

Avaliação da adesão à terapia medicamentosa na Atenção Primária à Saúde: um relato de caso

Assessment of adherence to drug therapy in Primary Health Care: a case report

Ester Teixeira da Silva¹
Viviane Cecília Kessler Nunes Deuschle²

¹ Acadêmica do curso de Farmácia da Universidade de Cruz Alta. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Extensão (PIBEX-Unicruz). Cruz Alta-RS, Brasil

² Farmacêutica. Doutora em ciências Farmacêuticas. Docente do Curso de Farmácia da Universidade de Cruz Alta. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Atenção Integral a Saúde (GPAIS). Cruz Alta-RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo: avaliar a adesão à terapia medicamentosa de um idoso portador de doença crônica, por meio de um estudo de caso.

Método: foi aplicado o Brief Medication Questionnaire e o questionário de Morisky Green a um paciente portador de HAS e DM2, previamente diagnosticado e polimedicado.

Resultados: paciente em uso seguintes medicamentos: Metformina 850mg, Hidroclorotiazida 25mg, Ácido Acetil Salicílico 100mg, Maleato de Enalapril 10mg, Besilato de Anlodipino 10mg, Sinvastatina 20mg e Levotiroxina Sódica 25mcg. Observou-se provável baixa adesão e comportamento de adesão mediano.

Conclusões: a baixa adesão medicamentosa prejudica o controle das doenças crônicas.

Palavras-Chave: Doenças crônicas; Adesão; Saúde pública; Medicamento.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the adherence to drug therapy of an elderly person with chronic disease, through a case study.

Method: was applied the Brief Medication Questionnaire and the Morisky Green questionnaire were applied to a patient with SAH and DM2, previously diagnosed and polymedicated.

Results: patient taking the following medications: Metformin 850mg, Hydrochlorothiazide 25mg, Acetyl Salicylic Acid 100mg, Enalapril Maleate 10mg, Amlodipine Besylate 10mg, Simvastatin 20mg and Levothyroxine Sodium 25mcg. It was observed a probable low adherence and median adherence behavior.

Conclusions: low drug adherence impairs the control of chronic diseases.

Keywords: Chronic Diseases; Adherence; Public health; Medicines.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo e são responsáveis por altas taxas de morbidade e mortalidade. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) são duas das principais doenças crônicas que atingem a população idosa mundial e trazem agravos à saúde¹.

Por meio do tratamento medicamentoso, tais doenças podem ser controladas, contribuindo assim para o bem-estar e melhora da qualidade de vida dos pacientes. Entretanto, para que isso aconteça, é necessário que a adesão ao tratamento ocorra de maneira correta².

A baixa adesão é elevada na população idosa, em que os índices podem chegar a 80%. Isto pode trazer consequências graves à saúde, já que o uso incorreto dos medicamentos pode agravar o quadro clínico, mascarar sintomas ou não apresentar efetividade. O tratamento farmacológico deve ser acompanhado por profissionais da área da saúde habilitados, como médicos e farmacêuticos, principalmente em grupos de alto risco, como pacientes geriátricos portadores de DCNT, a fim de identificar os principais fatores interferentes, realizar as orientações e intervenções necessárias e tentar solucionar os problemas relacionados aos medicamentos³.

Nesse sentido, a adesão à terapia medicamentosa inclui fatores farmacológicos e educativos em relação aos pacientes, que vão desde a aceitação e reconhecimento de sua situação de saúde, adaptação à essa nova condição, qualidade de vida e estabelecimento de uma consciência voltada ao autocuidado. Em se tratando de pacientes portadores de HAS e/ou DM2, muitos são os obstáculos para seguir de maneira correta seu tratamento, o que torna o processo de adesão bastante complexo. Dentre os diversos fatores que contribuem para não adesão ao tratamento pode-se destacar ausência de sintomas visíveis, falta de compreensão sobre o curso da doença, polifarmácia, várias administrações diárias, dificuldades associadas à via de administração, dificuldades associadas a embalagem do medicamento, problemas relacionados a posologia e dificuldades na aquisição do medicamento⁴.

Assim, a sistematização da atenção farmacêutica foi capaz de permitir aos profissionais farmacêuticos a implementação de instrumentos que avaliem a adesão à terapia medicamentosa, bem como estabelecer estratégias que monitorem e

motivem os pacientes de forma a obter benefícios com o tratamento. E conhecer o grau de adesão entre os pacientes é imprescindível para planejar e aplicar as intervenções farmacêuticas necessárias⁵.

Neste contexto, o objetivo desse estudo foi avaliar a adesão à terapia medicamentosa de um idoso portador de doença crônica, por meio de um estudo de caso.

MÉTODO

Este estudo é apresentado na forma de um relato de caso, que consiste na descrição detalhada de um caso clínico com características do indivíduo em estudo, relatando os procedimentos estudados. Esse método foi escolhido, uma vez que tem valor para o ensino, por ser possível a avaliação do impacto do tratamento em um determinado indivíduo, bem como estabelecer uma intervenção personalizada.

Foi escolhido um paciente idoso por conveniência, portador de HAS e DM2, polimedicado e com comorbidades, pertencente ao grupo HiperDia da Estratégia Saúde da Família (ESF) do bairro Independência, localizado no município de Júlio de Castilhos, interior do estado do Rio Grande do Sul. O paciente foi previamente diagnosticado como hipertenso e diabético pelo médico da ESF à qual pertence e os dados foram obtidos a partir do cadastro informatizado (SIMUS – Sistema Integrado Municipal de Saúde). Foram realizadas duas visitas domiciliares para coleta de dados e intervenção.

Na primeira visita o paciente foi esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente foi aplicado um questionário referente aos dados sócio-demográficos, doenças pré-existent e medicamentos utilizados. Também foram avaliadas as prescrições médicas de maneira a detectar algum obstáculo na adesão a terapia proposta.

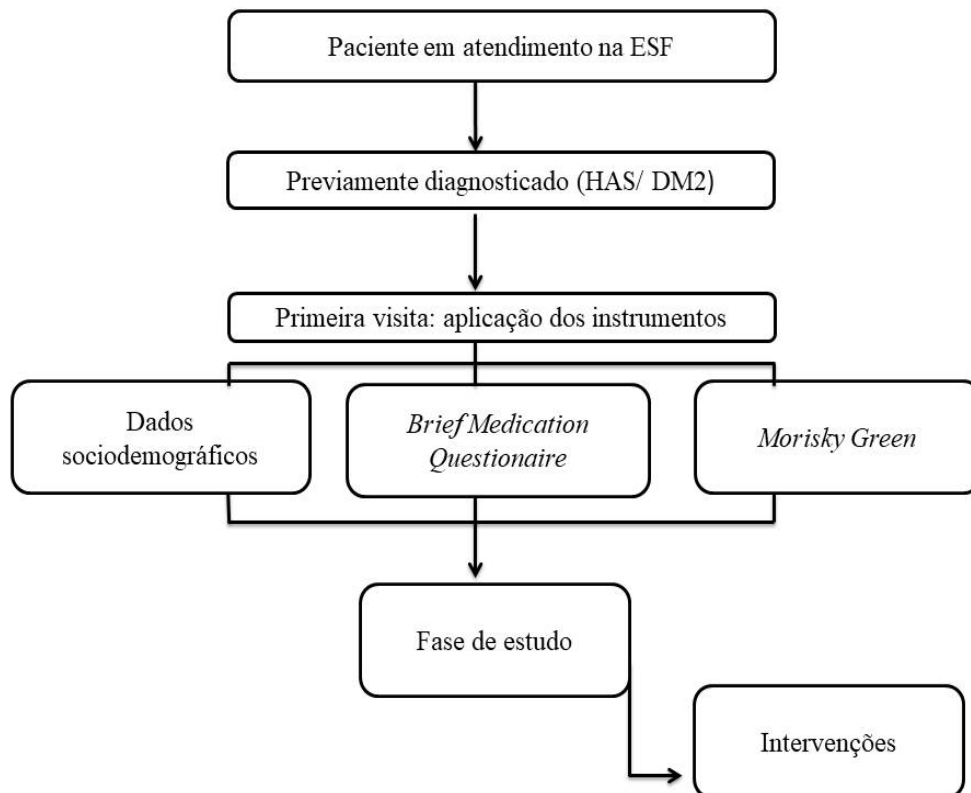
Ainda na primeira visita foram aplicados os instrumentos *Brief Medication Questionnaire (BMQ)* e o questionário de *Morisky Green* (adaptados) para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso. O *BMQ* identifica barreiras à adesão em três domínios: 1) regime; 2) crenças e 3) recordação. Utilizou-se a versão do *BMQ* traduzida para a língua Portuguesa, que classifica a adesão de acordo com o número de respostas positivas em: alta adesão (nenhuma), provável adesão (1), provável baixa adesão (2) e baixa adesão (3 ou mais) em qualquer domínio⁶. Já o questionário de *Morisky Green* quantifica a

adesão ao tratamento por meio de oito questões autorreferidas, onde as sete primeiras perguntas são objetivas dicotômicas (sim/não). Cada resposta negativa corresponde a um ponto e cada resposta positiva corresponde a zero pontos e a oitava questão tem como resposta uma escala tipo *Likert* de um a cinco, em que é considerado um ponto em respostas menor ou igual a três. O grau de adesão do indivíduo é determinado através da somatória de pontos obtidos ao final do questionário, sendo que quanto maior a sua pontuação mais aderente é considerado⁷. Os relatos do paciente foram coletados por escrito. Os dados foram organizados em tabelas e analisados qualitativamente.

Após essa primeira etapa, foi realizada uma fase de estudo dos dados obtidos e planejada a intervenção farmacêutica de forma a melhorar a adesão à terapia. A partir da relação de medicamentos utilizados, foi avaliada a possibilidade de interações medicamentosas. As orientações foram transmitidas ao paciente de forma verbal e com linguagem acessível. As mesmas orientações foram repassadas à equipe de saúde da ESF.

Esse trabalho foi previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado através do parecer consubstanciado 4.230.062.

A sequência temporal das etapas está demonstrada no fluxograma abaixo:



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição do caso

Paciente idoso L.B.T, sexo masculino, 61 anos de idade, casado, com ensino fundamental incompleto e vínculo empregatício, relatou ter sua renda entre 1 a 5 salários-mínimos e declarou portar hipercolesterolemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertireoidismo. O paciente apresentou as prescrições feitas pela médica que atende na ESF a qual está vinculado (**Tabela 1**).

Os dados referentes as doenças diagnosticadas foram confirmadas no cadastro informatizado do paciente, na ESF. Entretanto, só foi possível obter os registros a partir de 2017, quando o SIMUS foi instalado no município. Nessa época, o paciente já fazia uso de Hidroclorotiazida, Ácido Acetil Salicílico (AAS), Maleato de Enalapril, Besilado de Anlodipino, Sinvastatina e Levotiroxina **sódica**, segundo informações da agente de saúde comunitária. A Metformina foi introduzida na terapia em julho de 2019.

Tabela 1**Regime terapêutico do paciente segundo prescrições apresentadas. Júlio de Castilhos, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.**

| Medicamento | Posologia |
|-------------------------------|---------------------------------|
| Metformina 850mg | 1 comprimido, 1 vez ao dia |
| Hidroclorotiazida 25mg | 1 comprimido pela manhã |
| Ácido Acetil Salicílico 100mg | 1 comprimido após o almoço |
| Maleato de Enalapril 10mg | 2 comprimidos de 12 em 12 horas |
| Besilato de Anlodipino 10mg | 1 comprimido pela manhã |
| Sinvastatina 20mg | 1 comprimido a noite |
| Levotiroxina Sódica 25mcg | 1 comprimido em jejum |

No dia da primeira visita, o paciente relatou que marcaria uma consulta na ESF, pois gostaria de fazer alguns exames de rotina, bem como avaliar a terapia medicamentosa atual. Na segunda visita, o paciente apresentou seus exames laboratoriais, sendo os resultados apresentados na **Tabela 2**.

O paciente também apresentou um laudo de Eletrocardiograma de repouso (ECG), sendo que as descrições do laudo eram as seguintes: “Ritmo sinusal: Desvio de eixo de QRS para esquerda; atraso final de condução; alterações difusas de repolarização ventricular”. Após análises de todos os exames, a médica solicitou que o paciente realizasse uma Ecocardiografia Transtorácica, entretanto, até o momento da conclusão do presente trabalho o paciente não conseguiu realizar tal exame, uma vez que está aguardando na lista de espera.

Após a aplicação do instrumento BMQ, o paciente obteve escore 2-2-1, demonstrando, dessa maneira, que possui um comportamento de provável baixa adesão. Os domínios nos quais o paciente obteve pontuação estão descritos na **Tabela 3**. Como esse instrumento está estruturado em domínios, é possível avaliar as barreiras que influenciam a não adesão ao tratamento por parte do paciente⁸. Assim, relatou que interrompe a terapia e que, em algumas vezes, ocorre falhas de dias ou doses. Essas interrupções podem ocorrer devido à falta de medicamentos e atrasos na sua dispensação. As falhas ocorrem com o medicamento Metformina e AAS, no domínio regime. Em relação as crenças, o paciente acredita que o medicamento Hidroclorotiazida não proporciona o efeito adequado e, no domínio recordação, o uso de Meleato de Enalapril de 12 em 12 horas, dificulta a terapia.

Tabela 2**Resultado dos exames clínicos apresentados pelo paciente. Júlio de Castilhos, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.**

| Exame | Valor de Referência | Resultado |
|-------------------------|---------------------|-------------------|
| Microalbuminúria | < 30 mcg/mg creat | 7,40 mcg/mg creat |
| Tiroxina Livre (T4) | 0,89 a 1,76 ng/dL | 1,38ng/dL |
| TSH Ultra Sensível | 0,48 a 5,60 µUI/mL | 5,17 µUI/mL |
| Hemoglobina Glicada A1C | <6,5 | 6,2% |
| Potássio | 3,5 a 5,1 mEq/L | 4,0 mEq/L |
| Sódio | 136 a 145 mEq/L | 140 mEq/L |
| Triglicerídeos | <150 mg/dL | 172,0 mg/dL |
| Ureia | 17 a 49 mg/dL | 32,0 mg/dL |
| Creatinina | 0,70 a 1,30 mg/dL | 1,20 mg/dL |
| Glicemia | 60,0 a 99,0 mg/dL | 120,0 mg/dL |
| Colesterol HDL | >40 mg/dL | 55,0 mg/dL |
| Ácido Úrico | 3,7 a 7,8 mg/dL | 6,00 mg/dL |
| Colesterol Total | <190 mg/dL | 190,0 mg/dL |

O mesmo pode ser confirmado através do questionário de *Morisky Green*, no qual o paciente obteve um escore de 6, demonstrando possuir um comportamento de adesão mediano. As questões do questionário em que o paciente obteve pontuação estão descritas na **Tabela 4**.

jejum ou pós-prandial estão acima dos requeridos para o diagnóstico de DM2. Assim, pelas mesmas diretrizes, o diagnóstico de DM é considerado quando os valores de glicemia de jejum encontram-se acima de 126 mg/mL. Pela ausência de sintomas do paciente e de acordo com o resultado

Tabela 3

Domínios do BMQ em que o paciente obteve pontuação. Júlio de Castilhos, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.

| Domínio | Questão pontuada | Pontuação | Observações* |
|------------|---|-----------|---|
| Regime | Interrompeu a terapia devido atraso na dispensação do medicamento ou outro motivo | 1 | Metformina e AAS |
| | Relatou alguma falha de dias ou de doses | 1 | 2 dias sem tomar Metformina e AAS |
| Crença | Relatou que “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1g | 1 | Relatou que Hidroclorotiazida não tem efeito diurético adequado |
| | Nomeou as medicações que o incomodam | 1 | Hidroclorotiazida |
| Recordação | Recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia) | 1 | Maleato de Enalapril 10mg 2 comprimidos de 12 em 12 horas |

*Medicamentos relatados pelo paciente.

Tabela 4

Questões pontuadas pelo paciente no questionário de *Morisky Green*. Júlio de Castilhos, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.

| Perguntas | Pontuação (respostas positivas) |
|--|------------------------------------|
| Você as vezes esquece de tomar os medicamentos para pressão alta? | 1 |
| Ao longo das duas últimas semanas, houve algum dia que você não tomou seu(s) medicamentos para pressão? | 1 |
| Você já diminuiu a dose ou parou de tomar de tomar o(s) medicamentos sem consultar seu médico? | 1 |
| Quando sente que sua pressão está controlada, de vez em quando você deixa de tomar o remédio? | 1 |
| Ter que tomar a medicação todos os dias é algo desagradável para algumas pessoas. Você já se sentiu incomodado por ter de tomá-la? | 1 |
| Escala de Likert | Pontuação |
| 3 | 1 |
| Total | 6 |

Durante aplicação dos questionários, o paciente admitiu que não acredita que tenha DM2, já que não possui nenhum sintoma. Por este motivo, às vezes, acaba ficando sem usar o medicamento para controle da doença, neste caso a Metformina 850mg. Este fato pode estar relacionado ao leve aumento em sua glicemia de jejum. Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020)⁹, durante o tratamento da DM2, o ideal é tentar alcançar níveis de glicemia próximos à normalidade, com meta de hemoglobina glicada (Hb A1C) abaixo de 7%. Observa-se na Tabela 2, que a Hb A1C se encontra em 6,2%. Contudo, indica-se o início da terapia com agentes hipoglicemiantes quando os valores glicêmicos em

da glicemia de jejum apresentado, infere-se que trata-se de um caso de pré-diabetes e não DM.

O paciente também comentou que se mantém atento para não ficar sem os medicamentos da pressão, já que se sente ansioso e tem dores no peito e na cabeça, sintomas que atribui à elevação de sua pressão arterial (PA).

L.B.T informou que não cuida sua alimentação e nem pratica exercícios físicos. Relatou ainda, que não acredita nos resultados dos exames e que nunca mudou sua dieta, mesmo sob orientação médica. No entanto, sabe-se que mudanças no estilo de vida são imprescindíveis aos

pacientes idosos portadores de HAS e DM2, já que isso contribui para o controle dos níveis de PA, controle glicêmico e diminuição de agravos causados por essas doenças¹⁰.

Paciente disse que sempre cuida para “tomar os medicamentos” de forma correta, que não deixa de “tomar os medicamentos” nenhum dia, soube listar todos os medicamentos que necessita tomar e a indicação clínica de cada um. Contudo, no dia da primeira visita para coleta de dados, relatou que estava sem fazer uso dos medicamentos Ácido Acetil Salicílico (AAS) e Metformina há 2 dias, devido ambos já terem acabado. Vale destacar que ambos os medicamentos são gratuitos e são entregues tanto na ESF quanto na farmácia básica do município. Relatou que as vezes muda o horário de administração dos medicamentos aleatoriamente (sem explicitar os motivos) e isto demonstra a dificuldade na adesão ao tratamento, já que a não adesão não se restringe apenas ao ato de não utilizar o medicamento prescrito pelo médico, mas inclui o uso inadequado dos mesmos. Ressalta-se ainda que, a não adesão à terapia medicamentosa deve ser vista como uma condição capaz de causar o insucesso no tratamento das doenças crônicas¹¹.

Quando questionado se realiza automedicação, o paciente relatou que não. Porém, afirma fazer uso de anti-inflamatórios não esteroidais, classe farmacológica mais conhecida como AINES e relaxantes musculares como Tandrilax® (Caféina + Carisoprodol + Diclofenaco Sódico + Paracetamol) e analgésicos como Paracetamol 750mg com muita frequência, que não constam na prescrição médica, caracterizando automedicação.

Observa-se que o paciente é alfabetizado, porém apresenta um baixo nível de escolaridade, o que pode influenciar diretamente na adesão à terapia. Sabe-se que o analfabetismo, baixa escolaridade e condições socioeconômicas apresentam relação com a falta de adesão ao tratamento e à capacidade de mudanças no estilo de vida, uma vez que a dificuldade de leitura e compreensão da prescrição e das informações nas caixas dos medicamentos tornam impossível o uso correto deles. Além disso, a falta de capacidade de assimilação das informações fornecidas pelos profissionais e o mau entendimento de sua condição de saúde, gera uma menor preocupação em seguir as recomendações e prescrições¹². No presente estudo, observa-se que o paciente não segue as recomendações por não entender sua

importância. Ainda, deve-se levar em consideração que os medicamentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são padronizados, mas são apresentados em embalagens, formas e colorações variadas, dificultando ainda mais o entendimento¹³.

Ao analisar os medicamentos utilizados pelo paciente, verificou-se a possível existência de interação medicamentosa. Os dados foram obtidos por meio da ferramenta disponível no site Drugs.com¹⁴, em que os resultados da pesquisa acusaram que o AINE Diclofenaco de Sódio, presente na fórmula do Tandrilax®, interage com o anti-hipertensivo Maleato de Enalapril, podendo reduzir seus efeitos na redução da PA. A ferramenta também demonstrou que o uso concomitante de tais fármacos pode vir a afetar a função renal, especialmente se o paciente também estiver fazendo uso de um diurético, se for idoso ou se tiver doença renal preexistente. O AINE em questão também interage com o hipoglicemiante usado pelo paciente (Metformina). Neste caso, o uso concomitante dos medicamentos pode aumentar o risco da ocorrência de acidose láctica, isto é, acúmulo de ácido láctico no sangue. Observou-se ainda, na busca, que o mesmo AINE interage com o medicamento anti-hipertensivo e antianginoso Besilato de Anlodipino, em que o uso concomitante pode causar aumento da PA.

Já é reconhecida a importância do controle da PA e dos níveis glicêmicos por meio de uma dieta adequada, exercícios físicos e tratamento farmacológico. A utilização de medicamentos é fundamental para o controle de tais doenças e para a prevenção de maiores complicações, associada a mudanças no estilo de vida¹⁵.

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso e a resistência às mudanças nos hábitos de vida, como a adoção de uma alimentação saudável e prática de exercícios físicos, se reflete nos exames laboratoriais do paciente, já que o mesmo apresentou glicose de jejum levemente aumentada. Isso pode causar agravamento do seu estado de saúde e surgimento de comorbidades, como os problemas cardíacos, já que os resultados dos exames de Triglicérides e Colesterol Total também apresentaram-se alterados. As dislipidemias associadas a HAS representam mais de 50% do risco atribuível à doença arterial coronariana¹⁶.

Um estudo realizado por Ames *et al* (2016)¹⁷ demonstrou que pacientes diabéticos que fa-

zem uso de polifarmácia (uso de pelo menos 5 medicamentos em um período maior de 3 meses) tendem a apresentar maior glicemia em relação àqueles que não são polimedicados. No caso de DM2, pode-se associar a não adesão ao tratamento à falta de conhecimento sobre a doença e devido ao curso assintomático, uma vez que estes são dois dos motivos que acabam interferindo na adesão ao tratamento¹⁸.

A não adesão ao tratamento contribui para o agravamento e prolongamento do curso das DCNT, aumento da morbimortalidade, aumento do número de hospitalizações e gastos com saúde e sentimento de frustração e fracasso por parte dos profissionais da saúde, pacientes, familiares e sociedade em geral. Além dessas consequências a não adesão ao tratamento por pacientes portadores de HAS e DM aumentam o risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Doença Renal, Doença Cardíaca Coronariana, Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Insuficiência Cardíaca³. Vários estudos demonstram a dificuldade de pacientes idosos aderirem ao esquema terapêutico proposto para controle das DCNT. O grau de não adesão aos tratamentos varia de 25 a 50% no mundo inteiro¹⁸. Entre as DCNT, a DM2 é a que apresenta menores taxas de adesão¹⁹. Uma pesquisa realizada por Borba *et al* (2018)²⁰, demonstrou baixa adesão integral à terapêutica entre os idosos diabéticos entrevistados.

No presente estudo, verificou-se que o paciente apresentou uma baixa adesão, bem como um sentimento negativo em relação à sua doença e ao efeito dos medicamentos. Assim, a adesão à terapia medicamentosa pode ser avaliada de forma multidimensional e envolve vários fatores. Entre eles, o reconhecimento e aceitação de sua condição de saúde e adaptação efetiva quanto a essas condições, aliadas a atitudes que promova a saúde, a qualidade de vida e a consciência para o autocuidado⁵.

A adesão insuficiente contribui para o agravamento do quadro clínico, aumento de morbidade e mortalidade, aumento de hospitalizações e gastos em saúde pública. É dever do profissional da saúde gerenciar de maneira adequada os gastos em saúde, no entanto, ao negligenciar a adesão à terapia medicamentosa, os profissionais acabam contribuindo para o aumento dos gastos¹⁹.

O farmacêutico é o profissional mais próximo da população e também aquele que detém maior

conhecimento dos fármacos e medicamentos, suas estruturas químicas, formulações, mecanismos de ação e interações farmacológicas. Na prática da farmácia clínica, em que o farmacêutico tem como principal papel a orientação e a preocupação com a diminuição da qualidade de vida de pacientes, decorrentes da utilização incorreta de medicamentos, tem justificado a atenção farmacêutica (AF) como promotora de saúde⁵.

A AF aos pacientes portadores de DCNT é de extrema importância para identificação de condutas não aderentes e de resultado negativo associado aos medicamentos (RNM's). No caso relatado neste estudo, pode-se observar que o paciente faz uso de AINE constantemente, já que relatou usar o medicamento Tandrilax[®] que possui em sua composição Diclofenaco de Sódio. A bula do medicamento traz a informação de que o mesmo é contraindicado à pacientes com insuficiência cardíaca e hipertensão arterial grave, já que, nestes casos, pode haver retenção de sódio. O uso crônico de AINES ainda pode afetar a mucosa gastrointestinal e trazer consequências graves a esse sistema¹⁴.

Intervenções

A partir do exposto, foram adotadas intervenções no sentido de contribuir para o aumento da adesão a terapia, redução de RNM's e, para melhorar as condições de saúde e qualidade de vida. O paciente foi orientado quanto ao risco de realizar a prática da automedicação, bem como os motivos para que se evite o uso de AINES sem o consentimento do médico, já que estes podem vir a interagir com os medicamentos utilizados para seu tratamento da HAS²³. Para evitar o uso de medicamentos dessa classe, foi orientado relatar ao médico, os sintomas que o levaram a fazer uso do medicamento Tandrilax[®], para que fosse feita uma investigação da causa das dores, e, caso necessário, a realização da prescrição adequada, levando em consideração os medicamentos já em uso.

Foram prestadas orientações para que ele adotasse o regime terapêutico conforme prescrito pelo médico, explicando a importância de não deixar que falte medicamentos, ou realizar trocas de horários por conta própria.

Foi explicado o que é a DM2 e que a doença ocorre quando o corpo não aproveita devidamente a glicose absorvida, sendo considerada um fator

de risco para complicações no coração, artérias, olhos, rins, nervos e pele, o que torna imprescindível o uso correto do medicamento, bem como adequações nos hábitos de vida, como a importância da alimentação com menor consumo de carboidratos e inclusão da prática de exercícios físicos à sua rotina²⁰.

Em relação ao relato sobre a hidroclorotiazida não fazer efeito e o regime terapêutico do Maleato de Enalapril ser de 12 em 12 horas, acarretando barreiras que contribuem para a baixa adesão, as informações foram repassadas à equipe de saúde da ESF, bem como orientou-se o paciente a descrever essas observações ao médico em sua próxima consulta. Também foi solicitado a equipe uma nova avaliação do paciente, tendo em vista a possibilidade de se tratar de um quadro de pré-diabetes e não diabetes.

Neste contexto, a AF é responsável pelo monitoramento da associação entre os medicamentos prescritos, e a identificação de situações de interações medicamentosas e eventos adversos, para que seja possível alcançar resultados concretos que contribuam para o controle de doença e com a melhor qualidade de vida⁵.

Assim, os autores contribuíram, não somente para melhorar a adesão medicamentosa do paciente estudado, mas para demonstrar a importância do profissional farmacêutico na atenção primária à saúde, tendo em vista que o sistema público do referido município não conta com farmacêutico na ESF. Ainda, esses resultados poderão servir de indicadores para o planejamento de ações de promoção à saúde não somente no município, mas em cidades vizinhas, bem como subsidiar novas estratégias de intervenção.

Esse estudo apresentou algumas limitações, como a realização da pesquisa com apenas um paciente

e a não realização de um acompanhamento mais detalhado do caso em longo prazo, devido às restrições impostas pela pandemia da Covid-19. Também não foi realizada a medida da pressão arterial durante a visita domiciliar. Sugere-se, assim, que o estudo seja futuramente ampliado e que seja levada uma proposta à secretaria de saúde municipal para capacitação e orientações aos profissionais da atenção básica referente à adesão à terapia medicamentosa.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou uma baixa adesão ao tratamento, o que pode ser confirmado por meio dos dois instrumentos utilizados na avaliação e relatos do paciente. Esse resultado pode estar relacionado a falta de crença na doença, nos resultados dos exames e no tratamento estabelecido, que, associado à polifarmácia e a falta de conhecimento a respeito de sua condição de saúde, podem contribuir para o uso incorreto dos medicamentos prescritos. Além disso, os fatores socioeconômicos e a baixa escolaridade podem estar associados com a falta de adesão a terapia e hábitos de vida que reduzam a qualidade de vida.

Maior ênfase na avaliação da adesão ao tratamento e, principalmente, a presença de profissionais farmacêuticos nas equipes multidisciplinares da atenção primária em saúde, pode contribuir para o rastreamento de condutas não aderentes, para a identificação dos principais obstáculos enfrentados, bem como, prever as ações de intervenção necessárias, trazendo benefícios tanto para a saúde dos pacientes, quanto para o sistema como um todo.

AGRADECIMENTO: Os autores agradecem ao Programa Institucional de Bolsas de Extensão (PI-BEX-Unicruz) pelo auxílio financeiro.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Júnior JBS, Reis AAC. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015;18(2):3-16. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>.
2. Tavares DMS, Guimarães MO, Ferreira PCS, Dias FA, Martins NPF, Rodrigues LR. Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2016;69(1):134-141. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690118i>.
3. Areu DPG, Santos SSC, Ilha S, Silva BT, Martins NFF, Varela VS. Behavioral Factors Associated To Medication Adhesion In Elderly In Outpatient Care. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. 2019;24(4): 1094-1103. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500002230014>
4. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2016;50(Supl. 2):1s-11s.b. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102016000300307&script=sci_arttext&tlng=pt
5. Rios MC, Carvalho RGB, Rios PSS. Avaliação da adesão farmacoterapêutica em pacientes atendidas em um programa assistencial ao idoso. *Revista Brasileira de Farmácia*. 2014;95(1):544-560. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/522-ARTIGO-ORIGINAL-544-560.pdf>
6. Oliveira REM, Filipin MDV, Giardini MH. Intervenções farmacêuticas destinadas à otimização da adesão ao tratamento medicamentoso de um paciente. *Revista Eletrônica de Farmácia*. 2015;12(2):39-51. <https://doi.org/10.5216/ref.v12i2.34346>
7. Remondi FA, Cabreira MAS, Souza RKT. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30(1):126-136. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00092613>.
8. Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, Colet CF, Oliveira KR. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*. 2018;42(116):179-190. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000100179&script=sci_abstract&tlng=pt
9. SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>
10. Magri S, Amaral NW, Martini DN, Santos LZM, Siqueira LO. Programa de educação em saúde melhora indicadores de autocuidado em diabetes e hipertensão. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. 2020;14(2):386-400. <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1788>
11. Medtler K, Perassolo MS. Avaliação da Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo e Antidiabético de um Grupo Hiperdia do Município de Presidente Lucena-RS. *Revista Conhecimento Online*. 2016;2:35-46. <https://doi.org/10.25112/rco.v2i0.375>
12. De Leu JS, Sá PM, Land TGP, Souza DC, Guilherme FJA, Barbosa LMA. A adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso: revisão de literatura. *Revista Rede Cuidado e Saúde*. 2015;9(1):1-4. <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2278/1273>
13. Albuquerque GSC, Nascimento B, Gracia DFK, Preisler L, Perna PO, Silva MJS. Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamentos a partir da prescrição pictográfica. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2016;14(2):611-624. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00112>.
14. Drugs.com. *Drug Interactions Checker*. Disponível em: <https://www.drugs.com/drug_interactions.html> Acesso em: 29/11/2020
15. Pereira VOM et al. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28(8):1546-1558. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000800013>.
16. Salomão CB, Santos LC, Ferreira AD, Lopes ACS. Fatores associados à hipertensão arterial em usuários de serviço de promoção à saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2013;17(1):33-46. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130004>
17. Ames KS, Bassani PH, Motter N, Roratto B, Hammes JLN, Quadro MN, et al. Avaliação de hipertensos e diabéticos usuários de polimedicção em Santo Ângelo/RS. *Revista Saúde Integrada*. 2016;9(17):58-65. <https://core.ac.uk/download/pdf/229765294.pdf>

18. Vasconcelos TRS, Silva JM, Miranda LN. Fatores Associados a Não Adesão ao Tratamento de Pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica: Uma Revisão Integrativa da Literatura. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-Centro Universitário Tiradentes. 2017;4(2):385-396. <https://periodicos.set.edu.br/fitbiosauade/article/view/4591/2627>
19. Silva AB, Engroff P, Sgnaolin V, Ely LS, Gomes I. Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. Cadernos Saúde Coletiva. 2016;24(3):308-316. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600030017>.
20. Borba AKOT, Marques APO, Ramos VP, Leal MCC, Ramos RSPS. Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2018;23(30):953-961. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03722016>