

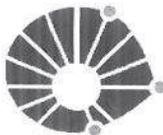


SILVIA DOS SANTOS COSTA

ADESÃO MEDICAMENTOSA DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SUMARÉ/SP

CAMPINAS  
2013





UNICAMP

---

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Faculdade de Ciências Médicas

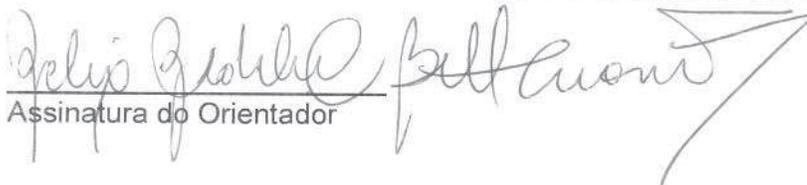
SILVIA DOS SANTOS COSTA

ADESÃO MEDICAMENTOSA DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SUMARÉ/SP

ORIENTAÇÃO: Prof. Dra. ZÉLIA ZILDA LOURENÇO DE CAMARGO  
BITTENCOURT

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de  
Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para  
obtenção de título de Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, área  
de concentração Interdisciplinaridade e Reabilitação.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA POR  
SILVIA DOS SANTOS COSTA, E ORIENTADA PELO  
PROF. DRA. ZÉLIA ZILDA LOURENÇO DE CAMARGO BITTENCOURT.

  
Assinatura do Orientador

CAMPINAS  
2013

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

C823a Costa, Sílvia dos Santos, 1968-  
Adesão medicamentosa de hipertensos e diabéticos em Unidade Básica de Saúde do município de Sumaré/SP / Sílvia dos Santos Costa. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Zélia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Idosos. 2. Educação em saúde. 3. Hipertensão arterial. 4. Diabetes mellitus. 5. Adesão à medicação. I. Bittencourt, Zélia Zilda Lourenço de Camargo, 1949-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Medication adherence of hypertensive and diabetic in Basic Health Unit of the municipality Sumaré/SP

**Palavras-chave em inglês:**

Elderly

Health education

Hypertension

Diabetes Mellitus

Medication adherence

**Área de concentração:** Interdisciplinaridade e Reabilitação

**Titulação:** Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

**Banca examinadora:**

Zélia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt [Orientador]

Rita de Cassia Ietto Montilha

Iara Lucia Tescarollo Dias

**Data de defesa:** 30-08-2013

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

---

**BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

SÍLVIA DOS SANTOS COSTA

---

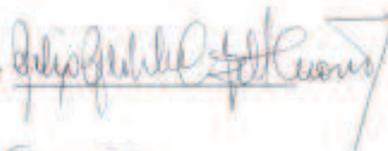
ORIENTADORA: PROF. DR. ZELIA ZILDA LOURENÇO DE CAMARGO BITTENCOURT

---

**MEMBROS:**

---

1. PROF. DR. ZELIA ZILDA LOURENÇO DE CAMARGO BITTENCOURT



2. PROF. DR. RITA DE CASSIA IETTO MONTILHA



3. PROF. DR. IARA LUCIA TESCAROLLO DIAS



---

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

---

Data: 30 de agosto de 2013

---

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho aos pacientes,  
sujeitos desta história, e a todos os que  
trabalham no SUS e que tanto têm contribuído  
para a construção de uma sociedade brasileira mais  
justa e democrática.*

*Dedico este trabalho, em especial, à minha mãe  
Edilza e toda a minha família, pelo  
amor com que sempre me nutriu*

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Zélia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt pela dedicação e zelo para comigo ao longo deste trabalho.

Minha gratidão a todos professores do CEPRE, em especial aos que ministraram as principais disciplinas do curso: Cecília Guarnieri Batista, Adriana Lia Frizman de Laplane, Heloisa G. Ravanini Gardon Gagliardo, Maria Elisabete Rodrigues Freire Gasparetto e Rita de Cássia letto Montilha que se tornaram referências para os alunos e que estão sempre ao nosso lado para um auxílio e uma palavra amiga.

Quero também externar o meu apreço pelo carinho e auxílio recebidos da parte dos funcionários do departamento ao longo da realização deste trabalho, em especial ao Bruno Alves Pereira, Técnico Administrativo Responsável pelo Programa na Comissão de Pós-Graduação.

Aos professores Maria de Fátima de Campos Françoze e Maria Elena Guariento, membros da banca examinadora do exame de qualificação, o meu reconhecimento pela leitura interessada e sugestões apresentadas.

Agradeço a todos os amigos, pela paciência para comigo na travessia desta jornada que motivou tantas ausências, no trabalho e no lazer.

Aos meus colegas da Unidade Básica de Saúde Dr. Antônio Viçoso Moreira de Rezende e aos meus pacientes pela graça de poder partilhar meu saber com todos vocês.

***"Não se pode esperar resultados diferentes fazendo as coisas do mesmo jeito."***

***(Albert Einstein)***

## RESUMO

A mudança do perfil epidemiológico populacional com o conseqüente crescimento do número de idosos levou ao surgimento de um maior número de pessoas acometidas por doenças crônicas. As doenças crônicas não transmissíveis – DCNT - afetam a qualidade de vida de milhões de pessoas no mundo e representam um custo elevado para os sistemas de saúde de todos os países. A Organização Mundial de Saúde – OMS - estima que as DCNTs sejam responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas e por 45,9% da carga global de doenças. Dentre as DCNT, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus onde os medicamentos ocupam um papel importante nos sistemas sanitários, pois melhoram a saúde. O objetivo da presente pesquisa foi caracterizar dentre os pacientes hipertensos e diabéticos aqueles que não aderiram à terapêutica medicamentosa; investigar as causas da não adesão e propor ações educativas visando ampliar a aderência ao tratamento medicamentoso. O levantamento exploratório descritivo foi realizado na UBS Dr. Antônio Viçoso Moreira de Rezende, município de Sumaré – SP que tem cadastrado 1.647 pacientes com DM e HAS que deveriam retirar os medicamentos de uso contínuo mensalmente. Foi estudado um grupo de pacientes que não retiraram medicamentos por um período de três meses consecutivos no ano de 2011, totalizando 103 sujeitos, com idade média de 60,2 anos. Tais pacientes foram entrevistados por telefone para se investigar as possíveis causas da não adesão. Os achados apontaram como principais causas alegadas pelos pacientes o uso de tratamentos alternativos, esquecimento, dificuldade em retirar o medicamento na UBS, dificuldade tomar o medicamento e o abandono do tratamento. O trabalho possibilitou identificar que as ações educativas são relevantes na promoção de saúde, pois além de orientarem sobre o uso correto dos medicamentos, orientam sobre a importância da alimentação e exercícios físicos. Considerando o aumento da população idosa e o conseqüente aumento das doenças crônicas, verificou-se a importância da discussão sobre a educação em saúde nas UBSs como estratégia de se garantir a adesão aos medicamentos, visando contribuir para a implementação de políticas direcionadas a essa população.

Palavras-chave: idosos, educação em saúde, hipertensão arterial, diabetes mellitus, adesão.

## **ABSTRACT**

The changing epidemiological profile of the population and the consequent increase in the number of elderly leads to the emergence of a greater number of people affected by chronic diseases. The chronic diseases - CDs - affect the quality of life of millions of people worldwide and represent a high cost for health systems in all countries. The World Health Organization - WHO - estimates that CDs account for 58.5% of all deaths and 45.9% of the global disease burden. Among the CDs, we highlight the Hypertension and Diabetes Mellitus where medicines play an important role in health systems, because they improve health. The goal of this research was to characterize among hypertensive and diabetic patients who did not adhere to medication therapy and to investigate the causes of non adherence and propose educational activities aimed at increasing adherence to medication treatment. The descriptive exploratory survey was conducted at UBS Dr. Antonio Viçoso Moreira de Rezende, Sumaré - SP which has registered 1,647 patients with diabetes and hypertension who should take medicine every month of continuous use. We studied a group of patients who did not withdraw medications for a period of three consecutive months in 2011, totaling 103 subjects with a mean age of 60.2 years. These patients were interviewed by telephone to investigate the possible causes of non-adherence. The findings showed that the main causes alleged by patients using alternative treatments, forgetfulness, difficulty removing the drug at UBS, difficulty taking the medication and treatment noncompliance. The work identified that educational activities are relevant for health promotion, as well as orientate on the correct use of medications, provide guidance on the importance of nutrition and physical exercises. Considering the increasing elderly population and the consequent increase in chronic diseases, there was a discussion about the importance of health education in the UBS as a strategy to ensure medication adherence, aiming to contribute to the implementation of policies aimed at this population.

Keywords: elderly, health education, hypertension, diabetes mellitus, adherence.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características pessoais, situação ocupacional e diagnóstico.....	30
Tabela 2 – Conduta em relação a retirada de medicamentos na UBS.....	32
Tabela 3 – Características pessoais, situação ocupacional e diagnóstico dos pacientes que não retiravam os medicamentos.....	33
Tabela 4 – Percepção e conduta em relação as atividades oferecidas pela UBS além da retirada de medicamentos.....	34
Tabela 5 - Conduta relacionado ao uso de medicamentos.....	39

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

UBS – Unidade Básica de Saúde  
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica  
DM – Diabetes Mellitus  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
DAC – Doenças do Aparelho Circulatório  
SUS – Sistema Único de Saúde  
USF – Unidade de Saúde da Família  
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde  
ACCESS – Banco de Dados Microsoft Office  
PSF – Programa Saúde da Família  
AMGC – Automonitoramento da Glicemia Capilar  
LDL – Low Density Lipoproteins  
HDL – High Density Lipoproteins  
AVDs – Atividades de Vida Diária  
FPB - Farmácia Popular do Brasil  
VR - Valor de referência  
MS - Ministério da Saúde  
Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz  
AtenFar - Atenção Farmacêutica  
SFT - Seguimento Farmacoterapêutico  
PRMs - Problemas Relacionados aos Medicamentos

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	14
1. INTRODUÇÃO .....	17
1.1.IMPACTO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL .....	24
1.2.ADESÃO MEDICAMENTOSA .....	25
1.3.ATENÇÃO FARMACÊUTICA .....	26
1.4. O MUNICÍPIO DE SUMARÉ .....	28
1.5. ORIGEM E CRIAÇÃO DO PROGRAMA KIT MEDICAMENTOS .....	29
2. OBJETIVOS .....	33
3. MÉTODO.....	34
3.1.SUJEITOS E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	34
3.2.COLETA DE DADOS.....	35
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	52
6. REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE 1 .....	61
APÊNDICE 2.....	63
APÊNDICE 3.....	64
APÊNDICE 4.....	65

## **APRESENTAÇÃO**

Em 2006 vivenciei uma grande transformação profissional. Ainda durante a graduação em Farmácia na Universidade São Francisco, com um histórico de trabalho desde 1994 em diversas farmácias de manipulação na região metropolitana de Campinas, desejava imensamente sair do âmbito comercial farmacêutico e ir “para o mundo real”. Porém, antes disso, era preciso encontrar o lugar certo para aplicar meus recentes conhecimentos sobre a Atenção Farmacêutica e Saúde Pública.

Coincidência ou não, àquela época tomei conhecimento das inscrições de um concurso público no município de Sumaré, que me motivou a prestar o concurso sendo após quatro meses fui convocada a assumir um dos cargos na farmácia das Unidades de Saúde.

Apesar do entusiasmo com o novo emprego, inicialmente o quadro era desanimador. A farmácia era uma pequena sala de dois metros de largura com pequena janela onde uma multidão de pacientes aguardava ansiosamente com suas receitas em mãos. Neste momento tive contato com o “mundo real” que eu tanto queria. Profissionais indiferentes, pacientes doentes sedentos de informações, medicamentos vencidos, adulterados e sem identificação, brigas e confusões diárias com pacientes. Lá fiz meu primeiro contato com os agentes comunitários de saúde, sendo que quinze deles ficavam numa outra sala tão pequena quanto a minha onde passavam os seus dias ali sentados, aguardando orientações que nunca chegavam da enfermeira responsável.

A minha convivência com os agentes de saúde foi intensa, pois na maioria das vezes me ajudavam a dispensar os medicamentos aos cerca de 1200 pacientes hipertensos e diabéticos que vinham mensalmente retirar os chamados “kits”. Observava que tanto os agentes comunitários de saúde, quanto os pacientes, tinham muitas dúvidas sobre os medicamentos. Com muita disposição, explicava a posologia da prescrição, os possíveis efeitos colaterais e a importância de se aderir ao

tratamento. Verifiquei na prática a importância da orientação farmacêutica para o enfrentamento das doenças crônicas e o poder da educação em saúde.

Todas as experiências ali compartilhadas muitas vezes ultrapassavam e contradiziam o aprendizado da Universidade, porém cada vez mais me interessava e me envolvia com esta área de atuação. Sentia uma grande necessidade de desenvolver diversos projetos de educação em saúde e nesse período muitas ideias foram colocadas em prática, como: apresentação de vídeos educativos durante a espera por consultas, confecção de pôsteres informativos, confecção de caixas com divisórias para os medicamentos dos pacientes idosos, tabela de horários para a tomada dos medicamentos, ficha de acompanhamento dos pacientes polifarmácia, dentre outras. Estas atividades foram colocadas em prática por certo tempo.

O início da capacitação para os quinze agentes comunitários de saúde da UBS Vasconcelos e a realização de uma palestra sobre uso racional de medicamentos para os pacientes na favela do bairro Franceschini, dominada por traficantes, aproximou-me da realidade daquelas pessoas, e pude observar a enorme necessidade de informações sobre a terapia com medicamentos e as dúvidas sobre a hipertensão, diabetes e outras doenças.

Durante o período de formação acadêmica, os ensinamentos foram extremamente técnicos, influenciando na minha atuação profissional inicial, principalmente durante o atendimento aos pacientes na farmácia da Unidade. Os principais objetivos consistiam em encontrar os melhores recursos e técnicas para avaliar cada diagnóstico, dispensar os medicamentos para o tratamento mensal, orientar os pacientes sobre a importância da posologia e reações adversas. Porém, após as primeiras experiências naquela comunidade percebi que minha abordagem deveria mudar, a linguagem deveria ser acessível aos pacientes e adaptadas à cultura daquelas pessoas. Era necessário, primeiramente entender e compreender suas particularidades, limites e conhecimentos sobre suas doenças e tratamento.

Em 2007, solicitei ao Secretário Municipal de Saúde de Sumaré a minha inclusão como profissional farmacêutica no Programa Kit Medicamentos que iniciava suas atividades em todas as Unidades de Saúde do município. As vivências se encarregaram de aprofundar minha experiência como profissional do Sistema Único de Saúde. Com o propósito de me qualificar para realizar um trabalho científico com os pacientes hipertensos e diabéticos ingressei no Mestrado da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, desse modo realizando também o objetivo profissional de dar continuidade à vida acadêmica.

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm aumentando significativamente em nosso meio e tem sido alvo de atenção no desenvolvimento de políticas de saúde, pois afetam a qualidade de vida de milhões de pessoas e representam um custo elevado para os sistemas de saúde de todos os países. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que tais doenças sejam responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças (1).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde estimavam em 2008 que as DCNT respondiam por 62,8% do total das mortes por causas conhecidas e as séries históricas estatísticas de mortalidade indicavam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 30 e de 90 (1). Dentre as DCNT, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% de mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes mellitus, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o atual critério de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg) a prevalência na população urbana adulta brasileira tem variado de 22,3% a 43,9%, dependendo do município onde o estudo foi conduzido (2).

Nos dias atuais o diabetes mellitus (DM) tem sido uma doença relativamente comum na população, e de incidência crescente com características de epidemia mundial. No Brasil, estima-se que 11% da população com idade igual ou superior a 40 anos tem diabetes mellitus, o que representa cerca de 5 milhões e meio de diabéticos (população estimada pelo IBGE 2005). A doença apresenta alta morbimortalidade acarretando uma importante perda na qualidade de vida dos pacientes, podendo evoluir

para amputação de membros inferiores, cegueira, insuficiência renal e doenças cardiovasculares (3).

Na década passada, as doenças crônicas eram consideradas um problema de países desenvolvidos que atingiam principalmente os idosos. Hoje, no entanto, se verifica que tanto os jovens quanto as pessoas de baixa renda, são afetados por estas doenças. O impacto na economia também é considerável: afeta consideravelmente os ganhos salariais, lucros, participação da força de trabalho e produtividade, também aumentando o número de aposentadorias precoces, ocasionando alta rotatividade do emprego e incapacidades. Os custos nos cuidados com as doenças crônicas vêm aumentando no mundo todo, alcançando proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados (4).

Em 1997 a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que, após 15 anos de doença, 30 a 45% teriam algum grau de retinopatia, 10 a 20% nefropatia, 20 a 35% neuropatia e 10 a 25% teriam desenvolvido doença cardiovascular. Nos diversos países pesquisados, os custos diretos para o atendimento do diabetes podem variar de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local da doença e da complexidade do tratamento disponível (3).

De acordo com a OMS atualmente o Diabetes Mellitus afeta mais de 170 milhões de pessoas em todo o mundo com estimativa de atingir cerca de 366 milhões em 2030, esse crescimento será maior em países de baixa e média renda, afetando principalmente a população adulta. Mais de 75% dos doentes que tem DM há mais de 20 anos apresentam algum tipo de complicação microvascular que é uma condição da retinopatia diabética responsável por 4,8% dos 37 milhões de casos de cegueira em todo o mundo. Diversos estudos demonstram que o tratamento adequado pode reduzir os riscos cegueira e perda visual em 90% (5).

Indivíduos acometidos por doenças crônicas têm sua produtividade reduzida no trabalho, muitas vezes antecipando sua aposentadoria ou mesmo, indo a óbito

prematuramente, eventos que poderiam ser evitados pelo acesso à orientação e ao tratamento (6).

A crescente morbimortalidade justifica a escolha da linha de cuidado das DCNT, seja pela sua magnitude, pelos custos que acarretam e por gerar eventos contínuos e crônicos que, com frequência, se acentuam, principalmente quando não se segue corretamente os tratamentos (7).

Atualmente as DCNT representam as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008, sendo que aproximadamente 80% das mortes ocorrem em países de baixa e média renda. A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório (DAC), ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco que poderiam ser modificados, como o tabagismo, o consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção (1).

No Brasil, essas doenças representam o problema de saúde de maior magnitude, atingindo principalmente as camadas pobres da população e os grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda. Observa-se entre os determinantes das DCNT, as desigualdades sociais, as diferenças no acesso a bens e aos serviços, a baixa escolaridade e as desigualdades no acesso à informação (1).

Nos últimos anos o Brasil vem organizando políticas de DCNT, um conjunto de ações para estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para as doenças e agravos não transmissíveis, a fim de conhecer sua distribuição, magnitude e a tendência dessas doenças crônicas e seus fatores de risco, para apoiar as políticas públicas de promoção da saúde (1).

O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil para o período de 2011 a 2022 aborda as quatro principais doenças (doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e

seus fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade). Seu objetivo principal é promover o desenvolvimento e implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco além de fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores dessas doenças (1).

Embora as diretrizes para a intervenção no curso das DCNT estejam estabelecidas por consensos científicos, observa-se que as informações não são rotineiramente colocadas em prática pelas equipes de saúde, verificando-se cuidados incompletos e ineficazes, o que muitas vezes coloca em risco a vida dos pacientes, além de sobrecarregar o sistema financeira e operacionalmente (7).

O Brasil é hoje um país com um número cada vez maior de idosos. A cada ano 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, e dentre eles a maior parte com doenças crônicas. Esse número passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 20 milhões em 2008 – um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. Observa-se que as doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão na sociedade atual. Diversos estudos demonstram que as doenças crônicas, bem como suas incapacidades, não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. A prevenção é efetiva, mesmo nas fases mais tardias da vida (8).

Devido ao aumento da população idosa nos diversos estudos epidemiológicos, espera-se alcançar um total de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade, a partir de 2020. As implicações sociais da doença crônica no idoso envolvem as atividades de vida diária como a locomoção, a prática de atividades físicas, ginástica e hidroginástica, incluindo a participação em atividades educativas nas Unidades de Saúde (9).

A DCNT é de longa duração e para o paciente essa realidade nem sempre é compreendida, gerando muitas vezes momentos de tensão, angústia e contradições. O

conviver com o novo estado, o lidar com a doença, comorbidades, limitações e medos decorrentes é um processo de difícil aceitação (7). Um dos problemas observados nas doenças crônicas é a dificuldade de adesão ao tratamento.

A adesão do paciente ao tratamento, principalmente em se tratando de doença crônica pode estar associada a uma série de fatores ligados à doença ou ao próprio paciente como, por exemplo, as condições sociais e econômicas, além do próprio sistema que o atende, sem perder de vista o conhecimento do paciente sobre sua doença. Na literatura, diversos estudos discutem se o conhecimento seria um fator preditor de adesão, sem, contudo se ter ainda um consenso (10, 11, 12). Assim, a conduta dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária é de extrema importância, pois orientam e acompanham a terapêutica dos pacientes, informam sobre os riscos da hipertensão e diabetes, buscando melhorar a adesão e evitar o abandono do tratamento, visando a melhoria da qualidade de vida desses pacientes (6).

Os medicamentos essenciais ocupam papel importante nos sistemas sanitários, pois satisfazem as necessidades de cuidados de saúde prioritárias da população. São selecionados verificando-se sua relevância para a saúde pública, apresentando evidências sobre sua eficácia e segurança, e comparativa relação custo-benefício. Esses medicamentos devem estar disponíveis dentro do contexto de funcionamento dos sistemas de saúde: em quantidades e dosagens adequadas, com qualidade e informação correta e com custo acessível para o indivíduo e sua comunidade (13).

O medicamento assume grande importância na área da saúde por ser responsável por parte significativa da melhoria da qualidade de vida da população. A seleção criteriosa de uma gama limitada de medicamentos essenciais resulta em uma maior qualidade do atendimento, uma melhor gestão de medicamentos (incluindo a melhoria da qualidade de medicamentos prescritos) e a otimização na utilização dos recursos de saúde, principalmente em países de recursos escassos, onde a disponibilidade de medicamentos no setor público é muitas vezes problemática (13).

O tratamento farmacológico é indicado para as doenças crônicas no controle dos fatores de risco, particularmente das doenças cardiovasculares e das lesões em órgãos alvo. Porém, verifica-se que a porcentagem de pacientes que consegue o controle ideal de suas doenças crônicas com um único medicamento é pequeno e, na maioria das vezes, as prescrições são polifarmácia, ou seja, quando são prescritos vários medicamentos simultaneamente, sendo uma prática clínica muito comum em pessoas idosas (14).

A terapia medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos sintomas e sinais da morbidade e da mortalidade, tem alto custo e pode ter efeitos colaterais motivando o abandono do tratamento (15).

Diversos estudos discutem o aumento no consumo de medicamentos, despertando preocupação em profissionais e autoridades de saúde. A não adesão ao tratamento tem sido questionada, pois, se há aumento no consumo de medicamentos, quais as razões para que diversos pacientes não sigam o tratamento prescrito? (16).

A literatura tem apontado que a maior parte dos pacientes com diagnóstico de hipertensão e diabetes apresenta baixa adesão ao tratamento, e na prática clínica verifica-se que muitos deles não retornam às consultas médicas regulares (17).

Observa-se que as práticas educativas têm se apresentado como ações isoladas e fragmentadas, baseadas no modelo de transmissão de conhecimentos, sendo reforçada pela formação inadequada dos profissionais, bem como pela falta de entendimento das necessidades individuais e da comunidade (18).

As Unidades Básicas de Saúde, locus prioritário da atenção básica, tem em seu processo de trabalho condições para uma abordagem integral à saúde da população nas doenças crônicas não transmissíveis, em especial na hipertensão arterial sistêmica e no diabetes mellitus. Porém, na prática, observam-se outros fatores como o tabagismo na população alvo, o predomínio do cuidado centrado na

medicalização, além da persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividade física. Desta forma, questionam-se quais são e como se dão as práticas de educação em saúde propostas aos usuários em acompanhamento por hipertensão e diabetes (18).

O cuidado integral centrado no usuário, considerando a sua realidade, a partir de um pensar crítico e reflexivo e a proposição de ações transformadoras na saúde para indivíduos, famílias e coletividade, pode ser a possibilidade de melhorar a adesão do usuário a esse modelo de atenção (19). Objetiva-se com isso, a ampliação do vínculo e do grau de autonomia dos usuários, ou seja, o aumento da capacidade de compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre a sua qualidade de vida, e ainda compreender seu processo saúde/enfermidade (20).

Diante do envelhecimento populacional e seu crescente impacto na saúde pública e previdência, o SUS busca aprimorar suas estratégias de Promoção à Saúde, utilizando-se da educação em saúde através de ações nas comunidades. A organização e as práticas dos serviços de saúde contribuem para a redução do número de consultas individuais e na melhoria da qualidade de vida da população devido a um oferecimento mais voltado para a prevenção (21).

No SUS dentre as estratégias para a promoção do acesso a medicamentos, encontra-se a política de medicamentos genéricos que possuem menor custo que os medicamentos de referência. O que contribui para o baixo custo é a ausência de investimentos para o desenvolvimento da nova molécula e dos estudos clínicos necessários e também um menor investimento em propaganda para tornar a marca conhecida. Os medicamentos genéricos são medicamentos similares a um produto de referência ou inovador, são produzidos após a expiração ou renúncia da patente ou de outros direitos de exclusividade e após a comprovação de sua eficácia, segurança e qualidade (22).

O fornecimento gratuito pelo governo e o pagamento direto pelos usuários são as mais representativas formas de distribuição de medicamentos no Brasil. Estudos demonstram que entre 2003 e 2007, houve um aumento de 144% nas despesas do governo federal com medicamentos de dispensação gratuita. Em 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB) surgiu como modalidade de co-pagamento, ou seja, os valores pagos pelo usuário variam em função da versão e do preço praticado, calculado com base em valor de referência (VR) estabelecido para cada medicamento. Quando o valor de venda for igual ou maior que o VR, o governo paga 90% do VR; quando menor, paga 90% do valor de venda. O modelo é gerido pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por convênios firmados com parceiros públicos ou privados sem fins lucrativos. O valor é único para cada medicamento e o mesmo para todas as unidades do país (23).

### **1.1. Impacto do Envelhecimento Populacional**

No final do século XX, discussões sobre o impacto do aumento demográfico da população estavam em pauta, porém o envelhecimento populacional já mostrava indícios de se transformar num desafio potencialmente mais importante que o crescimento populacional. Estudos indicam que os padrões de doença e invalidez na população envelhecida são diferenciados, principalmente por gerarem mais custos aos governos e caso não ocorram importantes reestruturações nas instituições, nos sistemas sociais e econômicos, estes não serão viáveis no futuro (24).

Alguns países da Europa necessitaram mais de um século para que sua população idosa aumentasse de 7% para 14% do total. Estudos mostram que a velocidade do envelhecimento populacional no Brasil será significativamente maior do que ocorreu nas sociedades mais desenvolvidas no século passado. Pesquisas revelam que a variação demográfica ocorrerá nas próximas décadas quando a população idosa irá mais do que triplicar, passando de menos de 20 milhões em 2010 para aproximadamente 65 milhões em 2050 (25).

Nos países desenvolvidos, é considerado idoso o indivíduo que tenha 65 anos ou mais. No Brasil esse limite é de 60 anos, de acordo com o critério estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para países em desenvolvimento. A delimitação de grupos populacionais por critérios de idade juntamente com a definição de marcadores cronológicos para a velhice é importante para a formulação de políticas públicas eficientes, principalmente quando se trata de estabelecer ações específicas para esse segmento etário (26).

Desta forma, em médio prazo ocorrerá um aumento no crescimento das despesas públicas com pensões devido ao progressivo envelhecimento das populações nos países desenvolvidos, indicando enormes desafios à capacidade dos governos de gerarem receitas necessárias para o apoio social às gerações mais velhas. O envelhecimento da população prediz um grande aumento das despesas de saúde e da prestação de cuidados continuados, formais e informais. Apesar de parcela crescente da população utilizar regimes privados de saúde e de previdência, a maior parte depende do Estado para a prestação de cuidados sociais (27).

## **1.2. Adesão medicamentosa**

A “adesão medicamentosa” é uma atividade complexa, onde o paciente não apenas recebe as orientações médicas, mas entende, concorda com elas e segue a prescrição estabelecida. Tem um significado que pode ser descrito como uma “aliança terapêutica” entre médico e paciente, na qual estão estabelecidas não apenas as responsabilidades específicas de cada um nesse processo, mas de todos que estão envolvidos (direta ou indiretamente) no tratamento (28).

Quando se trata de paciente idoso, a questão da adesão à terapêutica é relevante, pois há dados que relacionam idade e adesão, indicando uma grande repercussão da não adesão nesse grupo etário, tanto no controle de sintomas quanto na manutenção da capacidade funcional, com implicações importantes em sua

qualidade de vida. A adesão significa mudanças no comportamento: tomar medicamentos, seguir dietas ou realizar mudanças de hábitos de vida que complementem o regime terapêutico prescrito (28)

Estudos mostram que a não adesão é verificada entre pacientes assintomáticos, sintomáticos, levemente doentes ou gravemente doentes. Outras pesquisas demonstram índices significativos de baixa adesão em todos os tipos de tratamento terapêuticos ou preventivos, independentemente da severidade da doença e da acessibilidade aos recursos de saúde (28).

Vários são os motivos para a não adesão, como os relacionados a erros em virtude de falta de informação dos usuários, não saber se devem continuar usando os medicamentos; não tomar medicamentos se não se alimentarem; não entender que os medicamentos controlam a pressão e o diabetes, acreditar ser melhor não tomar os medicamentos em dias de consulta; falta de recursos financeiros e reações adversas também podem ser citados entre os motivos (28).

A não adesão a regimes terapêuticos é considerada um dos maiores problemas da prática médica atual. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a baixa adesão é a razão primária da redução do benefício clínico, levando a complicações médicas e psicossociais e, conseqüentemente, reduzindo a qualidade de vida dos pacientes (29).

### **1.3. Atenção Farmacêutica**

A assistência farmacêutica no Brasil, de acordo com o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política de Medicamentos (1988) é um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva. Envolve as atividades de pesquisa dos medicamentos, produção, distribuição, armazenamento e prescrição. A dispensação é o ato essencialmente de

orientação quanto ao uso adequado dos medicamentos e sendo privativa do profissional farmacêutico (30).

O farmacêutico é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação técnico-científica fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas. Além do conhecimento sobre os medicamentos, traz também para essa área de atuação conhecimentos de análises clínicas e toxicológicas e de processamento e controle de qualidade de alimentos (30).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que o farmacêutico é o profissional com melhor capacitação para conduzir as ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, sendo indispensável para organizar os serviços de apoio necessários para o desenvolvimento pleno da assistência farmacêutica (30).

A Atenção Farmacêutica (AtenFar) é uma prática desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica, tem aumentado muito nos últimos anos e sua consolidação tem sido gradual, principalmente nos países em desenvolvimento. Seu objetivo não é intervir no diagnóstico ou na prescrição de medicamentos, atribuições do médico, mas garantir uma terapêutica racional, segura e custo-efetiva. Envolve a promoção e educação em saúde, orientação e atendimento farmacêutico, dispensação e seguimento farmacoterapêutico (SFT). Exige o registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados, incluindo todos os problemas relacionados aos medicamentos (PRMs) (31).

A OMS definiu as características essenciais para que o profissional farmacêutico possa atuar junto ao sistema primário de saúde: prestador de serviços, tomador de decisão, comunicador, líder, gerente, estudante por toda a vida e mestre, contribuindo também para nortear a educação farmacêutica (30).

#### **1.4. O Município de Sumaré**

Utilizada como parada de tropeiros e viajantes, Sumaré teve sua origem no final do século XVIII, unida à concessão de sesmarias, grandes porções de terras incultas e devolutas para serem cultivadas, que o governo concedia a pessoas de posse. A data oficial de sua fundação é 26 de julho de 1868, escolhida porque se acreditava que a primeira capela teria sido construída nesse ano, mas somente em 1944, foi adotado o nome de Sumaré para o município (32).

A história de Sumaré se divide em duas partes: até 1950 sua população era basicamente formada por imigrantes italianos, portugueses, alemães, russos, norte-americanos, espanhóis, austríacos, belgas e franceses, que vieram para cá devido à atividade cafeeira. A partir dos anos 50, milhares de migrantes de todos os estados do Brasil vieram para Sumaré, devido ao advento da industrialização na região, fato que provocou mudanças radicais em sua organização social e econômica (32).

Ao fim da década de 1950 o município começou a se industrializar, uma vez que a rodovia Anhanguera havia sido asfaltada em 1948, atraindo muitas indústrias. Na década de 1960 sua população cresceu rapidamente, graças à rápida industrialização e à vinda de migrantes de todo o país. Tal migração, em contrapartida, acarretou várias consequências. Junto com o crescimento populacional, havia mais necessidade de água, esgoto, luz, asfalto, transporte, escola, policiamento, atendimento médico, etc. A folha de pagamento do funcionalismo consumia grande parte das finanças municipais, o que ocasionou uma inversão de prioridades na realização de obras e consequentemente, desperdício de dinheiro público. Nesta época, ocorreu uma grande instabilidade política em Sumaré, com reflexos sociais até os dias atuais (32).

Segundo dados do IBGE e Resultado do Censo 2010, a população estimada do município de Sumaré é de 236.358 habitantes, numa área da unidade territorial de 153 Km<sup>2</sup>. A população residente é de 196.723 habitantes, sendo homens 98.717 e mulheres 98.006. A população urbana é de 193.937, e a população rural de 2.786.

Sumaré possui um sistema de saúde pública, organizado nos três níveis de atenção de forma hierarquizada e descentralizada. A rede é constituída na atualidade por 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 15 Unidades de Saúde da Família (USF), 3 Unidades de Programa de Agentes Comunitários (PACS), 1 Pronto Socorro Municipal, 1 Ambulatório de Especialidades, 1 Unidade de Programa de Alto Custo e 1 Hospital Estadual.

### **1.5. Origem e criação do Programa Kit Medicamentos em Sumaré**

O Programa Kit Medicamentos foi idealizado em 2005, pelos médicos Roberto Mardem Soares Farias, então Secretário da Saúde do município e Adilson Rocha Campos, responsável pelo Apoio à Gestão. Concebido como componente da política de assistência farmacêutica de modo a garantir a adesão primária dos pacientes aos principais programas de saúde do município, a Central do Kit de Medicamentos inicialmente realizava o fracionamento e montagem de kits personalizados para todos os pacientes com as seguintes doenças crônicas: arritmia, angina, hipertensão, diabetes tipo I e II, asma, além de medicamentos para as mulheres em uso de anticoncepcionais e reposição hormonal (33).

Para gerenciar o Programa, foi desenvolvido um banco de dados (ACCESS) onde eram cadastrados os pacientes hipertensos, diabéticos, mulheres em idade fértil e as mulheres em menopausa, juntamente com as doses dos medicamentos prescritos. A partir dos dados inseridos, o programa pode gerar mensalmente relatórios contendo: a) pacientes com endereço, medicamentos, quantidade; b) custo dos programas por unidade de saúde; c) pacientes faltosos; d) total de pacientes por doença, por sexo, por idade e por unidade de saúde; e) proporção de pacientes por doença em relação ao esperado segundo indicadores epidemiológicos; f) outros, de acordo com a necessidade do gestor ou profissional de saúde (33).

Medicamentos utilizados no fracionamento de kits: aas 100mg, alendronato de sódio 70mg, alopurinol 100mg, amiodarona 200mg, anlodipino 5mg, atenolol 50mg, beclometasona spray nasal 50mcg, beclometasona spray oral 250mcg, captopril 25mg, carbonato de cálcio 500mg + vitamina d 200ui, clorpropramida 250mg, digoxina 0,25mg, enalapril 20mg, espironolactona 25mg, espironolactona 50mg, furosemida 40mg, glibenclamida 5mg, hidroclorotiazida 25mg, losartan 25mg, losartan 50mg, metformina 500mg, metformina 850mg, metildopa 250mg, nifedipina retard 20mg, propatilnitrato 10mg, propranolol 40mg, salbutamol 100mcg, sinvastatina 20mg e verapamil 80mg (34).

Mensalmente eram distribuídos aos pacientes, de forma personalizada, os medicamentos de uso contínuo das prescrições. A Central do Kit era responsável pela atualização permanente dos dados, por análises periódicas e discussões dos resultados com os gerentes e profissionais de saúde (33).

Os kits de medicamentos eram entregues pelos agentes comunitários de saúde na residência dos pacientes, mediante cadastro prévio do usuário na Unidade de Saúde, sendo de sua responsabilidade verificar se o paciente fazia o uso adequado (se utilizava o medicamento ou apenas acumulava em casa), ou outros problemas decorrentes do tratamento (33).

Além da entrega dos medicamentos, a Central do Kit disponibilizava palestras quinzenais de educação em saúde para todos os pacientes visando promover o uso racional de medicamentos e a melhoria na qualidade de vida, onde os pacientes eram convidados a participar voluntariamente das ações educativas, embora muitos apresentassem problemas de locomoção (35).

O Programa Kit de Medicamentos iniciou suas atividades em julho com apenas um funcionário encarregado da digitação de cadastros dos usuários hipertensos e diabéticos, e após 3 meses teve início o fracionamento e distribuição de kits a uma Unidade de Saúde (34).

A contratação dos primeiros agentes comunitários de saúde deu-se em abril de 2006 juntamente com a ampliação das Unidades do Programa Saúde da Família em todo o município. Os auxiliares de farmácia foram convocados nos meses seguintes para trabalharem nas farmácias das Unidades de Saúde.

Após a sistematização do Programa, buscou-se a definição das categorias de usuários em hipertensos, diabéticos, mulheres em idade fértil e em controle hormonal, asmáticos e cardiopatas. Os agentes comunitários de saúde foram convocados a fracionar os kits das Unidades de Saúde em que estavam lotados, embora não fossem capacitados para o procedimento.

Em 2007, teve início novo gerenciamento do Programa com a contratação de uma equipe para os procedimentos de fracionamento e montagem dos kits de 4 Unidades de Saúde: P.A Matão, C.S. Santa Clara, PSF Maria Antônia e PSF Nova Terra. Erros de cadastros, de fracionamento e montagem, atraso nas entregas e ausência de envolvimento da equipe na Central do Kit foram fatores que comprometeram a qualidade e credibilidade do Programa (34).

No início do ano de 2008 nova equipe foi contratada sob a orientação técnica de um farmacêutico, em novo local, sendo a Central do Kit inaugurada em março. Os auxiliares de farmácia e agentes comunitários de saúde envolvidos receberam capacitação sobre o uso racional de medicamentos, hipertensão e diabetes. No ano seguinte, já eram atendidas 13 Unidades Básicas de Saúde, totalizando mensalmente 10.158 kits de medicamentos (comprimidos), 1.200 kits de insulina (seringas, fitas reagentes e lancetas) e 556 kits de asma/rinite (aerossóis) (34).

Em setembro de 2010, eram atendidas pela Central de Kit, 18 Unidades Básicas e Unidades Saúde da Família, totalizando 20.000 kits/mês com 49.000 pacientes cadastrados, e 2.000 insulinosdependentes atendidos com glicosímetros e fitas reagentes. Tiveram então início as atividades nas redes sociais e internet através do Blog Kit Medicamentos para divulgação das ações educativas. As visitas domiciliares

eram realizadas para aqueles pacientes com problemas de adesão à terapia medicamentosa (34).

Em dezembro de 2011, a Secretaria Municipal de Saúde realizou alterações no Programa, atendendo somente os pacientes denominados Grupo Prioritários, ou seja, pacientes com alguma deficiência, acamados, idosos (acima de 60 anos), com dificuldade de locomoção, hipertensos, diabéticos, asmáticos de alto risco e demais casos que a equipe de saúde considerasse necessário; desse modo, diminuíram as Unidades Básicas de Saúde atendidas, e os kits de medicamentos eram entregues a 16 Unidades, totalizando 2.000 kits/mês, com uma redução de 90% dos pacientes atendidos em suas residências (34).

Atualmente com o atendimento aos pacientes do Grupo Prioritário, o Programa tem o objetivo de qualificar a entrega dos medicamentos, fazendo com que os usuários considerados de alto risco ou com agravos devido à doença sejam atendidos prioritariamente em suas residências, sem interrupção do tratamento e aumentando a adesão, de forma a garantir a essa população o acesso aos medicamentos para tratamento da hipertensão, diabetes, osteoporose, insuficiência cardíaca congestiva, hipercolesterolemia, hiperuricemia e arritmia. O primeiro kit é entregue no mesmo dia do cadastramento na Unidade de Saúde e a renovação da prescrição deve ser realizada em 180 dias (35).

Devido a escassez de pesquisas sobre esta população, propõe-se neste estudo investigar as principais causas da não adesão à terapêutica medicamentosa. Desse modo, espera-se contribuir para uma melhor compreensão teórica dessa problemática e favorecer a difusão de experiências que respondam melhor aos pressupostos do SUS.

## **2. OBJETIVOS**

- Realizar um levantamento dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS Dr. Antônio Viçoso Moreira de Rezende (Sumaré, SP).
- Dentre os pacientes hipertensos e diabéticos levantados, caracterizar aqueles que não aderiram ao programa de retirada de medicamentos.
- Investigar nessa amostra as causas da não adesão.
- Propor ações educativas visando ampliar a aderência desses pacientes ao tratamento medicamentoso.

### **3. MÉTODO**

Tratou-se de um levantamento exploratório-descritivo realizado no período de setembro a dezembro de 2011, na UBS Dr. Antônio Viçoso Moreira de Rezende, no município de Sumaré, São Paulo, que tinha cadastrados 1.647 pacientes com DM e HAS. Para a realização da investigação, foi solicitada e concedida autorização junto a Gerência da Unidade de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (parecer nº 930/2011), obedecendo às Resoluções 196/96 e 251/97 que se referem à pesquisa com seres humanos.

O levantamento por amostragem caracteriza-se pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. Procede-se à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obterem-se as conclusões correspondentes aos dados coletados (36).

#### **3.1. Sujeitos e critérios de inclusão**

Foram sujeitos do estudo os usuários cadastrados no Programa “Kit Medicamentos” do município de Sumaré que atenderam aos seguintes critérios:

- ter diagnóstico de HAS ou DM
- estar cadastrado no Programa “Kit Medicamentos”,
- não ter assinado a planilha de recibo de medicamento por três meses consecutivos.
- concordar em participar da pesquisa.

O estudo foi realizado a partir de pesquisa documental retrospectiva junto ao banco de dados da Central de kit de medicamentos e em planilhas de recebimento de medicamentos de 1.647 usuários hipertensos e diabéticos listados da UBS. Após

análise verificou-se que 350 pacientes apresentavam irregularidades na retirada dos medicamentos, ou seja, não assinaram os respectivos recibos de retirada de medicamentos por três meses consecutivos (janeiro, fevereiro e março de 2011).

Dentre os que apresentavam falhas na retirada do medicamento, verificou-se que 247 pacientes tinham os dados telefônicos desatualizados e desta forma, a amostra estudada contou com 103 sujeitos.

### **3.2. Coleta de dados**

Os dados foram coletados utilizando-se as variáveis: sexo, idade, diagnóstico e telefone do paciente, dados estes utilizados também para a caracterização da amostra estudada. Os pacientes foram contatados, procedendo-se a realização das entrevistas telefônicas.

Optou-se pela técnica de entrevista por telefone, para a coleta de dados, por apresentar características potenciais de simplicidade, baixo custo e agilidade (37).

Os indivíduos entrevistados foram contatados em dia e horário variados, sugeridos pelo morador do domicílio que atendeu à chamada telefônica inicial, incluindo fins de semana. A entrevista foi orientada por questões semiestruturadas elaboradas pelo pesquisador (Apêndice 2) que realizou o registro das respostas no formulário de pesquisa.

Em se tratando de entrevista por telefone, o consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados (Apêndice 1). Nessas ocasiões o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido para todos os entrevistados onde se esclareceu que os dados obtidos seriam utilizados apenas para fins de pesquisa. Os entrevistados foram também esclarecidos sobre a possibilidade de desistir de participar do estudo a qualquer momento da entrevista, sobre a inexistência de risco ou danos

extras à sua saúde e sobre a garantia do sigilo das informações fornecidas. A todos entrevistados forneceu-se o número de telefone para esclarecimento de dúvidas quanto à pesquisa.

Os registros das entrevistas foram realizados por transcrição ortográfica no formulário (Apêndice 2). Os dados coletados na entrevista, já transcritos para um arquivo de texto, foram tabulados e analisados por meio da análise de conteúdo que é empregada pelas ciências humanas e sociais em pesquisas de cunho qualitativo e consiste num conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos (38).

Para a análise dos dados observaram-se as variáveis de natureza qualitativa que ocuparam uma posição fundamental, pois a argumentação técnica deve ser elaborada com base no conhecimento dessas variáveis (39).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra contou com 103 pacientes (Tabela 1), indivíduos hipertensos e/ou diabéticos, sendo 61 do gênero feminino e 42 do masculino com idade variando de 26 a 96 anos, média de 60,22 anos ( $\pm$  13,57), portanto, aproximando-se da terceira idade com maior possibilidade de riscos e agravos decorrentes das doenças crônicas. Observou-se ainda que 56,31% dos pacientes tinham mais de 60 anos, 60,19% eram casados, 33,01% tinham vínculo trabalhista, portanto exerciam atividade profissional e 49,51% encontravam-se aposentados, sendo que 17,48% são dependentes financeiramente de algum membro familiar.

O crescimento do número de idosos na população acarreta um maior número de doentes crônicos, que no geral exigem intervenções custosas com elevada utilização dos serviços de saúde. A abordagem clínica tradicional, médico centrada, tem sido focada na queixa principal do paciente, onde se reúnem os principais sinais e sintomas em um único diagnóstico, porém não se aplica aos idosos, que geralmente apresentam doenças crônicas que perduram por vários anos, exigindo acompanhamento médico constante e medicamentos de uso contínuo (8).

A partir da consulta ao cadastro dos pacientes, inicialmente verificou-se o diagnóstico, sendo que 42,7% ( $n=44$ ) eram hipertensos, 22,3% ( $n=23$ ) diabéticos, 35% ( $n=36$ ) pacientes com hipertensão e diabetes (Tabela 1). Dentre os diabéticos, 28,2% faziam uso de insulina regularmente, cujos indicadores fundamentais para avaliar o controle glicêmico são: a medida da Hemoglobina Glicada (A1c) e o automonitoramento da glicemia capilar (AMGC) já que ambas fornecem informações fundamentais e complementares para um tratamento. Observa-se predomínio de pacientes hipertensos (42,7%), o que pode estar relacionado com a retirada esporádica dos medicamentos, caracterizando-se como não adesão.

**Tabela 1 – Características pessoais, situação ocupacional e diagnóstico.**

<b>Variáveis</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
Gênero	Masculino	42	40,8
	Feminino	61	59,2
Faixas etárias	26 – 39	9	8,74
	40 – 59	36	34,95
	60 – 79	51	49,51
	80 e +	7	6,80
Estado civil	Casados/ união estável	62	60,19
	Solteiros	8	7,77
	Divorciados/ separados	11	10,68
	Viúvos	22	21,36
Situação ocupacional	Dependentes	18	17,48
	Aposentados	51	49,51
	Trabalha	34	33,01
Diagnostico	Hipertensos	44	42,7
	Diabéticos	23	22,3
	Hipertensos e Diabéticos	36	35,0

Na amostra estudada (Tabela 2), foi possível observar 65,05% ( $n = 67$ ) dos pacientes retiravam os medicamentos e que 34,95% ( $n=36$ ) não retiravam os medicamentos.

Apesar dos pacientes constarem no banco de dados como não tendo retirado os medicamentos, nas entrevistas 65% ( $n = 67$ ), afirmaram que retiravam regularmente o kit de medicamentos para HAS e DM na Unidade Básica de Saúde, com indícios de que provavelmente tais medicamentos eram entregues sem a devida baixa no estoque da farmácia, revelando uma subnotificação de medicamentos entregues, denotando negligência nos procedimentos da farmácia.

Os motivos alegados pelos pacientes que não retiravam os medicamentos na Unidade de Saúde foram: retirada de medicamentos em outra UBS, dificuldade de locomoção até a Unidade, retirada dos medicamentos na Farmácia Popular, compra de medicamentos em Drogaria, não mais querer fazer uso dos medicamentos, falta do medicamento na UBS, retirada dos medicamentos através de ação judicial e retirada de medicamentos esporadicamente na farmácia da UBS.

Nas últimas décadas os problemas com a não adesão à terapêutica medicamentosa aumentaram e têm preocupado os profissionais de saúde que observam a complexidade do uso inapropriado dos medicamentos entre os idosos, e verificam a importância da orientação aos pacientes sobre o uso correto dos fármacos (40).

Nos estudos relacionados à não adesão ao tratamento, particularmente nos idosos, verifica-se que diversos fatores se destacam: o desconhecimento sobre os medicamentos, alto custo das medicações, falta de motivação, analfabetismo e distúrbios de memória (40).

Entre os idosos a adesão a terapêutica medicamentosa pode ser comprometida em determinadas situações em que os pacientes devem realizar tratamentos em longo prazo e quando a alteração no estilo de vida é necessária. Observa-se ainda que a adesão depende de diversos fatores sociais, culturais e socioeconômicos (41).

**Tabela 2 – Conduta em relação a retirada de medicamentos na UBS**

Retirada de medicamentos na UBS		
	<b>n=103</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>
Sim	67	65,05
Não	36	34,95

Motivos alegados pela não retirada de medicamentos na UBS		
	<b>* n=36</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>
Retira medicamentos em outra UBS	3	8,33
Não ter medicamento na farmácia da UBS	1	2,78
Dificuldade de locomoção até a Unidade	3	8,33
Não quer fazer tratamento	10	27,78
Retira os medicamentos na Farmácia Popular	1	2,78
Compra em Drogaria	6	16,67
Retira esporadicamente	11	30,55
Retira na Prefeitura através do Judiciário	1	2,78

**\* Respostas múltiplas**

Dentre os pacientes que não retiravam os medicamentos (Tabela 3), foi possível identificar 55,56% (n=20) de indivíduos hipertensos, 11,11% (n=4) diabéticos e 33,33% (n=12) hipertensos e diabéticos, sendo 21 do gênero feminino e 15 do masculino com idade variando de 26 a 96 anos, idade média de 59,59 anos ( $\pm 15,16$ ). Observou-se ainda que 55,55% dos pacientes tinham mais de 60 anos, 69,45% eram casados, 44,44% tinham vínculo trabalhista, portanto exerciam atividade profissional e 41,67% encontravam-se aposentados.

**Tabela 3 – Características pessoais, situação ocupacional e diagnóstico dos pacientes que não retiravam os medicamentos.**

<b>Variáveis</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
			<b>* n=36</b>
Gênero	Masculino	15	41,67
	Feminino	21	58,33
Faixas etárias	26 - 39	5	13,89
	40 - 59	11	30,56
	60 - 79	16	44,44
	80 e +	4	11,11
Estado civil	Casados/união estável	25	69,45
	Solteiros	3	8,33
	Divorciados/separados	4	11,11
	Viúvos	4	11,11
Situação ocupacional	Dependentes	5	13,89
	Aposentados	15	41,67
	Trabalha	16	44,44
Diagnóstico	Hipertensos	20	55,56
	Diabéticos	4	11,11
	Hipertensos e Diabéticos	12	33,33

**\* Respostas múltiplas**

Na adesão medicamentosa o aparecimento de reações adversas e as manifestações idiossincráticas podem interferir decisivamente na continuidade do tratamento. O pacientes podem interromper o tratamento com receio em apresentar efeitos adversos (42). Doenças crônicas ou de longa duração têm, na maioria das vezes, baixa adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem uma disciplina maior do paciente, modificando seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento (42).

Verificou-se ainda no estudo (Tabela 4), a inexistência de atividades educativas na Unidade de Saúde, sendo que somente 3% ( $n = 3$ ) dos pacientes afirmaram ter participado de algum evento educativo. Por outro lado 47,5% ( $n = 49$ ) referiram que caso fossem convidados teriam interesse em participar dessas atividades.

**Tabela 4 – Percepção e conduta em relação as atividades oferecidas pela UBS além da retirada de medicamentos**

Conduas		
	<b>n=103</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>
Participou de atividades educativas na UBS	3	3,0
Tem interesse em participar de atividades educativas na UBS	49	47,6
Acha que o tratamento está controlando a doença	55	53,4
Acha que a UBS atende suas necessidades	83	80,6
Recebe apoio da família para realizar o tratamento	62	60,2
Faz tratamento alternativo	6	5,8
Faz dieta e exercícios	19	18,4

Quando indagados sobre a participação em atividades educativas, os sujeitos revelaram entender a importância das palestras para o conhecimento da HAS e DM e demonstraram interesse em participar destas ações educativas na Unidade de Saúde. Os excertos das entrevistas confirmam tal fato.

*“[...] Pra ajudar a melhorar a saúde né? Que é pra gente entender melhor como lidar com o problema [...]”*

*“[...] Que é pra ajudar nós né? E falar pra que nós possa entender toda essa doença que a gente tem... e aprender com elas. [...]”*

*“[...] Nunca fui convidado para palestras, mas se chamar eu venho [...] Esse negócio é bom pra você trocar idéia né? Negócio diferente, tratamento diferente, às vezes você pode até saber o que o outro não sabe. [...]”*

A Educação em Saúde é um instrumento que contribui para que as pessoas adquiram o controle sobre os fatores que alteram sua saúde. O acesso à informação e a compreensão das doenças crônicas levam à maior aceitação da doença, facilitando a prática da automonitorização dos níveis de pressão e/ou glicemia, práticas de atividade física, dieta alimentar, aumento da procura por tratamento, melhora da qualidade de vida, reduzindo o número de descompensações e internações hospitalares (43).

O conhecimento das doenças está relacionado à melhoria da qualidade de vida, à redução do número de complicações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. A educação em saúde é um instrumento relevante para aumentar a adesão ao tratamento, onde os pacientes são estimulados a identificar suas necessidades e dificuldades, refletindo sobre suas rotinas e hábitos de vida. A troca de vivências e experiências entre os membros do grupo é estimulada para adequar os conhecimentos necessários sobre a doença, seus determinantes e seu controle (43).

A baixa adesão às atividades educativas (Tabela 4) pode estar relacionada ao fato de que 53,4% ( $n = 55$ ) dos pacientes acreditavam que o tratamento estava efetivamente controlando a doença e 18,4% ( $n = 19$ ) referiam fazer algum tipo de dieta (retirada do sal e açúcar da alimentação diária) e eventualmente praticavam algum exercício físico como a caminhada. Dos entrevistados 80,6% ( $n=83$ ) consideraram que a UBS atende as suas necessidades, portanto, estavam satisfeitos com a assistência recebida.

Quando questionados sobre os hábitos de prática de atividades físicas e dietas, observou-se que somente 18,4% aderiam a estas práticas. Tais pacientes, na sua maioria eram aposentados que frequentavam academia, praticavam caminhada ou

esteira, hidroterapia ou se limitavam a fazer caminhadas aos domingos. Quanto à prática de fazerem dieta, esta dizia respeito somente ao fato de não comer doces, churrasco, não usar sal e óleo.

A maioria dos pacientes entrevistados (81,6%), não praticava qualquer atividade física ou fazia dieta, e vários motivos foram alegados para justificar tal fato, entre eles a dor nas pernas, falta de tempo, preguiça, falta de condições devido a idade avançada (97 anos), o fato de ser fumante, dores nos braços, problemas nos joelhos, falta de tempo devido a trabalhar o dia todo, gostar de comer de tudo, ter depressão, não ter condição de deambular, ter tido acidente vascular cerebral, alegação de cansaço, gostar de assistir televisão, ser transplantado, sentir dores no corpo, ter muitos aborrecimentos, ter que cuidar do marido, ter tido infarto agudo do miocárdio, ter câncer, ter mal de Parkinson.

Todos estes fatos alegados fazem parte do processo natural de envelhecimento do ser humano, que em maior ou menor escala podem surgir ao longo da vida, muitas vezes impondo limitações como a convivência por longo período com as doenças crônicas. Para a OMS a participação em atividades físicas leves e moderada pode retardar os declínios funcionais. Assim, uma vida ativa melhora a saúde, pois existe evidência de que idosos fisicamente ativos apresentam menor prevalência de doenças mentais do que os não ativos (44).

Idosos com menor atividade física têm também menor massa muscular e maior prevalência de incapacidade e inatividade física sendo um fator que contribui para a sarcopenia relacionada ao envelhecimento. A sarcopenia, redução da massa muscular decorrente do envelhecimento, é uma das variáveis utilizadas para definição da síndrome de fragilidade, que é altamente prevalente em idosos, conferindo maior risco para quedas, fraturas e incapacidade resultado da deterioração da homeostase biológica e da capacidade do organismo de se adaptar às novas situações (45).

Alguns relatos confirmam as dificuldades apresentadas pelos pacientes:

*“[...] Caminhada eu não aguento! Comecei a fazer caminhada, me atacou uma dor no joelho, aí um dia eu tava mancando. Fiz Liang Gong por um ano, levantar a mão vai tudo, mas mexeu com a perna...não vai. [...]”*

*“[...] Eu fiquei internado na Unicamp, aí o médico falou pra mim que era diabete... Faço atividade física todo dia, faço hidroginástica, 2 vezes por semana, pedalo também. [...]”*

*“[...] O médico da Unicamp, disse que tá muito alterado, ele me falou se você não sofrer um infarto, você tá pra infartar. Ele me passou com a nutricionista, em vez de eu perder peso, eu tô ganhado peso. Aí tá atacando o rim. Vai encaminhar para outro médico...tá difícil...já parei de comer...ele falou para cortar tudo...a ansiedade é muita. [...]”*

A literatura faz referência à frequência da não adesão dos pacientes diabéticos à dieta recomendada por médicos e nutricionistas, uma vez que uma das metas fundamentais no tratamento do diabetes é cumprir uma dieta adequada. Os relatos evidenciam que a dificuldade no seguimento da dieta está associada a uma imagem negativa, pois seguir o esquema alimentar prescrito por um período de tempo prolongado é tarefa extremamente penosa. Vários significados revestem a dieta recomendada, como a perda do prazer de comer e beber, a restrição da autonomia e o cerceamento da liberdade de se alimentar como e quando desejar. A doença e seu tratamento, portanto, determinam limitações e proibições que são impostas, afastando a liberdade de fazer o que se tem vontade (46).

Diversos estudos apontam os benefícios da prática da atividade física regular para a saúde e os resultados obtidos num programa de atividade física só serão mantidos se os indivíduos continuarem praticando o exercício em longo prazo. A redução de triglicérides e do colesterol LDL, o aumento do colesterol HDL, a diminuição da frequência cardíaca em repouso e em atividade, a redução da pressão arterial, que decorrem de um estilo de vida fisicamente ativo são fatores importantes nos portadores de diabetes mellitus (DM), cujo risco de mortalidade por doenças coronarianas é maior em comparação com aqueles que não apresentam diabetes (47).

Os exercícios regulares ajudam a diminuir e/ou manter o peso corporal, a reduzir a necessidade de antidiabéticos orais, a diminuir a resistência à insulina e contribuem para uma melhora do controle glicêmico, o que, por sua vez, reduz o risco de complicações. A baixa adesão às atividades físicas constitui-se um dos maiores problemas enfrentados pelos profissionais de saúde, sendo ainda pior em situações que requerem tratamentos longos, de natureza preventiva e quando há necessidade de alteração no estilo de vida (47).

Dos pacientes entrevistados 60,2% ( $n = 62$ ) referiram contar com o apoio da família para o controle do tratamento. Tal fato é significativo em se tratando de população idosa que apresenta uma série de limitações como esquecimento, dificuldade de locomoção, a saúde do idoso é determinada pelo funcionamento harmonioso de quatro domínios funcionais: cognição, humor, mobilidade e comunicação. A perda dessas funções resulta nas grandes síndromes geriátricas: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa (48).

Nas entrevistas também se observou que 5,8% ( $n = 6$ ) referiam fazer uso de tratamento alternativo para o controle da HAS e DM, ou seja, utilizava-se de plantas medicinais ou chás.

Observa-se, na (Tabela 5), que a maioria dos pacientes (72,82%), fazia uso de medicamentos sozinhos, sem ajuda de terceiros. O tratamento e acompanhamento das DCNTs exige o uso contínuo de vários medicamentos sendo esta uma relação complexa para pessoas idosas, que necessitam ajuda ou supervisão de familiares em tal tarefa.

**Tabela 5 - Conduta relacionado ao uso de medicamentos**

<b>Conduta</b>	<b>Categorias</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
			<b>n=103</b>
Uso de medicamentos	Sozinho	75	72,82
	Supervisionado	8	7,77
	Medicado por outra pessoa	3	2,91
	Não utiliza medicamentos	17	16,5
Acompanhamento em mais de um médico	Sim	38	36,89
	Não	65	63,11
Onde adquire o medicamento	Compra	7	6,8
	Farmácia da UBS	65	63,11
	Ambos	14	13,59
	Não utiliza medicamentos	17	16,55
Queixa/Dificuldades relacionadas ao uso de medicamento	Sim	28	27,18
	Não	58	56,31
	Não utiliza medicamentos	17	16,55
Esquece de tomar medicamentos	Não	58	56,31
	Às vezes	2	1,94
	Sempre	26	25,24
	Não utiliza medicamentos	17	16,55
Faz uso de automedicação	Sim	3	2,91
	Não	100	97,09
Recebeu Orientação para o uso de medicamento	Sim	2	1,94
	Não	101	98,06

Os dados revelaram também que (36,89%) faziam acompanhamento com mais de um médico, ou seja, eram atendidos por outras especialidades devido as várias comorbidades decorrentes das doenças crônicas fato este que compromete ainda mais a rotina elevando o risco da não adesão.

Quanto à forma de aquisição dos medicamentos, a maioria, (63,11%) utiliza os medicamentos disponibilizados pelo SUS e os retira na UBS.

Observou-se ainda que 2,91% faziam uso da automedicação e 98,06% afirmaram nunca terem sido orientados quanto ao uso dos medicamentos.

Ocorre uma maior prevalência das doenças crônicas de saúde com o aumento da idade, o que predispõe os idosos a um maior consumo de medicamentos. Esse grupo etário apresenta peculiaridades em relação à terapêutica medicamentosa em comparação ao restante da população. Juntamente com essas particularidades observa-se a falta de qualidade da terapia medicamentosa, com a presença de polifarmácia, do uso de medicamentos inadequados e da duplicidade terapêutica, o que contribui para um maior risco de reações adversas e interações medicamentosas (31).

Diversos estudos demonstram que através de ações educativas e orientações sobre o regime terapêutico, a intervenção farmacêutica traz benefícios à saúde do paciente e sua qualidade de vida. A orientação pode ser destinada ao paciente idoso, ao seu acompanhante, familiar, cuidador, ao médico prescritor e demais profissionais de saúde (31).

Na investigação realizada observou-se que 27,18% ( $n = 28$ ) apresentavam dificuldades relacionadas ao uso de medicamentos, comportamento típico de pessoas idosas. Tais situações poderiam ser amenizadas com o apoio de um familiar ou mesmo de um cuidador.

Dentre as principais dificuldades dos pacientes na terapêutica medicamentosa foram relatados o esquecimento 25,24% ( $n=26$ ), só tomar a medicação quando quer, utilizar insulina várias vezes ao dia e algumas vezes a glicemia abaixa demais, fazer uso da automedicação, ter dificuldades na aplicação da insulina, fazer confusão com os diversos horários e tomar duas vezes, sentir dores de cabeça, não se lembrar de tomar e acumular a medicação em casa, só tomar medicação quando vai ao médico. Verificou-se ainda que muitos dos pacientes apresentam dúvidas decorrentes

do uso da terapia insulínica para o controle do diabetes mellitus, como as observadas nos relatos abaixo:

*“[...] Eu tenho dúvida, você começa a tomar remédio e começa a ficar enjoado, parece que não tá fazendo efeito. Eu gostaria muito de ter um medicamento pra controlar melhor. Eu tenho medo de tomar insulina [...]”*

*“[...] Quando eu fui ao médico, ele falou que nem ia dar comprimido, entra direto na insulina. Não teria que ter começado com o comprimido? Estava 380, se eu não me engano. Vou passar novamente com o médico, pra ver se muda o tratamento. [...]”*

A falta de compreensão do paciente sobre a terapia medicamentosa prescrita pode causar resultados insatisfatórios no tratamento. A equipe multidisciplinar deve avaliar a capacidade de autocuidado, motivação e a funcionalidade global<sup>1</sup> da pessoa entre outros fatores, para que o medicamento tenha o efeito desejado durante o tratamento. O objetivo da terapia medicamentosa no tratamento do diabetes mellitus, é obter um controle metabólico e desse modo os programas de educação em saúde devem enfatizar a importância do uso dos hipoglicemiantes orais e da insulina de forma adequada, minimizando erros na administração desses medicamentos e assim obter uma ação mais eficaz (49).

As pessoas idosas são grandes consumidores de medicamentos, que quando mal utilizados desencadeiam complicações sérias à saúde. Na literatura verificam-se prescrições, doses, indicações e associações medicamentosas inadequadas, além do uso de medicamentos sem valor terapêutico (41). A complexidade dos esquemas terapêuticos, juntamente com a falta de entendimento, esquecimento, diminuição da acuidade visual, analfabetismo e destreza manual que ocorrem nos idosos, contribuem para que haja grande quantidade de erros na administração de medicamentos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 50% dos pacientes tomam medicamentos de maneira incorreta levando a alto índice de

---

<sup>1</sup> Funcionalidade global: capacidade de funcionar sozinho ou de gerir a própria vida e cuidar de si mesmo (MORAES, 2010).

morbidade e mortalidade. Acrescenta ainda que os tipos mais comuns de uso irracional de medicamentos estão relacionados aos pacientes polifarmácia, uso inapropriado de medicamento injetável, automedicação e a prescrição em desacordo com as diretrizes clínicas (41). Estas situações podem ser confirmadas nos relatos abaixo onde se observa a prática da automedicação:

*“[...] Tomo insulina, só que eu diminuí, antes eu tomava insulina, de manhã. A regular e a humana, aí de noite a mesma coisa. Eu parei, porque tava passando mal... Eu ia pro pronto socorro, fui 3 vezes, desmaiada, abaixava demais [...]”*

*“[...] A noite era 4 UI da regular e 10 UI da humana né? Então no outro dia eu amanhecia mal... Eu diminuí a quantidade de insulina[...]”*

A saúde do idoso está exclusivamente relacionada com a funcionalidade global definida como a capacidade de cuidar de si mesmo. É considerado saudável quando capaz de conduzir-se sozinho, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha alguma doença crônica. Essa capacidade é avaliada por meio da análise das atividades de vida diária (AVDs), que são as tarefas do cotidiano realizadas pelos pacientes. As AVDs, portanto, denotam o grau de autonomia e independência do indivíduo (48).

Situações sobre dificuldades de locomoção até a UBS puderam ser observadas no relato abaixo:

*“[...] Eu tenho dor nas pernas. Eu fiz tratamento e o médico falou que isso da perna inchada é por causa da diabete, formiga e queima. Eu não aguento, ele me dá remédio e não tá adiantando nada, dói muito [...]”*

Uma das principais funções corporais, a mobilidade, é a capacidade de deslocamento do indivíduo que depende da postura/marcha, da capacidade aeróbica e

da continência esfinteriana. Seu comprometimento, afeta diretamente a independência do indivíduo, acarretando consequências gravíssimas, principalmente nos idosos (48).

No idoso, o comprometimento dos principais sistemas funcionais gera as incapacidades e conseqüentemente as síndromes geriátricas que correspondem à incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência, incapacidade comunicativa e a insuficiência familiar. A família, por sua vez, é considerado um elemento fundamental para o bem estar biopsicossocial e a sua ausência é capaz de desencadear ou perpetuar a perda de autonomia e independência do idoso (48).

Quando a doença se instala no cotidiano das pessoas, em especial em se tratando de doença crônica, pode ser considerada como uma intercorrência estressora, que vem para permanecer, cujo agravamento pode surgir a qualquer tempo, alterando o processo de ser saudável. A pessoa com doença crônica passa a incorporá-la em seu cotidiano, exigindo mudanças no estilo de vida, que pode ser entendida como uma agressão, futuro incerto, uma barreira, um desafio, a perda da liberdade, do autocontrole, da capacidade física, da beleza, das amizades, limitando as atividades sociais. Provavelmente seja difícil para o ser humano que se encontra nessa situação de risco e de permanente possibilidade de agravamento de seu estado, aceitar esta condição, o que pode estar associado à negação da doença. Desse modo, a negação da doença pode muitas vezes, dificultar a adesão ao tratamento (50).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa identificou a não adesão de pacientes hipertensos e diabéticos e destacou o benefício do uso de medicamentos que desempenham papel importante na sua qualidade de vida. A população estudada, na sua maioria consistiu de pessoas idosas (56,31%), com mais de 60 anos, portanto, pessoas com maior risco de agravos decorrentes das doenças crônicas; casados (60,19%), gênero feminino (59,2%), em atividade profissional (33,01%).

Identificou-se na amostra estudada que 34,95% não retiravam os medicamentos na UBS, dentre os quais na maioria idosos (55,55%). As causas da não adesão à terapia medicamentosa nessa população devem-se a diversos fatores como a retirada esporádica, retirada dos medicamentos em outra UBS, compra em Drogaria, falta de medicamentos na UBS, dificuldade de locomoção até a UBS ou abandono da terapêutica.

Dentre os pacientes que não aderiram à terapêutica medicamentosa, observou-se prevalência da hipertensão arterial (55,56%), doença passível de ser evitada na população com o controle da alimentação e a prática de atividades físicas.

Os achados revelaram ainda que 39,8% dos pacientes referiam não contar com o apoio de familiares no cuidado da doença crônica, sugerindo indícios de negligência caracterizado pela chamada insuficiência familiar.

Foi possível constatar pouco conhecimento e informação sobre a doença crônica e sobre o uso de medicamento, refletindo a pouca ou inexistente participação dos pacientes em atividades educativas na Unidade de Saúde..

Constata-se que a população idosa na amostra estudada encontra-se à margem de uma vida social participativa, verificando o desconhecimento sobre as doenças crônicas próprias do envelhecimento, bem como suas consequências na vida dessas pessoas. Nesse atual cenário demográfico, os achados deste estudo sugerem a necessidade do desenvolvimento de programas mais efetivos para os idosos com hipertensão e diabetes.

Apesar desse quadro, 80,6% da amostra pesquisada considera que a UBS atende suas necessidades de saúde, seja suprindo o fornecimento de medicamento ou na atenção em saúde.

Estudos prospectivos desenvolvidos nos serviços de saúde da rede pública poderiam beneficiar a população idosa participando e desfrutando das relações sociais, mantendo uma boa qualidade de vida, de modo que envolvam todos os profissionais de saúde comprometidos com esta questão.

O reconhecimento de que a educação em saúde é essencial nos cuidados de saúde, principalmente nas doenças crônicas, tem incentivado a realização de algumas atividades nessa área por profissionais de saúde.

Considerando os resultados apresentados, a proposta de intervenção farmacêutica pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com doenças crônicas e conseqüente aumento da adesão a terapêutica medicamentosa.

A intervenção nos grupos de hipertensos e diabéticos pode funcionar como um apoio, na qual os usuários podem trocar experiências e sanar dúvidas sobre o uso de medicamentos e as doenças crônicas. Além disso, a intervenção deve possibilitar o aprendizado, uma vez que durante a dispensação os usuários não recebem orientações sobre o uso correto de medicamentos.

A proposta, que inclui noções de nutrição e qualidade de vida, humanização e acolhimento à pessoa idosa, a importância do Lian Gong e atividades físicas na qualidade de vida e o uso racional de medicamentos das pessoas com doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes.

As atividades realizadas com um cronograma contínuo poderão contar com as seguintes etapas de atuação: objetivos e importância da nutrição, objetivos da humanização no atendimento aos idosos, objetivos da qualidade de vida nas atividades físicas, uso racional de medicamentos e importância da adesão a terapêutica. Com o desenvolvimento de ações específicas, além de oferecer ao público alvo, educação e orientação sobre a Hipertensão e o Diabetes através de palestras educativas, poderá ser oferecido material educativo e o atendimento farmacêutico.

Considerando os achados da presente pesquisa que possibilitou identificar peculiaridades do aumento da população idosa e a consequente ascensão das doenças crônicas, observa-se a necessidade de aprofundamento destes estudos, visando contribuir para a implementação de políticas direcionadas a esta população.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes para o Sistema Único de Saúde. Brasília DF: 2011. 3 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília DF: 2006. 9 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus para o Sistema Único de Saúde. Brasília DF:2006.9 p.
4. Veras R. Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences* Maringá, v. 34, n. 1, p. 3-8, Jan.-June, 2012.
5. WHO. World Health Organization. Prevention of blindness from diabetes mellitus: report of a WHO consultation in Geneva, Switzerland, 9-11 November, 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Portaria nº 648, de 28/03/2006. Brasília DF: 2006. 60 p.
7. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunic.,Saúde, Educ.*2010.
8. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):548-54.

9. Veras RP, Mattos LC. Audiologia do envelhecimento: revisão da literatura e perspectivas atuais. Rev Bras Otorrinolaringol. 2007;73(1):128-34.
10. Lima MT, Bucher JSNF, Lima JWO. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.2004; 20(4):1079-1087.
11. Pace AE, Nunes PD, Ochoa-Vigo K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. Rev Latino-am Enfermagem. 2003; 11(3):312-9.
12. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion DJ. A Influência do Conhecimento sobre a Doença e a Atitude Frente à Tomada dos Remédios no Controle da Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2003;volume 81 (nº 4), 343-8.
13. WHO. World Health Organization. Policy Perspectives on Medicines: The Selection of Essential Medicines. Geneva, 2002. 5:1-6.
14. Oparil S. Hipertensão arterial. In: GODMAN L., BENNET JC, organizadores. Cecil – Tratado de medicina interna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.p.289-92.
15. Shoji VM, Forjaz CLM. Treinamento físico da hipertensão. Rev.Soc.Cardiol. Estado de São Paulo. 2000;10:7-14.
16. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciência e Saúde Coletiva. 2003;8(3) 776p.
17. Busnello RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, et al. Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência. Arq Bras Cardiol. 2001;volume 76 (nº 5), 349-51.

18. Chirelli MQ et al. Educação em saúde com usuários hipertensos: integralidade no cuidado. secretaria de ensino superior faculdade de medicina de Marília secretaria municipal de saúde de Marília . Projeto de Extensão e Pesquisa Marília (SP), 2009.
19. Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. Saúde e Sociedade. 2004;v.13, n.3, p.5-15.
20. Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: HUCITEC, 2003. 185p.
21. Granada GG. Grupos Educativos Multiprofissionais e promoção à saúde: a experiência em um centro de saúde-escola. Tese de Mestrado. Unicamp. 2004
22. Dias CRC, Romano-Lieber NS. Implantação de política de medicamentos genéricos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8):1661-1669, ago, 2006.
23. Santos-Pinto CDB et al. Preços e disponibilidade de medicamentos no PFB. Rev Saúde Pública, 2010.
24. Costa CKF, Mesquita RA, Porto Júnior SS, Massuda EM. Envelhecimento populacional e a necessidade de reforma da saúde pública e da previdência social brasileiras. A Economia em Revista Volume 19 Número 2 Dezembro de 2011.
25. Veras R. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. Ciência & Saúde Coletiva, 17(1):231-238, 2012.
26. Neri AL, Guariento ME. Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas. Campinas,SP:Editora Alínea, 2011.
27. Oliveira M, Vieira C, Vieira I. Envelhecimento populacional e sustentabilidade das finanças públicas: análise dos determinantes demográficos, económicos e sociais dos

anos médios de vida saudável na União Europeia. IV Congresso Português de Demografia Universidade de Évora, Setembro de 2012.

28. Marques EIW, Petuco VM, Gonçalves CBC. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo - RS1 RBCEH, Passo Fundo, v. 7, n. 2, p. 267-279, maio/ago. 2010.

29. WHO. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, World Health Organization 2003.

30. Araújo, A. L. A. *et al.* Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde Ciência & Saúde Coletiva, 13(Sup):611-617, 2008.

31. Meneses ALL, Sá MLB. Atenção farmacêutica ao idoso: fundamentos e propostas Geriatria & Gerontologia. 2010;4(3):154-161

32. Toledo FA. Uma História de Sumaré. Da Sesmaria à Indústria. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo (Imesp),1995.

33. Farias RMS, Campos AR. Da Gestão de Medicamentos à Gestão do Cuidado,Sumaré,SP 2005. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Roberto%20Mardem%20Soares%20Farias.pdf>>.Acesso em: 30 mai.2011.

34. Sumaré. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Kit Medicamentos – Medicamento em Casa. Sumaré, 2011. 11-12 p.

35. Kitmedicamentos. Coordenação de Sílvia dos Santos Costa. Desenvolvido pela Central do Kit de Medicamentos, 2010-2012. Apresenta textos e estatísticas sobre o Programa Kit Medicamentos. Disponível em: <<http://www.kitmedicamentos.blogspot.com.br>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

36. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
37. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, et al. Monitoramento de Fatores de Risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. Rev. Saúde Pública. 2005;39(1): 47-57.
38. Minayo MCS. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. 8ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
39. Piovesan A, Temporini, ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. Rev. Saúde Pública. 1995; (29): 318-25.
40. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 3):3507-3515, 2010.
41. Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWUF, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2008;24(7):1545-1555.
42. Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, Faggiani FT, Et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. Ciência & Saúde Coletiva, 13(Sup):703-710, 2008.
43. Silva TR, Feldmam C, Lima MHA, Nobre MRC, Domingues RZL. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Saúde e Sociedade. 2006;v.15, n.3, p.180-189.
44. Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LHT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. Rev Saúde Pública 2008;42(2):302-7.

45. Silva TAA, Frisoli Junior A, Pinheiro MM, Szejnfeld VL. Sarcopenia associada ao envelhecimento: aspectos etiológicos e opções terapêuticas. *Revista Brasileira Reumatologia*, 46(6), 391-397. novembro/dezembro 2006.
46. Péres DS, Franco LJ, Santos MA. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(2):310-7.
47. Fecho JJ, Malerbi FEK. Adesão a Um Programa de Atividade Física em Adultos Portadores de Diabetes. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2004;vol 48 nº 2.
48. Moraes EM, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20(1): 54-66.
49. Gimenes HT, Zanetti ML, Otero LM, Teixeira CRS. O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. *Ciência, Cuidado e Saúde Maringá*.2006;v. 5, n. 3, p. 317-325.
50. Costa VT, Alves PC, Lunardi VL. Vivendo uma doença crônica e falando sobre ser cuidado. *R Enferm UERJ*. Rio de Janeiro. 2006 jan/mar; 14(1):27-31.

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Projeto de pesquisa: “ADESÃO MEDICAMENTOSA DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SUMARÉ/SP.”**

Pesquisadora: Sílvia dos Santos Costa

Orientadora: Profa. Dra. Zélia Z. Lourenço de Camargo Bitencourt

Local onde será desenvolvido o estudo: Unidade Básica de Saúde Dr. Antonio Viçoso Moreira de Rezende - Sumaré

Eu, Sílvia dos Santos Costa, farmacêutica responsável pela Central de Kit de Medicamentos – Sumaré, aluna do Programa de Mestrado Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da FCM/Unicamp venho solicitar sua autorização para participar como voluntário da pesquisa: “ADESÃO MEDICAMENTOSA DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SUMARÉ/SP.”.

Esta pesquisa tem como objetivo caracterizar os pacientes hipertensos e diabéticos que não aderiram ao Programa de “Kit Medicamentos”, identificar entre os pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS Dr. Antonio Viçoso Moreira de Rezende, a adesão à terapia medicamentosa e investigar as causas da não adesão.

Dessa forma, a sua participação consiste em responder um questionário por telefone. Todas as informações coletadas e pertinentes ao estudo serão preservadas por meio de registros escritos.

É importante saber que o Sr (a) tem o direito ou não de aceitar participar e tem a liberdade de recusar ou de retirar o consentimento em qualquer momento da pesquisa. Sua participação é voluntária e não haverá nenhum prejuízo quanto aos atendimentos que recebe neste serviço.

Pode a qualquer momento conversar com os responsáveis da pesquisa e pedir mais informações ou esclarecimentos sobre sua participação.

A pesquisa não apresenta riscos e nem desconfortos físicos e morais aos participantes. Vale esclarecer que a pesquisa não terá nenhum ônus e também nenhum benefício financeiro aos sujeitos. As informações serão mantidas em sigilo e caso esta pesquisa seja publicada ou utilizada para ensino ou publicações científicas, será assegurado o anonimato dos participantes, não havendo possibilidade de serem identificados.

Ao concordar em participar da pesquisa o sr (a) receberá uma cópia deste termo de consentimento assinado pela pesquisadora responsável.

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário (a) da pesquisa e declaro que estou suficientemente esclarecido sobre os objetivos e procedimentos da mesma. Fui esclarecido sobre o estudo, e concordo em participar.

\_\_\_\_\_  
Usuário

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora  
Sílvia dos Santos Costa

Campinas, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Telefone para contato: Sílvia Santos Costa Fone: 019- 9703-9946

Secretaria do comitê de ética em Pesquisa: Fone: 019-3521-8936.

Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP.

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 Campinas – SP

Fone (019) 3521-8936 Fax (019) 3521-7187 e-mail: [cep@fcm.unicamp](mailto:cep@fcm.unicamp)

## APÊNDICE 2

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevistas individuais semi-estruturadas junto aos usuários que NÃO aderem a terapia.

1. Há quanto tempo faz tratamento para diabetes ou hipertensão?  
( ) 1 ano ( ) 5 anos ou mais
2. Já frequentou alguma atividade educativa na unidade? Quais, quando o que achou?  
( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_
3. Tem em seus hábitos de vida o controle da dieta e exercícios físicos? Pode descrevê-los?  
( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_
4. Acha que o tratamento que está fazendo na UBS está controlando a sua doença?  
( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_
5. Como avalia a UBS de maneira geral?  
( ) atende as necessidades ( ) não atende as necessidades  
\_\_\_\_\_
6. Tem retirado os remédios na Unidade de Saúde?  
( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_
7. Como o Sr. adquire os remédios para a sua doença?  
\_\_\_\_\_
8. O Sr. Possui alguma dificuldade em ir buscar os remédios?  
( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_
9. O Sr. possui apoio de sua família para realizar o tratamento com remédios?  
( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_
10. Tem dificuldade em tomar os remédios?  
( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_
11. Realiza algum tratamento alternativo? (chás, plantas medicinais, homeopatia)  
( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_
12. Porque prefere não fazer o tratamento?  
\_\_\_\_\_

## APÊNDICE 3

### DECLARAÇÃO

Como pesquisadores responsáveis pelo projeto “ADESÃO MEDICAMENTOSA DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SUMARÉ/SP.”, comprometemo-nos a cumprir os termos da Resolução 196 (de 10/10/1997), do Conselho Nacional de Saúde (Inf. Epidemiol. do SUS - Brasil, ano V, no. 2, 1996).

---

Silvia dos Santos Costa  
Pesquisador Discente

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Zélia Zilda de Camargo Lourenço Bittencourt  
Pesquisadora Responsável

## APÊNDICE 4

### TERMO DE CIÊNCIA

Pelo presente, eu, Maria Lúcia Anerão , Enfermeira e Gerente da Unidade Básica de Saúde Dr. Antonio Viçoso Moreira de Rezende, declaro ter ciência da realização da Pesquisa “ADESÃO MEDICAMENTOSA DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SUMARÉ/SP.”, com os usuários adscritos nesta Unidade.

UBS Dr. Antônio Viçoso Moreira de Rezende  
Rua Antônio do Valle Melo, 1560 – Centro  
CEP 13170-010 – Sumaré,SP - Brasil  
Telefone: (19) 3873-2259  
e-mail: [lucianerao@yahoo.com.br](mailto:lucianerao@yahoo.com.br)

Sumaré, 05 de setembro de 2011

---

Maria Lúcia Anerão