



19 Congresso de Iniciação Científica

**INFLUÊNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS**

Autor(es)

HELEN PALMIRA MIRANDA DE CAMARGO

Orientador(es)

FÁTIMA CRISTIANE LOPES GOULARTE FARHAT

Apoio Financeiro

FAPIC/UNIMEP

1. Introdução

A Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio crônico decorrente do metabolismo defeituoso de carboidratos, lipídios e proteínas, ocasionado pela ausência da secreção insulina ou pela produção insuficiente do hormônio, associada à resistência das células à sua ação (GUYTON; HALL, 2006). Atualmente, é considerada uma epidemia com prevalência de 12,1% a 13,5% da população brasileira, e estimativa mundial de 300 milhões de pessoas em 2030 (DSBD, 2009).

O não controle da DM leva a consequências desastrosas, tais como complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia) e macrovasculares (amputações, disfunção sexual, doenças cardiovasculares, vasculares periféricas e cerebrovasculares), complicações estas que submetem o portador à perda da produtividade, dor, ansiedade, gasto com saúde e perda de qualidade de vida, e acabam por se repercutir em um oneroso custo ao sistema de saúde, com gastos variando entre 2,5% e 15% do orçamento anual da saúde (DSBD, 2009).

Apesar da gravidade com que a DM se apresenta é uma doença controlável com alta estimativa de vida quando se adota hábitos saudáveis e se adere a farmacoterapia. Todavia a adesão revela-se fraca e insuficiente, predispondo a resultados alarmantes em que apenas aproximadamente 46% dos portadores brasileiros de Diabetes Mellitus tipo 2 atingem a meta da Hemoglobina Glicada (HbA1c), chegando à média de 7% para todas as medidas propostas no tratamento da DM segundo estudo em Portugal (GOMES et al. 2006 apud CORRER et al. 2009 ; CORREIA, 2007).

Neste sentido, a Atenção Farmacêutica representa um processo eficaz, pois visa avaliar a vida do usuário e compreender como enfrenta a doença e seus problemas de adesão para que, com o acompanhamento, possa suprir suas necessidades, intervindo e modificando seus problemas com a terapêutica medicamentosa (CORDEIRO; LEITE, 2005).

Assim, a prática desde serviço na avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso pode beneficiar de maneira significativa os portadores de doenças crônicas e degenerativas, como o DM, visto que esses indivíduos utilizarão medicamentos por toda vida, e sua adesão a eles é fundamental para o sucesso da terapia farmacológica (BORGES, 2008).

2. Objetivos

Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e a evolução de parâmetros clínicos de portadores de DM acompanhados em Atenção Farmacêutica.

3. Desenvolvimento

Estudo prospectivo em portadores de DM, atendidos no Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF) da Farmácia ensino do Curso de Farmácia da Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP), no período de agosto de 2010 a julho de 2011. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMEP.

Foram selecionados portadores de DM, com ou sem co-morbidades, idade superior a 18 anos, não aderentes a farmacoterapia e/ou que não possuíam controle glicêmico. Foram realizadas entrevistas individuais mensais, nas quais obteve-se informações referentes a: dados pessoais, socioeconômicos, parâmetros clínicos, hábitos de vida, nutrição dietética, co-morbidades e medicamentos em uso.

A adesão ao tratamento medicamentoso foi avaliada em todas as entrevistas, pelos seguintes testes indiretos: Morisky-Green (1986); Batalla (1984); MedTake (RAEHL, 2002). Foi também calculado o Índice de Complexidade da Terapêutica (ICT) segundo Acurcio (2009), e observados os motivos relatados para a não adesão ao tratamento conforme as dimensões da OMS (2003).

4. Resultado e Discussão

Foram acompanhados 14 usuários portadores de DM, por um período de três e sete meses, todos possuíam DM tipo 2. Dentre as características sócio demográficas 79% eram do sexo feminino, 71% com idade superior a 60 anos, 93% de raça branca e 36% eram casados, 29% divorciados/separados e 36% viúvos. A predominância do sexo feminino indica o maior interesse e busca por cuidados de saúde pelas mulheres, não existindo segundo Goldenberg (2003) diferenças significativas na prevalência da enfermidade entre os sexos, a percentagem de idosos corrobora o afirmado por Viegas (2009) que nas próximas décadas os idosos vão perfazer a maioria dos diabéticos nos países desenvolvidos isto devido ao envelhecimento populacional e ao aumento das taxas de obesidade entre adultos de meia-idade, sendo que para o idoso a composição familiar pode ser um fator decisivo devido à falta de estímulo ao auto cuidado (OMS, 1984 apud MIRANZI et al., 2008).

Observou-se baixa escolaridade (14% analfabetos e 36% cursaram o ensino fundamental de forma incompleta), renda per capita de até um salário mínimo (43%), dependência do SUS para atendimento em saúde (93%) e necessidade de complementar com recursos próprios para aquisição de seus medicamentos (43%). Encontrando-se 21% dos usuários ativos quanto à situação laboral, 50% desempregados e 29% aposentados. Para Leite e Vasconcellos (2003) dentre os fatores relativos ao paciente na adesão, a não adesão ao tratamento é comportamento típico de classes menos privilegiadas que apresentam um comportamento ignorante sobre a importância do tratamento.

Em relação às características familiares e hábitos de vida, a maioria (71%) apresentava antecedentes familiares de DM e 50% não mantinham a prática de atividades físicas, 36% costumavam ingerir bebida alcoólica, um mantinha o hábito de fumar e apenas 64% realizavam alguma restrição alimentar. O fato de grande percentagem não realizar atividade física, ter costume de ingerir bebida alcoólica e não realizar nenhum tipo de restrição dietética já denota a não adesão ao tratamento, visto que o tratamento não farmacológico dispensado aos diabéticos envolve modificação do estilo de vida, reorganização dos hábitos alimentares, prática de atividades físicas, redução de peso e diminuição e abandono de vícios (GUIDONI, 2009).

Quanto ao estado de saúde observou-se convívio recente com a DM (até 5 anos) em 36% dos usuários sendo que um apresentou enfermidade a menos de um ano, a Hipertensão Arterial apresentou-se como principal co-morbidade, e ao verificar à frequência ao médico, 50% dos usuários buscou por cuidados no último ano de quatro a seis vezes, sendo que 21% deixaram de fazer alguma atividade por conta da doença, e 7% estiveram acamados nos últimos quinze dias e hospitalizados no último ano devido ao agravamento da DM. Este resultado mostra-se preocupante, pois revela o comprometimento da saúde dos usuários bem como o custo gerado ao SUS.

Ao questionar a percepção de saúde dos usuários observou-se que 64% consideravam seu estado de saúde bom a ótimo. Para Viegas (2009) a auto-percepção boa, auxilia no tratamento e no controle do DM, pois afetam diretamente os hábitos de vida do indivíduo.

Ao longo do período foram realizadas 116 intervenções farmacêuticas (média de 8/usuário). Estas focaram especialmente as carências individuais, sendo mais frequentemente relacionadas à compreensão e ao uso dos medicamentos (57), compreensão da doença (11), importância da alimentação (16), aferição dos parâmetros clínicos (6) e a prática de exercícios físicos (10). As intervenções com maior adesão por parte dos usuários foram as referentes aos medicamentos (91%), a prática de exercícios físicos (80%) e a alimentação (75%), o que demonstra a aceitabilidade e também a carência dos usuários em relação a este tipo de informação.

A tabela 1 apresenta o comportamento de adesão dos usuários, segundo os diferentes testes utilizados. No Teste de Batalla, 50% mostraram problemas na compreensão da DM, podendo refletir em não adesão ao tratamento, sendo a principal dificuldade, citar ao menos dois órgãos afetados pela descompensação, a qual 43% não sabiam, porém após as intervenções esta percentagem reduziu-se para 14%. Observando-se respostas indicadoras de aderência em 86% dos usuários, revelando que o SAF melhorou a compreensão a respeito da doença, o que pode ajudá-los a obter melhor controle da DM, e menor risco do desenvolvimento de complicações tardias (BELESTRE et al., 2007 apud SANTOS, 2010).

Da mesma forma, as intervenções farmacêuticas conseguiram melhorar nas atitudes e comportamentos frente à tomada dos medicamentos. No teste de Morisky-Green, 79% dos usuários demonstraram-se não aderentes a farmacoterapia anti-hiperglicêmica na entrevista inicial. Em relação às atitudes não intencionais, 29% às vezes esqueciam-se de tomar seus medicamentos e 57% às vezes eram descuidados quanto ao horário dos mesmos. Ao se observar as atitudes intencionais, inicialmente 7% às vezes deixavam de tomar o medicamento ao se sentir bem e 21% às vezes não os tomava quando se sentia mal, porém, após as intervenções tais atitudes (intencionais e não intencionais) não mais foram apresentadas, obtendo-se novo comportamento de adesão dos usuários.

Em relação ao conhecimento sobre indicação, dose, co-ingestão e esquema de administração dos medicamentos anti-hiperglicêmicos avaliado pelo MedTake, inicialmente 50% demonstraram problemas com o conhecimento da farmacoterapia. Contudo, após o acompanhamento este número foi reduzido para 21%. O SAF entrevistou nas necessidades apresentadas pelos usuários, assim também foi possível obter resultados positivos de adesão em todas as classes de medicamentos utilizados que, por conseguinte promoveu a melhoria de seus demais marcadores clínicos e co-morbidades. Segundo Almeida et al. (2007), pacientes com mais conhecimento sobre a medicação prescrita, parecem ser mais prováveis de aderir ao tratamento do que aqueles com menos informações.

Na avaliação do ICT dos usuários encontrou-se média inicial de 11,2 e média final de 11,9. Este resultado revela a alta complexidade do tratamento medicamentoso no cuidado da DM, pois segundo Acurcio et al. (2009) ao avaliar a complexidade do regime terapêutico prescrito a idosos de uma forma geral sem especificar a doença, encontrou uma média igual a 6,1 o autor salienta que quanto mais complexo é o tratamento, menor é a probabilidade do paciente aderir completamente a ele. Sendo assim, mostra-se que é possível obter melhoria da adesão quando se melhora o conhecimento sobre a farmacoterapia, e se oferece apoio para a administração correta dos medicamentos em uma relação de cumplicidade e co-responsabilidade prevista pelo modelo de Atenção Farmacêutica.

A tabela 2 revela que os fatores relacionados aos próprios pacientes representam os principais interferentes para a não adesão ao tratamento. Porém as intervenções farmacêuticas foram capazes de induzir melhoria em todos os fatores apresentados, que segundo Almeida et al. (2007) serão influenciados pela percepção do paciente sobre sua própria doença e seu tratamento, ou seja, a forma como o paciente vê seu estado, compreende sua enfermidade e percebe seus riscos.

Estes resultados são confirmados na tabela 3, a qual apresenta os valores médios iniciais e finais dos diferentes parâmetros clínicos avaliados, verificando-se redução média de -0,7 nos valores de HbA1c, o que segundo as DSBD (2009), para cada 1% de redução da HbA1c promove-se a redução de 37% do risco de complicações microvascular, de 43% do risco de amputação e óbito por doenças vasculares periféricas e 14% o risco de Infarto Miocárdio fatal ou não. Assim entre os resultados positivos, encontra-se a redução do alto nível glicêmico (glicemia de jejum) de 43% para 29% dos usuários, e o alcance da HbA1c em níveis normais (> 6,5) de 21% para 36% dos usuários. Verificando-se (tabela 3) ainda melhoria nos demais marcadores clínicos, com redução no IMC (-0,4) e circunferência abdominal (-2,5), fato que demonstra nova conduta de adesão no tratamento não farmacológico entre os usuários.

5. Considerações Finais

A Atenção Farmacêutica revelou-se viável e eficaz para melhorar o conhecimento do usuário a respeito de sua doença e tratamento, oferecendo informações capazes de melhorar seu grau de adesão ao tratamento, confirmado pela melhoria conjunta dos resultados clínicos apresentados ao final do acompanhamento.

Referências Bibliográficas

ACURCIO F. A. et al. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos, Belo Horizonte, MG. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 55, n. 4, p. 468-474, 2009.

ALMEIDA, H. O. et al. Adesão a tratamentos entre idosos. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, DF, v.18, n.1, p. 57-67, 2007.

BATALLA, C. et al. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. **Atención Primaria**, v. 1, n. 4, p.185-191, 1984.

BORGES, A. P. **Avaliação do impacto clínico e da viabilidade econômica da implantação de um modelo de Atenção Farmacêutica em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto – SP.** 2008. 119 p. Dissertação de Mestrado - USP, Ribeirão Preto/SP, 2008.

CORDEIRO, B. C.; LEITE, S. N. **O Farmacêutico na Atenção a Saúde.** Itajaí: UNIVALI, 2005. p. 50-87.

CORREIA, C. S. L. **Adesão e Gestão do Regime Terapêutico em Diabéticos Tipo 2: O Papel do Suporte Social e da Satisfação com os Cuidados de Enfermagem.** 2007. 236 p. Dissertação de Mestrado – Universidade Aberta, Lisboa, 2007.

CORRER, et al. Avaliação econômica do seguimento farmacoterapêuticos em acidentes com diabetes melito tipo 2 em farmácias comunitárias. **Arq. Bras. Endoc. Metab.**, v. 53, n. 7, p. 825 -833, 2009.

DSBD - DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2009 / Sociedade Brasileira de Diabetes. 3. ed., Itapevi/SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

GOLDENBERG, P.; SCHENKMAN, S.; FRANCO, L. J. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.6 n.1, 18-27 p., 2003.

GUIDONE, C. M. et al. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 1, p.37-48, jan./mar. 2009.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica.** 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. p. 219-228.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 8, n.3, p. 775-782, 2003.

MIRANZI, S. S. C., et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n.4, p.672 – 679, 2008.

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

OMS – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO, [S.l.], 2003.

RAEHL, C. L. et al. Individual drug use assessment in the Elderly. **Pharmacotherapy**, v. 22, n.10, p.1239-1248, Out. 2002.

SANTOS, F. S.; OLIVEIRA, K. R.; COLET, C. F. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. v. 31, n. 3, p. 223-227, 2010.

VIEGAS, K. **Prevalência de diabete mellitus na população de idosos de Porto Alegre e suas características sociodemográficas e de saúde.** 2009. 197 p. Tese de Doutorado – PUC do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Porto Alegre/RS, 2009.

Anexos

Tabela 1: Comportamento dos 14 usuários aos diferentes testes de adesão, aplicados na entrevista inicial e entrevista final (após o acompanhamento).

	Consulta inicial				Consulta Final			
	<i>Não aderente</i>		<i>Aderente</i>		<i>Não aderente</i>		<i>Aderente</i>	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Teste de Batalla	7	50	7	50	2	14	12	86
Teste de Morisky-Green								
<i>Anti-hiperglicimint</i>	11	79	3	21	0	0	14	100
<i>Outros fármacos</i>	10	71	4	29	3	21	11	79
MedTake Teste								
<i>Anti-hiperglicimint</i>	7	50	7	50	3	21	11	79
<i>Outros fármacos</i>	10	71	4	29	6	43	8	57

Tabela 3: Média dos parâmetros clínicos iniciais e após acompanhamento pelo SAF (n = 12 usuários com HbA1c acima do limite de normalidade na consulta inicial).

Desfecho Clínico (n=12)	Valor Inicial (Média ± dp)	Valor Após acompanhamento (Média ± dp)	Mudança após acomp.**
Hemoglobina Glicada %	(7,8 ± 0,01) Mín. 6,1% Máx. 9,8%	(7,1 ± 0,01) Mín. 6,1% Máx. 9,8%	(- 0,7 ± 0,7) Mín. 0,9 Máx. -1,8
Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	(136,4 ± 18,4) Mín. 100 Máx. 170	(130 ± 15,3) Mín. 110 Máx. 160	(- 6,4 ± 16,0) Mín. 20 Máx. -37
Pressão Arterial Diastólica (mmHg)	(73,3 ± 7,5) Mín. 60 Máx. 80	(68,8 ± 9,2) Mín. 60 Máx. 90	(- 4,6 ± 9,5) Mín. 10 Máx. -20
Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)	(27,2 ± 3,9) Mín. 20,7 Máx. 35,6	(26,8 ± 3,4) Mín. 21,1 Máx. 33,4	(- 0,4 ± 0,9) Mín. 0,9 Máx. -2,2
Circunferência Abdominal (cm)	(101,5 ± 9,3) Mín. 90 Máx. 121	(99,1 ± 7,8) Mín. 87 Máx. 114	(- 2,5 ± 3,4) Mín. 2 Máx. -8

** Dados da mudança observada após 3 a 7 meses de acompanhamento apresentados em (média ± dp).

Tabela 2: Dimensões da OMS relacionadas a não adesão ao tratamento farmacológico apresentado pelos 14 usuários acompanhados pelo SAF.

Dimensões de Adesão - OMS	Consulta Inicial		Consulta Final	
	n	%	n	%
1) Sócio-econômicos	2	14%	0	0%
2) Equipe e sistema de saúde	3	21%	0	0%
3) Condições da doença	2	14%	1	7%
4) Relacionados ao tratamento	7	50%	1	7%
5) Relacionados ao paciente	13	93%	4	29%