



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA**

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO  
FARMACOLÓGICO EM USUÁRIOS DO PROGRAMA  
HIPERDIA**

**WILLIAM HENRIQUE DA SILVA**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2014**

**WILLIAM HENRIQUE DA SILVA**

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO  
FARMACOLÓGICO EM USUÁRIOS DO PROGRAMA  
HIPERDIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Harley da Silva Alves

CAMPINA GRANDE – PB  
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586a Silva, William Henrique da  
Avaliação da adesão ao tratamento farmacológico em usuários do programa hiperdia [manuscrito] / William Henrique da Silva. - 2014.  
23 p. : il. color.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Prof. Dr. Harley da Silva Alves, Departamento de Farmácia".

1. Hipertensão Arterial. 2. Diabetes mellitus. 3. Qualidade de vida. I. Título.

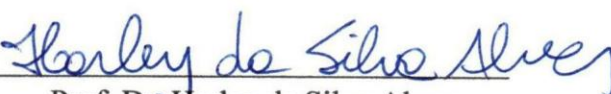
21. ed. CDD 616.132

WILLIAM HENRIQUE DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO  
FARMACOLÓGICO EM USUÁRIOS DO PROGRAMA  
HIPERDIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

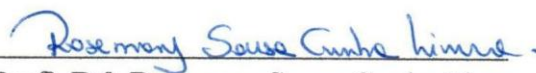
Aprovado em 25/02/2014.



Prof. Dr. Harley da Silva Alves  
Departamento de Farmácia/UEPB  
Orientador



Prof. Dr. Alyne da Silva Portela  
Departamento de Farmácia/UEPB  
Examinadora



Prof. Dr. Rosemary Sousa Cunha Lima  
Departamento de Farmácia/UEPB  
Examinadora

# AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM USUÁRIOS DO PROGRAMA HIPERDIA

SILVA, William Henrique da<sup>1</sup>; ALVES, Harley da Silva<sup>2</sup>.

## RESUMO

A adesão ao tratamento medicamentoso nas doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, é um fator de importância tanto clínica quanto social. Este estudo tem o objetivo de investigar o grau de adesão à terapêutica e avaliar o grau de conhecimento dos pacientes sobre suas patologias e o tratamento. É um estudo descritivo, com abordagem quantitativa do tipo documental. Foram utilizados como instrumento de coleta de dados o teste de Morisky-Green (TMG) e o teste de Batalla (TB), além da análise dos dados das fichas de cadastro e acompanhamento dos usuários do programa Hiperdia. Houve predominância de usuários do gênero feminino (74,3%), casados (68,6%), aposentados (53,3%), adultos (53,3%), com média de idade de  $58,27 \pm 12,52$  anos, possuindo renda familiar mensal entre 1 e 3 salários mínimos (86,7%), com nível de escolaridade de 1º grau incompleto (51,4%) e um número médio de pessoas por domicílio de  $3,43 \pm 1,53$ . Para o TMG houve uma prevalência de indivíduos não aderentes (76,2%). O tipo de comportamento predominante no TMG foi não intencional. Para o TB houve uma predominância de adesão (68,6%). Especificamente para os usuários diabéticos o nível de adesão foi de 39,1% no TMG e de 87% no TB. O baixo percentual de adesão ao tratamento farmacológico constitui uma barreira a ser enfrentada pelos usuários do programa Hiperdia, os quais necessitam do apoio da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família para melhorar o tratamento e adquirir uma qualidade de vida.

**PALAVRAS - CHAVE:** hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; teste de Morisk-Green; teste de Batalla.

- 
1. Discente do curso de Graduação em Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: williamhenrique123@hotmail.com
  2. Docente do curso de Graduação em Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: harley.alves@hotmail.com

## 1 INTRODUÇÃO

A prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) apresenta um crescimento mundial, sobretudo em países de baixa e média renda. O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), *The World health statistics 2012*, ressalta o crescente problema do aumento de doenças não contagiosas, e apresenta que cerca de 30% da população mundial tem HAS e 10% DM.

No Brasil, a HAS se apresenta como um grave problema de saúde pública, em virtude da sua elevada prevalência, acometendo entre 15% e 20% da população adulta, em plena fase produtiva e, mais de 50% dos idosos (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011; STRELEC; PIERIN; MION, 2003). Por ser na maior parte do seu curso assintomática, o seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão terapêutica e, conseqüentemente, um controle inadequado da HAS (BRASIL, 2006).

O DM é um dos principais agravos da saúde pública no Brasil. Sua incidência e prevalência estão aumentando em proporções epidêmicas, chegando à prevalência de 7,6% em estudo nacional realizado em diversas capitais. Está associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos (BARROS et al., 2008).

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil criou inúmeros programas para o controle das doenças de maior impacto na população. No caso da HAS e do DM, o MS implantou o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus – Hiperdia. Este programa promoveu a reorientação da assistência farmacêutica proporcionando o fornecimento contínuo e gratuito de medicamento, além do monitoramento das condições clínicas de cada usuário (CARVALHO et al., 2011; BRASIL, 2001).

A adesão ao tratamento medicamentoso nas doenças crônicas é um fator de importância tanto clínica como social. Nas doenças crônicas cujo tratamento demanda o uso contínuo de medicamentos, para maior eficácia da terapêutica, é de estrita importância haver adesão do paciente ao regime medicamentoso prescrito (DEWULF et al., 2006; WHO, 2003).

O baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e a sua qualidade de vida, constituindo assim um problema relevante, que pode trazer conseqüências no setor pessoal, social e econômico (DEWULF et al., 2006; MARINKER, SHAW, 2003).

Baseado neste contexto, este estudo tem o objetivo de investigar o grau de adesão à terapêutica e avaliar o grau de conhecimento dos pacientes sobre suas patologias e o tratamento.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A HAS e o DM são as mais comuns das doenças crônicas, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos, estilo de vida, dentre outros fatores. Estas alterações podem comprometer ou modificar a qualidade de vida do indivíduo, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações patológicas trazidas por essas doenças (MIRANZI et al., 2008; IDF, 2006).

A HAS é uma doença de natureza multifatorial, que está frequentemente associada a alterações metabólicas, hormonais e fenômenos tróficos. É caracterizada pela elevação da pressão arterial, considerada como um dos principais fatores de risco cardíaco e cerebrovasculares, além de complicações renais (MIRANZI et al., 2008; PEIXOTO, 2004).

A OMS define o DM como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente suas ações, caracterizada pela hiperglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Os sintomas característicos são: polidipsia, poliúria, borramento da visão e perda de peso (MIRANZI et al., 2008; WHO, 1999).

Um excelente campo para o cuidado às pessoas com HAS e DM situa-se na Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), definida como um conjunto de ações no primeiro nível de atenção básica, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação do paciente. A partir de 1994, quando foi instituída sob a denominação de Programa Saúde da Família visou à reorganização dos serviços, favorecendo a construção da saúde por meio de uma troca solidária e capaz de fortalecer a participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a criação de ambientes saudáveis com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento ao paciente (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

Na ESF a abordagem ao usuário hipertenso e/ou diabético é multiprofissional e interdisciplinar, na qual cada profissional (farmacêutico, médico, enfermeiro, entre outros) realiza sua avaliação e, posteriormente, e em conjunto, são traçadas as metas e desenvolvidas as ações necessárias para a manutenção e/ou recuperação da saúde. No caso da HAS e do DM, esta interação se mostra de fundamental importância para que as atividades possam ocorrer de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na realização da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas e atendimento aos usuários



promovendo um tratamento eficaz e seguro (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011; SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007).

O objetivo de qualquer tratamento para as doenças crônicas como o DM e a HAS é o seu adequado controle, almejando prevenir suas complicações, comorbidades e mortalidade precoce. Neste enfoque, destaca-se um item de suma importância no tratamento dessas doenças, que é a adesão ao tratamento. A adesão corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do paciente, sendo motivo preponderante de preocupação no controle da hipertensão e do diabetes. Em contrapartida, uma grande parcela dos hipertensos e diabéticos não utiliza os medicamentos corretamente e não modificam suas rotinas de alimentação e de atividade física para controlar tais doenças que, por vezes, podem se manifestar com ou sem sintomas (GIROTTO, 2008; FIGUEIREDO et al., 2001)

No tangente ao tratamento medicamentoso, a falta de adesão ao tratamento por parte do paciente hipertenso e/ou diabético é frequente e está associada a inúmeros fatores, como os relacionados ao paciente, à doença, aos aspectos psicossociais, a crenças, ao tratamento, entre outros. Entre estes fatores, dificultam o seguimento do tratamento da hipertensão e do diabetes: as dificuldades financeiras, efeitos adversos dos medicamentos, dificuldade de acesso ao sistema de saúde, inadequação da relação médico-paciente, bem como a própria característica da patologia, que normalmente se apresenta assintomática nos primeiros 15 a 20 anos, e a sua cronicidade (GIROTTO, 2008; BUSNELLO et al., 2001).

A não adesão ao tratamento de pacientes hipertensos e diabéticos pode acarretar danos à saúde destes que, muitas vezes, pode resultar em problemas mais sérios de saúde no futuro. Cerca de 50 a 54% de pacientes que, por algum motivo, não aderiram ao tratamento, seja medicamentoso ou pela mudança de hábitos como atividade física ou melhores hábitos alimentares, apresentam em curto prazo descontrole do nível glicêmico e da pressão arterial sistêmica. Caso esses níveis altos da glicemia e pressão não sejam normalizados em tempo, estes pacientes podem vir a ter complicações como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, obstrução de vasos sanguíneos resultando em amputações e maiores transtornos (BARROS et al., 2008).

Climente et al. (2001) avaliaram as quatro principais causas de ingresso hospitalar, verificando que esse se deve 56,3% à não adesão, 53,3% ao uso de medicamento inadequado, 40,7% à necessidade de tratamento adicional e 30% às reações adversas (AMARANTE, et al., 2010).

A falta de adesão do paciente hipertenso e/ou diabético aos tratamentos vem constituindo um grande desafio para os profissionais que o acompanham e, possivelmente,

tem sido responsável pelo aumento dos custos sociais com absenteísmo no trabalho, licenças para tratamento de saúde e aposentadorias por invalidez (SANTOS et al., 2005).

Para o tratamento da HAS e DM é imprescindível a vinculação do paciente às unidades de saúde de atendimento, garantindo o diagnóstico e acesso às formas de tratamento, aliado ao atendimento por profissionais capacitados, uma vez que seu diagnóstico e controle evitam complicações ou, ao menos, retardam a progressão das já existentes. Além do mais, o maior contato com o serviço de saúde promove uma maior e mais eficaz adesão ao tratamento pelos pacientes, principalmente os idosos (GUIDONI et al., 2009).

Melhorar a adesão ao tratamento não é fácil e precisa de uma revisão sistemática de intervenções baseada nos recursos tecnológicos, educativos e comportamentais da população e do serviço de saúde, para serem adaptadas às características e necessidades da população abrangente (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010).

Existem vários métodos para avaliar a adesão ao tratamento, no caso do Teste de Morisky-Green (TMG) e o Teste de Batalla (TB), os 2 são testes padronizados, sendo caracterizados como instrumentos indiretos de avaliação através do autorrelato.

O TMG, simples e de fácil execução, identifica atitudes e comportamentos em relação ao seguimento das recomendações, tem se mostrado útil para identificar indivíduos aderentes ou não ao tratamento medicamentoso. Trata - se de uma escala composta de 4 perguntas, conforme tabela 1. Segundo o TMG, original, os entrevistados são classificados apenas em 2 grupos: aderentes ou não aderentes. Serão considerados aderentes os usuários que respondem corretamente todos os questionamentos, obtendo um total de 4 pontos, e não aderentes aqueles que obtiverem 3 pontos ou menos (MORISKY, GREEN, LEVINE, 1986; STRELEC, PIERIN, MION JR, 2003).

**Tabela 1** Perguntas que compõe o TMG e classificação em relação a intencionalidade dos tipos de comportamento de baixa adesão (Adaptado de Morisky, Gree, Levine, 1986).

| Perguntas   | Tipo de comportamento | Pontuação |         |
|---|-----------------------|-----------|---------|
|   |                       | Sim (0)   | Não (1) |
| 1º “Você, alguma vez esquece de tomar o seu remédio?” | Não intencional       | Sim (0)   | Não (1) |

|   |                 |         |         |
|---|-----------------|---------|---------|
| 2º “Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?” | Não intencional | Sim (0) | Não (1) |
| 3º “Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar seu remédio?” | Intencional     | Sim (0) | Não (1) |
| 4º “Quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá – lo?” | Intencional     | Sim (0) | Não (1) |

Uma limitação do TMG é que avalia apenas a adesão ao tratamento medicamentoso, não levando em consideração a adesão ao tratamento não medicamentoso (EID et al, 2013).

O TB mensura a adesão através do conhecimento do usuário sobre sua doença, sendo composto por 3 perguntas. (CARVALHO et al., 2011). Quanto ao TB, neste estudo as perguntas foram feitas da seguinte forma: 1º: “A HAS e o DM são doenças para vida toda?”. 2º: “Pode - se controlar a HAS e o DM com dieta e/ou medicamentos?”. 3º: Cite dois ou mais órgãos que podem sofrer lesões pela HAS ou DM”. As perguntas foram direcionadas em relação ao tipo de doença apresentada pelo usuário. O TB considera aderente aquele que responde corretamente as 3 perguntas.

### 3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata - se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, do tipo documental. Foi realizada no período de setembro à dezembro de 2013, nas UBSF Galante I e II, Campina Grande - PB.

A amostra inicial (n = 169) foi composta por todos os pacientes cadastrados no programa Hiperdia nas UBSF Galante I e II que são frequentadores assíduos das reuniões mensais. Selecionou-se um total de 105 participantes, em conformidade com os critérios de inclusão e exclusão.

Foram incluídos todos os usuários do programa Hiperdia local que concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: usuários com idade < 18 anos, analfabetos ou que apresentem déficit cognitivo.

Os dados foram coletados através de entrevistas. Para avaliar a adesão ao tratamento farmacológico foram utilizados 2 testes padronizados, o TMG e o TB.

Esta pesquisa além da classificação original adotada pelo TMG aplicou uma proposta apresentada no estudo de Medeiros (2006), no qual se sugeriu a adoção de uma reclassificação em 3 subgrupos para caracterizar a adesão ao tratamento medicamentoso, sendo separados de acordo com a quantidade de pontos obtidos no TMG, da seguinte forma: baixa adesão = 0 ou 1 ponto; moderada adesão = 2 ou 3 pontos; alta adesão = 4 pontos, tendo em vista uma melhor avaliação individual dos componentes do TMG.

Para avaliar as variáveis sociodemográficas e econômicas (idade, gênero, profissão, renda familiar mensal, nº de pessoas residentes/domicílio, estado civil, escolaridade) e os hábitos de vida (etilismo, tabagismo, realização de dieta carente de sal e/ou açúcar, prática de exercício físico) foram analisadas as fichas de cadastro e acompanhamento dos usuários do programa Hiperdia.

Os resultados foram digitados e tratados no software Excel (2010), sendo descritos como números absolutos e percentuais ou média ( $\pm$  desvio padrão). A validação ocorreu através da dupla digitação.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De um total de 105 pacientes entrevistados, pode-se verificar que a maioria era do gênero feminino (74,3%), adultos (53,3%) com idade na faixa de 26 a 83 anos e média de  $58,27 \pm 12,52$  anos, casados (68,6%), aposentados (53,3%), possuindo uma renda familiar mensal na faixa de 1 a 3 salários mínimos (86,7%), como observa - se na Tabela 2.

Há uma predominância de mulheres, sendo que tanto para o TMG, como para o TB, não houve diferenças estatisticamente significantes com relação ao gênero. Este estudo demonstrou uma baixa participação de homens no programa Hiperdia evidenciando a necessidade de incentivos e campanhas para atrair essa parcela da população a procurar os serviços de atenção básica, evitando maiores danos futuros. A prevalência de indivíduos casados corrobora com estudos de Sawyer; Leite e Alexandrino (2002), no qual a presença de companheiro ou de laços familiares estáveis está relacionada com acesso aos serviços de saúde.

As ocupações mais frequentes foram agricultor (50,5%) e do lar (27,6%). O nível de escolaridade predominante foi o 1º grau incompleto (51,4%). Com relação ao número de pessoas residentes por domicílio obteve – se uma média de  $3,43 \pm 1,53$ .

A análise das características socioeconômicas apresentadas na Tabela 2 caracteriza os indivíduos como sendo, predominantemente, de baixa renda e excluídos socialmente, e que os serviços públicos de saúde na atenção primária são direcionados para esta parcela da sociedade, corroborando com os estudos de Assis; Villa e Nascimento (2003), além de demonstrar que a população atendida pelo programa Hiperdia tem uma alta dependência do SUS e alta vulnerabilidade social. Neste estudo as variáveis socioeconômicas e demográficas não foram fatores determinantes para os níveis de adesão ao tratamento obtidos pelo TMG e pelo TB.

Em relação ao perfil dos usuários sobre as doenças, HAS e/ou DM, observou – se que 82 (78,1%) são apenas hipertensos, 4 (3,8%) são apenas diabéticos e 19 ( 18,1%) apresentam as duas morbidades.

**Tabela 2** Perfil sociodemográfico e econômico dos usuários do Hiperdia.

| Variáveis                                      | n (%)      |
|--|------------|
| Idade (anos)                                   |            |
| Entre 20 e 59                                  | 56 (53,3%) |
| ≥ 60   | 49 (46,7%) |
| Gênero   |            |
| Masculino                                      | 27 (25,7%) |
| Feminino                                       | 78 (74,3%) |
| Ocupação/Profissão                             |            |
| Agricultor                                     | 53 (50,5%) |
| Do lar   | 29 (27,6%) |
| Outros   | 23 (21,9%) |
| Aposentado                                     |            |
| Sim  | 56 (53,3%) |
| Não  | 49 (46,7%) |
| Renda familiar mensal (nº de salários mínimos) |            |
| Menor que 1 salário mínimo                     | 9 (8,6%)   |
| Entre 1 e 3 salários mínimo                    | 91 (86,7%) |
| Mais de 3 salários mínimo                      | 5 (4,7%)   |
| Escolaridade                                   |            |
| 1º grau incompleto                             | 54 (51,4%) |
| 1º grau completo                               | 29 (27,6%) |
| 2º grau incompleto                             | 9 (8,6%)   |
| 2º grau completo                               | 13 (12,4%) |
| Estado civil                                   |            |
| Solteiro                                       | 15 (14,3%) |
| Casado   | 72 (68,6%) |
| Viúvo  | 10 (9,5%)  |
| Divorciado/ Separado                           | 6 (5,7%)   |
| Outros   | 2 (1,9%)   |
| Quantidade de pessoas que residem na casa      |            |
| 1  | 6 (5,7%)   |
| 2 a 3  | 54 (51,4%) |
| 4 a 5  | 38 (36,2%) |
| 6 a 8  | 7 (6,7%)   |

A tabela 3 apresenta o perfil dos usuários em relação aos hábitos de vida e ao fator hereditariedade para a HAS e o DM. A investigação sobre o tabagismo e o etilismo demonstrou que há uma prevalência de usuários que relataram não serem fumantes (93,3%), como também não fazerem ingestão de bebidas alcoólicas (89,5). Identificou – se uma predominância de usuários, num total de 62 (59,0%), possuidores do fator hereditariedade para o desenvolvimento de HAS e/ou DM. Foi observado também a prática de exercícios físicos regularmente e a realização de uma dieta carente de sal (NaCl) e/ou de açúcar. Identificou – se que 69 (65,7%) dos participantes não têm o hábito de praticar exercício físico regularmente, caracterizando os mesmos como sedentários. Quanto a realização da recomendação de uma dieta carente em sal e/ou açúcar foi observada em 58 (55,2%) usuários, sendo que este percentual, mesmo sendo a maioria ainda é preocupante, pois os pacientes acometidos de HAS e/ou DM necessitam de um alto nível de adesão em relação a esta recomendação. O consumo de sal tem um forte impacto no controle dos níveis pressóricos e a quantidade de açúcar ingerido exerce um forte impacto nos níveis glicêmicos sanguíneos, sendo de extrema importância para o controle do diabetes. A realização de exercício físico regularmente também apresenta um papel fundamental no controle da HAS e do DM, evitando principalmente o desenvolvimento da obesidade, que poderia agravar o quadro clínico do hipertenso e/ou diabético.

Tendo em vista que uma grande parte dos entrevistados, 47 (44,8%), não são adeptos a estas recomendações, estes fatores constituem barreiras que devem ser superadas com o intuito de melhorar a adesão ao tratamento não medicamentoso e obter uma melhor qualidade de vida.

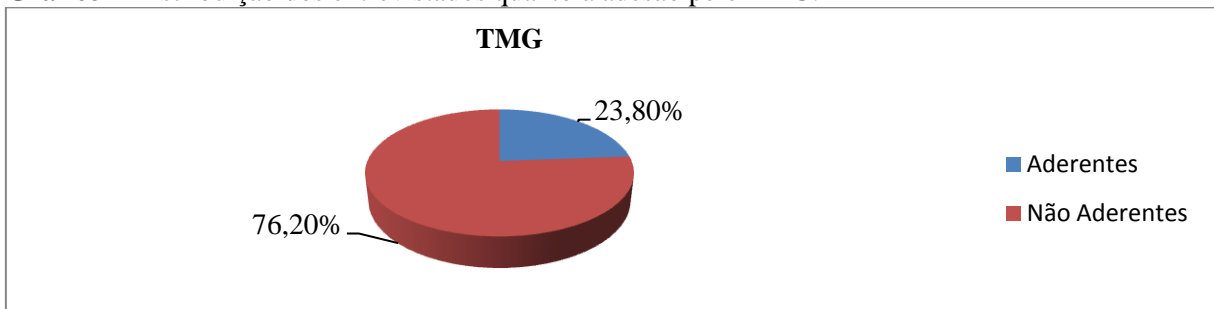
**Tabela 3** Perfil dos usuários em relação aos hábitos de vida e fator hereditariedade para HAS e DM.

| Variáveis                                      | Prevalência (%) |
|--|-----------------|
| Etilismo                                       | 10,5            |
| Tabagismo                                      | 6,7             |
| Realização de dieta carente de sal e/ou açúcar | 55,2            |
| Prática de exercício físico                    | 34,3            |
| Hereditariedade                                | 59,0            |

Utilizando o critério de classificação original do TMG identificou – se, conforme o gráfico 1, que apenas 25 (23,8%) foram considerados aderentes, demonstrando um baixo grau

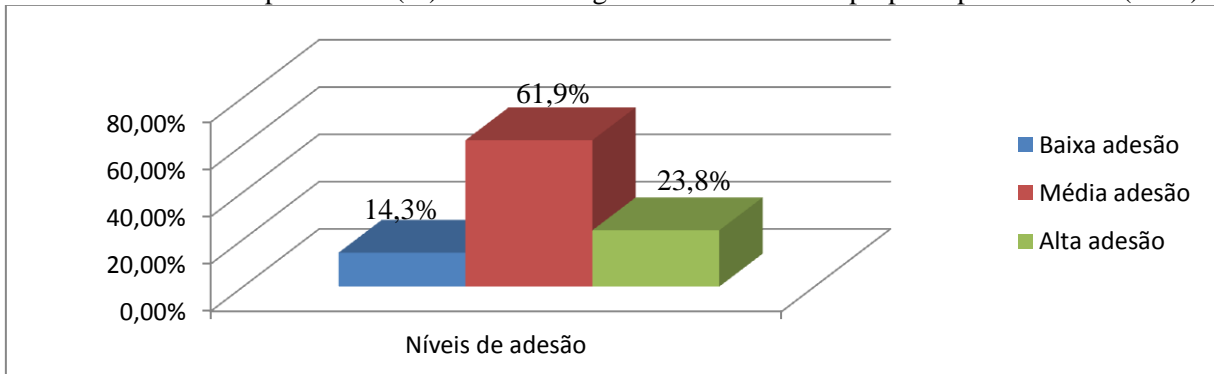
de adesão ao tratamento farmacológico, levando em consideração que o percentual dito recomendável é de pelo menos 80% segundo Carvalho et al. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura, a exemplo dos estudos de Carvalho et al (2011); Eid et al (2013) nos quais observaram um predomínio de não adesão ao tratamento. O estudo de Pucci et al (2012) foi divergente e apresentou uma maior prevalência de adesão ao tratamento em hipertensos utilizando o TMG, entretanto a amostra de Pucci et al (2012), englobava pacientes atendidos em nível ambulatorial e se restringia a idosos.

**Gráfico 1** Distribuição dos entrevistados quanto à adesão pelo TMG.



Considerando a proposta de Medeiros (2006) de reclassificar em 3 grupos os entrevistados pelo TMG, ao analisar o gráfico 2 observa-se que 25 (23,8%) podem ser classificados no grupo de alto grau de adesão, enquanto que 65 (61,9%) são classificados na parcela de média adesão e, apenas 15 (14,3%), se enquadram na faixa de baixa adesão. Sendo assim, identificou-se uma prevalência de usuários classificados no grupo de média adesão. Desta maneira se faz necessário uma maior análise individual dos 4 componentes do TMG, com a finalidade de observar a influência de cada fator para a adesão.

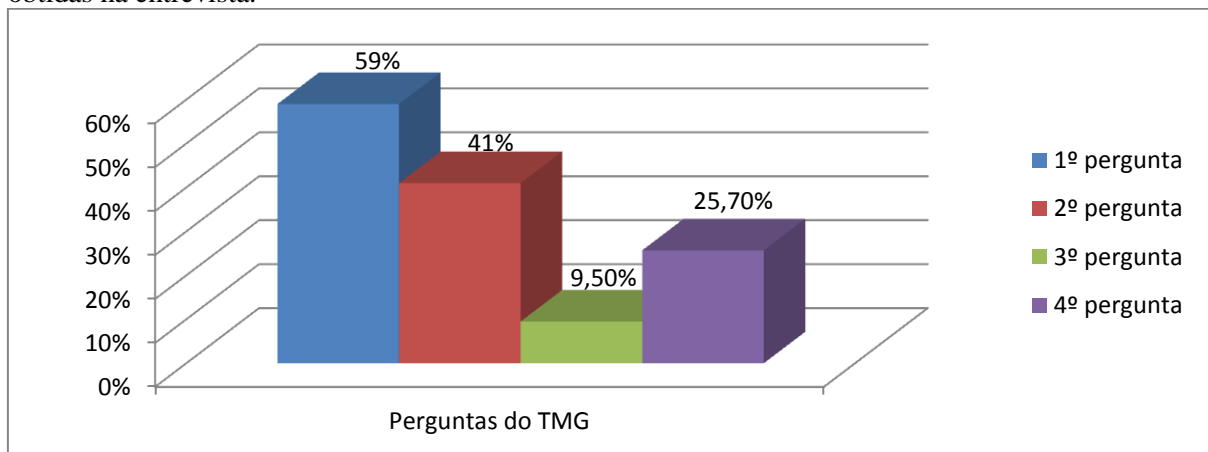
**Gráfico 2** Análise do percentual (%) de adesão segundo as subdivisões proposta por Medeiros (2006).



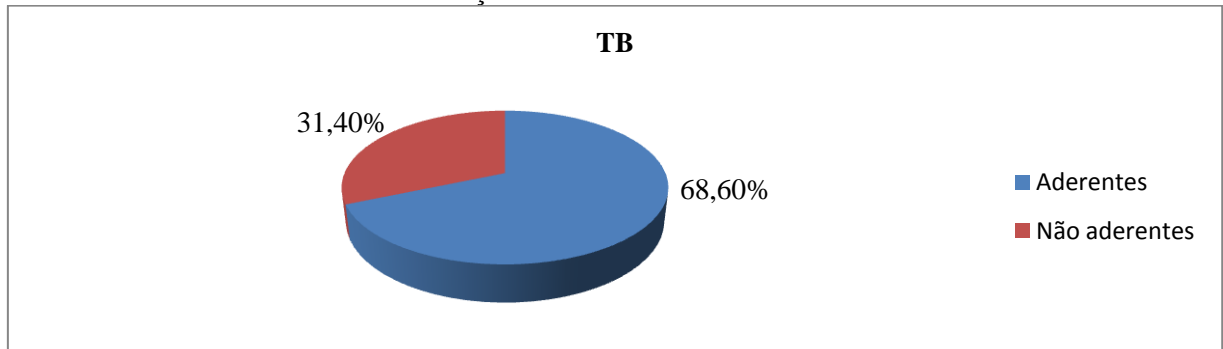


Ao observar detalhadamente as respostas dos usuários frente as 4 perguntas que compõem o TMG, foi identificado que a maior parte das respostas erradas foram mencionadas para a 1ª e 2ª pergunta, atingindo valores respectivamente de 59,0% e 41,0%, conforme o gráfico 3. Logo, percebe – se que os principais fatores negativos que favorecem a baixa adesão são de caráter não intencional, sendo eles: o esquecimento e o descuido no horário de tomar a medicação. Os resultados apresentados neste estudo em relação aos fatores esquecimento e descuido no horário de tomar os medicamentos corroboram com outros estudos (DUNBAR-JACOB, MORTIMER-STENPHENS, 2001; KANE et al., 2003; SEWITCH et al., 2003; CARVALHO et al., 2011), em que estes comportamentos são frequentemente responsáveis pelo baixo grau de adesão.

**Gráfico 3** Análise individual das perguntas do TMG, demonstrando o percentual de respostas erradas obtidas na entrevista.



Quanto aos resultados obtidos pelo TB (gráfico 4), que trata do nível de conhecimento dos entrevistados sobre suas patologias, identificou –se que 72 (68,6%) são considerados aderentes, enquanto que apenas 33 (31,4%) são classificados como não aderentes. Sendo assim há uma predominância de usuários aderentes, demonstrando que possuem um considerável grau de conhecimento a respeito das suas doenças. Resultado divergente, para o TB, foi encontrado nos estudos de Carvalho et al, 2011, os quais observaram uma prevalência de não adesão em pacientes do Hiperdia. Com relação a 3ª pergunta do TB, que procura saber se o usuário conhece os órgãos que podem serem afetados em decorrência do descontrole da HAS e/ou DM, este estudo observou que os órgãos mais citados foram: coração, rins, cérebro e olhos.

**Gráfico 4** Percentual de adesão em relação ao TB.

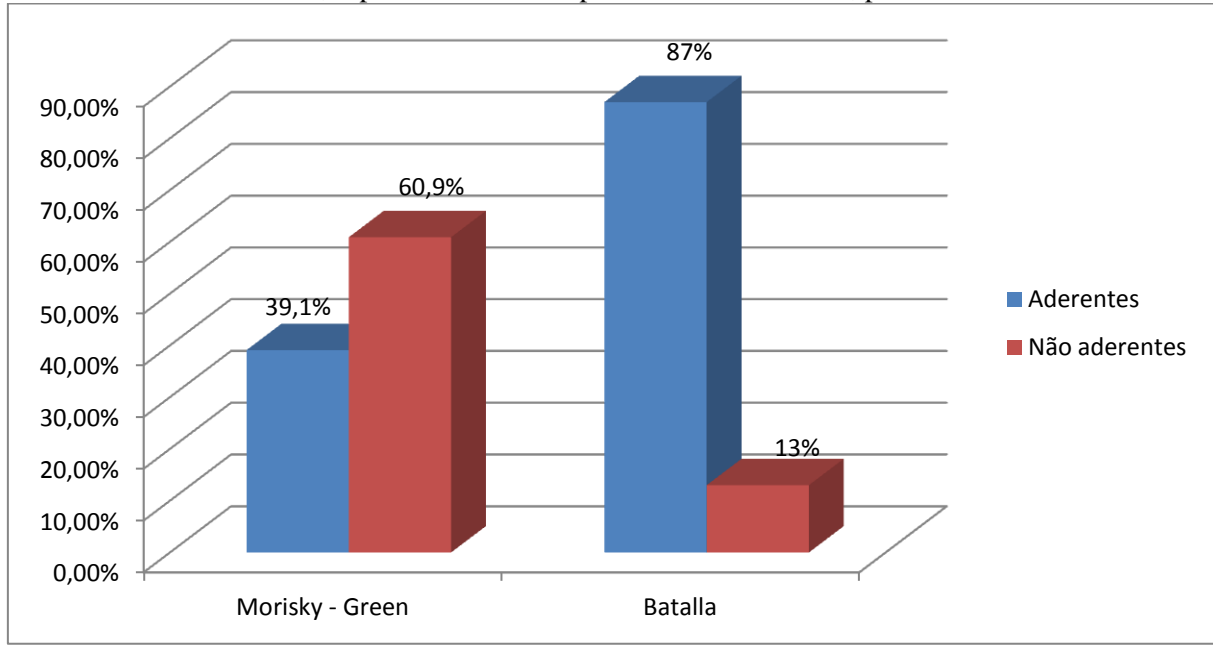
Ao confrontar os índices de adesão verificados neste estudo para o TMG e o TB, identificou – se uma grande discrepância, sendo observada uma prevalência de não adesão (76,2%) para o TMG, enquanto que no TB houve um predomínio de adesão (68,0%). Esta variação nos resultados entre os testes pode ser explicada pelo fato do enfoque dos mesmos para avaliar a adesão serem diferentes, no caso do TMG analisa a atitude dos indivíduos frente à tomada de medicamentos, enquanto que o TB observa o grau de conhecimento dos usuários sobre suas doenças. Desta forma foi observado que a predominância de adesão encontrado no TB, por si só, não foi suficiente para garantir que os usuários tomem rigorosamente os medicamentos de acordo com a prescrição.

Quanto ao baixo índice de adesão segundo o TMG, foi identificado que os principais fatores que contribuíram negativamente são de caráter não intencional, ou seja involuntários, que segundo Morisky, Green, Levine, 1986, são mais simples de serem resolvidos quando comparados a atitudes intencionais. Entende – se necessário para modificar esta situação um fortalecimento das atividades multiprofissionais desenvolvidas no Hiperdia, interagindo com o usuário, através de ações individuais e coletivas visando o cumprimento do tratamento medicamentoso prescrito associado com avaliações rotineiras do controle da HAS e DM.

Este estudo observou que os pacientes que tem diabetes (n= 23) apresentam um discreto aumento nas taxas de adesão ao tratamento medicamentoso para o TMG e o TB, conforme o gráfico 5. Isto pode ser explicado devido as complicações do DM serem geralmente mais severas e perceptíveis, quando comparada a evolução da HAS, que muitas vezes permanece silenciosa. Sendo assim, geralmente o paciente diabético apresenta uma maior adesão ao tratamento prescrito, temendo maiores danos a sua saúde devido ao DM não controlado. Com relação ao TB os pacientes diabéticos apresentaram um alto grau de adesão (87%). Entretanto, para o TMG identificou - se um baixo grau de adesão (39,1%). Revelando desta forma, que neste estudo, independente do tipo de doença crônica, ao se comparar os

resultados do TMG e do TB houve uma discrepância em relação ao grau de adesão dos pacientes, tendo uma predominância de não adesão para o TMG, e uma prevalência de adesão para o TB.

**Gráfico 5** Perfil de adesão, especificamente dos pacientes com diabetes, para o TMG e o TB.



## 5 CONCLUSÃO

Tendo em vista o caráter multifatorial e complexo da HAS e do DM, o presente estudo demonstrou a necessidade do fortalecimento de estratégias no nível de atenção primária visando uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso prescrito e, conseqüentemente, reduzindo as complicações decorrentes de falhas no controle destas doenças crônicas.

Constatou – se por meio do TMG um baixo percentual de adesão, identificando o comportamento não intencional como predominante, demonstrando falhas com relação à atitude individual dos usuários frente ao uso dos medicamentos e a falta de compromisso no controle de suas patologias. O TB permitiu identificar uma melhor adesão baseado no nível de conhecimento que os usuários possuem sobre as doenças crônicas analisadas.

É necessário o aprofundamento de estudos com outros métodos que caracterizem melhor os fatores que estão contribuindo para o baixo grau de adesão. A equipe multiprofissional da ESF precisa aprimorar suas ações e programas coletivos buscando a excelência nos serviços prestados, e principalmente, garantir uma melhor assistência individual.

A avaliação do controle das doenças crônicas deve ser feita de forma rotineira, assim como também a conscientização dos usuários do Hiperdia visando uma maior adesão ao tratamento farmacológico prescrito, como também ao tratamento não farmacológico resultando numa mudança de estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis.

## ASSESSMENT OF JOINING THE PHARMACOLOGICAL TREATMENT PROGRAM IN USERS HIPERDIA

### ABSTRACT

SILVA, William Henrique da<sup>1</sup>; ALVES, Harley da Silva<sup>2</sup>.

The adherence to drug treatment in chronic diseases such as hypertension and diabetes mellitus, is an important factor in both clinical and social. This study aims to investigate the extent of adherence to therapy and assess the degree of patients' knowledge about their diseases and treatment. It is a descriptive study with a quantitative approach to document type. Were used as an instrument of data collection the Morisky- Green test (TMG) and the Batalla test (TB), and analysis of data from the records of enrollment and monitoring of users Hiperdia program. There was a predominance of female users (74,3%), married (68,6%), retired (53,3%), adults (53,3%) with mean age of  $58,27 \pm 12,52$  years, having monthly family income between 1 and 3 minimum wages (86,7%), with level of education of incomplete 1st grade (51,4%) and an average number of people per household of  $3,43 \pm 1,53$ . For the TMG there was a prevalence of non-adherent patients (76,2%). The predominant behavior in TMG was not intentional. For the TB there was a predominance of adherence (68,6%). Specifically for diabetics users the level of adherence was 39,1% in the TMG and 87% in TB. The low percentage of adherence to pharmacological treatment is a barrier to be faced by users Hiperdia program, which need the support of the multidisciplinary team of the Family Health Strategy to improve treatment and acquire a quality of life.

**KEYWORDS:** hypertension; diabetes mellitus; Morisky-Green test; Batalla test.

1. Student Course Undergraduate Pharmacy, State University of Paraíba. E-mail: [williamhenrique123@hotmail.com](mailto:williamhenrique123@hotmail.com)
2. Teacher of Pharmacy Undergraduate course at the State University of Paraíba. E-mail: [harley.alves@hotmail.com](mailto:harley.alves@hotmail.com)

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, L. C. et al. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, 2010;31(3):209-215, 2010.

ASSIS, M. M. A.; VILLA T. C. S.; NASCIMENTO M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Rev. Ciên. & Saúde Coletiva**; 8(3):815-823, 2003.

BARROS, A. C. M; ROCHA, M. B; HELENA E. T. S. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, 37(1), 2008.

BRASIL. **Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUSNELLO, R. et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arq. Bras. Cardiologia, São Paulo**, 76(5):349-351, 2001.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M. M.; Hiperdia: Adesão e Percepção de Usuários Acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Rene, Fortaleza**, 12:930-6, 2011.

CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa HIPERDIA no município de Teresina-PI. **Rev. Ciênc. & Saúde Coletiva**, 2011, 17(7):1885-1892, 2012

CLIMENTE, M. Q. I. et al. Prevalencia y características de la morbilidad relacionada con los medicamentos como causa de ingreso hospitalario. **Rev. Aten. Farmacêutica**, 3:9-22, 2001.

DEWULF, N. de L. S. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitario. **Rev. Bras. Ciênc. Farm.**,42(4):575-584, 2006.

DUNBAR-JACOB, J.; MORTIMER-STEPHENS, M. K. Treatment adherence in chronic disease. **J. Clin. Epidemiol.**, (54):57-60, 2001.

EID, L.M. et al. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green**. *Rev. Eletr. Enf.* 2013 abr/jun;15(2):362-7. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15599>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

FIGUEIREDO, R.M. et al. Adesão de pacientes com aids ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. **Rev. Latino Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, 9 (4):50-55, 2001.

GIROTTI, E. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família**. Londrina, 2008.

GUIDONI, C. M. et al. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, 45(1), 2009.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF) . **What is diabetes?** Brussels (BE): IDF; 2006. Disponível em: <[http:// www.idf.org/home/index.cfm?node=2](http://www.idf.org/home/index.cfm?node=2)>. Acesso em 25 nov. 2013.

KANE, S. et al. Medication nonadherence and the outcomes of patients with quiescent ulcerative colitis. **Am. J. Med.**, 114:39-43, 2003.

MARINKER, M.; SHAW, J. Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice. **BMJ**, 326:348-349, 2003.

MEDEIROS, A. R.C. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em Unidade de Saúde da Família de João Pessoa – PB**, 2006.

MIRANZI, S. de S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Revista Texto – Contexto Enferm.**, 17(4):672-679, 2008.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M.; Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care.**, 24(1):67-74, 1986.

OMS. **The world health statistics 2012**. Disponível em:  
[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2012/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/). Acesso em 16 nov. 2013.

PEIXOTO, S. V. et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, 13(4):46-53, 2004.

PUCCI, N. et al. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti – hipertensivo em idosos. **Rev. Bras. Cardiol.**, 25 (4):322-9, 2012

SANTA-HELENA, E.T.; NEMES M. I. B.; ELUF NETO, J. Fatores associados a não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, 26 (12):2389-98, 2010.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Rev. Texto. –Contexto Enferm.**14(3):332-40, 2005.

SAWYER, D. O.; LEITE I. C.; ALEXANDRINO R. **Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil**. Ciên. Saúde Coletiva. 2002. Disponível em:  
<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400012>>. Acesso em 30 nov. 2013.

SEWITCH, M.J. et al. Patient nonadherence to medication in inflammatory Bowel disease. **Am. J. Gastroenterol.**, 98(7):1535- 1544, 2003.

SIMÃO, E.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN A. Atenção básica no Brasil (1980-2006): alguns destaques. **Rev. Rene.**, 8(2):50-9., 2007.

STRELEC, M. A. A. M; PIERIN A. M. G; MION, J. D; A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, 4(81):343-8, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2003. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Disponível em:  
<[http://www.who.int/chronic\\_conditions/en/adherence\\_report.pdf](http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1999. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus**. Geneva (SZ):.