Revista de Ciências
Farmacêuticas
Básica e Aplicada
Journal of Basic and Applied Pharmaceutical Sciences

Rev Ciênc Farm Básica Apl., 2015;36(2):201-212
ISSN 1808-4532

Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo de pacientes em hemodiálise

Paulo Roberto da Silva Ribeiro[1*], Talita Sousa Batista[1]

[1]Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia (CCSST), Imperatriz, MA, Brasil.

RESUMO

O risco de morbidade/mortalidade por doenças cardiovasculares em pacientes com doença renal crônica (DRC) é elevado, sendo imprescindível a instituição de uma terapia anti-hipertensiva eficaz. A baixa adesão ou não adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo prejudica o alcance dos resultados terapêuticos no retardo da progressão da DRC. Objetivou-se estudar a adesão à terapia anti-hipertensiva em 120 pacientes com DRC em hemodiálise. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado entre maio a junho de 2011 na Clínica de Doenças Renais de Imperatriz – MA. Os dados foram obtidos através da análise dos prontuários dos pacientes e da aplicação de roteiro de entrevista para a coleta de dados sociodemográficos, clínicos e relacionados ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo. O nível de adesão ao tratamento foi estimado pelo Teste de Morisky-Green. A maioria dos pacientes é do sexo masculino (69,2%), possui idade inferior a 60 anos (69,2%), é analfabeta ou possui apenas o ensino fundamental (79,2%) e possui baixa renda mensal (90,8%). A hipertensão arterial foi a doença de base prevalente. Houve predomínio da politerapia em 78,3% dos casos. Os betabloqueadores foram os anti-hipertensivos mais utilizados, seguidos pelos bloqueadores dos canais de cálcio e agentes que atuam no sistema renina-angiotensina. O Teste de Morisky-Green apontou que 58,3% dos entrevistados apresentaram nível elevado de adesão à terapia medicamentosa. A falta de acesso aos medicamentos foi o principal motivo relatado pelos pacientes para não seguirem adequadamente o tratamento anti-hipertensivo. Verificou-se a necessidade de melhorias na assistência farmacêutica a estes pacientes e a implementação de estratégias para aumentar a adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Adesão à medicação. Anti-hipertensivos. Insuficiência Renal Crônica. Diálise Renal. Farmacêutico.

Autor correspondente: Paulo Roberto da Silva Ribeiro, Rua Dom Cesário, 104 – Três Poderes – Imperatriz – MA, Brasil. CEP: 65.903-230. E-mail: pauloufma@ufma.br

INTRODUÇÃO

De acordo com a National Kidney Foundation (2002), a DRC é definida como a presença de lesão renal ou de nível reduzido da função renal durante um período de três meses ou mais, independente do diagnóstico. Segundo Romão Júnior (2007), esta patologia consiste em um importante problema médico e de saúde pública, sendo mais frequente entre os adultos, embora seja subdiagnosticada.

Em geral, a DRC é insidiosa e evolui ao longo de meses ou anos, sendo que o organismo passa a apresentar os sinais clínicos perceptíveis desta doença quando há falência de 70% dos néfrons. A partir de então, é necessário o tratamento dialítico ou o transplante renal. Dentre os tratamentos dialíticos tem-se a hemodiálise (HD), uma forma de tratamento paliativo, necessário para a manutenção da vida do doente renal com DRC (Pedroso & Oliveira, 2007). Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN (2009), no Brasil, no ano de 2009, 77.589 pacientes realizaram tratamento dialítico.

A hipertensão arterial (HA) é o principal fator de risco para o desencadeamento e/ou progressão da DRC, sendo que a prevalência desse fator em pacientes dialisados encontra-se em torno de 60 a 80% (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006). A principal ação para retardar a progressão da DRC é o controle rigoroso da pressão arterial (Brasil, 2006). Para tanto, é necessária a adoção da terapêutica adequada, abrangendo o tratamento medicamentoso e o não medicamentoso.

A escolha do esquema terapêutico medicamentoso adequado consiste em um processo individualizado. Brasil (2006) e as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) salientam a relevância do uso da terapia medicamentosa anti-hipertensiva em pacientes com DRC, visando a redução da pressão arterial e dos níveis de proteinúria. Dessa forma, é possível promover a diminuição da morbidade e da mortalidade por doenças cardiovasculares. Entretanto, a não adesão ao tratamento farmacológico representa um importante obstáculo à obtenção dos resultados terapêuticos desejados no controle

da HA (Kilbourne et al., 2005), resultando em falha terapêutica e em sofrimento desnecessário, hospitalizações ou mesmo a morte precoce (Cramer, 2002).

A adesão à terapêutica medicamentosa é um fenômeno sujeito à influência de múltiplos fatores que afetam diretamente o paciente. Estes fatores, que podem determinar o comportamento da pessoa em relação às recomendações referentes ao tratamento de sua doença, estão relacionados às condições demográficas e sociais do paciente, à natureza da doença, às características da terapêutica, ao relacionamento do paciente com os profissionais de saúde, bem como a características outras, intrínsecas ao próprio paciente (Vermeire et al., 2001; World Health Organization, 2003).

Para caracterizar a adesão do paciente ao tratamento prescrito, métodos diretos e indiretos têm sido utilizados. Os métodos diretos caracterizam-se por permitir detectar os medicamentos, ou os produtos da sua metabolização, em fluidos biológicos. Os métodos indiretos, tal como o Teste de Morisky-Green (TMG), incluem processos de medida feitos por meio de entrevistas com o paciente, informações obtidas de profissionais de saúde e familiares dos pacientes, os resultados dos tratamentos ou atividades de prevenção, preenchimento de prescrições e contagem de comprimidos (Haynes et al., 1981; Vermeire et al., 2001).

Desta forma, este estudo é considerado de grande relevância nesta área, pois a HA e a DRC, quando não tratadas ou conduzidas inadequadamente, pode ocorrer um círculo vicioso, ocorrendo elevação da pressão arterial que causa lesão renal primária aumentando a pressão arterial, ocasionando lesões adicionais nos rins, chegando ao desenvolvimento de doença renal em estágio terminal (Orsolin et al., 2005).

Assim, o presente estudo objetivou investigar a prática relativa ao processo de utilização da terapia anti-hipertensiva e mensurar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito aos pacientes com DRC em HD atendidos na Clínica de Doenças Renais, localizada no Município de Imperatriz – MA. Ressalta-se que a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo tem sido pouco estudada entre estes pacientes.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi realizado na Clínica de Doenças Renais, localizada no Município de Imperatriz – MA, no período de maio a junho de 2011, após a sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, de acordo com o parecer constante no processo de número 058/11. Esta clínica do setor privado é referência na área de nefrologia na Região Tocantina e presta assistência ambulatorial, bem como a realização de HD em pacientes com DRC provenientes de diversas cidades desta região.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, documental, observacional e transversal, assim como estudo de campo exploratório, descritivo e com abordagem quantitativa, utilizando a entrevista estruturada como principal método indireto e quantitativo para avaliar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito.

Neste trabalho foram incluídos pacientes com idade igual ou maior que 18 anos, com DRC, em tratamento hemodialítico, com diagnóstico médico prévio de HA, segundo os critérios da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), em uso contínuo de pelo menos um medicamento anti-hipertensivo há pelo menos seis meses e de ambos os sexos. O preenchimento destes critérios foi demonstrado pelo registro destes dados no prontuário médico, que foi examinado com antecedência. Foram excluídos os pacientes com deficiências que impedissem a comunicação. Assim, no total de 210 pacientes com DRC e que realizam HD na Clínica de Doenças Renais, 126 pacientes atendiam os critérios de inclusão deste estudo. Destes, 6 se recusaram a participar e 120 deram o seu consentimento.

Todos os pacientes dialisavam em máquinas modelo Tina, da Baxter®, com membrana de polissulfona, capilar F8 (Fresenius®), fluxo de sangue entre 350 e 400 mL/min, fluxo de dialisato de 500 mL/min e utilizavam soluções de diálise contendo 3,5 mEq/L de cálcio e 35 mEq/L de bicarbonato. A duração da diálise foi de quatro horas, com frequência de três vezes por semana.

Para a realização das entrevistas e a coleta dos demais dados, foram utilizados dois instrumentos: um roteiro de entrevista estruturado e padronizado, contendo o teste específico para a avaliação do grau de adesão, e um formulário de análise de prontuário, onde foram registrados os dados obtidos quando da análise da prescrição medicamentosa anti-hipertensiva contida no prontuário dos pacientes entrevistados. Estes instrumentos foram desenvolvidos pelos autores, tendo como base estudos já publicados (Haynes et al., 1981; Pepe & Castro, 2000; Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001; Vermeire et al., 2001). Com a aplicação desses instrumentos, obtiveram-se dados relacionados ao perfil sociodemográfico dos pacientes e sobre as principais características da prescrição do tratamento medicamentoso anti-hipertensivo.

Para verificação da inteligibilidade e clareza destes instrumentos, coerência das perguntas, ordem de sequência, compreensão do paciente ao ouvir e responder, duração provável da entrevista, bem como para avaliar a capacidade de obtenção de dados consistentes do prontuário do paciente, foram realizados testes preliminares com 18 pacientes (15,0% da casuística). Os resultados destes testes permitiram aperfeiçoar o questionário da entrevista e a ficha de avaliação do prontuário e compor as versões definitivas dos instrumentos, que foram, então, empregadas neste estudo.

Antes de iniciar a entrevista, foi solicitado o consentimento escrito a cada participante do estudo. Lia-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a participação em pesquisa para o paciente e, em seguida, foi solicitada a sua assinatura. Garantiu-se

o sigilo sobre as respostas e foi respeitada a recusa do paciente em responder a qualquer pergunta do roteiro de entrevista.

A coleta de dados foi realizada por um único pesquisador em três etapas: na primeira etapa, foram realizadas buscas nos prontuários dos pacientes que fazem a HD na Clínica de Doenças Renais e foi elaborada uma relação de pacientes elegíveis. Na segunda etapa, que ocorreu na sala de HD e durante a realização deste tratamento, foram realizadas as abordagens e as entrevistas. Durante a abordagem, averiguava-se se o paciente era responsável pelo seu próprio tratamento e, nos casos positivos, solicitava-se a sua participação no estudo. Foi explicado aos pacientes que se tratava de uma pesquisa sobre como as pessoas que têm "problemas de rins" estão usando os medicamentos receitados e que estas informações seriam úteis para melhorar os seus respectivos tratamentos. Durante a entrevista, as perguntas foram lidas para todos os pacientes de forma padronizada. As entrevistas duravam entre 20 e 30 minutos, dependendo do número de medicamentos incluídos. Durante a terceira etapa da coleta dos dados, realizaram-se consultas a informações nos prontuários dos pacientes entrevistados.

Quando se tem interesse na detecção da adesão ao tratamento medicamentoso, a forma mais utilizada é o questionamento direto, devido à sua objetividade e seu baixo custo (Bubalo et al., 2010). Assim, para identificar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, foram estudados a análise dos medicamentos utilizados e o comportamento admitido em relação ao uso de medicamentos, definido pelo TMG (Morisky et al., 1986).

O TGM é composto por quatro perguntas, que objetivam avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso habitual do medicamento. Esta avaliação permite, também, discriminar se o comportamento de menos aderente é do tipo intencional ou não intencional, sendo, também, possível caracterizar pacientes portadores de ambos os tipos de comportamento de menos aderente (Sewitch et al., 2003). A pontuação das respostas às perguntas é a seguinte: SIM = 0 e NÃO = 1. Se todas as respostas forem NÃO, a pontuação será 4 e se todas forem SIM, será 0, indicando mais ou menos adesão ao uso do medicamento.

Os dados colhidos na entrevista e no exame do prontuário foram armazenados em banco de dados específico, criado no ambiente do programa estatístico SPSS® (*Statistical Package for Social Science*) versão 18.0. Como forma de minimizar erros, a entrada dos dados no programa foi realizada com dupla digitação. Para as variáveis em evidência, foi feita uma análise descritiva que forneceu frequências, médias e desvio padrão. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado de independência para verificar se as características dos pacientes influenciam na adesão ao tratamento medicamentoso e os resultados foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dentre os pacientes investigados neste estudo, 168 deles possuíam o diagnóstico de HA. Deste total, 29 pacientes (17,3%) recusaram-se a participar do estudo; 10 pacientes (5,9%) não eram os próprios responsáveis pela administração dos medicamentos (requeriam a ajuda de um cuidador) e 9 pacientes (5,4%) eram menor de idade. Dessa forma, os 120 (71,4%) pacientes restantes foram recrutados para o estudo.

Características dos pacientes que participaram desta pesquisa

As características sociodemográficas dos pacientes investigados estão apresentadas na Tabela 1. A partir dos resultados obtidos, observou-se a predominância de pacientes do sexo masculino (69,2%), casado (65,0%), cor/etnia parda (58,7%), com idade inferior a 60 anos (68,3%), que apresentaram como escolaridade máxima o ensino fundamental ou são analfabetos (79,2%), aposentados (58,6%) e com renda mensal de até 3 salários mínimos (91,7%). Dentre os entrevistados, 91,7% são procedentes de cidades do Estado do Maranhão, sendo que apenas 31,6% dos pacientes são oriundos do Município de Imperatriz (MA).

A Tabela 2 mostra as características clínicas dos entrevistados. Com relação à etiologia da DRC, a HA foi a doença mais prevalente entre os entrevistados (32,2%). Todos os pacientes investigados iniciaram o tratamento hemodialítico logo que receberam o diagnóstico de DRC, sendo que a maioria deles (73,3%) vem realizando a HD semanalmente a mais de 1 ano, com boa eficiência dialítica (índice de adequação de diálise (Kt/V) = 1,72 ± 0,31). O Sistema Único de Saúde é o responsável pelo financiamento deste tratamento para 98,3% dos pacientes atendidos na Clínica de Doenças Renais.

A terapia medicamentosa anti-hipertensiva

A partir da consulta nos prontuários dos pacientes investigados, observou-se que a maioria (78,3 %) estava em uso de dois ou mais medicamentos anti-hipertensivos, sendo que 60% dos entrevistados os adquirem gratuitamente nos serviços de saúde, 29,2% os obtêm com seus próprios recursos e 10,8% os adquirem de ambas as formas.

Quando os pacientes foram questionados se receberam orientação de um profissional da saúde para o uso da medicação, 75,3% relataram que a recebeu no momento da consulta médica e 82,0% no momento da dispensação do medicamento. Entretanto, dentre os pacientes que obtiveram orientação na consulta ou na dispensação, 15,3% e 5,5%, respectivamente, disseram que as orientações não atenderam às suas necessidades.

A Tabela 3 mostra as características da terapia medicamentosa anti-hipertensiva utilizada pelos pacientes investigados neste estudo.

O número total de medicamentos prescritos para uso foi 269 e com média de 2,24 ± 1,20 medicamentos

Tabela 1 – Características sóciodemográficas dos pacientes incluídos no estudo. Imperatriz, MA, Brasil, mai./jun. de 2011.

VARIÁVEL	F_{ab} [2]	F_{ac} [3]	F_{rel} (%)[4]
Sexo			
Masculino	83	83	69,2
Feminino	37	120	30,8
Idade (anos)			
< 60	82	82	68,3
≥ 60	38	120	31,7
Estado marital			
Casado	78	78	65,0
Solteiro	22	100	18,3
Separado	9	109	7,2
Viúvo	7	116	5,6
União consensual	4	120	3,3
Escolaridade			
Analfabeto	26	26	21,7
Ensino Fundamental incompleto	53	95	44,2
Ensino Fundamental completo	16	42	13,3
Ensino Médio incompleto	10	119	8,3
Ensino Médio completo	14	109	11,7
Ensino Superior completo	1	120	0,8
Procedência			
De Imperatriz	38	38	31,7
De outras cidades do MA	72	110	60,0
Não procedentes do MA	10	120	8,3
Ocupação			
Autônomo	17	17	13,9
Com vínculo empregatício	12	29	10,0
Do lar	17	46	13,9
Aposentado	70	116	58,6
Desempregado	3	119	2,7
Estudante	1	120	0,9
Renda mensal (salário mínimo1)			
≤ 3	110	110	91,7
> 3	10	120	8,3
Cor/etnia5			
Parda	70	70	58,7
Branca	27	97	22,2
Negra	23	120	19,1

[1] O salário mínimo vigente na época do estudo era de R$ 540,00; [2] Frequência absoluta; [3] Frequência acumulada; [4] Frequência relativa. [5] Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, 2006 (IBGE, 2012).

Tabela 2 – Características clínicas dos pacientes incluídos no estudo. Imperatriz, MA, Brasil, mai./jun. de 2011.

VARIÁVEL	F_{ab} [1]	F_{ac} [2]	F_{rel} (%)[3]
Diagnóstico etiológico da DRC			
HA	39	39	32,2
Doenças glomerulares primárias	27	66	22,2
Sem diagnóstico confirmado	24	90	20,0
Diabetes melito	17	107	13,9
Nefrite lúpica	13	120	11,7
Tempo de tratamento dialítico (anos)			
≤ 1	35	35	26,7
> 1	85	120	73,3
Comorbidades			
HA	120	120	100,0
Diabetes melito	25	145	20,7
Insuficiência cardíaca	22	167	18,1
Catarata	16	183	13,4
Dislipidemia	15	198	12,8
Vitiligo	11	209	9,1
Trombose venosa	10	219	8,3
Bronquite	9	228	7,5
Anemia	9	237	7,5
Lúpus eritematoso sistêmico	8	245	6,7
Outras	5	250	4,3

[1] Frequência absoluta; [2] Frequência acumulada; [3] Frequência relativa.

Tabela 3 – Principais classes de medicamentos anti-hipertensivos prescritos e em uso pelos 120 pacientes incluídos no estudo. Imperatriz, MA, Brasil, mai./jun. de 2011.

Classe de medicamentos em uso1	Código ATC[1]	N (%)[2]
Agentes betabloqueadores	C07	70 (26,1)
Propranolol (não seletivo)	C07AA05	40 (14,9)
Atenolol (seletivo)	C07AB03	22 (8,2)
Metoprolol (seletivo)	C07AB02	1 (0,4)
Carvedilol (bloqueador beta e alfa)	C07AG02	7 (2,6)
Bloqueadores dos canais de cálcio	C08	66 (24,5)
Diltiazem	C08DB01	2 (0,7)
Anlodipino	C08CA01	22 (8,2)
Nifedipina	C08CA05	42 (15,6)
Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina	C09	60 (22,3)
Captopril	C09AA01	14 (5,2)
Enalapril	C09AA02	9 (3,3)
Ramipril	C09AA05	1 (0,4)
Losartan	C09CA01	36 (13,4)
Agentes com ação sobre músculo liso arteriolar	C02D	26 (9,6)
Hidralazina	C02DB02	6 (2,2)
Minoxidil	C02DC01	20 (7,4)
Agentes adrenérgicos de ação central	C02AB	24 (8,9)
Metildopa	C02AB02	7 (2,6)
Clonidina	C02AC01	17 (6,3)
Diuréticos	C03	15 (5,6)
Furosemida	C03CA01	14 (5,2)
Hidroclorotiazida	C03AA03	1 (0,4)
Vasodilatadores utilizados em doenças cardíacas	C01D	8 (3,0)
Mononitrato de isossorbida	C01DA14	2 (0,8)
Propatilnitrato	C01DA57	6 (2,2)

[1]Classificação dos fármacos anti-hipertensivos utilizados pelos pacientes de acordo com o Anatomical Therapeutic Chemical Code (ATC), descrito por WHOCC - ATC/DDD Index (2011).

[2] N = número absoluto de medicamentos. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com o resultado do Teste de Morisky e Green. Imperatriz, MA, Brasil, mai./jun. de 2011.

Questões	SIM N (%)[1]	NÃO N (%)[1]
"O(a) senhor(a), alguma vez, esquece-se de tomar o seu remédio?"	62 (51,7)	58 (48,3)
"O(a) senhor(a), às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?"	68 (56,7)	52 (43,3)
"Quando o(a) senhor(a) se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar seu remédio?"	5 (4,2)	115 (95,8)
"Quando o(a) senhor(a) se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?"	15 (12,5)	105 (87,5)

[1]N = número absoluto de pacientes. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com o total de pontos obtidos pela Escala de Morisky. Imperatriz, MA, Brasil, mai./jun. de 2011.

Nível de adesão	Total de Pontos	N (%)[1]
Baixo	0	0 (0,0)
Mediano	1	15 (12,5)
	2	35 (29,2)
Elevado	3	37 (30,8)
	4	33 (27,5)

[1]N = número absoluto de pacientes. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

Tabela 6 – Análise comparativa da classificação da adesão pela Escala de Morisky com as características dos pacientes. Imperatriz, MA, Brasil, mai./jun. de 2011.

Característica	Grupo de Adesão Mediana		Grupo de Adesão Elevada		Total de Pacientes	Valor p [3]
	n = 50	%	n = 70	%	N = 120	
Sexo						
Masculino	32	38,6	51	61,4	83	0,300
Feminino	18	48,6	19	51,4	37	
Idade (anos)						
< 60	40	48,8	42	51,2	82	0,020
≥ 60	10	26,3	28	73,7	38	
Estado marital						
Casado	32	41,0	46	59,0	78	0,237
Solteiro	7	31,8	15	68,2	22	
Separado	3	33,3	6	66,7	9	
Viúvo	5	71,4	2	28,6	7	
União consensual	3	75,0	1	25,0	4	
Escolaridade						
Não alfabetizado	45	57,0	34	43,0	79	0,001
Alfabetizado	5	12,2	36	87,8	41	
Procedência						
De Imperatriz	12	31,6	26	68,4	38	0,127
De outras cidades	38	46,3	44	53,7	82	
Ocupação						
Empregado	36	76,6	11	23,4	47	< 0,001
Aposentado	13	18,6	57	81,4	70	
Desempregado	1	33,3	2	66,7	3	
Renda mensal 1						
≤ 3	43	39,1	67	60,9	110	0,060
> 3	7	70,0	3	30,0	10	
Cor/etnia2						
Parda	24	34,3	46	65,7	70	< 0,001
Branca	6	22,2	21	77,8	27	
Negra	20	87,0	3	13,0	23	
Tempo em HD (anos)						
≤ 1	11	31,4	24	68,6	35	0,144
> 1	39	45,9	46	54,1	85	

[1]O salário mínimo vigente na época do estudo era de R$ 540,00; [2]Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, 2006 (IBGE, 2012); [3]Nível de significância foi calculado pelo teste Qui-quadrado de independência. Os resultados foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

por paciente, considerando os medicamentos identificados na busca nos prontuários. O tempo médio de utilização destes medicamentos foi de 5,8 ± 2,3 anos. Do total de medicamentos identificados, os mais frequentes foram os betabloqueadores (26,1 %), com destaque para o propranolol (14,9 %); seguidos pelos bloqueadores dos canais de cálcio (24,5 %), com destaque para a nifedipina (15,6 %), e dos agentes que atuam no sistema renina-angiotensina (22,3 %), destacando-se o losartan (13,4 %).

Adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo

Como mostrado na Tabela 4, o ato de não tomar o medicamento no horário determinado na prescrição foi a principal causa da não adesão entre os pacientes estudados, pois 56,7 % dos entrevistados referem, em algum momento, descuidar quanto ao horário de tomar o seu remédio. O ato de esquece-se de tomar o medicamento foi relatado por 51,7 % dos entrevistados. Estas causas contribuíram para que mais da metade dos pacientes apresente comportamento de baixa adesão do tipo não intencional. Além disso, dentre os pacientes não aderentes ao tratamento, 16,7 % apresentaram comportamento do tipo intencional, em que o paciente toma a decisão de parar de usar o medicamento quando se sente bem ou quando se sente mal com o seu uso.

Na Tabela 5 apresentam-se as distribuições dos entrevistados pelo total de pontos obtidos pelo TMG.

Observou-se também que 58,3% dos entrevistados apresentaram nível elevado de adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo por responderem afirmativamente a uma ou a nenhuma das questões abordadas na Tabela 4 e nenhum deles apresentou nível baixo de adesão à terapia medicamentosa. Entretanto, uma porção significativa de pacientes (41,7%) apresentou uma adesão mediana à terapia medicamentosa.

Por meio da análise estatística (Tabela 6), observou-se que não ocorreu diferença significativa ao comparar a classificação de adesão com as variáveis: Sexo, Estado marital, Procedência, Renda mensal e Tempo em HD (anos). Enquanto que houve associação estatisticamente significante entre o grau de adesão e as variáveis: Idade ($p = 0,020$), Escolaridade ($p = 0,001$), Ocupação ($p = < 0,001$) e Cor/Etnia ($p = < 0,001$).

DISCUSSÃO

Para Martins & Cesarino (2005), os pacientes com DRC possuem elevados índices de morbi/mortalidade por doenças cardiovasculares, além da alta prevalência da HA, sendo que esse é um dos fatores de risco de causa e/ou consequência da doença renal. Assim, a HA tem sido o fator de risco mais importante para a perda progressiva da função renal, antecipando o início do tratamento dialítico. Diante disso, o tratamento medicamentoso desta patologia consiste na intervenção clínica mais importante para retardar a progressão para insuficiência renal crônica terminal (Pereira et al., 2003). Apesar da efetividade deste tratamento, a HA é pouco controlada (Strelec, 2000), em função da baixa adesão dos pacientes à terapia medicamentosa ocasionada principalmente pela presença de sinais e sintomas não perceptíveis pelo portador e pelo fato da HA ser uma doença crônica (Dorea & Lotufo, 2004).

Assim, faz-se necessária a avaliação do comportamento do paciente por parte dos profissionais de saúde envolvidos com a terapia medicamentosa com o objetivo de detectar os casos de baixa adesão que possam comprometer os resultados terapêuticos (Vieira, 2004).

Características dos pacientes que participaram desta pesquisa

Como observado neste trabalho, em estudo realizado por Zambonato et al. (2008), verificou-se que entre os pacientes com DRC investigados também houve a prevalência do gênero masculino, com baixa escolaridade e baixa renda familiar. Entretanto, não foi encontrada diferença estatisticamente significante entre o grau de adesão e o sexo.

De acordo com a SBN (2011), 57,3% dos pacientes que realizam HD são do sexo masculino. A busca diminuída da população masculina pelos serviços de saúde tem sido a provável causa de maior incidência de DRC em homens. Essa negligência com a saúde faz com que as doenças na população masculina sejam diagnosticadas tardiamente, ocasionando um pior prognóstico e diminuindo a expectativa de vida de homens (Meirelles & Hohl, 2009).

Entre os entrevistados, houve o predomínio de pacientes adultos. Veras (2003) afirma que a percepção de saúde e a procura pelos serviços de saúde aumentam com o envelhecimento populacional. Segundo Leggat Júnior et al. (1998), a idade é um fator relevante para determinar a prática medicamentosa, pois pacientes com idade mais avançada tendem a aumentar o grau de adesão à terapia medicamentosa, possivelmente por causa da preocupação com o fator morte.

Neste estudo, observou-se que os pacientes idosos demonstraram-se mais aderentes que os adultos ($p = 0,020$). Em estudo realizado por Weingarten & Cannon (1988) mostrou que pacientes abaixo de 55 anos e acima de 65 anos apresentaram aderência significantemente menor que aqueles cuja idade era em torno de 55 a 64 anos. Para pacientes com idade abaixo de 55 anos, a sensação de bem estar faz com que eles ignorem as complicações que podem ocorrer em longo prazo. Entre 55 a 65 anos eles percebem que as complicações podem ocorrer, tornando-se mais preocupados com a própria saúde e melhorando a adesão aos medicamentos.

O presente estudo foi composto por entrevistados que, em sua maioria, relataram ser casados. Em estudos realizados por Oliveira et al. (2008) e por Terra (2007) em pacientes com DRC, também foi observado que a maioria é casada. Esta condição civil é mais comum, provavelmente, por ser uma condição mais frequente nas faixas etárias mais avançadas. Blanski & Lenardt (2005) afirmaram

que o fato do paciente não viver sozinho pode contribuir para que a adesão e implantação das terapias sejam aceitas pelos participantes. Entretanto, nesse trabalho não houve diferença estatisticamente significante entre o grau de adesão e o estado marital.

Verificou-se, entre os investigados, maior frequência de pacientes com baixa escolaridade. Neste grupo de pacientes, verificou-se proporção significativamente maior ($p = 0,001$) de indivíduos não alfabetizados dentre os classificados como menos aderentes (adesão mediana) em relação aos demais (adesão elevada).

O grau de escolaridade influencia na capacidade do indivíduo entender sobre a doença que possui, bem como sobre o tratamento prescrito para a mesma e sobre como realizar o autocuidado. Este fato é mais facilmente observado quando se trata da terapêutica medicamentosa para pacientes em HD. Este tipo de tratamento é muito complexo por necessitar de mudanças dos hábitos de vida do paciente, exigindo habilidades cognitivas, que podem não ser suficientes em função do baixo nível de escolaridade dos pacientes e o fato do paciente ser alfabetizado pode contribuir para um melhor entendimento da prescrição médica e maior facilidade para segui-la de maneira adequada (Maldaner et al., 2008).

Em relação à variável ocupação, neste trabalho, observou-se maior frequência de pacientes aposentados. Esta característica apresentou associação estatisticamente significante com o grau de adesão, de modo que os pacientes aposentados apresentaram-se mais aderentes. Ramalhinho (1994) e Garcia (2003) encontraram em seus estudos de adesão à terapia medicamentosa, associação entre o grau de adesão e a ocupação dos entrevistados, sendo que também houve o predomínio da categoria aposentados e que esta categoria apresentou maior grau de aderência que as outras categorias. Estes autores salientam que os pacientes aposentados têm mais tempo livre e se preocupam mais com a doença e com a terapêutica que os que trabalham e tem dificuldade em integrar o tratamento nas suas atividades diárias.

Entre os pacientes investigados houve o predomínio de indivíduos com renda familiar mensal baixa, embora esta variável não tenha demonstrado associação estatisticamente significante com o grau de adesão. Estudo realizado por Pierin (2001) mostrou a baixa renda familiar de pacientes com HA é uma característica que pode induzir aspectos desfavoráveis à consecução do tratamento. Para Terra (2007), pacientes com doenças crônicas, como a DRC e a HA, necessitam de tratamento medicamentoso prolongado e muitos não possuem condições financeiras suficientes para a manutenção dos gastos com medicamentos, dificultando a adesão à terapia medicamentosa.

No que diz respeito ao município onde residem os pacientes estudados, somente 31,7 % residem em Imperatriz – MA. Assim, a maioria dos pacientes precisa se deslocar de seus municípios de origem para o local prestador do tratamento hemodialítico e tratamentos correlatos. Isso é um fator que aumenta o tempo destas terapêuticas, pois, além do período que os pacientes permanecem na clínica, eles também gastam tempo na espera do transporte para conduzi-los ao local onde receberão os tratamentos e orientações sobre os mesmos. Assim, estes fatores contribuem para a não adesão às terapêuticas propostas (Maldaner et al., 2008; Terra, 2007). Contudo, em relação à variável procedência, não houve associação estatisticamente significante com o grau de adesão.

Com relação às doenças de base da DRC, este estudo revelou que as principais doenças foram HA, doenças glomerulares primárias e o diabetes melito. Segundo o último censo realizado pela SBN (2011), as doenças de base mais prevalentes para a DRC também foram a HA, diabetes melito e glomerulopatias. Os diversos medicamentos utilizados para tratamento destas doenças de base pode aumenta a possibilidade de não adesão do paciente à terapia medicamentosa proposta (Sesso et al., 2007; Silva et al., 2011).

Em relação à etnia, observou-se maior incidência de pacientes pardos. Entretanto, pacientes negros demonstraram-se menos aderentes ($p = < 0,001$) quando comparados aos pardos e aos brancos. De acordo com Pierin (2001), os negros aderem menos ao tratamento medicamentoso que os pardos, e esses menos que os brancos. Lessa e Fonseca (1997), estudando as diferenças raciais no controle e adesão à terapia medicamentos anti-hipertensiva, verificaram que a frequência de adesão às consultas e tratamento também foi significativamente menor em pacientes negros, em relação aos pardos e brancos.

A maioria dos pacientes investigados vem realizando a HD por um período superior a 1 ano, sendo que não houve associação estatisticamente significante desta variável com o grau de adesão. Este é um tratamento de longa duração que requer muitas mudanças no hábito de vida do paciente. Assim, aderir à terapia medicamentosa proposta torna-se uma tarefa mais difícil, principalmente pelas limitações que o paciente em HD possui (Maldaner et al., 2008).

Todos os pacientes estudados apresentaram outras doenças (comorbidades) além da DRC. É importante destacar que a presença de comorbidades nos pacientes em tratamento hemodialítico está associada com elevado número de medicamentos prescritos para esses pacientes na tentativa de diminuir as complicações e agravos na saúde (Rahman & Griffin, 2004) e podem determinar o processo da má adesão ao tratamento medicamentoso (Karamanidou et al., 2008).

A terapia medicamentosa anti-hipertensiva

Verificou-se neste estudo que a maioria dos pacientes (78,3 %) participantes da pesquisa realiza a politerapia anti-hipertensiva e utilizam, em média, 2,24 ± 1,20 medicamentos. Este número é menor do que em outros estudos realizados por Moreira et al. (2008) (3,7 ± 1,6 medicamentos por paciente). Esse número menor pode contribuir para a correta utilização desses produtos e a satisfatória continuidade e adesão à terapêutica. Em

estudo realizado por Terra (2007), ao avaliar o tratamento farmacológico anti-hipertensivo de pacientes com DRC também foi contatado a maioria dos investigados (78,3%) praticava a politerapia.

Nesse sentido, Penteado et al. (2002) destacam que o elevado número de variedade e frequência de medicamentos utilizados também contribui para falhas no seguimento correto da terapia medicamentosa. Sgnaolin et al. (2012) observaram que o risco de não adesão à terapia medicamentosa aumenta com o aumento do número de medicamentos utilizados por paciente, pois pode favorecer a não realização do tratamento ou o esquecimento da utilização de alguns medicamentos em pacientes com idade elevada, com baixo grau de instrução e com baixa renda mensal, como foi observado neste estudo.

Dentre as classes de anti-hipertensivos mais prescritas e utilizadas pelos pacientes investigados destacaram-se os betabloqueadores (26,1 %), como o propranolol (14,9 %); os bloqueadores dos canais de cálcio (24,5 %), com destaque para a nifedipina (15,6 %); e os agentes que atuam no SRAA (22,3 %), destacando-se o losartan (13,4 %). Em estudo realizado por Terra et al. (2010), foi observado que os betabloqueadores (propranolol), bloqueadores de canais de cálcio (nifedipina), diuréticos (furosemida) e os IECAs (captopril) foram, respectivamente, as classes terapêuticas mais utilizadas para o tratamento da HA em pacientes com DRC.

Segundo Rodrigues (2011), os fármacos de primeira escolha na maioria dos casos de pacientes com DRC são os bloqueadores do SRAA, inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECAs) ou bloqueadores de receptores da angiotensina II (BRAs). Os BRAs são preferenciais para os pacientes intolerantes à IECA. As recomendações atuais baseadas em estudos controlados e randomizados também se preconiza o uso dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECAs) e dos bloqueadores de receptores da angiotensina II (BRAs) como drogas de primeira linha para o tratamento da HA em pacientes com DRC, devido sua ação renoprotetora adicional à redução da pressão arterial (Silva et al., 2008).

Vale ressaltar que foi observada a prescrição de medicamentos pouco dialisáveis, tais como a metildopa e o propranolol para os pacientes investigados neste estudo. Assim, o uso de fármacos pouco dialisáveis por pacientes com DRC em tratamento hemodialítico necessita de cuidados redobrados para sua utilização, pois, podem acarretar intoxicação nos pacientes e hospitalizações desnecessárias (Koda-Kimble et al., 2005).

O acesso ao medicamento é premissa básica para o sucesso do tratamento, sendo o custo apontado como um fator limitante, considerando-se que o custo com a aquisição dos medicamentos é significativamente inferior ao custo inerente a não realização do tratamento (Pierin, 2001). De acordo com a World Health Organization (2003), este acesso depende da seleção e uso racional de medicamentos; do financiamento adequado e sustentado; de preços adequados e do sistema de suprimento. Os medicamentos essenciais devem estar disponíveis no sistema de saúde de forma ininterrupta, em quantidades suficientes e em formas farmacêuticas apropriadas às necessidades de saúde sendo fundamental a garantia da qualidade e o fornecimento de informação apropriada.

Diante disso, neste estudo observou-se que a maior parte dos pacientes investigados tem adquirido os medicamentos gratuitamente nos serviços de saúde e que 32,1% destes pacientes relataram não ter condições de comprar o medicamento, caso não o conseguisse gratuitamente. A dificuldade de acesso gratuito aos medicamentos foi relatada por 54,5% dos entrevistados como um empecilho para não seguirem adequadamente o tratamento anti-hipertensivo. Tal fato se comprova pelo baixo nível econômico da população estudada. A adesão ao tratamento medicamentoso consiste em um processo complexo e pode ser favorecida a partir do fornecimento gratuito dos medicamentos utilizados na terapia.

Adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo

A escolha do TMG para a realização deste trabalho também se fundamenta no fato de se ter disponível em língua portuguesa; por ser um instrumento de fácil medida; por apresentar um número relativamente pequeno de questões compreensíveis e que proporcionam a verificação da atitude do paciente frente à tomada de medicamentos. Estas questões são elaboradas de forma a reduzir o viés das respostas positivas (Morisky et al., 1986).

Neste estudo, avaliando-se o comportamento dos pacientes em relação ao uso do medicamento, por meio do TMG, observou-se que a distribuição das respostas para cada questão deste teste (Tabela 4) aponta que a maioria dos pacientes apresentou comportamento do tipo não intencional (descuido e/ou esquecimento quanto ao tomar o medicamento no horário prescrito) tendendo para o baixo grau de adesão. Tal observação também foi evidenciada em estudos realizados por Rocha et al. (2008); Dunbar-Jacob & Mortimer-Stenphens (2001); Kane et al. (2003) e Sewitch et al. (2003), podendo ter como consequência efeitos indesejados, que podem ser decorrentes tanto do excesso de ingestão quanto da falta do medicamento (Almeida et al., 2007).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2008), recomenda-se que o medicamento, quando esquecido o seu horário de tomada, seja ingerido imediatamente ao se lembrar. Entretanto, se estiver próximo do horário da segunda dose, não é recomendado tomar a dose esquecida. No dia seguinte retomar as doses orientadas segundo a prescrição.

A minoria dos investigados apresentou comportamento indicativo de baixo grau de adesão, com predominância do tipo intencional (interrompe o uso do medicamento por conta própria, quando se sente bem ou quando se sente mal). Provavelmente, isso tenha sido observado pelo fato da ausência de sintomas na HA ser um fator que contribui fortemente para a baixa adesão ao tratamento.

A partir da frequência de respostas "sim" à Escala de Morisky, foi possível observar que mais da metade (58,3%) dos entrevistados apresentaram nível elevado de adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo e nenhum deles apresentou nível baixo de adesão à terapia medicamentosa. Isso pode estar relacionado às atividades do grupo de apoio aos pacientes renais crônicos da Clínica de Doenças Renais como incentivador do cuidado com a saúde, evidenciando que o apoio social tem um efeito reforçador para o controle da HA favorecendo, na população estudada, o aumento da adesão à terapia medicamentosa. Entretanto, houve uma porção significativa de pacientes apresentou uma adesão mediana à terapia medicamentosa.

Assim, os achados deste estudo indicam um alto grau de disposição para o uso do medicamento por parte dos pacientes e também indicam baixo grau de preocupação dos mesmos em relação à utilização correta do medicamento.

Vale ressaltar que 24,7% e 18,0% dos entrevistados afirmaram não ter recebido orientação de como utilizar o medicamento anti-hipertensivo durante a consulta e a dispensação, respectivamente. Além disso, dentre aqueles que a recebeu alguns disseram que as orientações não atenderam às suas necessidades. Isso sugere que ou o tempo de orientação é insuficiente ou as informações não estão sendo repassadas adequadamente, dificultando a adequada adesão ao tratamento medicamentoso.

Os profissionais de saúde podem contribuir e, para tanto, devem estar cientes da multiplicidade de aspectos envolvidos no processo de adesão, podendo, interdisciplinarmente, planejar e implementar estratégias adequadas à população (Almeida et al., 2007). Assim, atividades educativas, de qualificação para os profissionais que atuam com esses usuários, podem ser realizadas buscando o aprimoramento dos profissionais em relação ao uso de fármacos (Mosegui et al., 1999). Isso, segundo Lopes & Oliveira (2004), possibilita adaptação das atividades tanto de promoção da saúde como de prevenção e tratamento de doenças crônicas, como a HA.

A organização de grupos de encontros mensais, que realizam atividades como palestras, discussões de casos, distribuição de folder, cartazes e estudos, são agentes que trazem, com essas atividades, alternativas para educação em saúde e esclarecimento de dúvidas decorrentes dos diversos problemas de saúde. Estas ações poderão orientar os pacientes sobre o uso correto dos medicamentos, principalmente aqueles que apresentam algum tipo de dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso.

Para tanto, os profissionais de saúde precisam estar atentos aos problemas relacionados ao uso de medicamentos (Belestre et al., 2007). Segundo Cipolle et al. (2004), o fato do paciente portador de doenças crônicas desconhecer a importância do uso contínuo dos medicamentos para o controle de doenças crônicas pode refletir em não adesão à terapia implantada, resultando em agravo da doença. Salienta-se ainda ser essencial que os portadores destas doenças conheçam as características da sua patologia, considerando as particularidades de cada situação. Marin et al. (2008) sugerem que é importante haver diálogo entre a equipe e os usuários, destacando a necessidade de uma escuta ampliada e a importância de se estabelecer um vínculo de respeito recíproco.

Neste estudo, foi possível observar que mais da metade dos pacientes investigados apresentou nível elevado de adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo. Entretanto, uma porção significativa de pacientes apresentou uma adesão mediana à terapia medicamentosa, com o predomínio do comportamento não intencional de baixa adesão (por descuido e/ou esquecimento). Assim, há evidências de que os pacientes se preocupam em usar os medicamentos prescritos, porém eles apresentaram baixo grau de preocupação em relação à utilização correta destes medicamentos. Além disso, este parece ser independente de características individuais, podendo tratar-se de traço comum aos pacientes em função da falta de informação.

Diante disso, torna-se necessária a adoção de medidas educacionais visando aumentar e manter a adesão ao tratamento em nível adequado, o que implica em maior atenção dos profissionais da saúde para o uso dos medicamentos pelos pacientes. Acredita-se que a educação destes pacientes seja o melhor caminho para o alcance desses objetivos. Dessa forma, o manejo adequado de medidas educativas e preventivas é fundamental para reduzir as prevalências observadas, a fim de proporcionar maior qualidade de vida e redução de eventos cardiovasculares futuros.

Como limitações deste estudo, foram analisados possíveis aspectos que afetam a adesão ao tratamento, como os sociodemográficos e os relacionados à doença e à terapêutica. Porém, destaca-se a necessidade de avaliar de forma mais ampla os fatores relacionados aos profissionais e ao sistema de saúde. Assim, apesar desses aspectos não terem sido amplamente analisados, deve-se considerar o contexto do atendimento, uma vez que é possível identificar casos de falhas na atenção ao paciente.

Além disso, não se pretende afirmar que a situação relatada neste trabalho reflete a adesão ao tratamento anti-hipertensivo de portadores de DRC em HD de forma a extrapolarmos para a população em geral. Entretanto, este estudo possibilita o desenvolvimento de novas hipóteses de investigação, necessárias para a construção de ações voltadas para a melhoria da adesão de pacientes hipertensos com DRC à terapia medicamentosa anti-hipertensiva, aumentando a qualidade de vida e diminuindo complicações em saúde. Essa análise, mesmo que seja preliminar, pode proporcionar subsídios para a realização de intervenções na assistência aos pacientes hipertensos com DRC em tratamento hemodialítico com o objetivo de aumentar o grau de adesão e qualidade de vida e servirá como base para o planejamento das ações de saúde do município onde este trabalho foi realizado e, posteriormente, no Brasil.

AGRADECIMENTOS

Os autores deste trabalho agradecem à FAPEMA, ao CNPq, ao MEC/SESU e à PROEX/UFMA pelo apoio financeiro por meio da concessão de bolsas de iniciação científica e de recursos de custeio e de capital. Além disso, os autores também agradecem à Direção Clínica de Doenças Renais de Imperatriz pelo apoio às atividades de pesquisa realizadas neste trabalho.

ABSTRACT

Adherence to antihypertensive pharmacological treatment in patients undergoing hemodialysis

The risk of morbidity/mortality from cardiovascular disease in patients with chronic kidney disease (CKD) is high, it is imperative to establishing an effective antihypertensive therapy. Low adherence or non-adherence to antihypertensive drug treatment impairs the achievement of therapeutic outcomes in CKD progression delay. Thus, this work aimed to study the adherence to antihypertensive therapy in 120 patients with CKD on hemodialysis. This descriptive and cross-sectional study was conducted between May and June 2011 in Clínica de Doenças Renais de Imperatriz – MA using the Morisky-Green Test to measure adherence level to pharmacotherapy. Variables that may be related to adherence level were also investigated, such as sociodemographic and clinical characteristics and pharmacotherapy related factors. Based on this test, the patients were characterized as presenting either high (58.3%) or median (41.7%) degree of compliance. Statistical analysis showed no significant association between the degree of adherence and sex, marital status, origin, monthly income and duration of hemodialysis, but this association was observed with age, education, occupation and race. Although patients presented satisfactory levels of adherence, there was the need for improvements in pharmaceutical care to these patients and implement strategies to increase treatment adherence.

Keywords: Medication adherence. Antihypertensive agents. Chronic renal insufficient. Renal Dialysis. Pharmacist.

REFERÊNCIAS

Almeida HO, Versiani ER, Dias AR, Novaes MRCG, Trindade EMV. Adesão a tratamentos entre idosos. Com Ciênc Saúde. 2007; 18(1):57-67.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Bulário Eletrônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [citado 2013 dez.]. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/>.

Belestre KCE, Teixeira JJV, Crozatti MTL, CANO FG, Gunther LSA. Relato de um Seguimento Farmacoterapêutico de Pacientes Portadores de Diabetes do Programa Saúde da Família de Atalaia, Paraná. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2007; 28(2): 203-8.

Blanski CRK, Lenardt MH. A Compreensão da Terapêutica Medicamentosa pelo Idoso. Rev Gaúch Enferm. 2005; 26(2): 180-8.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 2013 dez.]. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_CRONICAS.pdf>.

Bubalo J, Clark RK Jr, Jiing SS, Johnson NB, Miller KA, Clemens-Shipman CJ, Sweet AL. Medication adherence: pharmacist perspective. J Am Pharm Assoc. 2010;50(3): 394-6.

Busto CS, Ramalle-Gómara E, Garcia R, Flor-Serrano A, García-Fernández J, Pernas HR, Tejero MPN. Estudio multicêntrico sobre adhésion al tratamiento antibiótico en población infantil en atención primaria. Rev Aten Primaria. 2001; 27(8): 554-8.

Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care pratice: the clinician's guide. 2nd. ed. New York: Mc Graw-Hill; 2004.

Cramer JA. Effect of partial compliance on cardiovascular medication effectiveness. Heart. 2002;88(1): 203-6.

Crozatti MTL. Estudo da utilização de antimicrobianos em infecções respiratórias agudas em crianças atendidas nas unidades de saúde de Maringá - PR: adesão e nível de informação na perspectiva do paciente. [Dissertação]. São Paulo: Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Dórea E, Lotufo P. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. Rev Hipertensão. 2004;7(3):86-9.

Dunbar-Jacob J, Mortimer-Stephens MK. Treatment adherence in chronic disease. J Clin Epidemiol. 2001;54(1): S57-S60.

Garcia RAC. Os fatores de aderência ao tratamento farmacológico de hiperlipidemias em pacientes atendidos pela Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas, Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2009.

Grupo Multisetorial de Doença Renal Crônica. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Perfil da Doença Renal Crônica: o desafio brasileiro [Internet]. São Paulo; 2007 [citado 2013 dez.]. Disponível em: http//www.sbn.org.br/noticias/DossieFinal.pdf.

Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in health care. Baltimore; Johns Hopkins University Press; 1981.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012 [citado 2014 fev.]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40

Kane S, Huo D, Aikens J, Hanauer S. Medication nonadherence and the outcomes of patients with quiescent ulcerative colitis. Am J Med. 2003;114(1):39-43.

Karamanidou C, Clatworthy J, Weinman J, Horne R. A systematic review of the prevalence and determinants of nonadherence to phosphate binding medication in patients with end-stage renal disease. BMC Nephrol. 2008; 9(2):1-10.

Kilbourne AM, Good CB, Sereika SM, Justice AC, Fine MJ. Algorithm for assessing patients' adherence to oral hypoglycemic medication. Am J Health Syst Pharm. 2005; 62(1):198-204.

Kirsztajn GM, Bastos MG. Proposta de padronização de um Programa de Rastreamento da DRC. J Bras Nefrol. 2007; 29(1):18-22.

Koda-Kimble MA, Young LY, Kradjan WA, Guglielmo BJ. Manual de Terapia Aplicada. 7ª ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 2005.

Leggat Jr JE, Orzol SM, Hulbert-Shearon TE, Golper, TA, Jones CA, Realizada PJ, Porto FK. Noncompliance in haemodialysis: predictors and survival analysis. Am J Kidney Dis. 1998;32(1):139-45.

Lessa I, Fonseca J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da pressão arterial. Arq Bras Cardiol. 1997;68(6):443-9.

Lopes FAM, Oliveira FA. Aspectos Epidemiológicos de Idosos Assistidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF). Patge: Textos Didáticos. Faculdade de Medicina do Triangulo Mineiro – FMTM [Internet] 2004. [citado 2009 mai 10]. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/instpub/fmtm/patge/Idoso_psf.htm>.

Maldaner CR, Beuter M, Brondani CM, Budó MLD, Pauletto MR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. Rev Gaúcha Enferm. 2008; 29(1): 647-53.

Marin MJS, Marques APMF, Feres BOM, Saraiva AKH, Druzian S. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2008; 11(2):245-58.

Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005;13(5): 670-6.

Meirelles RMR, Hohl A. Saúde masculina: tão negligenciada, principalmente pelos homens. Arq Bras Endocrinol Metab. 2009;53(8): 899-900.

Moreira LB, Fernandes PFCBC, Monte FS, Martins AMC. Adesão ao Tratamento Farmacológico em Pacientes com Doença Renal Crônica. J Bras Nefrol. 2008;30(2): 113-9.

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986; 24(1): 67-74.

Mosegui GBG, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CMM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. Rev Saúde Pública. 1999;33(5):437-44.

National Kidney Foudation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease [Internet]. New York; 2002 [citado 2013 dez.]. Disponível em: <www.transdoreso.org/pdf/Doenca_renal_cronica.pdf>.

Oliveira TFM, Santos NO, Lobo RCMM, Pinto KO, Barboza AS, Lucia MCS. Perfil sociodemográfico, eventos de vida e características afetivas de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por hemodiálise e diálise peritoneal: um estudo descritivo. Rev Psicólogo informação. 2008;12(12): 9-32.

Orsolin C, Rufatto C, Zambonato, RX, Fortes VLF, Pomati DM. Cuidando do ser humano hipertenso e protegendo sua função renal. Rev Bras Enferm. 2005;58(3): 316-9.

Pedroso ERP, Oliveira RG. Blackbook Clínica Médica. Belo Horizonte: Blackbook Editora; 2007.

Penteado PTPS, Cunico C, Oliveira KS, Polichuk MO. O uso de Medicamentos por Idosos. Visão Acad [Internet]. 2002 [citado 2009 mai.]; 3(1): 35-42. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/academica/article/view/498/411>.

Pepe VLE, Castro CGSO. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. Cad. Saúde Pública. 2000;16(3):815-22.

Pereira ERS, Pascoal IF, Mion Junior D. Hipertensão arterial e doença renal parenquimatosa. In: Riella MC (Org.). Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 769-86.

Pierin AMG. Adesão ao tratamento: conceitos. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion Júnior D (Orgs.). Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. p. 91-105.

Piñeiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. Rev Aten Primaria. 1997;19(1): 465-8.

Rahman M, Griffin V. Patterns of antihypertensive medication use in hemodialysis patients. Am J Health Syst Pharm. 2004; 61(4):1473-8.

Ramalhinho IMPS. Adesão à terapêutica anti-hipertensiva: contributo para o seu estudo. [Dissertação]. Lisboa: Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Nova de Lisboa; 1994.

Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza ACA, Carli GA, Marrone FB, Werlang MC. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. Ciênc Saúde Coletiva. 2008; 13(1):703-10.

Rodrigues CI. Combinação de fármacos Anti-hipertensivos na doença renal crónica. Rev Factores de Risco. 2011; 22(1):56-62.

Romão Junior JE. A Doença Renal Crônica: do diagnóstico ao tratamento. Rev Prática Hospitalar. 2007; 52(1):183-6.

Rybacki JJ. Improving cardiovascular health in postmenopausal women by addressing medication adherence issues. J Am Pharm Assoc (Wash). 2002;42(1): 63-71.

Silvestre-Busto C, Ramalle E, Arnaez R, Flor A, Garcia J, Ramil H, Notivol M. Estúdio multicéntrico sobre adhesión al tratamiento em población infantil en atención primaria. Aten Primaria. 2001; 27(8):554-8.

Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN. Doença renal crônica é um problema de saúde pública no Brasil [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2009 [citado 2013 dez.]. Disponível em: <http://www.anm.org.br/img/Arquivos/V%C3%ADdeos%20Arquivos%202010/Sess%C3%A3o%20Ordin%C3%A1ria%2018.03.2010/Programa%20Nacional%20de%20Assist%C3%AAncia%20%C3%A0%20Doen%C3%A7a%20Renal%20Cr%C3%B4nica%20-%20Prof.%20Emmanuel%20Burdmann.pdf>.

Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN. Censo de diálise SBN/2011. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2011 [citado 2013 dez.]. Disponível em: http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2011_publico.pdf.

Sesso R, Gordan P. Dados disponíveis sobre a doença renal crônica no Brasil. J Bras Nefrol. 2007;29(1): 9-12.

Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Burkun A, Bitton A, Wild GE, Cohen A, Dobkin PL. Patient nonadherence to medication in inflammatory Bowel disease. Am J Gastroenterol. 2003; 98(7):1535-44.

Sgnaolin V, Prado AE, Figueiredo L. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. J Bras Nefrol. 2012;34(2):109-16.

Silva GV, Gonçalves AB., Ortega KC, Mion Júnior D. Alterações renais na hipertensão arterial sistêmica. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2008;18(2):175-81.

Silva GD, Acúrcio FA, Cherchiglia ML, Guerra Júnior AA, Andrade EI G. Medicamentos excepcionais para doença renal crônica: gastos e perfil de utilização em Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011;27(2):357-68.

Strelec MAAM. A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. São Paulo. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo; 2000.

Terra FS. Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário. [Dissertação]. Alfenas: Pós-graduação da UNIFENAS, Universidade José do Rosário Vellano; 2007.

Terra FS, Costa AMDD, Figueiredo ET, Morais AM, Costa MD, Costa RD. Adesão ao tratamento farmacológico de uso diário de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. Rev Bras Clín Méd. 2010;8(2):119-24.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Hipertensão arterial secundária. [Internet]. 2006 [citado 2013 mai.]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf>.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(Sup.1): 01-51.

Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):705-15.

Vermeire E., Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. a comprehensive review. J Clin Pharm Ther. 2001;26(1): 331-45.

Vieira DFC. Estudo dos fatores relacionados com a adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo em pacientes idosos. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade de São Paulo; 2004.

Weingarten MA, Cannon BS. Age as a major factor affecting adherence to medication for hypertension in a general practice population. Fam Pract. 1988;5(4):294-6.

World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. WHO Technical Report. Geneva: WHO; 2003 [citado 2013 dez.]. Disponível em: <http://www.who.int/chronic_conditions/en/ adherence_report.pdf>. Acesso em: 27 set. 2004.

WHOCC - ATC/DDD Index. Structure and principles [Internet]. 2011 [citado 2013 jan.]. Disponível em:<http://www.whocc.no/atc_ddd_index/>.

Zambonato TK, Thomé FS, Gonçalves LFS. Perfil socioeconômico dos pacientes com doença renal crônica em diálise na região Noroeste do Rio Grande do Sul. J Bras Nefrol. 2008;30(3):192-9.

Recebido em 2 de janeiro de 2014

Aceito em 14 de abril de 2014