

Dificuldades de indivíduos com doença arterial coronária para seguir tratamento medicamentoso*

Difficulties of individuals with arterial coronary disease to continue drug treatment

Dificultades de individuos con enfermedad arterial coronaria para seguir tratamiento medicamentoso

Glicia Gleide Gonçalves Gama¹, Tássia Lacerda de Queiroz², Armênio Costa Guimarães³, Fernanda Carneiro Mussi⁴

RESUMO

Objetivo: Descrever as dificuldades encontradas por indivíduos com doença arterial coronária para o seguimento de tratamento medicamentoso. **Métodos:** Estudo descritivo de corte transversal que incluiu 100 adultos entrevistados em hospital público, em Salvador-BA e os resultados foram analisados em percentuais e médias. **Resultados:** Predominou homens, média de idade de 58,7±10,9 anos, cor/etnia negra, baixa escolaridade e renda. Dentre os participantes, 34% não cumpriam integralmente a receita médica em razão de condições econômicas deficitárias, esquecimento e falta de orientação dos profissionais da saúde. A compra de, pelo menos uma medicação, era feita por 89%. Dos 81 indivíduos com a receita na entrevista, 57 (70,4%) utilizavam cinco ou mais medicamentos diariamente e 67 (82,7%) não sabiam o nome de todas as medicações por causa do controle delas ser feito pelo familiar, esquecimento, limitações para leitura da receita e falta de hábito de consultá-la. **Conclusão:** Constatou-se baixo seguimento e entendimento das medicações prescritas. O baixo nível socioeconômico e a abordagem interdisciplinar insatisfatória parecem constituir fatores para estes achados.

Descritores: Doença da artéria coronariana; Conduta do tratamento medicamentoso; Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

Objective: To describe the difficulties encountered by individuals with arterial coronary disease in monitoring the drug treatment. **Methods:** It is a cross-sectional study involving 100 adults interviewed in a public hospital, in Salvador-BA; the results were analyzed as percentages and averages. **Results:** Men predominated, with an average age of 58.7±10.9 years, black skin color/ethnicity, low education and low income. Among the participants, 34% did not comply fully with the medical prescription because of economic conditions, forgetfulness and lack of guidance from health professionals. The purchase of at least one medication was made by 89%. Of the 81 individuals who had a prescription in the interview, 57 (70.4%) used five or more drugs daily; 67 (82.7%) did not know the name of all medicines, because: control was done by a family member, forgetfulness, difficulties to understand the prescription and, lack of a consulting habit. **Conclusion:** There was a low monitoring and understanding of prescribed medications. The socio-economic conditions and the unsatisfactory interdisciplinary approach seem to be the factors that explain the findings.

Descriptors: Coronary artery disease; Medication therapy management; Nursing care

RESUMEN

Objetivo: Describir las dificultades encontradas por individuos con enfermedad arterial coronaria para seguir el tratamiento medicamentoso. **Métodos:** Es un estudio descriptivo de corte transversal que incluyó 100 adultos entrevistados en un hospital público, en Salvador-BA; los resultados fueron analizados en porcentajes y promedios. **Resultados:** Predominaron los hombres, con un promedio de edad de 58,7±10,9 años, color/etnia negra, baja escolaridad y renta. Entre los participantes, 34% no cumplieron totalmente con la receta médica debido a condiciones económicas, olvido y falta de orientación de los profesionales de la salud. La compra de, por lo menos, una medicación fue hecha por 89%. De los 81 individuos que tenían receta en la entrevista, 57 (70,4%) utilizaban cinco o más medicinas diariamente y 67 (82,7%) no sabían el nombre de todas las medicinas debido a que: el control era hecho por un familiar, se olvidaban, tenían limitaciones para leer la receta y, por falta de hábito de consultarla. **Conclusión:** Se constató un bajo seguimento y entendimiento de las medicaciones prescritas. El bajo nivel socio-económico y el abordaje interdisciplinar insatisfactorio parecen constituir los factores que explican lo encontrado.

Descritores: Enfermedad de la arteria coronaria; Administración de Terapia de medicación; Atención de enfermería

* Trabalho realizado em um ambulatório de cardiologia de um hospital estadual, em Salvador - (BA), Brasil.

¹ Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Salvador (BA), Brasil.

² Acadêmica do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Bolsista Pibic da Universidade Federal da Bahia – UFBA - Salvador (BA), Brasil.

³ Doutor. Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia – UFBA - Salvador (BA), Brasil. Professor Titular da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador (BA), Brasil.

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Universidade Federal da Bahia – UFBA - Salvador (BA), Brasil.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) configuram-se como a maior causa de morbidade e mortalidade mundial⁽¹⁾. Durante o ano de 2003, aproximadamente, 60% das mortes ocorridas no mundo foram em decorrência de doenças não transmissíveis, das quais 47% eram de etiologia cardiovascular⁽²⁾.

A frequência de tais doenças aumenta mais velozmente nos países em desenvolvimento. De acordo com projeções da Organização Mundial da Saúde, esta tendência de elevação tende a persistir, agravando ainda mais o quadro de morbidade e mortalidade nesses países⁽³⁾. Dentre as causas importantes que desencadeiam este fenômeno, estão a urbanização acelerada, a maior taxa de natalidade, o aumento na proporção de casos de obesidade e hipertensão arterial⁽⁴⁾.

Nos países em desenvolvimento, especialmente as camadas mais pobres e com menor nível de escolaridade, são as consideradas mais vulneráveis aos fatores de risco cardiovascular. Estudos realizados no Brasil, evidenciam a relação entre o baixo nível socioeconômico e a obesidade e entre a baixa escolaridade e o acúmulo desses fatores⁽⁴⁾.

Grande parte dos fatores de risco cardiovasculares podem ser prevenidos ou controlados por modificações no estilo de vida, com o objetivo de reduzir os eventos cardiovasculares e aumentar a sobrevivência⁽⁵⁾. Portanto, todos os indivíduos que apresentam risco cardiovascular aumentado, devem ser orientados para a importância da adoção de medidas não farmacológicas⁽³⁾.

O tratamento medicamentoso deve ser iniciado em pessoas de risco cardiovascular baixo ou intermediário que não atingiram as metas, após a adoção de medidas não farmacológicas. Nos indivíduos de alto risco, o tratamento medicamentoso e as medidas não farmacológicas devem ser iniciados de forma simultânea⁽³⁾.

No Brasil, as DCV representam a principal causa de gastos com a assistência, correspondendo a 16,2% do total das despesas do Sistema Único de Saúde⁽⁴⁾. Os dois principais determinantes desses gastos são as internações e o manejo farmacológico crônico⁽⁶⁾.

Pode-se considerar o uso adequado dos medicamentos como uma tecnologia custo-efetiva. Por outro lado, eles podem aumentar os custos da atenção à saúde se utilizados de maneira inadequada e/ou levar à ocorrência de reações adversas⁽⁷⁾. Além disso, o uso inadequado dos medicamentos pode interferir no controle da doença.

Mesmo com a implantação de políticas que visam ao acesso aos medicamentos no Brasil, como os genéricos e as listas de medicamentos essenciais, muitas prescrições trazem medicamentos que não são acessíveis à grande parte da população, impedindo o seguimento do tratamento prescrito⁽⁷⁾. Apesar dos gastos com fármacos representar grande parte do investimento em saúde pública, a disponibilização gratuita de tais medicamentos não cobre

as necessidades da população. No acompanhamento dos pacientes, é comum a irregularidade do tratamento farmacológico, que pode estar ligado à falta de recursos financeiros para adquirir o medicamento, quando este não é encontrado na instituição⁽⁸⁾.

O não seguimento do tratamento medicamentoso não só está relacionado ao ato de tomar ou não remédios, mas também à conduta do indivíduo em relação à administração de seu tratamento. Nesse contexto, destaca-se o comportamento inadequado em relação à dose, horário, frequência e duração⁽⁹⁾.

Conceitualmente, o não seguimento ao tratamento medicamentoso precisa ser assumido, como um problema de múltiplas dimensões, pois vários fatores podem estar envolvidos, como: características sócio-demográficas (idade, escolaridade e nível socioeconômico); doenças (cronicidade, sintomatologia); crenças, hábitos culturais e de vida; tratamento (custo, reações indesejáveis, esquemas complexos); instituição (acesso, atendimento) e o relacionamento com os profissionais de saúde⁽⁸⁾.

A automedicação também constitui importante obstáculo a adequada terapêutica medicamentosa. A familiaridade do leigo com os medicamentos, as experiências positivas anteriores e a dificuldade de acesso a serviços de saúde são fatores que contribuem para tal problema. Consequências dessa prática envolvem a possibilidade de agravamento de problemas de saúde; o atraso na busca do tratamento mais adequado; interações entre medicamentos; risco de reações adversas e toxicidade⁽¹⁰⁾.

A prevenção e o controle de DCV é um desafio permanente a todos os profissionais da equipe de saúde, o que implica o alcance das metas terapêuticas. Neste contexto, o enfermeiro como parte dessa equipe exerce papel fundamental na identificação das barreiras que podem levar ao não cumprimento ou ao cumprimento insatisfatório do tratamento farmacológico, oferecendo as informações e condições necessárias para que compreendam a racionalidade terapêutica da prescrição e a forma mais adequada de utilizar os medicamentos⁽¹¹⁾.

No ambulatório de cardiologia preventiva de um hospital estadual situado em Salvador/BA observou-se na experiência cotidiana das consultas de enfermagem, que várias pessoas com diagnóstico médico de doença arterial coronária (DAC) apresentavam fatores envolvidos na falta de adesão ao tratamento medicamentoso de naturezas econômica, social e cultural. Essa constatação suscitou a seguinte indagação: Quais as dificuldades de pessoas com DAC para o seguimento de tratamento medicamento? Entende-se que a resposta para esta questão contribui para a intervenção interdisciplinar vinculada ao ambulatório de coronária de um hospital público, visando ao melhor controle da doença.

OBJETIVO

Descrever as dificuldades encontradas por indivíduos com doença arterial coronária para o seguimento do tratamento medicamentoso.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, realizado em um ambulatório de cardiologia de um hospital estadual, em Salvador-BA, referência do Sistema Único de Saúde para atendimento em cardiologia.

Para o cálculo do tamanho da amostra (n), tomou-se como parâmetro a prevalência estimada para o infarto agudo do miocárdio (IAM) de 99/100.000 adultos em Salvador/BA⁽¹²⁾. Foram também considerados no cálculo da amostra os seguintes parâmetros:

$$n = \frac{NP(1-P)}{(N-1)D + P(1-P)} \quad \text{onde, } D = \frac{B^2}{Z_{\alpha/2}} \quad \text{e}$$

$$P\left(\left|\hat{P} - P\right| \leq B\right) = 1 - \alpha$$

N número de total da população assumida durante o período de coleta de dados = 1.000 (KISH, 1965); P - proporção dentro da população estudada = 0,099; n - tamanho da amostra; α - nível de significância; $(1 - \alpha)$ 100% - grau de confiança; B - erro máximo estimado e desejado; $Z_{\alpha/2} = 1,96$; $1 - \alpha = 0,95$, $B = 0,04$ ou 4%.

De acordo com o cálculo, o tamanho da amostra seria 99, mas esta foi composta por 100 indivíduos atendidos no ambulatório, cujos critérios de inclusão foram: adultos, a partir de 18 anos, de ambos os sexos, conscientes, orientados no tempo e espaço, matriculados no ambulatório, com diagnóstico médico de IAM (CID - I21.9), angina instável (CID - I20.0) e/ou submetidos a revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia transluminal percutânea com ou sem *stent*.

Elaborou-se um instrumento constituído de duas partes: a Parte I foi composta por dados sócio-demográficos, como: sexo, idade, cor/etnia autodeclarada, estado civil, escolaridade, situação empregatícia, número de dependentes e renda familiar; antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus, sobrepeso/obesidade, dislipidemia, infarto do miocárdio, angina e menopausa. A Parte II abrangeu questões semiestruturadas sobre as dificuldades para o seguimento do tratamento medicamentoso, a exemplo de: Quais os remédios que foram receitados pelo médico? Quanto aos remédios receitados pelo médico: [1] você consegue tomar [2] você não consegue tomar. Se não, por quê?

As entrevistas foram realizadas no período de março a julho de 2008. Após a confirmação do diagnóstico

médico de DAC no prontuário dos indivíduos que iriam passar ou tinham passado por consulta médica, estes eram abordados, recebidos em sala privativa e após concordância à participação no estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido informado era iniciada a entrevista.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em fevereiro de 2008 e respeitou os princípios éticos da Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾.

Os dados registrados e codificados nos formulários constituíram um banco de dados no programa estatístico SPSS 13.0 for Windows. Os resultados foram analisados em percentuais e médias e apresentados em tabelas.

RESULTADOS

Características sociodemográficas e clínicas para DAC e fatores de risco cardiovascular

Os dados da Tabela 1 retratam predomínio do gênero masculino (56,0%) e da procedência de Salvador (72,0%). A média de idade entre os participantes foi de 58,7 anos \pm 10,9 anos (58,5 entre os homens e 58,9 entre as mulheres), predominando pessoas na faixa etária <60 anos (54,0%). A maioria dos indivíduos era da cor/etnia negra (cor preta e cor parda autodeclarada) (84,0%), vivia com companheiro(a) (52,0%), possuía baixa escolaridade (34,0% não letrados e 53,0% até o ensino fundamental), não tinha ocupação em razão da aposentadoria ou desemprego (68,0%), recebia até dois salários mínimos por mês (82,0%), e possuía de um a três dependentes (56,0%). A metade deles submeteu-se ao primeiro atendimento no lócus de estudo em 2007 (50,0%); 40,0%, em 2008 e 10,0%, em 2006.

Quanto ao modo de aquisição dos medicamentos, apenas 11 participantes recebiam gratuitamente todas as medicações prescritas pelo posto de saúde ou por doações. A maioria dos entrevistados (89,0%) realizava a compra de, pelo menos, uma medicação prescrita pelo médico. Para facilitar a compra das medicações, 79,8% dos indivíduos faziam uso do produto genérico, reduzindo os custos.

A caracterização da DAC mostrou que a maioria dos indivíduos já teve IAM (82,0%), seguida dos que apresentavam angina instável (18,0%). Dos 82 indivíduos que sofreram infarto, 80 (85,4%) sofreram um, 9 (11,0%) sofreram dois e 3 (3,6%) tiveram três infartos.

Independente do tipo de evento coronário, 68,0% da amostra tiveram o diagnóstico médico, há menos de 1 ano.

Evidenciou-se que 10,0% dos participantes foram matriculados no lócus de estudo, em 2006, e 90,0%, nos anos de 2007 e 2008. Desses 90,0%, 64 indivíduos (71,1%) sofreram o último evento coronário há menos de um ano, retratando que parece coincidir o período de ocorrência do evento como de atendimento no

ambulatório de cardiologia preventiva.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes de um ambulatório de cardiologia, segundo dados sociodemográficos. Salvador – Bahia, 2008.

Variáveis	n (100) %
Sexo	
Masculino	56
Feminino	44
Idade	
< 50 anos	22
50 – 60 anos	32
≥ 60 anos	46
Cor/ etnia autodeclarada	
Branca	16
Preta	21
Parda	63
Estado Civil	
Com companheiro (casado ou amasiado)	52
Sem companheiro (solteiro, viúvo ou divorciado)	48
Escolaridade	
Analfabeto ¹	34
Até ensino fundamental	53
Até ensino médio	8
Até ensino superior	5
Situação Empregatória	
Com ocupação	32
Sem ocupação	68
Renda Familiar (em salário mínimo ²)	
≤ 1 salário	35
1-2 salários	47
≥ 3 salários	18
Número de Dependentes	
1-3 pessoas	56
4-6 pessoas	39
> 6 pessoas	5
Local de Residência	
Salvador	72
Região Metropolitana ³	5
Outras cidades da Bahia	23
Ano do 1º atendimento no lócus do estudo	
2006	10
2007	50
2008	40
Aquisição de Medicamentos	
Apenas compra ⁴	40
Compra ⁴ e recebe ⁵	49
Apenas recebe ⁵	11

¹Não sabe ler e escrever, pode apenas assinar o nome; ² Valor do salário mínimo em 2008: R\$ 415,00; ³ Região Metropolitana inclui as cidades: Camaçari • Candeias • Dias d'Ávila • Itaparica • Lauro de Freitas • Madre de Deus • Mata de São João • São Francisco do Conde • São Sebastião do Passé • Simões Filho • Vera Cruz; ⁴Dos 89 indivíduos que compram medicação, 71 usam Genérico; ⁵Refere-se às recebidas pelo posto de saúde, às amostras grátis e doações.

Dentre os fatores de risco cardiovasculares referidos pelos indivíduos (Tabela 2), destacaram-se a hipertensão arterial (94,0%), dislipidemia (83,0%) e menopausa em 73,0% das mulheres. Apenas 4,0% dos indivíduos ainda mantinham o hábito de fumar; no entanto, 59,0% referiram ser ex-tabagistas. Observou-se ainda, que 35,0% relataram diabetes 48,0% excesso de peso e 76,0% dos indivíduos negaram a prática

de exercício físico; e apenas 19,0% a realizavam mais do que três vezes por semana por no mínimo 30 minutos.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes de um ambulatório de cardiologia, segundo referência de fatores de risco cardiovascular. Salvador – Bahia, 2008.

Antecedentes pessoais de fatores de risco cardiovascular	n % 100
Hipertensão Arterial	
Sim	94
Não	6
Diabetes Mellitus Tipo 2	
Sim	35
Não	63
Não sabe	2
Alteração da gordura no sangue	
Sim	83
Não	9
Não sabe	8
Excesso de peso	
Sim	48
Não	51
Não sabe	1
Tabagismo	
Sim	4
Não	37
Ex-tabagista	59
Sedentarismo	
Exercício físico < 3x p/ semana	5
Exercício físico 3-5x p/ semana no min. 30'	16
Exercício físico >5x p/ semana no min. 30'	3
Não realiza exercício físico	76
Menopausa (n=44 ¹)	
Sim	32
Não	10
Não sabe	1
Histerectomia	1

¹56 participantes eram do sexo masculino

Entraves para o seguimento do tratamento medicamentoso

(Dis) Concordância entre o nome das medicações prescritas e as lembradas pelos participantes

No momento da entrevista, verificou-se que 81,0% dos participantes dispunham da receita médica e 19,0% haviam deixado no domicílio. Questionou-se a esses 81 indivíduos os nomes dos medicamentos que usavam e, posteriormente, comparou-se o relato apresentado por eles com os nomes dos medicamentos em receita médica. Verificou-se concordância entre as fontes para apenas 14 participantes (17,3%). Mas, deve-se lembrar que um possível viés da pesquisa é a falta de lembrança dos nomes dos medicamentos pelos participantes no momento exato da entrevista. Evidenciou-se que dos 81 indivíduos que apresentaram a receita médica, 57 (70,4%) utilizavam cinco ou mais medicamentos diariamente.

Os 67 indivíduos que não souberam informar

corretamente o nome de todas as medicações da receita médica, apontaram 120 razões sobressaindo-se as situações em que o controle das medicações é exercido pelo familiar (35,0%), o esquecimento (26,6%), as limitações com relação à leitura da receita (14,2%), a falta de hábito de consultar a receita (11,7%) e não ter recebido orientações da equipe de saúde (6,7%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes de um ambulatório de cardiologia, segundo razões que dificultaram a informação correta do nome da medicação prescrita. Salvador – Bahia, 2008.

Dificuldades para informar os medicamentos prescritos	n (67)	%
Controle feito pelo familiar	42	35,0
Esquecimento	32	26,6
Não sabe ler a receita	17	14,2
Não tem o hábito consultar receita	14	11,7
Não foi orientado	8	6,7
Só faz uso da medicação consultando a receita	5	4,2
Não entende a letra do médico	1	0,8
Identifica os remédios pelo tamanho e cor	1	0,8
Total*	120	100

* mais de uma resposta por participante

(Des) cumprimento da receita médica

A maioria dos participantes (66,0%) informou tomar todos os medicamentos prescritos. Destaca-se que dos 14 participantes (17,3%) que souberam informar o nome dos medicamentos da receita médica apenas um (7,1%) não a seguia integralmente em razão do próprio esquecimento.

Dos 34,0% que não cumpriam integralmente a receita médica, a maioria tinha idade ≥ 60 anos (53,0%), era analfabeta (53,0%), não possuía ocupação (61,7%) e tinha renda mensal ≤ 1 salário mínimo (56,0%).

Conforme os dados da Tabela 4, entre os motivos relatados para o não cumprimento da receita médica, prevaleceram as condições econômicas deficitárias para 14 (41,2%), sendo que destes 10 (71,4%) tinham renda mensal menor ou igual a um salário mínimo e os demais (28,6%) de um a dois salários mínimos. Dos 14 (41,2%) participantes que informaram não seguir a prescrição médica por condição socioeconômica deficitária, 12 (85,7%) compravam, pelo menos, alguma medicação (três compravam todas as medicações e nove recebiam gratuitamente uma parte e a outra era comprada) e dois (14,3%) dependiam exclusivamente das medicações ofertadas pelo posto de saúde, não tendo disponível sempre todas as medicações da receita médica.

Outras razões destacadas para o não seguimento da receita médica incluíram o próprio esquecimento de tomar a medicação no horário previsto (26,4%) e a falta de orientação oferecida por parte dos profissionais de saúde (11,8%).

Chama atenção o fato de que dos 34 indivíduos que não cumpriam integralmente a receita médica, 14 (41,2%) tinham o controle das medicações feito pelo familiar.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes de um ambulatório de cardiologia, segundo motivos referidos para o não cumprimento integral da receita médica. Salvador – Bahia, 2008.

Motivos referidos	n (34)	%
Condição econômica deficitária	14	41,2
Esquecimento	9	26,4
Falta orientação dos profissionais de saúde	4	11,8
Não valoriza o tratamento	3	8,8
Efeitos adversos da medicação	2	5,9
Familiar esquece	2	5,9

DISCUSSÃO

O estudo foi realizado em um grupo de homens e mulheres, considerado de alto risco cardiovascular, já que possuíam DAC prévia, ou seja, 18,0% tiveram diagnóstico médico de angina instável e 82,0%, de IAM.

Sabe-se que o risco de doença cardiovascular duplica após os 55 anos⁽¹⁴⁾, corroborando com os achados deste estudo em que a média de idade para os homens foi de 58,5 anos e de mulheres (44,0% da amostra) 58,9 anos.

O grupo apresentou também características socioeconômicas homogêneas: dependente de atendimento pelo Sistema Único de Saúde, oriundo basicamente da cidade de Salvador e Região Metropolitana, declarou-se majoritariamente de cor/etnia negra e vivia em condições de desigualdade social evidenciada pela baixa escolaridade e renda familiar, além de inatividade profissional, em razão de aposentadoria ou desemprego. Estes achados confirmam as descrições nas literaturas nacional^(4,15) e internacional⁽¹⁶⁾ que trazem tais características socioeconômicas, como potencializadoras do risco de doença cardiovascular.

A presença de vários fatores de risco cardiovascular foi relatada pelos participantes do estudo e sabe-se que tais fatores tendem a ocorrer com mais frequência em populações de menor acesso a recursos econômicos e culturais⁽¹⁷⁾. O alto risco cardiovascular dos participantes do estudo e a presença de fatores de risco relatados por si só demandam a necessidade da aderência ao tratamento medicamentoso, visando ao controle da doença.

Neste estudo, dos 14 (17,3%) participantes que souberam informar o nome dos medicamentos da receita médica, 13 cumpriam integralmente. Portanto, a identificação correta do nome dos medicamentos parece ser um elemento que contribui para o seguimento correto da terapêutica medicamentosa.

Os 67 indivíduos que informaram incorretamente o nome das medicações da receita médica, justificaram, predominantemente, pelo fato do controle das mesmas ser exercido pelo familiar (35,0%). Esses indivíduos, cujo controle das medicações era feito pelo familiar, tinham idade maior ou igual a 60 anos, devendo-se considerar dificuldades que podem estar relacionadas à população em questão, como falhas de memória, cognição deficiente, diminuição da

destreza manual e acuidade visual, gerando a dependência. Dentre as alterações que geram alguma dependência, destacam-se as relacionadas ao adoecimento e, nestas ocasiões, a família é a principal fonte de cuidados por ter uma responsabilidade culturalmente definida ou vínculo afetivo⁽¹⁸⁾, sendo imprescindível ser alvo das ações educativas relacionadas ao processo terapêutico de seus entes.

Outras razões apontadas para a informação incorreta do nome dos medicamentos prescritos foram o esquecimento (26,4%) e as limitações pessoais com relação à leitura da receita (14,2%) motivos que por si só expressam dependência de outrem para o uso correto das medicações. Mas, vale ressaltar que os que apontaram como uma das razões o esquecimento, apenas dois tinham o controle da medicação feito pelo familiar.

Ainda vale destacar que 11,8% informaram desconhecer o nome dos medicamentos receitados por falta de orientações da equipe de saúde. Não se pode admitir que pacientes sejam encaminhados para casa com uma receita à mão sem qualquer esclarecimento sobre a finalidade, forma de uso, cuidados e efeitos dos medicamentos. Também há que se questionar se tiveram dificuldade para entender as orientações terapêuticas em função de abordagens profissionais inadequadas à sua capacidade de compreensão. É importante destacar que 34,0% dos participantes eram não letrados, e 53,0% tinham o ensino fundamental incompleto, o que o pode dificultar o processo de compreensão a respeito da doença, dos fatores de risco relacionados e dos cuidados necessários⁽¹⁹⁾. Nesse sentido, profissionais de saúde precisam atentar para questões sociais e econômicas, implementando e avaliando cuidados que, de fato, contribuam para o autocuidado e melhor adesão ao regime terapêutico.

Pressupõe-se que a falha na identificação do nome do medicamento prescrito pode implicar na falta de conhecimento da dose, efeitos colaterais e cuidados para com o uso do fármaco. Também é possível que a identificação do medicamento não se desse apenas pelo nome, mas por outras maneiras, como cor, tamanho, forma, entre outras, o que não pôde ser identificado neste estudo, sendo considerado também como um possível viés da pesquisa.

Dos 34,0% que não cumpriam integralmente a receita médica, a maioria tinha idade ≥ 60 anos (53,0%), era não letrada (53,0%), tinha renda mensal \leq a um salário mínimo (56,0%) e não possuía ocupação (61,7%), revelando condições sociais e econômicas deficitárias. No relato desses participantes, configurou-se como principal entrave para o seguimento do tratamento medicamentoso o baixo poder aquisitivo (41,2%).

Em um estudo nacional sobre prescrição e aderência às estatinas com 207 indivíduos com DAC e hipercolesterolemia, constatou-se que 85 indivíduos (41,0%) faziam uso regular dos medicamentos, e os demais 122 (59,0%) não faziam uso da medicação ou a utilizavam de modo irregular. O uso irregular da medicação foi constatado para 54 (26,0%) participantes, e os fatores

envolvidos no achado envolveram o preço da medicação para 36 indivíduos (67,0%), as falhas de orientação para 17 (31,0%), e os efeitos colaterais foram observados em apenas um participante (2,0%). Portanto, o custo configurou-se como um dos principais fatores a serem considerados no processo de seguimento da terapêutica medicamentosa semelhante ao constatado neste estudo⁽²⁰⁾.

É fato que a falta de acesso à medicação vem se configurando como um relevante entrave ao cumprimento da receita médica. No Brasil, a dispensação gratuita dos medicamentos não atende às necessidades da população⁽¹¹⁾ e estima-se que 64,5 milhões de pessoas não possuem condições financeiras que favoreçam a compra de fármacos⁽²¹⁾. No estudo, apenas 11% dos participantes alegaram receber pelo posto de saúde ou por meio de doações, dispensando a necessidade de comprá-los e a maioria dos entrevistados (89%) comprava, pelo menos, uma das medicações prescritas. Além disso, cerca de 80,0% utilizavam medicamentos genéricos, visando a redução dos custos. É imprescindível que os profissionais de saúde atentem para o processo de aquisição de fármacos, facilitando-o por meio de receitas de medicamentos que estejam disponíveis na rede pública de saúde ou que sejam economicamente mais acessíveis.

Outro achado interessante foi o fato de que 14 (41,2%) dos 34 participantes que não seguiam integralmente a prescrição médica, tinham o controle da medicação feita pelo familiar. Destes, 9 (64,3%) não cumpriam a receita médica por condições econômicas deficitárias. Entende-se que ter o controle da medicação feito pelo familiar, pode não garantir em todos os casos a adesão à terapêutica em caso de inviabilidade econômica, para aquisição dos medicamentos ou falta de preparo do mesmo.

Verificou-se também que a maioria das pessoas do grupo estudado estava exposta à polifarmacoterapia, com prescrição em média de cinco ou mais medicamentos. Embora os participantes não tivessem apontado o número de medicamentos prescritos como um entrave para o seguimento do tratamento medicamentoso, sabe-se que o maior número de medicamentos prescritos e a complexidade do esquema terapêutico podem estar ligados ao cumprimento inadequado do tratamento, mesmo quando os medicamentos são fornecidos gratuitamente⁽¹¹⁾. Os indivíduos que relataram não cumprir integralmente a receita por esquecimento faziam uso de mais de quatro medicamentos (média de 4,8). Além disso, os desdobramentos da polifarmacoterapia, evidenciada em populações idosas, sem a devida orientação, favorecem a ocorrência de sinergismos e antagonismos não desejados, descumprimento das prescrições dos fármacos clinicamente essenciais e gastos excedentes com os de uso supérfluo⁽²²⁾.

Com base no panorama apresentado, observa-se que a educação em saúde voltada para o indivíduo e sua família pode ser utilizada como um importante recurso no processo de entendimento, seguimento e adaptação ao tratamento medicamentoso. Tanto os pacientes como os familiares daqueles dependentes precisam ser

devidamente instruídos para o adequado acompanhamento e auxílio com relação ao tratamento desses indivíduos.

O seguimento do tratamento medicamentoso e a educação em saúde são questões indissociáveis. A educação em saúde tem como objetivo maior o engajamento do indivíduo para o autocuidado, aderindo ao esquema terapêutico e preventivo, utilizando linguagem acessível, a fim de que ele atinja a melhor qualidade de vida possível^(4,23).

A necessidade de se compreender questões relacionadas ao indivíduo, sejam elas psicossociais, econômicas, culturais ou espirituais e a seu meio de inserção são de substancial relevância no processo de abordagem, esclarecimento, prescrição, condução e acompanhamento do regime terapêutico. O enfermeiro deve levar em consideração certas atitudes na abordagem, como linguagem, tempo dispensado para a consulta, acolhimento, respeito às verbalizações e questionamentos dos indivíduos e motivação para o cumprimento da terapia, já que estes são fatores envolvidos no cumprimento adequado do tratamento medicamentoso. Não basta apenas seguir normas recomendadas de como ter mais saúde e evitar doenças, e sim realizar a educação em saúde em um processo que estimule o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação partilhada⁽¹¹⁾.

As estratégias de educação em saúde, desenvolvidas de maneira articulada e em uma perspectiva interdisciplinar, podem possibilitar um maior comprometimento do indivíduo com

relação ao esquema terapêutico, aumentando o grau de conhecimento e responsabilidade sobre sua doença e tratamento. Portanto, é preciso conhecer todos os aspectos que podem estar envolvidos no cumprimento ineficaz do tratamento medicamentoso para a identificação e abordagem adequada do problema, visando à modificação do comportamento do indivíduo com relação às medidas de controle e promoção da saúde, tornando-o agente do autocuidado.

CONCLUSÃO

Diversos aspectos têm influenciado o seguimento do tratamento medicamentoso, comprometendo-o e tornando-o um desafio para a equipe multidisciplinar. Neste estudo, evidenciou-se baixo seguimento e entendimento das medicações prescritas. O baixo nível socioeconômico da amostra e uma abordagem interdisciplinar insatisfatória parecem constituir os fatores mais importantes para esses achados.

Estudos como este devem ser considerados fontes de orientação para o planejamento de intervenções e novas abordagens por parte dos profissionais de saúde, visando a melhor comprometimento e entendimento da racionalidade terapêutica da prescrição. Sabe-se que é imprescindível atingir o universo cultural do indivíduo e estabelecer com este comunicação clara e relação de confiança para garantir um cuidado efetivo.

REFERÊNCIAS

- Conti RAS, Rocha RS. Risco cardiovascular: abordagem dentro da empresa. *Rev Bras Med Trab.* 2005;3(1):10-21.
- World Health Organization. *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life.* Geneva: WHO; 2002.
- Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FAH, Bertolami MC, Afíune Neto A, Souza AD, et al. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose: Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(Supl 1):2-19.
- Kaiser SE. Aspectos epidemiológicos nas doenças coronariana e cerebrovascular. *Rev SOCERJ.* 2004;17(1):11-8.
- Santos MG, Pegoraro M, Sandrini F, Macuco EC. Fatores de risco no desenvolvimento da aterosclerose na infância e adolescência. *Arq Bras Cardiol.* 2008;90(4):301-8.
- Ribeiro RA, Mello RGB, Melchior R, Dill JC, Hohmann CB, Lucchese AM, et al. Custo anual do manejo da cardiopatia isquêmica crônica no Brasil: perspectiva pública e privada. *Arq Bras Cardiol.* 2005;85(1):3-8.
- Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13 (Supl):793-802.
- Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto & Contexto Enferm.* 2005;14(3):332-40.
- Santa Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev Saúde Pública = J Public Health.* 2008;42(4):764-7.
- Bortolon PC, Medeiros EFF, Naves JOS, Karnikowski MGO, Nóbrega OT. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(4):1219-26.
- Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003;8(3):775-82.
- Lessa I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo.* 1999;9(4):509-18.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos – Res. CNS 196/96. *Bioética.* 1996;4(2 Supl):15-25.
- Steffens AA. Epidemiologia das doenças cardiovasculares. *Rev Soc Cardiol Rio Grande do Sul.* 2003;12(3):5-15.
- Ishitani LH, Franco GC, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev Saúde Pública = J Public Health.* 2006;40(4):684-91.
- Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases: Part II: Variations in cardiovascular disease by specific ethnic groups and geographic regions and prevention strategies. *Circulation.* 2001;104(23):2855-64.
- Polanczyk CA. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos! *Arq Bras Cardiol.* 2005;84(3):199-201.
- Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Rev Eletrônica Enferm.* 2004;6(2):254-71.
- Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa: análise com base na educação popular em saúde. *Texto & Contexto Enferm.* 2007;16(2):263-70.
- Mansur AP, Mattar APL, Tshubo CE, Simão DT, Yoshi FR, Daci K. Prescrição e aderência das estatinas em pacientes com doença arterial coronariana e hipercolesterolemia. *Arq Bras Cardiol.* 2001;76(2):111-4.
- Bermudez JAZ. Indústria farmacêutica, estado e sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1995.
- Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health.* 2003;19(3):717-24.
- Mussi FC. Desconforto, modelo biomédico e enfermagem: reflexões com base na experiência de homens infartados. *Acta Paul Enferm.* 2003;16(3):88-97.