, desenvolvido, adaptado e validado por Delgado e Lima¹⁷ e um formulário contendo conjunto de variáveis independentes. O MAT utiliza como resposta a escala de Likert convertido em um padrão dicotômico. Para avaliar o grau de adesão dos pacientes, a pontuação das

respostas varia de 1, correspondente a "sempre" (menor adesão) a 6, correspondente a "nunca" (maior adesão). Para analisar os dados obtidos no MAT, procedeu-se à conversão da escala de Likert para dicotômica, utilizando o seguinte critério: "nunca" (6) e "raramente" (5), da escala de Likert, passou a "maior adesão" (1) da dicotômica, e "por vezes" (4), "com frequência" (3), "quase sempre" (2) e "sempre" (1), da escala de Likert, passou a "menor adesão" (0) da dicotômica (adesão = 5 e/ou 6; não adesão = 0 a 4).

Outro instrumento utilizado constituiu-se de um formulário contendo conjunto de variáveis independentes: fatores socioeconômicos, fatores relacionados à equipe e ao sistema de saúde, fatores relacionados à condição da doença, fatores relacionados ao tratamento e fatores relacionados ao paciente.

Foi realizada uma análise univariada dos dados quanto às variáveis sociodemográficas, clínicas, relacionadas à terapêutica medicamentosa e à adesão. Para avaliação da relação entre adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores interferentes na utilização dos medicamentos prescritos para controle da doença, por se tratarem de variáveis dicotômicas, foi realizada uma análise bivariada mediante tabelas de contingência 2x2, em que a prevalência da adesão para cada variável selecionada foi estimada. Para verificar a associação entre a variável dependente em relação as variáveis independentes, foi realizado o Teste Exato de Fisher. Em todas as situações, o limite de significância estatística foi fixado em $p < 0,05$. Nas várias análises, utilizou-se o programa Epi-Info 6.04d.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri–UFVJM, de acordo com o parecer constante do processo número 099/10.

RESULTADOS

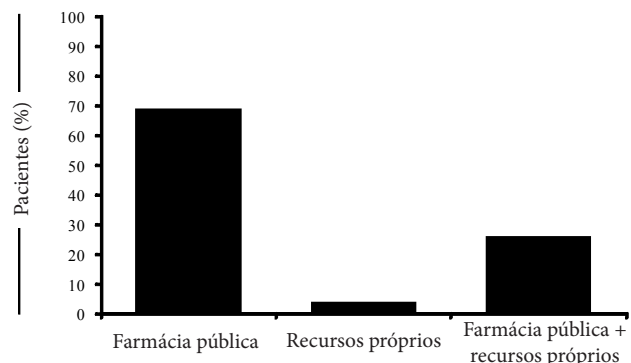
A amostra incluiu 51 pessoas com dezoito anos ou mais de idade, de ambos os sexos. Foram determinadas variáveis demográficas e socioeconômicas importantes para o conhecimento da população estudada. Como observado na Tabela 1, mais de 60% dos pacientes entrevistados eram do sexo feminino e possuíam idade igual ou superior a cinquenta anos de idade, sendo a maioria casada. Com relação às variáveis socioeconômicas, a maioria dos entrevistados possuía até quatro anos de estudo (73,7%) e apenas 8% apresentavam tempo de escolaridade igual ou superior a treze anos. Os dados mostraram ainda que 83,7% dos entrevistados possuíam renda familiar de até três salários mínimos e 54% eram aposentados (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil demográfico e socioeconômico dos pacientes portadores de HAS acolhidos em uma ESF localizada no interior de Minas Gerais (n=51).

Característica	n	%
Sexo		
Feminino	39	76,5
Masculino	12	23,5
Total	51	100,0
Idade (anos)		
≤ 30	1	2,0
40-49	8	15,9
50-59	15	29,1
≥ 60	27	53,0
Total	51	100,0
Estado civil		
Casado vivendo com o cônjuge	33	64,7
Viúvo	13	25,5
Solteiro sem companheiro	4	7,9
Solteiro com companheiro	1	2,0
Total	51	100,0
Ocupação		
Aposentado	27	52,9
Do lar	14	27,5
Trabalhador assalariado	6	11,8
Profissional liberal autônomo	2	3,9
Desempregado /Trabalhador rural assalariado	2	3,9
Total	51	100,0
Anos de estudo		
0-4 anos	38	74,5
5-8 anos	6	11,5
9-12 anos	3	6,0
≥ 13 anos	4	8,0
Total	51	100,0
Renda familiar		
Até um salário mínimo	8	15,7
Dois a três salários mínimos	35	68,6
Mais de três salários mínimos	8	15,7
Total	51	100,0

Além das variáveis demográficas e socioeconômicas, a forma de obtenção dos medicamentos constitui um fator importante para compreensão da adesão do paciente à farmacoterapia. Sendo assim, foi proposto avaliar o local de aquisição dos medicamentos utilizados no tratamento da HAS. Foi observado que 69% dos pacientes estudados

obtiveram os medicamentos utilizados no controle da doença em farmácia da rede pública e apenas 4% obtinham os medicamentos com recursos próprios (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição do local de obtenção dos medicamentos para tratamento da HAS pelos pacientes acolhidos em uma ESF localizada no interior de Minas Gerais (n=51).

Fonte: dados da pesquisa

Posteriormente, buscou-se avaliar o grau de adesão desses pacientes à terapia medicamentosa segundo o Teste de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes portadores de HAS acolhidos em uma ESF localizada no interior de Minas Gerais, de acordo com resultados obtidos no MAT (n=51).

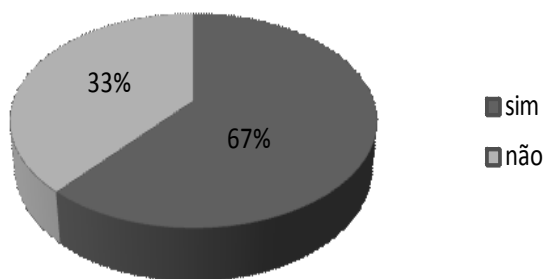
Questões	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4* (%)	5 (%)	6 (%)
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	2	6	12	31	20	29
2. Alguma vez foi descuidado com o horário de tomar os medicamentos para a sua doença?	2	10	12	35	22	20
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por ter se sentido melhor?	2	0	2	26	4	67
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por sua iniciativa, após ter se sentido pior?	0	0	0	4	2	94

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?	0	0	8	20	29	43
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	2	0	2	28	22	47
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	4	0	0	4	14	78
Escala de Likert (MAT)	1	2	3	4	5	6
Conversão dicotômica: Menor adesão [0] = 33,3%; Maior adesão [1] = 66,7%						
* 1=sempre; 2= quase sempre; 3= com frequência; 4= por vezes; 5= raramente; 6= nunca.						

Fonte: dados da pesquisa.

Foi possível observar que aproximadamente 33% não aderiram à farmacoterapia prescrita para tratamento da hipertensão (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição da adesão à farmacoterapia dos pacientes portadores de HAS acolhidos em uma ESF localizada no interior de Minas Gerais (n=51).



Fonte: dados da pesquisa

Esse dado levou ao questionamento sobre quais seriam os fatores que estariam associados à adesão e à não adesão do paciente à farmacoterapia da HAS. Assim, foi avaliada a adesão e a não adesão ao tratamento medicamentoso em relação à manifestação de reações adversas relatadas pelo paciente devido ao uso da medicação anti-hipertensiva. Embora não tenha sido comprovada associação significativa entre a adesão e a não adesão à far-

macoterapia e relato de reação adversa ao medicamento, um percentual considerável de pacientes (22%) relataram presença de algum sintoma após início do tratamento (Tabela 3).

Foi avaliada também a adesão ao tratamento medicamentoso para hipertensão segundo os fatores relacionados à informação recebida sobre a doença. Não foi observada diferença estatisticamente significativa na adesão entre os pacientes que receberam informações acerca da doença e os pacientes que não receberam tais informações. Entretanto foi observado que a adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva foi significativamente menor entre os pacientes que não receberam informações sobre o medicamento prescrito quando comparados àqueles que receberam informações sobre o medicamento ($p < 0,05$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Adesão à farmacoterapia pelos pacientes portadores de HAS acolhidos em uma ESF localizada no interior de Minas Gerais segundo informações recebidas e presença de reação adversa aos medicamentos (n=51).

	Adesão			Teste Exato de Fisher (p)
	n (%)	Total n (%)		
Reação adversa				
Sim	8 (36,4%)	14 (63,6%)	22 (100%)	0,458
Não	9 (31,0%)	20 (69,0%)	29 (100%)	
Total	17 (33,3)	34 (66,7%)	51 (100%)	
Informações recebidas sobre o medicamento				
Sim	6 (20,7%)	23 (79,3%)	29 (100%)	0,028
Não	11(50%)	11 (50%)	22 (100%)	
NS	-	-	-	
Total	17 (33,3%)	34 (66,7%)	51(100%)	
Informações recebidas sobre a HAS				
Sim	13 (33,3%)	26 (66,7%)	39 (100%)	0,559
Não	4 (36,4%)	7 (63,6%)	1 (100%)	
NS	-	1 (100,0%)	1 (100%)	
Total	17(34,0%)	34 (66,0%)	51(100%)	

As respostas “não sabe (NS)” foram tratadas como dados faltantes na realização do Teste Exato de Fisher.

Fonte: dados da pesquisa.

Uma vez identificado que a informação sobre o medicamento constituiu um fator significativo para a adesão ao tratamento medicamentoso para hipertensão, buscou-se avaliar a procedência da informação recebida pelo paciente sobre a farmacoterapia anti-hipertensiva e sobre a doença tendo como opções de profissionais o médico, o enfermeiro, o farmacêutico, o auxiliar/técnico de enfermagem e o assistente social. Assim, entre os pacientes que receberam informações sobre a doença (78%) e sobre o medicamento (57%), observou-se que o médico foi o profissional mais citado pelos pacientes como aquele responsável por transmitir as informações sobre a doença e sobre o medicamento e o farmacêutico, o profissional menos citado, com porcentagem de resposta inferior a 10% (Tabela 4).

Tabela 4 - Procedência da informação recebida pelos pacientes portadores de HAS acolhidos em uma ESF localizada no interior de Minas Gerais sobre a doença e a farmacoterapia anti-hipertensiva (n=51).

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Profissional de saúde que forneceu informação sobre a hipertensão				
Enfermeiro	29	74,4	10	25,6
Aux/técnico de enfermagem	16	41,0	23	59,0
Assistente social	9	23,1	30	76,9
Farmacêutico	2	5,1	37	94,9
Médico	35	89,7	4	10,3
Profissional de saúde que forneceu informação sobre o medicamento para hipertensão				
Enfermeiro	19	65,5	10	34,4
Aux/técnico de enfermagem	11	37,9	18	62,1
Assistente social	7	24,1	22	75,9
Farmacêutico	2	6,9	27	93,1
Médico	27	93,1	2	6,9

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares.¹⁸

A falta de adesão ao tratamento, ou seja, a dificuldade do paciente em seguir as orientações da equipe multidisciplinar é um problema sempre presente na prática clínica e tem constituído um grande desafio para os profissionais que o acompanham, sendo responsável pelo aumento dos custos sociais como absenteísmo ao trabalho e aposentadorias por invalidez.¹⁹ Diante desse fato, tornam-se importantes os estudos de fatores responsáveis por essa não adesão do paciente hipertenso ao tratamento prescrito.

É importante ressaltar que a adesão é um fenômeno complexo, sem uma medida de padrão-ouro definida para seu monitoramento e aferição. No entanto o monitoramento da adesão deve ser utilizado como uma estratégia de apoio ao paciente, na medida em que auxilia a equipe de saúde a identificar possíveis dificuldades, o que permite delinear um plano de intervenção de acordo com as demandas e necessidades de cada paciente. Portanto deve ser utilizada como um recurso de ajuda ao paciente e não como uma forma de culpá-lo pelas dificuldades de adesão.²⁰

No presente estudo, o perfil demográfico e socioeconômico dos pacientes com HAS mostrou um predomínio de pessoas do sexo feminino com idade superior a 50 anos, casadas, com baixa escolaridade, baixa renda, composto de donas-de-casa e aposentados. Essa composição sociodemográfica amostral assemelha-se àquelas descritas em outros estudos de prevalência de hipertensão arterial e adesão ao tratamento no Brasil.^{21, 22, 23} Tais trabalhos demonstraram também que a prevalência da hipertensão é inversamente proporcional à escolaridade e renda. Adicionalmente, segundo Riera²⁴, quanto maior o grau de instrução e capacidade econômica, menor a incidência da doença, devido ao maior nível de cuidados com a saúde.

Verificou-se que todos os pacientes hipertensos realizavam o atendimento na rede pública de saúde (dados não demonstrados) e, portanto, supõe-se que eles recebiam os medicamentos prescritos para o controle da HAS na farmácia pública, como previsto pela portaria nº 371/GM/2002, publicada no Diário Oficial da União.²⁵ Foi observado que aproximadamente 71% dos pacientes obtinham todos os medicamentos para tratamento da HAS na rede pública de saúde. Por outro lado, surpreendentemente, aproximadamente 26% deles não obtinham todos os medicamentos para tratamento da hipertensão nas redes básicas de saúde, sendo necessária também a utilização de recursos próprios para a aquisição dos mesmos, o que pode contribuir para a não adesão ao tratamento. Semelhantemente, Paiva et al.²⁶, em estudo realizado em um município do estado de São Paulo, demonstraram que 63,9% dos pacientes referiram gastos mensais com me-

dicamentos para controle da hipertensão e do diabetes e apenas 37,5% deles recebiam o medicamento na rede básica de saúde. Esse estudo mostrou ainda que 57,8% dos pacientes não obtinham todo o medicamento de que necessitavam para o controle das doenças na unidade básica de saúde. No Brasil, embora grande parte dos recursos disponíveis para saúde sejam investidos em medicamentos, a dispensação gratuita de medicamentos ainda não cobre todas as necessidades da população, apesar dos grandes avanços nesse sentido.⁹

Santos et al.²⁷ observaram que não só a disponibilidade dos medicamentos nos serviços de saúde como também o custo deles influenciam diretamente no seguimento terapêutico. Assim, é importante que os profissionais de saúde conheçam o custo dos medicamentos que prescrevem para o controle da hipertensão, assim como as possíveis dificuldades financeiras dos pacientes para obtenção dos medicamentos prescritos e os programas de suporte assistencial para encaminhamento dos mesmos.

Neste estudo, ao se investigar a adesão ao tratamento medicamentoso para o controle da HAS, obteve-se adesão de 66,7% (prevalência de não adesão de 33,3%). Esses dados corroboram os do estudo de Claxton et al.²⁸ que, ao fazerem um estudo de revisão, observaram uma taxa de adesão média de 73% aos anti-hipertensivos, que oscilou entre 39 e 93%, dependendo do método utilizado. Adicionalmente, estudos anteriormente desenvolvidos no contexto de Atenção Primária à Saúde na Espanha demonstraram que os valores de não-adesão oscilaram de 7,1% a 66,2%, com valor médio de 39,6%.²⁹

Segundo a Organização Mundial de Saúde³⁰, a prevalência da adesão é, em média, de 50% em pacientes com condição crônica de saúde nos países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, essa prevalência é ainda menor.

Nesse contexto, investigar todos os fatores que influenciam na adesão é extremamente relevante. Segundo Milstein- Moscati et al.³¹, a percepção das reações adversas causadas pela terapia é um entrave para a adesão. Embora, na pesquisa em questão, não tenha sido demonstrada associação significativa entre adesão e não adesão à farmacoterapia e reações adversas, observou-se que 44% (22 pacientes) dos pacientes entrevistados relataram ter vivenciado algum tipo de reação adversa com a utilização de medicamentos para controle da HAS. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos realizados por Toyoshima et al.³² em que 52% dos pacientes apresentaram reações adversas e naquele realizado por Santos et al.²¹ que observaram uma frequência de reação adversa de 28% na população estudada. Cabe questionar, por-

tanto, se as reações adversas relatadas pelos portadores de HAS poderiam ser minimizadas ou até mesmo evitadas se os pacientes pudessem ser acompanhados por um farmacêutico clínico. Esse profissional inserido nas equipes das ESFs seria capaz de avaliar cada caso clínico e proporcionar, por meio da educação em saúde, condutas adequadas adotadas pelos pacientes ou cuidadores relacionadas à farmacoterapia (armazenamento adequado, horário correto de administração, número correto de comprimidos e número de vezes ao dia, forma de administração correta e minimização de interações medicamentosas e interações medicamento-alimento) com intuito de favorecer a adesão. Além disso, poderia sugerir alternativas farmacológicas aos prescritores em caso de inadequações na farmacoterapia, o que poderia refletir positivamente na diminuição da morbidade relacionada aos medicamentos e consequente aumento da qualidade de vida dos pacientes.

Além das questões abordadas acima, um fator que pode interferir na adesão ao tratamento é o conhecimento, por parte dos pacientes, das consequências da HAS e dos benefícios do tratamento na prevenção das complicações que a doença pode causar.³³⁻³⁵

Como exposto na Tabela 3, 78% dos pacientes relataram ter recebido informações sobre a HAS. No entanto, aproximadamente 57% dos pacientes, embora tenham recebido informações sobre a doença, relataram não ter recebido quaisquer informações sobre os medicamentos prescritos para o controle da mesma. Esses dados apontam o quanto a educação em saúde poderia favorecer a conscientização do paciente hipertenso quanto ao seu estado de saúde e à necessidade do uso correto dos medicamentos, tornando o tratamento mais efetivo e seguro.

Interessantemente, os pacientes que referiram ter recebido informações específicas em relação ao medicamento prescrito para HAS apresentaram maior adesão à terapia medicamentosa, quando comparados àqueles que não receberam tais informações. Esse dado apoia o trabalho de Lyra Junior et al.³⁶ que demonstraram o quanto a educação em saúde para hipertensos é importante para o sucesso no controle da HAS.

De acordo com Vijayalaxmi et al.³⁷, o entendimento que o paciente tem de sua condição de saúde está diretamente relacionado à sua independência e cooperação com o regime terapêutico. Adicionalmente, Hungerbuhler et al.³⁸ verificaram que pacientes com maior conhecimento sobre a doença e tratamento apresentaram-se 3,6 vezes mais aderentes do que aqueles com um menor nível de conhecimento. Dessa forma, as informações sobre a hipertensão e sobre o medicamento utilizado no con-

trole da HAS são de extrema importância para a aceitação da doença e, conseqüentemente, para a adesão ao tratamento. Esses dados apontam a importância de grupos operativos frequentes como parte das atividades da ESFs em um contexto multiprofissional.

Cabe enfatizar que, na avaliação da adesão do paciente ao tratamento medicamentoso prescrito, devem-se considerar os fatores externos ao paciente, mas também sua compreensão do tratamento e a relação estabelecida com os profissionais de saúde. A comunicação entre os profissionais de saúde bem como entre profissionais e pacientes é extremamente importante, uma vez que a falta de conhecimento ou a existência de dúvida por parte do paciente constituem, também, fatores de não-adesão.³⁹⁻⁴¹ Para isso, ações visando estimular a comunicação, que podem ser realizadas em equipes multidisciplinares, devem ser incentivadas para que haja otimização do trabalho de informação ao paciente.⁴² Isso possibilita que o paciente esteja mais preparado para assumir um papel ativo e responsável em seu tratamento, permitindo, também, que o mesmo perceba que pode controlar os sintomas com atitudes de maior adesão.⁴¹

Cabe ressaltar que não se pretende afirmar que os dados encontrados nessa pesquisa refletem a adesão de portadores de HAS de maneira integral e, tampouco, extrapolar pra a população geral, pois se deve considerar que é uma amostra intencional e exploratória. Entretanto este estudo possibilita o desenvolvimento de novas hipóteses de investigação, necessárias para a construção de ações voltadas para melhoria da adesão de pacientes com HAS ao tratamento farmacológico, melhoria da qualidade de vida e diminuição das complicações de saúde. Além disso, essa análise, mesmo que seja preliminar, poderá fornecer importantes dados para subsidiar implantação de ações em saúde pública no município alvo do estudo como também em tantos outros do Brasil que apresentem semelhanças no panorama da saúde.

Os resultados obtidos demonstraram também que a principal fonte de esclarecimento e informação sobre a HAS e a farmacoterapia utilizada foi o profissional médico e o menos citado foi o profissional farmacêutico. Sabendo-se que um motivo importante da não adesão foi a escassez de informações sobre o medicamento e seu uso, fica evidenciada a necessidade de uma participação mais efetiva do profissional farmacêutico. A criação do Núcleo de Assistência à Saúde da Família criou novas perspectivas para a introdução de novas práticas farmacêuticas na atenção primária, com ênfase na terapêutica medicamentosa e farmácia clínica, por meio do atendimento farmacêutico e seguimento farmacoterapêutico. Entretanto tais ações no âmbito do SUS ainda são in-

cientes e o número de farmacêuticos insuficiente para suprir tais necessidades.

Sabe-se que a atuação do farmacêutico clínico pode reduzir custos, melhorar prescrições, controlar a possibilidade de reações adversas e promover maior adesão do paciente ao tratamento.⁴³ Sabe-se, ainda, que a participação do farmacêutico no controle da HAS consiste, principalmente, na promoção da Atenção Farmacêutica ao paciente.⁴⁴ Segundo Campmany⁴⁵, o farmacêutico deve assegurar que o paciente tenha e entenda a informação necessária para utilizar o medicamento que lhe é entregue de maneira segura e eficaz.

Em alguns países, tradicionalmente, os farmacêuticos são os profissionais adequados para orientar a respeito dos medicamentos prescritos, pois estão em contato frequente com os pacientes, podendo iniciar discussões sobre os problemas de saúde, informar sobre a natureza da doença crônica e identificar as razões do tratamento.⁴⁶

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo demonstraram que os pacientes portadores de HAS acolhidos na ESF de uma cidade do interior de Minas Gerais apresentaram adesão insatisfatória ao tratamento farmacoterapêutico, o que constitui um grande desafio para os profissionais de saúde. O déficit de informação sobre a farmacoterapia foi uma variável associada à não adesão observada. Além disso, foi observada também uma participação não efetiva do profissional farmacêutico na orientação aos pacientes visando promoção da adesão à farmacoterapia e, conseqüentemente, do uso racional de medicamentos pela população portadora de HAS.

Espera-se que os resultados apresentados ofereçam subsídios para se repensarem as estratégias de intervenções utilizadas para promover a adesão à farmacoterapia. Acredita-se que a construção de um trabalho multidisciplinar no âmbito do SUS, em que o profissional farmacêutico possa atuar efetivamente na forma como os medicamentos vêm sendo utilizados, torna-se essencial para o sucesso dos investimentos públicos no âmbito da atenção primária à saúde direcionada ao paciente hipertenso.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório técnico da campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, Ministério da Saúde; 2001.
2. Ferrais AS, Buglia S. Condutas práticas no paciente

- hipertenso que será submetido ao teste ergométrico. *Rev Bras Hipertens.* 2001; 8: 344-6.
3. Almeida GPL, Lopes HF. Impacto da hipertensão arterial sistêmica sobre o risco cardiovascular. *Rev SBC.* 2003; 6: 135-41.
4. Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Woodward M, Billot L, et al. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2007; 370: 829-40.
5. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
6. Ostenberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005; 353: 487-97.
7. Marinker M, Shaw J. Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice. *BMJ.* 2003; 326: 348-34.
8. Peres SD, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial - atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37: 635-42.
9. Leite SN, Vasconcellos, MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003; 8: 775-82.
10. Donnan PT, Macdonald, TM, Morris, AD. Adherence to prescribed oral hypoglycemic medication in a population of patients with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *Diab Med.* 2002; 19: 279-84.
11. Grant RW, Devita NG, Singer DE, Meiges JB. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Diab Care.* 2003; 26: 1408-12.
12. Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica. Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003; 61: 416-25.
13. Pierin AMG. Adesão ao tratamento - conceitos. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion Jr D. Adesão ao tratamento - o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos; 2001. p. 21-34.
14. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1981. 516 p.
15. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. a comprehensive review. *J Clin Pharm Ther.* 2001; 26: 331-45.
16. Laboratório de Epidemiologia e Estatística – Lee. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. [Citado 2011 ago. 24]. Disponível em http://www.lee.dante.br/pesquisa/amostragem/di_1_pro_est.html.
17. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saúde Doenças.* 2001; 2: 81-100.
18. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2006; 16:1-48.
19. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16: 233-8.
20. Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15 (supl. 1): 1201-8.
21. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14: 332-40.
22. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, Reconhecimento e controle da hipertensão Arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 83: 424-8.
23. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: Estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde.* 2006; 15: 35-45.
24. Riera ARP. Hipertensão arterial: conceitos práticos e

- terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2000.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 371/GM, de 04 de março de 2002. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Diário Oficial da União nº 44, Brasília (DF) 2002; 06 mar. Seção 1, p.88.
 26. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006; 22: 377-85.
 27. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. Texto Contexto Enferm. 2005 Jul-Set; 14: 332-40.
 28. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the association between dose regimens and medication compliance. Clintherapeutics. 2001; 23: 1296-310.
 29. Marques-Contreras E. El incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial em España. Análisis de los estudios publicados entre 1984 y 2001. Hipertensión. 2002; 19 (1): 12-6.
 30. Organização Mundial de Saúde. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: OMS; 2003. 191p.
 31. Milstein-Moscatti I, Persano S, Castro LLC. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica, In Castro LLC, organizador. Fundamentos de farmacoepidemiologia. São Paulo: AG Editora. 2000; pp. 171-9.
 32. Toyoshima H, Takahashi K, Akera T. The impact of side effects on hypertension management: a japanese survey. Clinther. 1997; 19: 1458-69.
 33. Meiners MMA, Carvalho RSV, Souza SMD. Estudo piloto de avaliação da qualidade e da adesão ao tratamento entre pessoas com hipertensão e diabetes usuárias da atenção básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 34. Nemes MIB. Aderência ao tratamento por antiretrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
 35. Lyra Júnior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. Rev Latinoam Enferm. 2006; 14: 428-34.
 36. Vijayalaskmi T, Razia R, Prakasamma M. Knowledge and learning needs of clientes with hypertension. Nurs J Índia. 1997; 87: 74-76.
 37. Humgerbulher P. Compliance with medication among out patients with uncontrolled hypertension in the Seycheles. Bull Word Health Org. 1995; 73: 437-42.
 38. Cánovas JJG, Saturno PJ, Esteban BL. Grupo de investigación del proyecto sobre evaluación y mejora de la adhesión terapéutica en la hipertensión. Evaluación y mejora de la adhesión terapéutica en los pacientes hipertensos. Atención Primaria. 2001; 28: 615-9.
 39. Levy RL, Feld AD. Increasing patient adherence to gastroenterology treatment and prevention regimens. Am J Gastroenterol. 1999; 94: 1733-42.
 40. Pepe VLE, Castro CGSO. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. Cad Saúde Pública. 2000; 16: 815-22.
 41. Balkrishnan R. The importance of medication adherence in improving chronic-disease related outcomes: what we know and what we need to further know. Med Care. 2005; 43: 517-20.
 42. Vivian EM. Improving blood pressure control in a pharmacist-managed hypertension clinic. Pharmacotherapy. 2002; 22: 1533-40.
 43. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São Paulo (SP): SBH/SBC/SBN; 2002.
 44. Campmany ME. Identificación Del paciente y estrategias de comunicación. Âmbito Farmacêutico. Dispensación Activa. 2006; 25: 78-84.
 45. Borenstein JE, Graber GG, Salatiel E, Wallace J, Ryu

Set, Jackson A, et al. Physician-pharmacist co-management of hypertension: a randomized, comparative trial. *Pharmacotherapy*. 2003; 23: 209-16.

Submissão: Fevereiro/2012

Aprovação: Agosto/2012
