

GRUPO EDUCATIVO COM DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS: UMA ESTRATÉGIA DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DO DIABETES MELLITUS^a

Tânia Maria de Oliva Menezes^b

Eleonora Peixinho Guimarães^c

Elisângela Maria Paulino dos Santos^d

Mirelle Vasconcelos Nascimento^e

Patrícia Dantas de Araújo^f

Resumo

O diabetes *mellitus* (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) contribuem para o aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares. Os grupos educativos são uma das estratégias de estímulo à adesão ao tratamento dessas doenças. O objetivo deste trabalho é avaliar o impacto de um grupo educativo com dispensação de medicamentos na adesão ao tratamento da HAS e DM. Trata-se de um estudo observacional comparativo. Foi realizada no Complexo Comunitário Vida Plena, unidade docente-assistencial em Salvador, Bahia. A amostra foi constituída pelos 32 usuários que compareceram a, pelo menos, dois encontros do grupo. No primeiro encontro, 59,4% dos usuários aderiam completamente a todas as medicações prescritas, sendo a ausência de medicamentos o principal motivo para a adesão parcial (58,3% dos casos). No último encontro não houve alterações nessas porcentagens, sendo os principais motivos para a adesão parcial o não entendimento da necessidade de uso diário e a presença de efeitos colaterais. Conclui-se que alguns fatores como a dificuldade de

^a Instituições Colaboradoras: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Sociedade Hólon.

^b Enfermeira. Professor Adjunto IV da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Doutora em Enfermagem. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Sociedade Hólon/Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab). Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre saúde do Idoso (Nespi). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa sobre o Cuidar em Enfermagem (Gecen).

^c Médica. Professor Adjunto da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Sociedade Hólon/ Sesab/ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

^d Assistente social. Pós-Graduanda da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Sociedade Hólon/ Sesab/ EBMSP.

^e Enfermeira. Pós-Graduanda da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Sociedade Hólon/ Sesab/EBMSP.

^f Nutricionista. Pós-Graduanda da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Sociedade Hólon/ Sesab/ EBMSP.

Endereço para correspondência: Escola de Enfermagem da UFBA, Rua Basílio da Gama, s/n, Campus Universitário, Canela, Salvador, Bahia. CEP: 41110-040. tomenezes@uol.com.br

mudança de estilo de vida podem ter contribuído para a manutenção da mesma taxa, sendo necessário o desenvolvimento de outros estudos sobre adesão envolvendo grupos educativos analisados em um tempo maior.

Palavras-Chave: Adesão. Educação em saúde. Diabetes *mellitus*. Hipertensão.

EDUCATIVE GROUP WITH EXEMPTION OF MEDICINES: A STRATEGY OF ADHESION TO THE TREATMENT OF THE ARTERIAL HIGH BLOOD PRESSURE AND OF DIABETES MELLITUS

Abstract

Diabetes Mellitus (DM) and hypertension contribute to increased mortality from cardiovascular diseases. The educational groups are one of the strategies for encouraging adherence to treatment of these diseases. The aim of this study is to evaluate the impact of educational groups using medicines in the treatment of hypertension and diabetes. This is a comparative observational study held in Salvador, Bahia, in the Complexo Comunitário Vida Plena, a teaching unit care. The sample consisted of 32 users who attended at least two meetings of the group. At the first meeting, 59,4% of the users joined completely to all prescribed medications, and the absence of drugs the main reason for partial adherence (58,3%) of cases. In the last meeting there were no changes in those percentages, and the main reasons for partial membership was the fact the users did not understand the need for daily use of medicine and the presence of side effects. It is concluded that some factors, such as the difficulty to change lifestyle may have contributed to maintaining the same rate. It is necessary to develop other long-term studies on adherence of treatment involving educational groups.

Key words: Adhesion. Health education groups. Diabetes Mellitus. Hypertension.

GRUPO EDUCATIVO CON EXPENDIO DE MEDICAMENTOS: UNA ESTRATEGIA DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA DIABETES MELLITUS

Resumen

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica (HAS) contribuyen para el aumento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Los grupos educativos son una de las estrategias para estimular la adhesión al tratamiento de esas enfermedades. El

objetivo es evaluar el impacto de un grupo educativo con la dispensación de medicamentos en la adhesión al tratamiento de la HAS y DEM. Este es un estudio observacional comparativo. Se llevó a cabo en el complejo de la Comunidad Vida Plena, unidad docente de atención en Salvador (BA). La muestra estuvo compuesta de 32 usuarios que asistieron a por lo menos dos reuniones de grupo. En la primera reunión, el 59,4% de los usuarios adhirieron completamente a todas las medicinas recetadas, y la principal razón para la adhesión parcial (58,3% de los casos) se debió a la ausencia de medicinas. En la última reunión no hubo cambios en estos porcentajes, siendo que las principales razones de adhesión parcial fueron el no entender la necesidad de uso diario y la presencia de efectos secundarios. Se concluye que algunos factores, como la dificultad de cambiar el estilo de vida, pueden haber contribuido a mantener la misma tasa, lo que exige el desarrollo de otros estudios sobre la adhesión involucrando grupos educativos analizados durante mayor tiempo.

Palabras-Clave: Adhesión. Educación en salud. Diabetes mellitus. Hipertensión.

INTRODUÇÃO

A predominância da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis é, atualmente, uma tendência mundial. Dentre essas doenças, o diabetes *mellitus* (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade (doenças cardiovasculares), pelo maior número de hospitalizações e de amputações de membros inferiores no país, e representam ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise.^{1,2}

Os custos com o tratamento e, principalmente, com as complicações dessas doenças geram um grande impacto nos serviços de saúde, na sociedade e na família dos portadores em razão do aumento do número de internações, de aposentadorias precoces e de ansiedade entre os familiares, dentre outros. A atenção à saúde para otimizar recursos, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, é, então, estimulada a priorizar a prevenção de doenças, o controle de complicações e a promoção da saúde.^{1,2}

Alguns autores consideram que os tratamentos medicamentosos e não medicamentosos da HAS reduzem substancialmente o risco de desenvolvimento de complicações, principalmente as cardiovasculares.^{2,3} A baixa adesão também é identificada como o maior fator impeditivo da viabilidade da terapêutica. Cerca de 50% dos usuários portadores de doenças crônicas não se comprometem adequadamente com o tratamento.^{3,4}

A palavra adesão, do ponto de vista etimológico, significa ato ou efeito de aderir, aderência, acordo, ligação, consentimento.⁵ O conceito de adesão é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros recursos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento.⁶

A adesão ao tratamento decorre de vários fatores relacionados ao paciente, a exemplo de aspectos culturais, socioeconômicos e psicológicos, hábitos de vida, sistema de crenças, projeto de vida; ao vínculo entre a equipe e o paciente; ao tratamento com acesso às medicações, esquema terapêutico e efeitos colaterais, e à doença, no que diz respeito à duração e sintomatologia.⁷ O acesso à medicação, o esquema terapêutico compacto e a compreensão do processo de adoecer são os principais fatores implicados na adesão. Dessa forma, a educação em saúde entra em cenário, configurando-se como uma importante estratégia de estímulo à adesão ao tratamento.^{2,6}

A educação em saúde é uma estratégia de adequação da ciência aos saberes populares, devendo permear todas as ações da equipe multiprofissional, desde a consulta ambulatorial aos grupos educativos.⁸ Os grupos de adesão com enfoque educativo são um espaço de construção coletiva do saber, condizentes com a realidade de vida dos atores envolvidos; promove troca de conhecimentos e identificação de problemas e dos recursos disponíveis para enfrentá-los e por meio da escuta gera aquisição de habilidades e corresponsabilização pelo processo de saúde.⁹

Durante a prática em serviço proporcionada pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família, identificamos um elevado número de usuários portadores de HAS e DM. Decidimos, então, pesquisar a adesão terapêutica, cientes de sua importância para o aumento da qualidade de vida dessa população. Dessa forma, a pesquisa tem como objetivo avaliar o impacto de um grupo educativo com dispensação de medicamentos na adesão ao tratamento da hipertensão arterial e diabetes *mellitus*.

METODOLOGIA

A pesquisa trata de um estudo observacional comparativo, pois avalia a adesão antes e após a participação nos encontros do grupo educativo.

Foi realizada no Complexo Comunitário Vida Plena (CCVP), unidade docente-assistencial que atua de acordo com a Estratégia de Saúde da Família. A instituição é campo de estágio para graduandos de universidades e para pós-graduandos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da Residência em Medicina da Família e da Comunidade. Está situada no bairro de Pau da Lima, no município de Salvador, Bahia. A área

adscrita à unidade é dividida em quatro subáreas, de acordo com a contiguidade das ruas que abrangem, sendo denominadas de áreas 1, 2, 3 e 4. Sua amostra foi constituída pelos usuários que compareceram a pelo menos dois encontros do grupo educativo, totalizando 32 sujeitos.

Os encontros do grupo ocorreram no espaço denominado Humaniza SUS, anexo à instituição. Foram realizados cinco encontros no período de dezembro de 2007 a junho de 2008, com uma média de um encontro a cada 45 dias. O núcleo de enfermagem do CCVP foi o responsável pela organização e sistematização das reuniões do grupo, que contou com uma abordagem multiprofissional (medicina, psicologia e nutrição). Os usuários convidados a participar do grupo eram moradores das áreas 2 e 3 adscritas ao CCVP, portadores de HAS e/ou DM e cadastrados no sistema Hiperdia. Essas áreas foram priorizadas por possuírem maior número de usuários cadastrados nesse sistema. No grupo eram desenvolvidas atividades educativas sobre temas diversos, como atividade física, adesão ao tratamento, alimentação saudável. Após a atividade educativa eram preenchidas as fichas de Avaliação Diagnóstica e de Seguimento. Ao término, eram verificados tensão arterial, peso, altura, circunferência abdominal, glicemia capilar e realizado teste de sensibilidade dos pés com monofilamento, além de ocorrer dispensação dos medicamentos disponíveis na unidade.

Para a coleta dos dados foram utilizadas as fichas de Avaliação Diagnóstica, preenchidas durante o primeiro contato dos usuários com o grupo educativo, e as fichas de Seguimento, do último contato dos usuários com o grupo. Da primeira ficha foram utilizados os dados de identificação: nome, idade, sexo, cor, ocupação, renda e escolaridade; de caracterização da doença: classificação, estadiamento e tempo de diagnóstico; os relacionados aos hábitos de vida: tabagismo e etilismo; os dados relevantes: dislipidemia, sobrepeso, circunferência abdominal elevada, doença arterial coronariana, história de acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca; os relacionados às complicações: retinopatia, nefropatia, neuropatia, cardiopatia; os relacionados à adesão ao tratamento não medicamentoso: dieta, consulta com nutricionista e enfermagem, prática de atividade física; e os relacionados à adesão ao tratamento medicamentoso, incluindo os motivos da não adesão. Os dados relacionados à adesão ao tratamento medicamentoso foram os únicos utilizados da ficha de seguimento.

Com relação à apresentação dos resultados, as variáveis contínuas foram descritas por meio de frequência absoluta, média \pm o desvio padrão (dp) e a mediana. As variáveis ordinais foram descritas pela frequência absoluta, relativa e com a mediana. Variáveis categóricas foram descritas por meio da frequência absoluta e relativa. O programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 9.0, Chicago, IL, 1999 possibilitou a realização da

análise estatística. Na comparação das proporções de adesão foi utilizado o teste de Friedman, sendo considerado estatisticamente significante 1 erro alfa menor que 5% ($p < 0,05$).

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, tendo sido aprovada em 26 de março de 2009, conforme protocolo 122/2008.

RESULTADOS

Os usuários da amostra tinham média de idade de 56,5 anos. Destes, todos eram portadores de HAS e 6 tinham também DM. A maioria era do sexo feminino (81,3%), possuía ensino fundamental incompleto (65,6%), de cor parda (46,9%) e tinha renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (48,3%). Essas e outras características desses pacientes encontram-se descritas na **Tabela 1**.

Tabela 1. Características dos usuários participantes do grupo – Salvador – 2009

| Variáveis | % |
|-------------------------------|-------------|
| Sexo | |
| Masculino | 18,8 |
| Feminino | 81,3 |
| Escolaridade | |
| Não-alfabetizado | 12,5 |
| Alfabetizado | 3,1 |
| Ensino Fundamental Incompleto | 65,6 |
| Ensino Fundamental Completo | 9,1 |
| Ensino Médio incompleto | 3,1 |
| Ensino Médio Completo | 6,3 |
| Renda | |
| < 1 salário mínimo | 24,1 |
| Entre 1 e 2 salários mínimos | 48,3 |
| > 3 salários mínimos | 27,5 |
| Tabagismo | |
| Sim | 3,1 |
| Não | 96,9 |
| Etilismo | |
| Sim | 15,6 |
| Não | 84,4 |
| Exercício Físico | |
| Sim | 28,1 |
| Não | 71,9 |

Foram considerados tabagistas os usuários que consumiam um ou mais cigarros por dia; obesos, os usuários que apresentaram o Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 29,9kg/m² para adultos (indivíduos até 59 anos), e de 27 kg/m² para idosos (indivíduos com 60 anos ou mais). Considerou-se exercício físico a prática de, no mínimo, 30 minutos de atividade física pelo menos 3 vezes na semana.¹

Com relação às complicações da HAS e do DM, foi possível identificar pelo prontuário que 15,6% dos usuários possuíam doença arterial coronariana (DAC), 12,5% nefropatia, 9,4% história progressa de acidente vascular encefálico (AVE), 6,3% retinopatia e 3,1% insuficiência cardíaca. Essas complicações estão ressaltadas no **Gráfico 1**.

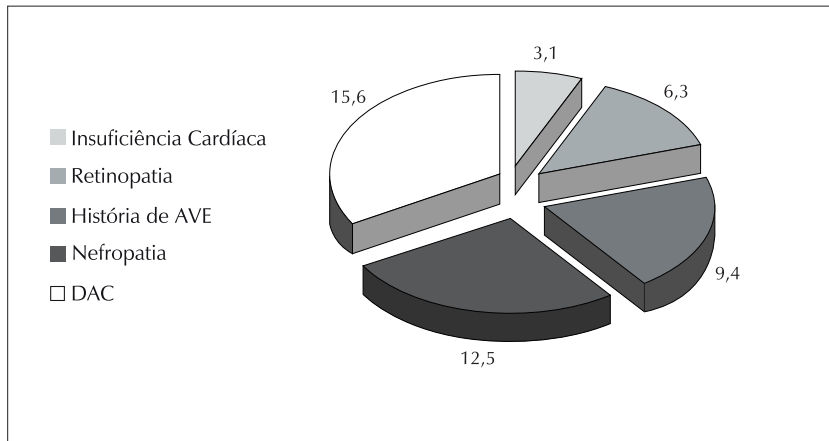


Gráfico 1. Percentual de portadores de complicações decorrentes da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus – Salvador – 2009

A maioria dos participantes (75%) informou ter realizado consulta com o enfermeiro no ano anterior e 53,1% com o nutricionista.

O **Gráfico 2** mostra os motivos da adesão parcial do uso da medicação nos dois encontros realizados com os usuários.

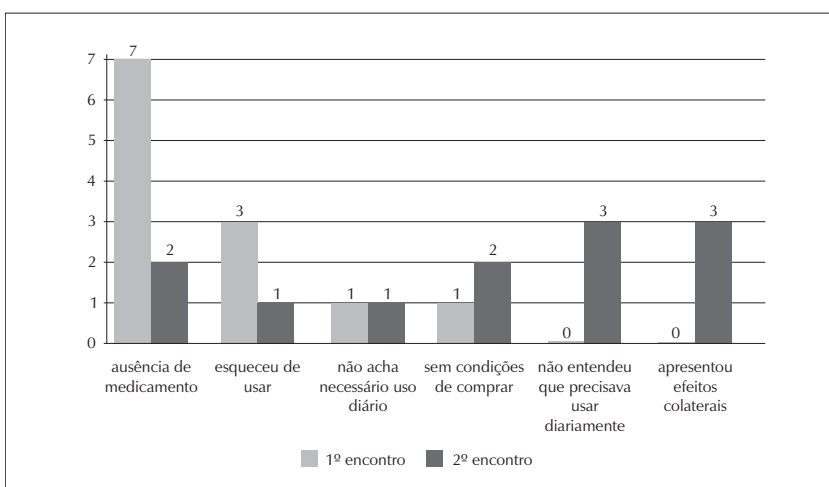


Gráfico 2. Motivos da adesão parcial ao uso da medicação – Salvador – 2009

No que se refere à adesão ao tratamento medicamentoso, no primeiro encontro do grupo, 19 usuários (59,4%) aderiam completamente a todas as medicações prescritas pelo médico, de acordo com posologia e horários pactuados com o profissional; 12 (37,5%) aderiam parcialmente às medicações prescritas: 7 (58,3%) justificaram a adesão parcial pela ausência de medicamento, 1 (8,3%) não achava necessário o uso diário, 3 (25%) esqueciam de usar a medicação e 1 (8,3%) não tinha condições de realizar a compra dos medicamentos. Apenas 1 (3,1%) dos usuários informou não adesão a nenhuma medicação.

Na análise dos dados do último encontro do grupo foi possível perceber que não houve alteração nas proporções de adesão, mantendo-se 59,4% para a adesão total, 3,1% para a não adesão e 37,5% para a adesão parcial. Entretanto, com relação a esta última ficou evidente algumas mudanças nos critérios de justificativa: 1 (8,3%) usuário informou esquecimento no uso dos medicamentos, 3 (25%) não entenderam que era necessário o uso diário, 2 (16,6%) não tinham condições de realizar a compra dos medicamentos, 3 (25%) apresentaram efeitos colaterais e 2 (16,6%) informaram ausência de medicamentos. Apenas 1 (8,3%) apresentou a mesma justificativa do primeiro encontro, que não achava necessário o uso diário.

DISCUSSÃO

O perfil da população apresentado pela amostra do estudo destaca a predominância de hipertensos, adultos, baixa renda e baixa escolaridade. Esses resultados são compatíveis com o descrito por alguns autores em pesquisas relacionadas à HAS e DM.^{10,11} Dentre os diversos fatores que implicam na adesão, as características biossociais têm um papel relevante, daí a importância de delinear o perfil da população, para melhor entender sua relação com o tratamento da doença.

A baixa escolaridade associada à baixa renda são fatores que contribuem para o pouco conhecimento sobre a doença e dificultam o acesso a serviços de saúde e a bens, como os medicamentos necessários ao tratamento das patologias. No caso desta pesquisa, o elevado número de indivíduos com ensino fundamental incompleto e renda entre 1 e 2 salários mínimos foi propenso à não adesão, tanto pelo baixo entendimento sobre a necessidade do uso diário das medicações, quanto pela falta destas, sendo estes os dois fatores mais referidos como motivos da não adesão.

Ainda com relação à manutenção das mesmas proporções de adesão, estudos comprovam que mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, sendo, na maioria das vezes, acompanhada de resistência.¹² Dessa forma, muitas pessoas não conseguem fazer modificações e, especialmente, mantê-las por muito tempo.

A educação em saúde é defendida, por alguns autores, como uma importante ferramenta de estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, na medida em que combina múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. Deve, portanto, extrapolar os muros da unidade de saúde, podendo ocorrer dentro da família, na escola, no trabalho e em qualquer outro espaço comunitário.^{13,14}

O trabalho educativo com grupos, especificamente, permite a criação de uma teia de relações em torno de problemas comuns, com aprofundamento de discussões, troca de experiências e ampliação de conhecimentos. Grupos com participantes residentes em uma mesma comunidade, geralmente, possuem um único perfil socioeconômico e cultural e normas comuns, o que facilita a adoção e troca de estratégias de superação de dificuldades, ampliando a autonomia dos usuários e resultando em melhores condições de saúde.

Vale ressaltar, no entanto, que a aquisição de saber não significa mudança de comportamento imediato, pois os comportamentos traduzem percepções, valores, representações simbólicas e sentimentos que não podem, na maioria das vezes, ser modificados, apenas valendo-se de novos conhecimentos. Adquirir conhecimentos torna o sujeito gerenciador do seu processo saúde-doença, na medida em que permite uma melhor compreensão dos seus problemas e dá autonomia para a escolha da solução apropriada.^{15,16}

Para que as atividades educativas sejam eficazes é também necessário o estabelecimento de vínculos de confiança entre profissionais e usuários. A confiança na equipe e na prescrição são questões-chave da adesão.

Os objetivos da pesquisa foram alcançados, pois foi possível identificar que não houve alteração na adesão. A dificuldade de mudança de estilo de vida associada às variáveis biossociais desfavoráveis, como idade avançada, baixa escolaridade e baixa renda, podem ter contribuído para a manutenção da mesma taxa de adesão no último encontro do grupo.

Contudo é perceptível a importância da adoção de estratégias educativas no intuito de estimular a adesão terapêutica. Faz-se necessário, portanto, a reavaliação do grupo, com a manutenção da educação em saúde por maior período de tempo e, conseqüentemente, a ampliação de vínculos com os profissionais. É imprescindível, também, a realização de outros estudos sobre adesão envolvendo grupos educativos analisados em um tempo maior. A educação em saúde deve permear todas as ações da equipe, contribuindo para a construção de sujeitos ativos e corresponsáveis pelo gerenciamento de sua saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica. Brasília; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica. Brasília; 2006.
3. Coelho EB, Nobre F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(1):51-4.
4. Giorgi DMA. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(1):47-50.
5. Houaiss A. Dicionário prático da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 1987.
6. Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência Saúde Coletiva*. 2003;8(3):775-82.
7. Vieira V, Freitas JB, Tavares A. Adesão ao tratamento clínico. In: Diniz DP, Schor N, organizadores. *Qualidade de vida*. São Paulo: Manole; 2006. p. 157-64.
8. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2004/2005;9(16):39-52.
9. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2004/2005;9(16):91-104.
10. Pierin AMG, Mion DJ, Fukushima JT, Kaminaga MM. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. *Rev Esc Enf USP*. 2001;35(1):11-8.
11. Trindade IS, Heineck G, Machado JR, Ayzemberg H, Formigheri M, Crestani M, Gusso J. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Passo Fundo (RS). *Arq Bras Cardiol*. 1998;71(2):127-30.
12. Nunes TS, Oliveira JS. Fatores sociodemográficos que interferem na adesão do tratamento dos portadores de hipertensão arterial. In: *Anais do 10º Encontro de Extensão*. João Pessoa, Paraíba; 2003.
13. Santos ZMS, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto Context Enferm*. 2008;17(1):90-7.

14. Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev Saúde Pública. 1997;31(2):209-13.
15. Torres HC, Franco LJ, Stradioto MA, Hortale VA, Schall VT. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. Rev Saúde Pública. 2009;43(2):291-8.
16. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC dos, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad Saúde Pública. 2005;21(1):200-6.

Recebido em 24.5.2011 e aprovado em 23.4.2012.