



Artigo de Revisão

A NÃO-ADESÃO DE IDOSOS À TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

NON-ADHERENCE TO THE OLDER ANTIHYPERTENSIVE THERAPY: A CHALLENGE TO BE FACED BY THE PROFESSIONAL STAFF

Resumo

Bruno Rodrigues Alencar¹
Alba Benemerita Alves Vilela¹
Margarida Maria de Vasconcelos,
Oliveira²
Tatiane de Oliveira Silva Alencar¹
Inalva Valadares Freitas¹

Este artigo tem o objetivo de identificar e discutir os fatores relacionados a não-adesão à terapêutica anti-hipertensiva. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que teve como parâmetro cronológico o período compreendido entre 1975 a 2009. Foram utilizadas fonte primária de dados disponíveis nas bases de dados Bireme, sites da Sociedade Brasileira de Hipertensão e da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Os resultados revelam que muitos fatores podem ser predisponentes da não-adesão devendo ser analisados e enfrentados pelos pacientes, instituições e profissionais de saúde. Entre esses podem ser destacados os fatores relacionados à doença e ao tratamento, como ausência de sintomas e efeitos colaterais; dificuldades no acesso aos medicamentos e serviços; características sócio-demográficas, como analfabetismo e baixo nível de conhecimentos sobre saúde; relacionados a incapacidades funcionais como déficits cognitivos, visuais e auditivos; perfil psicológico do paciente e locus de controle; fatores relacionados à crença, hábitos de vida e cultura; fatores relacionais como insuficiente apoio social, familiar e institucional; e relação profissional de saúde-paciente precária. Os estudos de adesão podem contribuir significativamente, tanto para o planejamento e organização das ações de saúde quanto para reorientar as práticas assistenciais, na perspectiva da utilização racional dos medicamentos por idosos.

Palavras-chave: adesão à medicação; hipertensão, fatores de risco, uso de medicamentos; saúde do idoso.

Abstract

This article aims to identify and discuss the factors related to non-adherence to antihypertensive therapy. It is a literature search that was to switch the chronological period from 1975 to 2009. We used primary source of data available in databases Bireme, sites of the Brazilian Society of Hypertension and the Brazilian Society of Cardiology. The results show that many factors may predispose for non-compliance should be analyzed and addressed by patients, health professionals and institutions. Among these may be highlighted factors related to disease and treatment, such as absence of symptoms and side effects, difficulties in access to medicines and services, socio-demographic characteristics, such as illiteracy and low level of knowledge about health-related functional disability as cognitive deficits, visual and auditory,

Rev. Saúde. Com 2011; 7(2): 143-156.

¹Universidade Estadual de Feira de Santana.
Feira de Santana – BA – Brasil

²Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
Jequié – BA – Brasil

E-mail
alencarbruno@yahoo.com.br

psychological profile of the patient and locus of control, factors related to the belief, lifestyle and culture, relational factors as inadequate social support, family and institutional and professional relationship of health-ill patient. Studies of adherence may contribute significantly to both the planning and organization of health and to reorient care practices from the perspective of rational use of medicines by the elderly.

Key words: medication adherence; hypertension, risk factors; drug utilization; health of the elderly.

Introdução

A não adesão à terapêutica é um fenômeno comum a todas as doenças crônicas, mesmo as mais graves e debilitantes como a hipertensão arterial, o diabetes, a tuberculose e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). É, portanto, um fenômeno universal que deve ser investigado e combatido, já que o impacto da adesão insuficiente cresce com o aumento da carga das doenças crônicas em todo o mundo.

Nesse contexto, é preciso estar atento ao fato de que há uma tendência de aumento significativo na proporção de idosos que procuram o serviço de saúde, clientela que, em sua maioria, desenvolve múltiplas morbidades crônicas. De acordo com Ramos^{1,2}, estima-se que 80% desse grupo populacional têm uma doença crônica e que cerca de 15% têm pelo menos cinco. Dessa forma, o progressivo envelhecimento populacional somado a fatores como o perfil de saúde, o padrão de utilização de medicamentos por idosos e a baixa adesão à terapêutica, enfatizam a necessidade de adoção de políticas e programas para esse segmento populacional, sendo este um desafio aos serviços de saúde.

Em relação ao conceito, a adesão à terapêutica consiste no grau de coincidência entre o que foi orientado pelos profissionais de saúde e o seguimento dessas orientações farmacológicas ou não farmacológicas pelos pacientes. Leite e Vasconcelos³ definem ainda como a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos.

Nesta perspectiva e, considerando como análise a hipertensão arterial, doença que acomete mais de 60% dos idosos no Brasil⁴, a não-adesão é o grande desafio a ser superado no tratamento dessa morbidade, que devido a simplicidade e baixo custo do método para diagnóstico e a disponibilidade de vários fármacos eficazes seria de se esperar que a maioria dos hipertensos estivesse se beneficiando desses conhecimentos. No entanto, apenas um terço apresentam pressão arterial controlada⁵⁻¹⁴.

Estudos apontam que 40 a 75% dos idosos podem cometer erros quanto à adesão terapêutica, sendo um quarto dessas falhas potencialmente sérias^{15,16}. Assim, a não-adesão representa riscos à saúde e implica em incredulidade na relação profissional de saúde-paciente, além de gastos adicionais com consultas, exames, medicamentos, internações hospitalares e alterações potencialmente perigosas no regime de tratamento.

Diante desse contexto, este artigo tem o objetivo de discutir os fatores relacionados a não-adesão à terapêutica anti-hipertensiva entre idosos.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, entendida como um procedimento reflexivo sistemático e crítico, que permitiu apreender o objeto de estudo a partir de uma descrição de material já produzido por estudiosos da área, além de aprofundar outros aspectos do referido objeto¹⁷.

Para a coleta de dados foi considerado como parâmetro temático as fontes primárias relacionadas ao objeto de estudo e como parâmetro cronológico o período compreendido entre 1975 a 2009. Dessa forma, foram utilizados como fonte de dados: livros, jornais, monografias, teses e artigos científicos publicados em periódicos de saúde nacionais e internacionais.

O acesso aos artigos foi realizado através da biblioteca virtual BIREME (<http://www.bireme.br>), dos sites da Sociedade Brasileira de Hipertensão (<http://www.sbh.org.br>), da Sociedade Brasileira de Cardiologia (<http://cientifico.cardiol.br>). Para seleção dos mesmos utilizamos os seguintes descritores para busca: hipertensão, idoso, adesão, aderência, recusa do paciente ao tratamento e interrupção do tratamento. Como expressões equivalentes na língua inglesa, foram usadas: hypertension, aged, compliance, adherence e treatment refusal. Assim, dos artigos encontrados utilizamos aqueles relacionados à patologia da hipertensão arterial e aos fatores determinantes da adesão.

Os dados foram analisados na perspectiva crítica tendo sido obtida as seguintes categorias de análise:

- Fatores relacionados à doença e ao tratamento;
- Fatores relacionados ao acesso a medicamentos e aos serviços;
- Fatores relacionados a incapacidades funcionais;
- Fatores relacionados a características sócio-demográficas;
- Fatores relacionais (instituições de atendimento, relação profissional de saúde-paciente e apoio social);
- Fatores relacionados ao locus de controle e perfil psicológico do paciente;
- Fatores relacionados à crença, cultura e hábitos de vida.

Resultados e Discussão

Fatores relacionados à doença e ao tratamento

No que se refere aos fatores relacionados ao tratamento, Nuesch et al¹⁸ detectaram que a não-adesão é especialmente comum quando é prescrito um esquema complexo de anti-hipertensivos ou quando o paciente tem conhecimento, compreensão e percepção insatisfatórios sobre hipertensão.

Em outra pesquisa, Mion Júnior e Pierin¹⁹ identificaram os seguintes motivos para a não-adesão: em relação aos medicamentos o alto custo (89%), várias tomadas ao dia (67%) e efeitos colaterais (54%); em relação à doença o desconhecimento da gravidade (50%) e a ausência de sintomas (36%).

Para Britten (1994) e Spagnoli et al (1989), citados por Teixeira e Lefèvre²⁰, o principal problema na adesão do idoso é o medo dos efeitos

secundários, o que está muito fortemente associado a uma imagem negativa dos medicamentos. Sendo que a adesão diminui quando aumenta o número de medicamentos (Berger; Poirier apud Lopes²¹; Soares²²; Teixeira; Spínola²³). Gomes²⁴ enfatiza ainda as falhas de tratamentos anteriores, alterações frequentes no tratamento, efeitos benéficos não imediatos e a indisponibilidade de suporte para enfrentamento da equipe de saúde.

Quanto aos fatores relacionados à doença, deve haver investigação minuciosa pelos profissionais, pois podem levar à omissão de algumas doses dos medicamentos ou até mesmo a interrupção do tratamento. Neste sentido, Lessa e Fonseca²⁵ verificaram que 19% dos hipertensos desconheciam o caráter incurável da hipertensão primária, a necessidade da regularidade do tratamento e suas principais complicações. Pierin et al⁸ evidenciaram que o conhecimento sobre a hipertensão se associou com o sexo feminino, sendo que os homens desconhecem aspectos importantes da doença.

Apesar das referências em relação à cronicidade da doença e continuidade do tratamento na literatura consultada, os idosos deixam transparecer, na prática, a esperança de cura e parecem confirmá-la quando interrompem o tratamento, suprimem ou diminuem doses por conta própria, ao atingirem o controle dos níveis pressóricos, mesmo que seja por algum período de tempo. Esses ajustes posológicos podem ser perigosos e deveriam ser feitos a partir das orientações de um profissional de saúde. No entanto, por motivos pessoais como não gostar de ir ao médico, ou achar perda de tempo a busca do profissional, eles preferem se auto-ajustar, até que surjam complicações que julguem necessário a intervenção do profissional.

Alguns efeitos considerados aceitáveis e esperados como diurese acentuada pelo uso dos diuréticos tiazídicos, de alça e poupadores de potássio, principalmente quando o paciente está fora do domicílio também são empecilhos para a adesão. E para isso o paciente precisa estar ciente dos efeitos e ser orientado a usá-los logo no início da manhã, para não lhes causarem medos, nem lhes proporcionarem situações constrangedoras em público.

A tomada de medicamentos como o captopril e a furosemida, entre outros passíveis de interação com alimento, exige que o paciente mantenha o estômago vazio, por pelo menos uma hora antes da refeição ou duas horas após as refeições, afim da absorção dos mesmos não ser prejudicada. Em relação aos horários das tomadas dos medicamentos, esses devem ser fixos (principalmente os beta-bloqueadores como o propranolol e atenolol) e associados ao cotidiano das pessoas a fim de evitarem omissões de doses por esquecimento.

Algumas exigências são necessárias para o tratamento do idoso hipertenso ou com suspeitas. Entre elas podemos citar a necessidade de se priorizar as medidas não farmacológicas; a possibilidade de ocorrência da hipertensão do avental branco; a normotensão do avental branco; o seguimento pela equipe de saúde das normas de aferição dos níveis pressóricos propostas pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁴ e outros protocolos, evitando-se erros de aferição, e conseqüentemente equívocos no diagnóstico; a realização da Manobra de Osler; a verificação nos

dois braços; a pressão de pulso; a verificação da hipotensão ortostática entre outros^{26,27}.

No início do tratamento medicamentoso da hipertensão, a ocorrência dos efeitos colaterais é comum, mas tende a desaparecer com a continuidade. Além disso, o início dos efeitos duradouros e estabilizadores da pressão arterial também pode levar até três semanas para algumas classes farmacológicas. Verificamos muitas vezes, na prática em farmácia comunitária, que esses prazos não são respeitados ou até mesmo ignorados pelos prescritores e assim o paciente passa a experimentar diferentes medicamentos em um curto intervalo de tempo.

A submissão de muitos prescritores às pressões comerciais da indústria farmacêutica parece interferir na indicação do medicamento. O princípio de iniciar e incentivar as medidas não farmacológicas; monoterapia com fármacos mais conhecidos, eficazes e seguros; menores doses e maior espaçamento de tempo entre elas, principalmente para o idoso, dão lugar à polifarmácia e esquemas terapêuticos complicados, ao uso de doses altas passíveis de complicações, ao uso de associações e medicamentos novos que não tiveram ainda a sua segurança comprovada, além de serem inacessíveis economicamente.

Fatores relacionados ao acesso a medicamentos e aos serviços

A Organização Mundial da Saúde²⁸ evidenciou que 25% da população mundial está sem assistência farmacêutica completa, isto é, não têm acesso – ou têm acesso limitado – aos fármacos e às orientações referentes ao seu uso racional. Estima-se que no Brasil 64,5 milhões de pessoas em condições de pobreza não têm como custear suas necessidades básicas e não têm acesso aos medicamentos.

Nesta perspectiva, vários aspectos precisam estar organizados de modo a favorecer a garantia da assistência à saúde. Entre esses aspectos, no que concerne aos medicamentos, destacamos o acesso geográfico, acesso funcional, acesso de disponibilidade, acesso econômico e comunicacional⁹.

Com a territorialização e adscrição da clientela, os usuários do Sistema Único de Saúde garantiram como direito o atendimento de saúde integral nas proximidades de suas residências. Mesmo assim, idosos com dificuldades de locomoção necessitam ainda que as visitas domiciliares sejam mais frequentes e que a equipe de saúde seja ampliada, de acordo com a necessidade local.

Devido às características de heterogeneidade do envelhecimento na população, a presença efetiva de outros profissionais como farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, professores de educação física, nutricionistas e outros, se faz necessária. Com a implementação dos Núcleos de Apoio ao Programa Saúde da Família-NASF, essas lacunas vem sendo preenchidas.

O acesso comunicacional é capaz de facilitar, a partir do entendimento dialogado, vínculo e acolhimento, a identificação e conseqüente, minimização do uso irracional de medicamentos. Da mesma forma, o serviço precisa estar organizado para receber o usuário, bem como deve estar instrumentalizado dos meios capazes de facilitar o acesso considerando suas particularidades e dificuldades. Ou seja, deve haver organização do espaço de forma a favorecer

o acolhimento, facilidade de marcação de consultas, dispensação adequada do medicamento e melhor atendimento dos trabalhadores de forma a garantir o acesso funcional.

Em relação à disponibilidade de medicamentos e acesso a assistência farmacêutica integral é fundamental o cumprimento adequado das seguintes etapas como: seleção de medicamentos eficazes, seguros, acessíveis economicamente a serem, padronizados pelas Comissões de Farmácia e Terapêutica; programação/planejamento para garantir medicamentos em qualidade e quantidade adequada; aquisição a partir da efetivação do processo de compra de medicamentos pré-estabelecidos, e visando manter a regularidade e funcionamento do sistema; armazenagem considerando um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos relacionados com o recebimento, a estocagem, a guarda de medicamentos, a conservação, o controle de estoque, controle de qualidade; e a dispensação a partir da prescrição ou indicação farmacêutica, sendo o momento em que o farmacêutico esclarece as dúvidas sobre as doenças, uso racional de medicamentos e outras formas de cuidados, envolvendo acolhimento, vínculo, responsabilização e humanização^{29, 30}.

Os aspectos econômicos incluindo o custo do deslocamento à unidade adquirem especial importância no acesso aos medicamentos por idosos, pois muitos trabalhadores, ao envelhecer, deixam de possuir qualquer rendimento e a aposentadoria, na maior parte das vezes, reduz o poder econômico (Diaz³¹).

Considerando essa realidade é importante ressaltar que o custo mensal das prescrições dos pacientes não-aderentes é em média o dobro do custo mensal das prescrições dos aderentes³². Portanto, adere-se menos quanto maior for o custo dos medicamentos e de outras medidas não farmacológicas.

Fatores relacionados a incapacidades funcionais

Idoso saudável é aquele indivíduo que mesmo com uma ou mais doenças crônicas tem sua autonomia e capacidade funcional preservadas². Além do esquecimento, outras incapacidades funcionais, causadas pela diminuição da força física podem ser consideradas empecilhos para a adesão, assim como a distância da unidade de saúde do local de habitação, diminuição da visão ou da audição, depressão, demência e outros problemas emocionais²³. Além disso, as próprias complicações da hipertensão como as urgências e emergências, infarto, derrame, problemas de visão, entre outras contribuem para a diminuição da capacidade funcional dos idosos e conseqüentemente para o aumento da dependência de familiares ou cuidadores.

Cerca de 40 a 75% dos idosos não tomam seus medicamentos nos horários e em quantidades corretas; 25% das pessoas com mais de 65 anos apresentam perda auditiva, o que pode interferir no entendimento das instruções sobre o tratamento; 90% necessita de lentes corretivas e aproximadamente 20% dos com mais de 80 anos mostram-se incapazes de ler o receituário, bula ou rótulo mesmo com óculos³³. Esta deficiência visual pode levar a perda da discriminação correta das cores, ocasionando erros de administração²², já que muitos reconhecem seus medicamentos pela cor, caixa

ou tipo de embalagem que, inclusive podem ser modificados pela indústria farmacêutica.

Outro problema encontrado na prática é a dificuldade de deglutição, algumas vezes relacionadas com o estreitamento esofágico do envelhecimento. Nesses casos, os profissionais devem orientar o uso concomitante dos comprimidos e cápsulas com um copo de 300 mL aproximadamente de água ou se usar juntamente com algum alimento pastoso, caso não haja interação medicamentosa.

Ainda existe a possibilidade de se optar por formas farmacêuticas líquidas, comprimidos e cápsulas menores, ou ainda outros medicamentos. Dessa forma, evita-se a abertura e exposição dos princípios ativos das cápsulas que são muitas vezes irritantes, não agradáveis ao paladar e ao olfato; partição dos comprimidos e a consequente inexatidão da dosagem; riscos do uso de facas e instrumentos de corte; inativação dos princípios ativos que foram revestidos para absorção entérica ou que apresentam incompatibilidades físico-químicas em determinados solventes. Como exemplos, vivenciamos queixas frequentes de não-adesão devido ao tamanho das cápsulas de amoxicilina e fluoxetina, dos comprimidos de cefalexina, eritromicina e metformina. A glibenclamida, que existe na forma de pequeno comprimido, é preferida pelos idosos diabéticos apesar de ser considerada potencialmente inapropriada pelo maior risco de hipoglicemia³⁴.

Dentre todos os fatores relacionados a incapacidades funcionais, o esquecimento constitui um dos mais citados na literatura e também no dia-dia daqueles que lidam com idosos. Para evitá-lo é necessário a criatividade e o encorajamento da equipe de saúde no incentivo da utilização de estratégias simples que tem grande importância no tratamento e, nos casos mais graves se faz necessário um encaminhamento a profissionais especializados.

Algumas estratégias que podem ser adotadas são: associar os horários de tomar os medicamentos com atividades do cotidiano como as refeições, escovar os dentes, ao dormir ou acordar; usar lembretes na geladeira ou nos calendários; usar despertadores ou alarmes; quando são vários os medicamentos, fazer uma lista com o nome, dose, horário de cada um e a deixar num local visível; deixar os próprios medicamentos num local visível (fora do alcance de crianças); contar com os serviços de um cuidador capacitado.

Fatores relacionados a características sócio-demográficas

Alguns estudos sugerem que a adesão a tratamentos é deficitária em crianças e idosos, principalmente pela dependência que eles apresentam em relação a outras pessoas⁶. Segundo a OMS²⁸ alguns fatores que têm um efeito significativo sobre a adesão são: baixo status socioeconômico, pobreza, analfabetismo, baixo nível de educação, desemprego e condição de vida instável.

Com relação a sexo, idade, raça e escolaridade, no estudo de Giorgi e colaboradores³⁵, foram mais propensos ao abandono os pacientes masculinos com menos de 40 anos de idade e os analfabetos. No levantamento de Lessa e Fonseca²⁵ somente 12% dos pacientes eram do sexo masculino, a maioria (54,2%) aderiu somente às consultas; 25% aderiu às consultas e ao

tratamento; 8,3% ao tratamento isoladamente e os demais sem adesão. Entre as mulheres, 31,3% aderiram às consultas e ao tratamento; 34,6% apenas às consultas; 11,4% ao tratamento e 22,7% sem adesão. A frequência de adesão às consultas e ao tratamento foi de 53,6% para brancos e 19,7% para negros.

Fatores relacionais (instituições de atendimento, relação profissional de saúde-paciente e apoio social)

Um fator de grande relevância social é a relação médico-paciente, considerada por muitos como a base para a sustentação e efetividade do tratamento. Dellite e Silva (1996) evidenciaram que os pacientes esperam que seu médico seja amigo, conselheiro, profissional competente e que se preocupe com seus doentes e Di Matteo e colaboradores (1993), também, citados por Pierin, Strelec e Mion Júnior¹² incluíram a sensibilidade do médico no lidar com o paciente, incluindo tom de voz e a comunicação não-verbal.

Berger e Poirier apud Lopes²¹ citam que a dificuldade dos pacientes em aceitar a doença pode ser devido ao desinteresse do médico e mencionam a necessidade de superação das dificuldades de comunicação com o idoso.

Teixeira e Lefèvre²⁰ concluíram que um quarto dos diagnósticos e dos medicamentos era desconhecido pelos pacientes, implicando em uma das três considerações: eles não eram totalmente informados; a situação não era claramente explicada; ou se explicada, os pacientes não entendiam a terminologia médica.

A falta de apoio social também implica na adesão. Esse apoio é definido em termos da existência ou da quantidade de relações sociais em geral, ou da existência de um tipo em particular, tal como casamento, amizade ou grupos de convivência³⁶. Por exemplo, à medida que a família participa do tratamento, aderindo, por exemplo, às modificações no estilo de vida alcançam-se melhores níveis pressóricos, pois, para o idoso é muito importante se integrar socialmente, sentir-se valorizado e útil.

Além do autocuidado e dos cuidados familiares, os profissionais de saúde devem ser agradáveis, educados, compreender as limitações e diferenças de cada pessoa e transmitir segurança nas orientações. O paciente não é mais aquele que segue as orientações apenas. Ele precisa ser estimulado para o autocuidado e para participar das decisões, pois não há adesão quando falta o convencimento do paciente da necessidade de se tratar¹². Para que haja esse convencimento, as barreiras comunicacionais devem ser desconstruídas, de modo que o paciente saiba o que vai usar, como, quanto, por quanto tempo e o que poderá sentir de positivo ou negativo e quando retornar ao serviço.

Fatores relacionados ao locus de controle e perfil psicológico do paciente

Para estudar a relação entre locus de controle e comportamentos relativos à saúde Di Matteo e Di Nicola apud Almeida et al³⁶ citam a Multidimensional Health – Locus of Control Scale, medida por três fatores: 1) locus de controle de saúde interno - crença do indivíduo de que pode controlar aspectos de sua saúde com o próprio comportamento; 2) controle de outros poderosos sobre sua saúde – crença do indivíduo de que profissionais de

saúde ou outras pessoas poderiam manter ou recuperar sua saúde; e 3) locus de controle de saúde casual – crença do indivíduo de que sua saúde ou doença é um acontecimento casual, dependente da sorte. Logo, indivíduos com locus de controle de saúde interno teriam uma tendência à adesão – justamente por acreditarem que, em alguma medida, seu próprio comportamento controla os resultados do tratamento.

A aceitação do tratamento está intimamente relacionada com a aceitação da própria doença e não tanto com outros fatores^{37,38}. Conrad³⁹ denomina a espécie de teste que alguns pacientes mais ativos desenvolvem com seu tratamento de auto-regulação (self-regulation) e o descreve como uma forma de avaliar o estado atual da doença e da possibilidade de retirar ou diminuir a dose de medicamentos. Isso, com a intenção de superar o estigma de doente crônico, pois o ato de tomar o medicamento regularmente demonstra o tempo todo, que se é um doente crônico.

Diaz³¹ cita ainda sentimentos e quadros clínicos que precisam ser avaliados e que podem se relacionar com a não-adesão: depressão, negação ou medo da doença, auto-estima diminuída, ideias de suicídio e necessidade de sofrimento ou autopunição.

Não há ainda, um padrão de características preditivas de não-adesão, no que diz respeito a traços de personalidade. Daí a importância de dar uma ênfase sobre os sistemas cognitivos aprendidos socialmente, incluindo crenças, atitudes, valores e expectativas³⁶.

Fatores relacionados à crença, cultura e hábitos de vida

O comportamento de um indivíduo é influenciado por suas crenças e expectativas. Um indivíduo procuraria aderir a regimes de saúde preventivos e reabilitativos, contanto que o alívio ou a prevenção da doença fossem percebidos como mais positivos do que as dificuldades encontradas para obter a prevenção ou a cura. Para modificar o comportamento de saúde, um indivíduo necessitaria ainda se sentir ameaçado pela doença e sentir que teria algum poder para vencê-la³.

Em um estudo realizado por Teixeira e Spínola²³ 37,5% dos idosos afirmaram que cumprem a prescrição médica dependendo do que sentem e apenas 8,4% as cumprem totalmente. Após os sintomas terem desaparecidos, 62,5% abandonam a prescrição e 20,8% não tomam o medicamento quando não concordam com o médico. Ainda citam Cooper et al (1982) que verificaram que 90% da não-adesão deve-se ao cumprimento reduzido, principalmente quando são portadores de doenças assintomáticas, como a hipertensão.

Grande parte dos hipertensos e demais portadores de doenças crônicas experimentam várias crises (urgências e emergências hipertensivas), nas quais põem em risco suas vidas, até se convencerem da importância da adesão. Por isso, é fundamental que os profissionais assumam-se como co-responsáveis, utilizando seu conhecimento, criatividade e bom senso para atingir o universo do paciente, sem desprezar suas crenças, cultura e hábitos de vida e ajudá-los no enfrentamento da doença.

Muitos pacientes desconhecem a necessidade de continuação do tratamento, não aceitam o uso contínuo e o monitoramento, não compreendem ou julgam inadequada a posologia; não têm motivação para o tratamento,

possuem conceitos negativos sobre a eficácia do tratamento e apresentam sentimentos de estigmatização, descrença no diagnóstico e falta de percepção sobre os riscos.

Outra questão perigosa é crença de que os produtos naturais são isentos de qualquer efeito negativo. Assim, é comum a substituição dos medicamentos prescritos por tratamentos “naturais” como chás ou garrafadas “mágicas” que são oferecidos por parentes, amigos, vizinhos e propagandas ilegais sem embasamento científico, que de tão frequentes acabam por enganar as pessoas, sugando-lhes o dinheiro e pondo em riscos suas vidas.

Portanto, coadunando com Leite e Vasconcellos³ os pacientes, objeto e o objetivo das investigações e das ações para promover a adesão, devem ser ajudados e não culpados. Neles estão centrados os fatores que interferem na adesão à terapêutica, refletindo o contexto individual, familiar e social. Exigindo dessa forma, que o sistema de saúde desenvolva mecanismos de avaliação, enfrentamento e acompanhamento especializado, pois o acesso a medicamento e a programas multiprofissionais como a Estratégia Saúde da Família são imprescindíveis, mas insuficientes por si só para o sucesso farmacoterapêutico. A educação do paciente constitui parte essencial do tratamento e é dever dos profissionais enfatizar esta abordagem.

Conclusões

Os estudos de adesão podem contribuir significativamente, tanto para o planejamento e organização das ações de saúde quanto para reorientar as práticas assistenciais, na perspectiva da utilização racional dos medicamentos, principalmente por idosos, parcela da população que está mais exposta aos riscos de reações adversas, interações medicamentosas e iatrogenias.

Para que o idoso seja bem atendido no serviço de saúde e as suas necessidades satisfeitas deve-se considerar a heterogeneidade do envelhecimento. Para a equipe multidisciplinar que cuida de idosos, cada caso deve ser considerado como algo novo. Nesse sentido, e considerando os resultados dos estudos utilizados neste artigo, corroboramos com Gomes²⁴ ao considerar que é importante nunca estigmatizar o processo de envelhecimento devendo a equipe seguir algumas orientações de forma a possibilitar a adesão à terapêutica:

1) Avaliar a real necessidade da terapia e se o paciente está convencido de que realizará o que foi proposto. Sempre que possível deve-se recomendar medidas não-farmacológicas, avaliar as interações medicamentosas, o custo dos medicamentos ou a mudança na alimentação do paciente. É preciso desmistificar o uso obrigatório de medicamentos pelos idosos e quando necessários, deve dar prioridades a medicamentos com perfil de segurança e eficácia comprovados e com indicação específica e cientificamente embasada, definindo claramente os objetivos da terapia proposta;

2) Elaborar um histórico cuidadoso sobre atividades físicas, limitações funcionais, hábitos alimentares e uso de medicamentos, inclusive dos fármacos não-prescritos, plantas medicinais, fitoterápicos, homeopáticos, álcool, cafeína,

informações dietéticas, alergias e Problemas Relacionados a Medicamentos-PRMs;

3) Utilizar os Protocolos de Avaliação Global: Avaliação das Atividades de Vida Diária–AVDS, Avaliação das Atividades Instrumentais–AVIS, depressão, equilíbrio, marcha, declínios visuais e auditivos, cognição entre outros. Para o idoso com déficit cognitivo, deve-se exigir a presença de um responsável²⁷.

4) Priorizar metas junto com a equipe multidisciplinar e tentar descobrir o que faz parte do envelhecimento e o que é patológico. Tratar somente o que for patológico;

5) Conhecer a farmacologia dos medicamentos prescritos, inclusive os que para idosos devem ter dosagem menor e maior espaço de tempo entre as tomadas. O esquema de administração deve ser adequado às condições clínicas do paciente como a presença de doenças da tireóide, insuficiência cardíaca, renal ou hepática, cirrose, hemorragia, hipoalbuminemia, sobrepeso, desnutrição etc;

6) Evitar os medicamentos potencialmente inapropriados para idosos como o diazepam, clonazepam, amitriptilina, fluoxetina, glibenclamida, clorpropamida, metildopa, orfenadrina, prometazina dexclorfeniramina, carisprodol, ciclobenzaprina, amiodarona, bisacodil, óleo mineral, fenilbutazona, entre outros e quando estritamente necessários monitorar o seu uso³⁴. Os níveis plasmáticos de fármacos de uso contínuo, principalmente os de índice terapêutico baixo como a digoxina, carbamazepina, fenitoína, aminoglicosídeos e outros devem ser monitorados, questionando sempre sobre eficácia e efeitos colaterais¹;

7) Simplificar ao máximo os esquemas terapêuticos, adequá-los ao cotidiano do idoso, estimular o autocuidado, a corresponsabilização pela saúde e encorajar para a adesão ao tratamento;

8) Prevenir e corrigir o uso inadequado de medicamentos (dose maior ou menor, frequência maior ou menor, espaçamento de tempo entre as doses. Evitar tratar efeitos colaterais de um medicamento com outro medicamento;

9) Atualizar-se constantemente, utilizando fontes seguras de informações a fim de revisar as metas e planos terapêuticos;

10) Conversar com os idosos dando-lhes um tempo suficiente para as respostas e sempre que possível, também com os familiares e com os outros profissionais de saúde;

11) Escrever legivelmente e usar outros artifícios como imagens e cores para os idosos analfabetos ou com problemas visuais. Identificar-se na prescrição de medicamentos ou outras orientações. Datar as receitas e escrever quantas revalidações deverão ser atendidas pela farmácia, sendo ideal até o máximo de seis revalidações para pacientes estáveis ou quantidade suficiente até a data de retorno do paciente. Não esquecer a dosagem do medicamento, nome genérico, aprazamento, duração do tratamento e quantidade expressa em número de comprimidos, cápsulas ou frascos e nunca em caixas. Escrever por extenso, não usar abreviaturas e siglas. Evitar fatores confusionais como zeros decimais (escreva 0,125 mg ao invés de ,125mg) e zero após vírgula (escreva 2mg ao invés de 2,0mg ou 2,5mg ao invés de 2,50mg);

12) Certificar-se de que o paciente ou o responsável incorporou as orientações.

Tais estratégias são significativas e possibilitam a melhoria na qualidade de vida dos idosos, a promoção da saúde e a prevenção de outros agravos, devendo ser incorporada às práticas da equipe de saúde. Além disso, antes da avaliação e classificação dos pacientes em aderentes ou não aderentes, os problemas com a terapêutica medicamentosa devem ser analisados quanto a sua indicação, efetividade e segurança, para só depois de esgotadas as possibilidades de erros nestes parâmetros, verificar uma possível falta de adesão proposital ou não por parte do paciente e assim buscar estratégias em conjunto para a adequação da terapêutica³⁹.

Assim, é imperativo que os membros da equipe tenham habilidades para que seja alcançada a resolubilidade nos casos geriátricos. Ademais, para a garantia da adesão à terapêutica, é necessário investimento nos serviços de saúde vislumbrando maior acesso; qualificação e integração da equipe; modificação das práticas cotidianas de relacionamento com os idosos, as quais devem estar fundamentadas nos aspectos técnicos dos saberes profissionais e também subjetivos das relações humanas; e valorização dos aspectos psicossociais que caracterizam esse momento da vida.

Referências

1. Ramos LR. Terapêutica medicamentosa no idoso. In: Prado FC, Ramos JA, Valle JR. Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento. 20. ed. São Paulo: Artes médicas, 2001.
2. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saúde Pública 2003; (19)3:793-8.
3. Leite SN, Vasconcellos M da PC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc saúde coletiva 2003; (8)3:775-82.
4. Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial, 6. Campos do Jordão: Soc Bras Hipertensão, Soc Bras Cardiologia, Soc Bras Nefrologia, 2010.
5. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Júnior D. A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol 2003; (81)4:343-8.
6. Pierin AMG, Mion JR D, Fukushima J, Pinto AR, Kaminaga M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. Rev Esc Enf USP 2001; (35)1:11-8.
7. Pierin AMG. Adesão ao tratamento: conceitos. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion Júnior D. Adesão ao Tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos, 2001.
8. Pierin AMG, Car MR, Giorgi DMA, Mion JR D. Atendimento de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial. Rev Bras Med (Cardiologia) 1984; 3:209-11.
9. Alencar BR, Cavalcante EAB, Pires GB, Santana, MMV de O. Perfil de saúde dos idosos da UATI- Universidade Aberta à Terceira Idade. Apresentado no 14º Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia; 2004; Jun 08-11; Salvador. p.117.
10. Alencar BR, Cavalcante EAB, Pires GB, Freitas, IV. Perfil dos pacientes hipertensos atendidos pelo serviço de Farmácia Clínica em um centro de saúde de Feira de Santana. Apresentado no 5º Congresso Brasileiro de Medicamentos Genéricos; 2004; Out 07-09; Salvador. p.27.

11. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. *Arq Bras Cardiol* 2002; (79)4:375-9.
12. Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Júnior D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG, organizador. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri: Manole, 2004, p 275-89.
13. Romano-Lieber N, Teixeira JJV, Farhat FCLG, Ribeiro E, Crozatti MTL, de Oliveira GSA. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. *Cad Saúde Pública* 2002; (18)6:1499-507.
14. Fuchs FD, Lubianca JF, Moraes RS. Blood pressure effects of antihypertensive drugs and lifestyle modification in a Brazilian hypertensive cohort. *Hypertension* 1997; 15:783-92.
15. Coelho Filho JM. Perfil de utilização de medicamentos por idosos no município de Fortaleza, Ceará: um estudo de base populacional. [Tese de Doutorado]. Ceará: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual do Ceará; 2000.
16. Karnikowski MG de O, Novaes MRCG. A medicalização e o idoso. In: Novaes MRCG, organizador. *Assistência farmacêutica ao idoso: uma abordagem multiprofissional*. Brasília: Thesaurus, 2007, p.167-78.
17. SALVADOR AD. Métodos e técnicas de pesquisa bibliográfica. Porto Alegre: Sulina, 1986. 239p.
18. Nuesch R, Schroeder K, Dieterle T, Martina B, Battegay E. Relation between insufficient response to antihypertensive treatment and poor compliance with treatment: a prospective case-control study. *BMJ* 2001;323:142-6.
19. Mion Júnior D, Pierin AMG. Causas de baixa adesão ao tratamento e o perfil de pacientes hipertensos. Apresentado no 5º Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão; 1996; São Paulo, p.120.
20. Teixeira JJV, Levêfre F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso *Rev Saúde Pública* 2001; (35)2:207-13.
21. Lopes RG da C. Saúde na Velhice: as interpretações e os reflexos no uso do medicamento. São Paulo: EDUC, 2000.
22. Soares MA. O medicamento e o idoso. *Farmácia Portuguesa* 1990; 66:15-25.
23. Teixeira JJV, Spínola AWP. Comportamento do paciente idoso frente à aderência medicamentosa. *Arq Geriatr Geront* 1998; (2)1:5-9.
24. Gomes CA. A assistência farmacêutica na atenção à saúde. Belo Horizonte: FUNED, 2007.
25. Lessa I, Fonseca J. Raça, Aderência ao Tratamento e/ou Consultas e Controle da Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 1997; (68)6:443-9.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. 192p.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. 58p.*
28. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Library Cataloguing-in-Publication, 2003, 211p.
29. Alencar T de OS, Nascimento MAA do; Alencar BR. *Assistência Farmacêutica no SUS: articulando sujeitos, saberes e práticas*. Feira de Santana: Editora UEFS; 2011.
30. Alencar T de OS, Bastos VP, Alencar BR, Freitas IV. Dispensação farmacêutica: uma análise dos conceitos legais em relação à prática profissional. *Rev. Ciênc. Farm.Básica Apl.* 2011; (32)1:89-94.

31. Diaz RB. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes idosos. In: Netto MP, organizador. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão global. São Paulo: Atheneu; 2002, p.230-41.
32. Brand FN, Smith RT, Brand PA. Effect of economic barriers to medical care on patient's noncompliance. Public Health Reports 1977; 92:72-8.
33. Centro de Informações sobre Medicamentos. Uso de medicamentos pelo idoso. Boletim CIM Informa 2003. São Paulo: Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo, 2003.
34. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. Arch Intern Med. 2003; 163:2716-24.
35. Giorgi DMA, Mion JR D, Marcondes MM. Aderência ao Tratamento em Hipertensão Arterial: influência de variáveis estruturais e de estratégias que visem sua melhoria. Rev Bras Med (Cardiologia) 1985; 4:167-76.
36. de Almeida HO, Versiani ER, Dias, AR, Novaes MRCG, Trindade EMV. Adesão a tratamentos entre idosos. Com Ciências Saúde 2007; (1)18:57-67.
37. Stanton AL. Determinants of adherence to medical regimens by hypertensive patients. Behav med 1987; (4)10:377-94.
38. Dowell J, Hudson H. A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. Family Practice 1997; (5)14:369-75.
39. Conrad P. The meaning of medication: another look at compliance. Social Science and Medicine 1985; (1)20:29-37.
40. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. O Exercício do Cuidado Farmacêutico. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2006

Agradecimentos

Bruno Rodrigues Alencar foi responsável pela concepção, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

Alba Benemérita Alves Vilela foi responsável pela revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Margarida Maria de Vasconcelos Oliveira foi responsável pela revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Tatiane de Oliveira Silva Alencar foi responsável pela revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Inalva Valadares Freitas foi responsável pela aprovação final da versão a ser publicada.

Endereço para correspondência

Universidade Estadual de Feira de Santana-BA
Av. Transnordestina, s/n. Bairro: Novo Horizonte. Caixa
postal 252 e 294.
Feira de Santana – Bahia
CEP: 44.036-900.

Recebido em 09/07/2010

Aprovado em 30/08/2011