

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO E ANTIDIABÉTICO DE UM GRUPO HIPERDIA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE LUCENA-RS

ADHESION EVALUATION OF ANTIHYPERTENSIVE AND ANTIDIABETIC TREATMENT A HIPERDIA GROUP IN THE CITY OF PRESIDENTE LUCENA-RS

Kelin Medtler¹

Magda Susana Perassolo²

RESUMO

O objetivo deste trabalho é avaliar a adesão dos participantes do grupo HIPERDIA de Presidente Lucena-RS ao tratamento farmacológico. Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, realizado com 22 participantes do referido grupo, onde a adesão ao tratamento medicamentoso foi avaliada através do teste de Morisky-Green. Foram considerados aderentes aqueles pacientes que obtiveram escore 4 e não aderentes pacientes com escore ≤ 3 no teste do Morisky-Green. Metade dos participantes (50%) eram não aderentes ao tratamento, sendo estes com idade mais avançada, com níveis de hemoglicoteste mais elevados e todos os pacientes com diabetes eram não aderentes.

Palavras-chave: Adesão à terapia farmacológica. Hipertensão. Diabetes.

ABSTRACT

The aim of this study is to evaluate the adherence of participants HIPERDIA Group to Presidente Lucena-RS to pharmacological treatment. This is a quantitative and descriptive study with 22 participants of the group, where adherence therapy was assessed by Morisky-Green test. They were considered adherent patients who had a score 4 and nonadherent patients with score ≤ 3 in the Morisky-Green test. Half of participants (50 %) were non-adherent to treatment, these being with older age, higher levels of hemoglucotest levels, and all patients with diabetes were noncompliant.

Keywords: Drug therapy adherence. Hypertension. Diabetes.

1 INTRODUÇÃO

A adesão ao tratamento não se refere simplesmente ao ato de administrar os medicamentos, mas, também, à forma como a pessoa maneja o seu tratamento em relação à dose, horário, frequência e duração do mesmo. No contexto das doenças crônicas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM) se destacam representando, de forma mútua, uma das principais causas de óbitos em todo o país, e para que ocorra a correta adesão a pessoa não deve somente obedecer às

¹ Universidade Feevale. E-mail: Kelin_medtler@yahoo.com.br

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: magdaperassolo@feevale.br

orientações médicas, mas entender, concordar e adotar o regime prescrito como um todo (BOAS; LIMA; PACE, 2014).

O DM é um grande problema de saúde pública, por se tratar de um distúrbio crônico com elevadas taxas de morbimortalidade, que afeta grande parte da população e tem como causa fatores hereditários e ambientais. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Diabetes, em 2010 existiam 12 milhões de diabéticos no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012). O DM se destaca pelas suas proporções epidêmicas em âmbito nacional e global, e o conceito de adesão para essa doença inclui, além da terapêutica medicamentosa, um plano alimentar individualizado, exercícios físicos regulares e cuidados gerais. A não adesão ao regime terapêutico contribui para o mau controle metabólico, resultando em complicações agudas e de longo prazo (BOAS; LIMA; PACE, 2014).

A HAS é considerada um problema de saúde pública global, causando 9,4 milhões de mortes a cada ano em todo o mundo (MOURA et al., 2015). Essa desordem apresenta etiologia multifatorial, caracterizada pela elevação persistente da pressão arterial e por alterações metabólicas, levando ao risco de complicações cardiovasculares (WHO, 2013). No Brasil, o impacto da não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo pode ser avaliado pela importância dessa doença como causa de morte. O adequado controle da hipertensão poderia reduzir sua mortalidade como ocorreu em outros países (BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008).

Diante disso, o Ministério da Saúde vem adotando várias estratégias e ações para reduzir os danos causados pela HAS e DM na população Brasileira, como por exemplo o programa Hiperdia, que foi criado em 04 de março de 2002, pelo Governo Federal, através da portaria nº 371/GM (BRASIL, 2002), que destina-se ao acompanhamento de portadores de hipertensão e/ou diabetes *mellitus* atendidos na rede ambulatorial da unidade básica de saúde, permitindo gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos. Um dos objetivos desse programa é melhorar a adesão ao tratamento dos portadores de HAS e DM.

Assim, a não aderência constitui um sério problema que deve ser entendida como um dos principais obstáculos para o sucesso do tratamento da HAS e do DM (ANDARADE et al., 2002). Desta forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar a adesão dos participantes do grupo Hiperdia do município de Presidente Lucena, RS ao tratamento farmacológico no período de três meses.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, desenvolvido na unidade básica de saúde no município de Presidente Lucena, no Rio Grande do Sul, cidade de pequeno porte voltada basicamente para a agricultura. A população registrada no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) pelo censo de 2010 é de 2485 habitantes (IBGE, 2010).

No período de maio de 2015 a julho de 2015 foram avaliados 22 pacientes, de um total de 30 participantes do grupo Hiperdia do município de Presidente Lucena, RS. Os encontros aconteceram mensalmente, na primeira segunda-feira de cada mês. Foram incluídos indivíduos maiores de 18 anos, participantes do grupo Hiperdia que estivessem presentes nos encontros no dia da coleta de dados.

Foram excluídos do estudo indivíduos que não apresentaram valores aferidos de pressão arterial (PA) e nível glicêmico (HGT) nos dias de avaliação.

Os dados foram obtidos através de entrevistas individualizadas por meio de dois instrumentos: a) questionário estruturado sobre os dados sócio demográficos, perfil medicamentoso dos participantes e valores de PA e HGT dos três meses anteriores à aplicação dos questionários e, b) teste de Morisky e Green (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986) para avaliar a adesão dos portadores de HAS e DM ao tratamento medicamentoso.

Para avaliação da adesão foi utilizado o teste de Morisky e Green, que é composto de quatro perguntas: Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio? Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio? Quando você se sente mal com remédio, às vezes deixa de tomá-lo? As respostas são pontuadas com valores para sim = 0 e não = 1. O critério adotado para pontuação final ou total foi de 0 a 3 pontos para os pacientes que não tem adesão e 4 pontos para os que tem adesão, conforme protocolo do teste de Morisky e Green (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986).

Após realização das entrevistas, avaliação dos questionários e levantamento dos níveis de PA e HGT dos participantes os dados coletados foram transcritos para uma planilha do Excel®, onde foram tabulados e analisados através de gráficos e tabelas. Os dados foram expressos na forma de média \pm desvio padrão e em percentual, dependendo do caso.

Após a avaliação da adesão ao tratamento, os pacientes foram divididos em dois grupos: aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso, de acordo com os critérios do teste de Morisky e Green (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986). Após, foram comparadas as características sócio demográficas e os níveis de PA e HGT entre os dois grupos (aderentes X não-aderentes) através de teste t de Student, utilizando-se nível de significância de 0,05. A análise estatística foi realizada através do programa SPSS® versão 22.0.

Este trabalho integra o projeto de pesquisa “Avaliação da relação entre qualidade de vida e estresse oxidativo em pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2”, que foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Feevale (processo nº 4.03.01.11.1981). Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, onde cada paciente ficou com uma das cópias.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 22 pacientes participantes do grupo Hipertensão, sendo a maioria de idosos (pacientes com idade igual ou superior a 60 anos), do sexo feminino e casados. A média de idade foi $68,1 \pm 11,2$ anos e a maioria dos pacientes cursou ensino fundamental incompleto (Tabela 1).

Quanto às doenças, todos os participantes eram hipertensos e 22,7% possuíam as duas morbidades associadas. Cerca de 40% dos entrevistados apresentou antecedentes familiares para HAS e 18% para DM. Os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares foram uso prévio ou atual de anticoncepcionais hormonais (54,5%), ingestão de bebida alcoólica (36,4%), sedentarismo (36,4%) e tabagismo (27,3%).

Tabela 1 - Características sócio demográficas dos participantes de grupo Hiperdia

Característica	N (%)
Total de participantes	22
Sexo	
Feminino	17 (77,3 %)
Masculino	5 (22,7 %)
Idade (anos)	68,1 ± 11,2
Idosos	18 (81,8%)
Estado civil	
Casados	14 (63,6 %)
Viúvos	8 (36,4 %)
Peso (Kg)	75,11 ± 10,73
Altura (m)	1,63 ± 0,06
IMC (Kg/m ²)	28,1 ± 4,5
Escolaridade	
Ensino Fundamental Incompleto	20 (90,9 %)
Ensino Fundamental Completo	2 (9,1 %)

As respostas às perguntas do teste de Morisky e Green são apresentadas na Tabela 2. Observa-se que o esquecimento (questão 1) foi o principal fator de não adesão ao tratamento observado nesses pacientes. As questões 3 e 4, que avaliam se o paciente deixa de usar a medicação se está se sentindo bem ou mal, respectivamente foram as que tiveram menor percentual de positividade, ou seja, o paciente não deixa de administrar seu medicamento nesses casos.

Tabela 2 - Avaliação do teste de Morisky e Green

Questão	N (%)
1. Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?	7 (31,8 %)
2. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?	4 (18,2 %)
3. Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio?	2 (9,1 %)
4. Quando você se sente mal com remédio, às vezes deixa de tomá-lo?	2 (9,1 %)

De acordo com o teste de Morisky e Green (Figura 1) observou-se que 50% dos 22 participantes apresentaram pontuação ≤ 3, portanto, não aderentes ao tratamento e 50% apresentaram pontuação igual a 4, sendo, desta forma, considerados aderentes (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986).

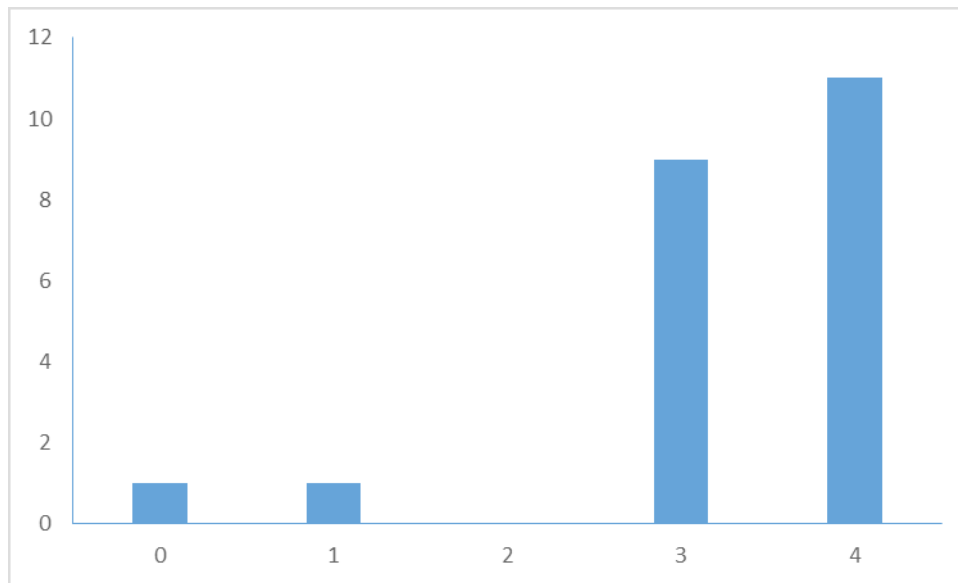


Figura 1 - Escores do teste de Morisky e Green (pontuação ≤ 3 : pacientes não aderentes ao tratamento e pontuação = 4: pacientes aderentes ao tratamento)

No presente estudo verificou-se um equilíbrio entre os pacientes considerados aderentes e os não aderentes ao tratamento medicamentoso. No entanto, observa-se que a adesão apresenta variação considerável dependendo da população estudada e do método de avaliação utilizado. Em alguns estudos analisados a adesão variou de 32,1% a 84% (CUFFEE, 2013; GARG et al., 2005; GONZALEZ, 2013; KORB-SAVOLDELLI et al., 2012; KROUSEL-WOOD et al., 2009; LEE et al., 2013; MORISKY et al., 2008; RIBEIRO; CARDOSO, 2002; STRELEC; PIERIN; MION JÚNIOR, 2003; ZYOUD et al., 2013).

Alguns desses estudos supracitados demonstraram um maior percentual de pacientes não aderentes. Como por exemplo, um trabalho realizado com 130 pacientes hipertensos em São Paulo, que apresentou 77% de não aderentes, avaliados pelo teste de Morisky e Green (STRELEC; PIERIN; MION JÚNIOR, 2003). Outro estudo realizado com 410 pacientes hipertensos na Palestina, demonstrou que 37% dos participantes tinham baixa adesão, 26,8% média adesão e 36,2% alta adesão à medicação, avaliados pelo teste de Morisky e Green e pelo Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) (KNOBEL, et al., 2002; ZYOUD et al., 2013). Por outro lado, uma pesquisa com 1400 pacientes hipertensos e diabéticos, realizada nos Estados Unidos observou uma baixa adesão de 32,1%, média adesão de 52%, e alta adesão de 15,9%, avaliado pelo teste de Morisky e Green (MORISKY et al., 2008).

Por outro lado, outros trabalhos realizados demonstraram um maior percentual de alta adesão. Em um deles foram recrutados 1114 pacientes hipertensos em Hong Kong onde 65,1% tiveram alta adesão, avaliados pelo Morisky e Green (LEE et al., 2013). Outro estudo realizado com 199 pacientes hipertensos na França encontrou 17,6% de baixa adesão, 38,2% média, e 44,2% de alta adesão, avaliados por MMAS-8 (MORISKY et al., 2008; KORB-SAVOLDELLI et al., 2012). Ainda, outra pesquisa realizada com 423 participantes diabéticos em Minas Gerais, teve um percentual de 60% de pacientes que relataram alta adesão, avaliados por um questionário com dados gerais dos participantes (RIBEIRO; CARDOSO, 2002).

Segundo alguns autores, apesar do teste de Morisky e Green (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986) ser um método bastante utilizado em estudos, por ser de fácil aplicação, custo baixo e rápido, podem ocorrer alguns problemas quanto à auto informações, tais como omissão, falhas de memória e falhas no processo comunicativo (DOSSE et al., 2009). O auto referir acaba sendo um viés nos trabalhos que utilizaram essa metodologia, observa-se que a média de não adesão ao tratamento medicamentoso, em condições variadas, é de cerca de 50%, variando de 0 a 100% (OSTENBERG; BLASCHKE, 2005; SVARSTAD et al., 1999). Estudos realizados com o objetivo de melhor definir os fatores de alto ou baixo grau de adesão ao tratamento, em doenças crônicas como, por exemplo, a hipertensão arterial (CANOVAS; SATURNO; ESTEBAN, 2001; MORISKY et al., 1982), tuberculose (GONÇALVES et al., 1999; RENNIE, BATES, MCKELVIE, 2001; WHO, 2003), hanseníase (BAKIRTZIEF, 1996) e a asma brônquica (BROOKS et al., 1994; KIM et al., 2005), encontraram porcentagem de não-adesão variando de 20% a 60% dos casos. Estudos em doenças digestivas ou relacionadas a hábitos alimentares, como diabetes *mellitus* (PAES; BAKKER; SOC-AGNIC, 1997; GARCIA-PEREZ et al., 2000; KRAPEK et al., 2004; MINO-LEON et al., 2005), doenças inflamatórias intestinais (SEWITCH et al., 2003; SHALE; RILEY, 2003) e hiperlipidemias (MILLER, 1997; GARCIA, 2003), encontraram níveis mais baixos de não-adesão que variaram, em média 40%.

No entanto, existem outras formas de avaliar a adesão medicamentosa, como por exemplo, métodos diretos (detecção do fármaco ou metabólito em fluidos biológicos, adição de um marcador, observação direta do paciente), métodos indiretos (entrevistas do paciente, diário do paciente, contagem manual dos comprimidos, registro de retirada de medicamentos em farmácia, e também outros questionários, como, o teste de Haynes-Sackett (SACKETT et al., 1975), Brief Medication Questionnaire (BMQ) (SVARSTAD et al., 1999) e Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) (KNOBEL, et al., 2002).

Na Tabela 3 estão descritas as características sócio demográficas e valores de pressão arterial e HGT dos pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso. Observa-se que os pacientes não aderentes apresentam idade superior, maior índice de tabagismo e níveis mais elevados de HGT. Além disto, todos os pacientes portadores de diabete encontram-se no grupo de pacientes não aderentes.

Tabela 3 - Avaliação das características dos pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso

(continua)

Características	Aderentes (n=11)	Não aderentes (n=11)
Idade (anos)*	63,18 ± 10,45	73 ± 10,21
Sexo		
Feminino	9 (81,8 %)	8 (72,7 %)
Masculino	2 (18,2 %)	3 (27,3%)
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	9 (81,8%)	11 (100%)
Ensino Fundamental Completo	2 (18,2%)	0

Tabela 3 - Avaliação das características dos pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso

(conclusão)

Características	Aderentes (n=11)	Não aderentes (n=11)
Tabagismo	1 (9,1%)	5 (45,5%)
Consumo de álcool	4 (36,6%)	4 (36,6%)
Peso (Kg)		
Feminino	74,6 ± 14,1	73,7 ± 8,5
Masculino	73,0 ± 7,1	81,9 ± 7,5
Altura (m)		
Feminino	1,63 ± 0,4	1,60 ± 0,5
Masculino	1,68 ± 0,21	1,74 ± 0,06
IMC (Kg/m ²)		
Feminino	28,16 ± 6,14	28,91 ± 4,01
Masculino	25,98 ± 1,86	27,05 ± 2,08
Diabete (sim)	0	5 (45,5%)
PAS maio (mmHg) [#]	126,36 ± 5,04	133,63 ± 12,86
PAS junho (mmHg)	129,09 ± 8,31	132,72 ± 10,09
PAS julho (mmHg)	126,36 ± 6,74	130,90 ± 8,31
PAD maio (mmHg)	80,90 ± 5,39	84,54 ± 11,28
PAD junho (mmHg)	84,54 ± 5,22	81,81 ± 9,81
PAD julho (mmHg)	81,81 ± 6,03	85,45 ± 5,22
HGT maio (mg/dl)*	101,81 ± 10,27	168,90 ± 71,39
HGT junho (mg/dl)*	99,81 ± 11,56	153,54 ± 48,31
HGT julho (mg/dl)*	99,54 ± 11,58	151,72 ± 17,67

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HGT: hemoglicoteste. *P < 0,05; #P entre 0,05 e 0,10.

No presente trabalho observou-se um predomínio de pacientes idosos. Com o processo de envelhecimento pode ocorrer declínio da capacidade cognitiva e motora, aumento do grau de dependência para as ações de autocuidado, como a tomada de medicamentos e seguimento do plano alimentar e de exercícios físicos (FARIA et al., 2013), sendo assim, pacientes com idade mais avançada são propensos a adquirir mais doenças, e assim passar a administrar maior quantidade de medicamentos, fato este que pode estar relacionado na questão de que pacientes idosos sejam não aderentes ao tratamento farmacológico. Dado que coincide com o encontrado no presente trabalho, foi um estudo transversal realizado em pacientes ambulatoriais, aonde se observou uma diferença significativa no grupo estudado quanto à idade, onde pacientes com idade superior a 68 anos tiveram

uma menor adesão à medicação, o mesmo observou-se quanto ao sexo, aonde teve um predomínio do sexo feminino (ZYOUN et al., 2013).

Outro fato observado foi a questão da escolaridade, que dentre os pacientes não aderentes, obteve um percentual de 100% com ensino fundamental incompleto. Um estudo analisado também apresentou elevado índice de baixa escolaridade, dos 326 participantes, 91,11% eram analfabetos ou com ensino fundamental incompleto (ARAÚJO; SILVA, 2010). Portanto, o grau de escolaridade afeta diretamente o grau de adesão (BLANSKI; LENARDT, 2005), já que possibilita ou impede um completo entendimento sobre a posologia proposta dos medicamentos prescritos (GUSMÃO et al., 2010). E assim o grupo Hiperdia apresenta-se como uma estratégia que possibilita a participação e o envolvimento do paciente na terapêutica possibilitando-lhes maior conhecimento sobre a sua doença e, conseqüentemente, sobre o tratamento da mesma. Neste contexto, as abordagens dietéticas e consultas médicas convencionais não conseguem atingir o controle das doenças nestes pacientes, havendo uma imensa necessidade de outras abordagens complementares para melhorar esses resultados (FIROUZI; BARAKATUN-NISAK; AZMI, 2015), tornando-se necessário o desenvolvimento de atividades de ensino ou práticas educativas de saúde, direcionadas ao paciente e à sua família (OTERO; ZANETTI; OGRIZIO, 2008).

O cumprimento da terapia medicamentosa representa uma forte relação entre fatores sociais, relativos ao paciente e ao profissional de saúde, e o sucesso ou o fracasso da adesão aos regimes farmacológicos por parte do paciente dependem de alguns aspectos, como condição socioeconômica e cultural, sexo, idade, estado civil, aspectos sócio demográficos, tipos de fármacos prescritos, frequência de utilização diária, tempo que o paciente possui a doença, presença de outras enfermidades acarretando em um maior número de medicamentos e orientações recebidas dos profissionais de saúde (SANTO et al., 2012; ARAÚJO et al., 2010).

A adesão à medicação é o comportamento mais importante em pacientes com baixo nível socioeconômico, pois esses indivíduos muitas vezes não são capazes de pagar alimentos saudáveis, medicamentos mais caros e modernos e tiras de teste de glicemia capilar, além de muitas vezes não possuírem também acesso à educação em diabete, auxílio de nutricionistas e auxílio em atividades físicas. Dessa forma, um rígido cumprimento farmacoterapêutico possui em papel fundamental no controle glicêmico desses pacientes (OSBORN; MAYBERRY; KIM, 2016).

Neste estudo identificou-se também, pacientes não aderentes com uma porcentagem de fumantes elevada (45,4%). Estudos demonstram que fumantes tendem a ter um maior risco de baixa adesão (aumento de 91%) (KORB-SAVOLDELLI et al., 2012). Um trabalho realizado com 150 participantes demonstrou que dentre os pacientes que têm hábitos de tabagismo, cerca de 77% não são aderentes ao tratamento medicamentoso (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012). Deve-se ressaltar que a mudança de hábitos e de estilo de vida dos hipertensos e diabéticos deve ser enfatizada, uma vez que a adoção de um estilo de vida saudável e prática de atividade física contribuem significativamente para a redução dos níveis de PA e HGT, além de auxiliar na diminuição dos riscos cardiovasculares.

Outro fato significativo foi em relação aos níveis de HGT, aonde todos os pacientes diabéticos foram avaliados como sendo não aderentes. Esse baixo grau de adesão encontrado foi semelhante ao encontrado em outros estudos, como o que pesquisou os fatores interferentes na taxa de adesão

à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande (SP), com um total de 102 pacientes, em que apenas 14,7% dos pacientes diabéticos tinham alta adesão ao tratamento (OBRELI-NETO et al., 2010). Outro estudo que também encontrou uma baixa adesão do paciente diabético foi realizado em Santa Catarina, verificou-se que dos 54 pacientes entrevistados, 67% tiveram baixa adesão (GROFF et al., 2011). A baixa adesão encontrada nos pacientes diabéticos (no presente estudo e nos demais supracitados), pode estar relacionada com a idade, onde a baixa adesão é progressivamente maior com o processo do envelhecimento, seguimento alimentar inadequado, com dietas hipercalóricas e ricas em carboidratos de absorção rápida, inatividade física e obesidade (ORTIZ, M; ZANETTI, 2001).

A não adesão ao tratamento farmacológico apresentado por todos os pacientes diabéticos avaliados no presente estudo pode contribuir para o desencadeamento das complicações do diabetes. Com o passar do tempo, essa não adesão pode contribuir para o surgimento de macroangiopatias, que comprometem as artérias coronarianas, dos membros inferiores e as cerebrais. Outras complicações também são conhecidas do DM e englobam as microangiopatias, afetando, especialmente, a retina (retinopatia diabética), o glomérulo renal (nefropatia diabética) e os nervos periféricos (neuropatia diabética) (FERREIRA et al, 2011).

Portadores de doenças crônicas se destacam pela falta de adesão ao tratamento, pois a ausência de sintomas dificulta a realização do cumprimento ideal do regime farmacológico e da mudança no estilo de vida, quando necessário. E dentre essas doenças crônicas, o diabetes melito se destaca nesta realidade, sendo considerado um problema de saúde pública pela elevada não adesão aos tratamentos por parte dos pacientes diabéticos. Dessa forma, as práticas educativas são importantes para a adesão ao tratamento, desde que elas consigam sensibilizar o paciente diabético tanto para a mudança em seu estilo de vida quanto para a adesão ao tratamento farmacológico (ARAÚJO et al., 2010; SANTO et al., 2012).

A principal limitação deste estudo é o pequeno número de pacientes da nossa amostra, que foi devido ao pequeno número de habitantes da cidade, em virtude que somente foram utilizados pacientes com dados completos, isso pode ter implicado significativamente nos resultados.

4 CONCLUSÃO

No presente estudo verificou-se que 50% dos participantes são aderentes à farmacoterapia. Observou-se também que os pacientes não aderentes possuem faixa etária mais avançada, baixo grau de escolaridade, e apresentam HGT mais elevado. Ainda, todos os pacientes diabéticos avaliados são não aderentes ao tratamento medicamentoso. Sendo assim torna-se fundamental a ênfase nas condutas do tratamento medicamentoso. Além disso, vale ressaltar também a importância dos cuidados aos fatores de risco, especialmente à reeducação alimentar, atividade física, cessação do tabagismo, entre outros.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. P. et al. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 79, n. 4, p. 375-379, 2002.
- ARAÚJO, L. C. L.; SILVA, E. V. Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes atendidos na Unidade de Saúde de Cocalzinho de Goiás. **Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 3, p. 83-93, 2010.
- ARAÚJO, M. F. M. de et al. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Escola Anna Nery**, [S.l.], v. 14, n. 2, p.361-367, jun. 2010
- BLANSKI, C. R. K.; LENARDT, M. H. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 80-88, 2005.
- BLOCH, K. V.; MELO, A. N.; NOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 12, p. 2979-2984, dez. 2008.
- BOAS, L. C. G. V; LIMA, M. L. S. A. P.; PACE, A. E. Adesão ao tratamento do diabetes *mellitus*: validação de instrumentos para antidiabéticos orais e insulina. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 1-8, jan./fev. 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 371, de 04 de março de 2002.
- BROOKS, C. M. et. al. Assessing adherence to asthma medication in regimens: a psychometric of adult self-reportscales. **Medical Care**, v. 32, n. 3, p. 298-307, 1994.
- CANOVAS, J. J. G.; SATURNO P. J.; ESTEBAN, B. L.; Grupo de investigación del proyecto sobre evaluación y mejora de la adhesión terapêutica em la hipertensión. Evaluación y mejora de la adhesión terapêutica em los pacientes hipertensos. **Atención Primaria**, v. 28, n. 9, p. 615-619, 2001.
- CUFFEE, Y. L. Reported racial discrimination, trust in physicians, and medication adherence among inner-city african americanswith hypertension. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 11, p. e55-e62, 2013.
- DEMONER, M. S.; RAMOS, E. R. P.; PEREIRA, E. R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 27-34, 2012.
- DOSSE, C. et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 201-206, abr. 2009.
- FARIA, H. T. G. et al. Factors associated with adherence to treatment of patientswith diabetes *mellitus*. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 231-237, 2013.
- FERREIRA, L. T. et al. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.36, n. 3, p. 182-8, set./dez. 2011.
- FIROUZI, S.; BARAKATUN-NISAK, M. Y.; AZMI, K. N. Nutritional status, glycemic control and its associated risk factors among a sample of type 2 diabetic individuals, a pilot study. **Journal of Research in Medical Sciences**. Malaysia, p. 40-46. jan. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4354064/>>. Acesso em: 02 mar. 2016.
- GARCIA PÉREZ, A. M. et al. Como diagnosticar El cumplimiento terapêutico em atención primaria. **MedFarm**, v. 1, n. 1, p. 13-19, 2000.
- GARCIA, R. A. C. **Os fatores de aderência ao tratamento farmacológico de hiperlipidemias em pacientes atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**. 2003. 104f. (Dissertação) - Faculdade de Medicina de Ribeiro Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

- GARG, J. P. et al. Resistant hypertension revisited: a comparison of two university-based cohorts. **American Journal of Hypertension**, 18, n. 5, p. 619-626, 2005
- GONÇALVES, H. et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 777-787, 1999.
- GONZALEZ, J. S. Validity of medication adherence self-reports in adults with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 36, n. 4, p. 831-837, 2013.
- GROFF, D. P. et al. Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metropol de Criciúma, SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n. 3, 2011.
- GUSMÃO, J. L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2010.
- IBGE, **População registrada censo de 2010**. 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 06 abr. 2015.
- KIM, C. et al. Influences of earlier adherence and symptoms on current symptoms: a marginal structural models analysis. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 115, n. 4, p. 810-814, 2005.
- KNOBEL, H. A. et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. **AIDS**, v. 16, n. 4, p. 605-613, 2002.
- KORB-SAVOLDELLI, V. Validation of a French version of the 8- item Morisky medication adherence scale in hypertensive adults. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 14, n.7, p. 429-434, jul. 2012.
- KRAPEK, K. et al. Medication adherence and associated hemoglobin A1c in type 2 diabetes. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 38, p.1357-1362, 2004.
- KROUSEL-WOOD, M. et al. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in hypertensive seniors. **American Journal of Managed Care**, v. 15, n. 1, p. 59-66, 2009.
- LEE, G. K. Y. et al. Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. **Plos One**, v. 8, n. 4, p. 1-7, 2013.
- MILLER, N.H. Compliance with treatment regimens in chronic symptomatic diseases. **American Journal of Medicine**, v. 102, p. 43-49, 1997.
- MINO-LEON, D. et al. Treatment of type 2 diabetes in primary healthcare: a drug utilization study. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 39, n. 3, p. 441-445, 2005.
- MORISKY, D. E. et al. Health education program effects on the management of hypertension in the elderly. **Archives of Internal Medicine**, v. 142, n. 10, p. 1835-1838, 1982
- MORISKY, D. E. et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an out patient setting. **Journal of Clinical Hypertension**, v. 10, n.5, p. 348-354, 2008.
- MORISKY, D. E; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, v. 24, n. 1, p. 67-73, 1986.
- MOURA, I. H. et al. Prevalência de hipertensão arterial e seus fatores de risco em adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 81-86, 2015.
- OBRELI-NETO, P. R. et al. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do município de Salto Grande –SP, Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 3, p. 229-233, 2010.

- ORTIZ, M. C. A.; ZANETTI, M. L. Levantamento dos fatores de risco para diabetes *mellitus* tipo 2 em uma instituição de ensino superior. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 58-63, 2001.
- OSBORN, C. Y.; MAYBERRY, L. S.; KIM, J. M. Medication adherence may be more important than other behaviours for optimizing glycaemic control among low-income adults. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, [S.l.], mar. 2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpt.12360/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED>. Acesso em: 01 abr. 2016.
- OSTENBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **New England Journal of Medicine**, v. 353, p. 487-497, 2005.
- OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; OGRIZIO, M. D.. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. **Revista Latino-americana de Enfermagem** [online], v. 16, n. 2, p.231-237, mar. 2008.
- PAES, A.; BAKKER, A.; SOE-AGNIE, C. J. Impact of dosage frequency on patient compliance. **Diabetes Care**, v. 20, p. 1512-1217, 1997.
- RENNIE, T.W.; BATES, I.; MC KELVIE, W. Compliance and adherence as pragmatic concepts: a study of TB in rural Pakistan. **International Journal of Pharmacy Practice**, v. 9, suppl, p. R42, 2001.
- RIBEIRO, A. B.; CARDOSO, M. A. Construção de um questionário de frequência alimentar como subsídio para programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 2, p. 239-245, 2002.
- SACKETT, D. L. et al. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. **Lancet**, n. 1, v. 7918, p. 1205-1207, 1975.
- SANTO, M. B. do E. et al. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Enfermagem Revista**, [S.l.], v. 15, n. 1, p.88-101, jan./abr. 2012.
- SEWITCH, M.J. et al. Patient non adherence to medication in inflammatory bowel disease. **The American Journal of Gastroenterology**, v. 98, n. 7, p. 1535-1544, 2003
- SHALE, M. J., RILEY, S. A. Studies of compliance with delayed-release mesalazine therapy in patients with inflammatory bowel disease. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 18, p. 191-198, 2003.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **São 12 milhões de diabéticos no Brasil**. 2012. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/ultimas/sao-12-milhoes-de-diabeticos-no-brasil>>. Acesso em: 5 dez. 2015.
- STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. A influência do conhecimento o sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.81, p. 343-348, 2003.
- SVARSTAD, B.L. et al. The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. **Patient Education and Counseling**, v. 37, p. 113-24, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf>. Acesso em: 27 set. 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cardiovascular disease**. A global brief on hypertension: silentkiller, global publichealthcrisis. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/em>. Acesso em: 18 jul 2015.21
- ZYOD, S. H. et al. Relationship of treatment satisfaction to medication adherence: findings from a cross-sectional survey among hypertensive patients in Palestine. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 11, p. 191, 2013.