

# ADESÃO AO TRATAMENTO: ONDE ESTÁ O PROBLEMA? PERCEPÇÕES A PARTIR DA VIVÊNCIA EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR HOSPITALAR

Daniela Beatriz Conte<sup>1</sup>, Juliana de Souza<sup>2</sup>, Luís César de Castro<sup>3</sup>,  
Luciana Carvalho Fernandes<sup>4</sup>, Luísa Scheer Ely<sup>5</sup>, Carla Kauffmann<sup>6</sup>,  
Marinês Pérsigo Morais Rigo<sup>7</sup>

**Resumo:** A adesão ao tratamento é definida como grau de concordância do paciente com as recomendações do profissional da saúde no que se refere ao seu tratamento, tendo papel fundamental no resultado deste. Este trabalho analisa fatores que podem afetar a adesão ao tratamento em pacientes submetidos à cirurgia cardiovascular em um hospital do Sul do Brasil. Este estudo, de caráter transversal qualitativo, foi realizado em um hospital de médio porte do Sul do Brasil nos meses de outubro e novembro de 2010. O estudo abrangeu interação com pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e com a equipe multiprofissional do serviço. Observou-se que o trabalho multiprofissional pode ser uma estratégia para promover a adesão e, conseqüentemente, o uso racional de medicamentos.

**Palavras-chave:** Adesão ao tratamento. Uso racional de medicamentos. Equipe multiprofissional. Cirurgia cardiovascular.

- 
- 1 Graduada em Farmácia, bacharelado pelo Centro Universitário UNIVATES. dani.conte@gmail.com
  - 2 Farmacêutica responsável técnica da Farmácia-Escola Univates. Graduada em Farmácia, bacharelado pelo Centro Universitário UNIVATES. juju\_souza@univates.br
  - 3 Professor Adjunto do Centro Universitário UNIVATES. Farmacêutico bioquímico pela UFSM. Mestre e doutor em Microbiologia Agrícola e do Ambiente pela Ufrgs. lucamsc@univates.br
  - 4 Pró-Reitora de Ensino do Centro Universitário UNIVATES. Farmacêutica e mestra em Ciências Farmacêuticas pela Ufrgs. lufernandes@univates.br
  - 5 Professora do Curso de Farmácia do Centro Universitário UNIVATES. Farmacêutica industrial, mestra e doutora em Gerontologia Biomédica pela Pucrs. luisa.ely@univates.br
  - 6 Professora do Curso de Farmácia. Doutoranda do PPGAD do Centro Universitário UNIVATES. Mestra em Ciências Farmacêuticas pela Ufrgs. carlakauffmann@yahoo.com.br
  - 7 Professora e coordenadora do Curso de Farmácia do Centro Universitário UNIVATES. Farmacêutica Bioquímica pela UFSM, mestra em Toxicologia e Genética Aplicada pela Ulbra. marines.rigo@univates.br

## ADHERENCE TO TREATMENT: WHERE IS THE PROBLEM? INSIGHTS FROM THE EXPERIENCE IN MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

**ABSTRACT:** Adherence to treatment is defined as the patient's degree of agreement with the recommendations of health professionals regarding their treatment, a fundamental role in the outcome. This study was to analyze factors that may affect adherence to treatment in patients undergoing cardiovascular surgery at a hospital in southern Brazil. This qualitative cross-sectional study was conducted in a midsize hospital in southern Brazil in October and November 2010. The study included interaction with patients undergoing cardiac surgery and with the multidisciplinary team of service. The multi-professional work may be a strategy to promote adherence and hence the rational use of medicines.

**Keywords:** Adherence to treatment. Rational use of medicines. Surgical team. Cardiovascular surgery.

### Introdução

Os conceitos sobre adesão encontrados na literatura são variáveis, no entanto geralmente referem-se à correta utilização dos medicamentos prescritos e outros procedimentos relacionados a doses, horários e frequência (LEITE, 2008). Para Benedito Carlos Cordeiro et al. (2008), teoricamente a adesão ao tratamento é algo bastante simples, pois o paciente, com a finalidade de solucionar o seu problema de saúde, procura o médico. Este faz o diagnóstico e prescreve o tratamento que melhor se enquadra no caso do paciente, que, por sua vez, segue o tratamento prescrito. “*Não parece a sequência lógica e racional?*”, questionam os autores, concluindo que essa é a ação esperada, porém não é a que se tem observado.

Um dos itens fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes é a adesão ao tratamento, porém a ocorrência de baixa adesão aos esquemas propostos ainda são observados, uma vez que apenas 50% dos pacientes agem em conformidade com as orientações recebidas dos profissionais da saúde, sejam essas ações preventivas ou terapêuticas (CHATKIN et al., 2006). O sucesso do tratamento está intimamente ligado à adesão, e esta, por sua vez, refere-se a uma série de comportamentos atribuídos à saúde, que vão além de simplesmente seguir a farmacoterapia, envolvendo aspectos relacionados com o sistema de saúde, com fatores socioeconômicos e com o paciente e a própria doença (GUSMÃO; MION Jr, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adesão como o grau de correspondência e concordância do paciente com as recomendações do médico ou de outro profissional da saúde no que se refere à ingestão de medicamentos, seguimento da dieta e mudanças nos hábitos de vida. Ainda, a OMS considera que a não adesão a terapias de longo prazo gira em torno de 50% na população em geral, podendo, em países menos desenvolvidos, esses valores serem muito superiores (WOH, 2003).

Estudos nacionais (REMONDI, 2012; BLOCH et al., 2008; CINTRA et al., 2010; BLATT et al., 2009) apontam prevalências concordantes com a estimativa da OMS.

Existem diversas causas para a não adesão, podendo serem divididas em duas categorias: intencionais e não intencionais. O abandono não intencional é caracterizado quando o paciente deseja seguir o tratamento proposto, porém é impedido por fatores que estão fora do seu domínio, como, por exemplo, compreensão ou recordação das instruções, dificuldades de administração do tratamento, incapacidade financeira para aquisição da terapêutica ou, simplesmente, não tomar os medicamentos por esquecimento (THE NATIONAL COLLABORATING CENTRE OF PRIMARY CARE, 2009).

A comunicação entre os profissionais da saúde e os pacientes é imprescindível, a fim de que se tenha um envolvimento destes nas decisões sobre a farmacoterapia e o apoio à adesão, podendo o usuário ter mais facilidade de se comunicar com determinados profissionais que com outros (THE NATIONAL COLLABORATING CENTRE OF PRIMARY CARE, 2009). As consequências da falta de adesão podem afetar negativamente a evolução clínica do paciente e sua qualidade de vida, constituindo-se um importante problema, podendo trazer consequências pessoais, sociais e econômicas (DEWULF et al., 2006).

A principal ferramenta terapêutica para a manutenção da saúde populacional ou a recuperação da mesma é o medicamento. Porém, o uso irracional e maciço destes pela sociedade vem contribuindo para o surgimento de vários efeitos adversos, com grande impacto sobre a saúde e custos gerados aos sistemas (FAUS, 2000; VIEIRA, 2007). Para Silvana Nair Leite (2008), promover o uso racional de medicamentos (URM) é um grande desafio na sociedade atual, visto que os profissionais precisam estar comprometidos em promover mudanças dos conceitos e das práticas distorcidas e tendenciosas que influenciam o uso de medicamentos na atualidade.

Considerada um elo-chave na promoção do URM, a escolha terapêutica adequada deve levar em consideração a busca de tratamentos simples, mais seguros e econômicos e que sejam eficazes para o usuário. Porém a escolha da terapêutica pode sofrer diversas influências, como: publicidade, informações, brindes, estudos, podendo desviar o sentido dessa prática para uma prescrição preferencial por determinados medicamentos (FAUS, 2000; VIEIRA, 2007).

A garantia de acesso aos medicamentos é parte essencial de toda política farmacêutica, bem como das políticas de saúde pública. A acessibilidade econômica aos medicamentos envolve preço dos produtos com conseqüente impacto na renda familiar e nos diferentes sistemas de saúde, sendo esta a maior dificuldade encontrada para a aquisição da farmacoterapia (OPAS, 2009).

Este estudo analisa fatores que podem influenciar no uso da farmacoterapia em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca atendidos por equipe multiprofissional em

um hospital do Sul do Brasil. Além disso, busca estabelecer como a equipe pode contribuir para a promoção do URM e consequente aumento da qualidade de vida desses pacientes.

## METODOLOGIA

Este trabalho caracterizou-se como um estudo transversal, com abordagem qualitativa, sendo realizado no período de outubro a novembro de 2010. A amostra do estudo foram os pacientes submetidos à cirurgia cardiovascular em um hospital de médio porte da região Sul do Brasil.

No estudo foram incluídos pacientes maiores de 18 anos, submetidos à cirurgia cardiovascular e que aceitaram fazer parte do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão abrangeram o não cumprimento dos critérios de inclusão, desistência da participação na pesquisa após a assinatura do TCLE e óbito durante o período de internação hospitalar.

Antecedendo a internação hospitalar, todos os pacientes que foram submetidos a uma cirurgia cardiovascular obrigatoriamente passaram por consultas multidisciplinares individualizadas, fazendo parte desta equipe: médico cardiologista, enfermeira, farmacêutico, nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta e assistente social. Em cada consulta, o paciente foi orientado por esses profissionais no que diz respeito à área de atuação de cada um. A evolução e os dados de cada consulta foram armazenados em sistema informatizado de gestão em saúde, obtendo-se, dessa forma, um intercâmbio de informações sobre o histórico do paciente e as intervenções feitas por profissional, otimizando assim o conhecimento interdisciplinar de cada caso.

Durante a consulta multidisciplinar individualizada com o farmacêutico (pesquisadora), foram expostos ao(s) paciente(s) os objetivos e a metodologia da pesquisa. Assim, estando ele de acordo em participar da pesquisa, a pesquisadora coletou a assinatura do TCLE em duas vias, com breve leitura e esclarecimento, sendo uma via entregue ao paciente e outra arquivada. Após a pesquisadora participou da consulta farmacêutica no período antecedente à internação hospitalar, coletando os dados do paciente, sob supervisão do farmacêutico responsável, por meio de sistema informatizado. Esses dados foram posteriormente transcritos para uma ficha estruturada. Os dados coletados abrangeram questões socioeconômicas (idade, gênero, estado civil, renda familiar, escolaridade), condição clínica e farmacoterapia (medicamentos em uso, forma de obtenção, prática da automedicação, forma de uso, adesão).

A partir de coleta de dados com os prescritores foi elaborado material educativo (fôlhetos) contendo informações, como indicação, interações, reações adversas, entre outras concernentes à farmacoterapia, em linguagem acessível aos usuários

sobre os medicamentos mais comumente prescritos na alta hospitalar. Ainda, quando necessário, foram elaborados outros materiais educativos, como, por exemplo, tabela com os horários e as doses dos medicamentos, adesivos ilustrativos, tabela para acompanhamento da pressão arterial, todos visando a auxiliar na adesão ao tratamento.

No momento da alta hospitalar, a pesquisadora realizou aconselhamentos verbais aos pacientes sobre a sua farmacoterapia e distribuiu material educativo previamente desenvolvido, com o intuito de conscientizá-los sobre a importância da adesão ao tratamento. Todas as orientações foram feitas no leito do paciente, com seu prévio consentimento, evitando, assim, possíveis desconfortos. Além disso, no momento o paciente pôde solucionar dúvidas sobre seu tratamento farmacológico.

Ainda, foi avaliada a prescrição médica anterior à cirurgia e de alta hospitalar em relação ao número de medicamentos que fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (BRASIL, 2010a) e da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (Reme) (BRASIL, 2010b), bem como em relação à utilização da Denominação Comum Brasileira (DCB) na prescrição de medicamentos na alta hospitalar.

Após a coleta, os dados compilados foram digitalizados e analisados nos programas Epi Info™ versão 3.5.1 de 2008 e Microsoft Excel® versão 2007.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNIVATES, por meio da Resolução nº 093/2010, respeitando os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, conforme Resolução CNS 196/1996.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Caracterização da amostra**

Durante o período de realização desta pesquisa 20 pacientes se submeteram à cirurgia cardíaca e participaram da entrevista pré-hospitalização, não havendo nenhuma recusa ou caso de exclusão. No entanto, a orientação farmacêutica no momento da alta hospitalar foi prestada apenas a oito pacientes.

A idade dos pacientes amostrados variou de 20 a 78, perfazendo uma média de 66,5 anos (TABELA 1). Cabe salientar que dois pacientes tinham idade inferior a 40 anos, os quais apresentavam cardiopatia congênita. Setenta por cento dos indivíduos amostrados têm idade superior a 60 anos. A faixa etária predominante dos usuários está de acordo com a literatura, uma vez que a morbimortalidade por doenças cardiovasculares acomete geralmente indivíduos com idade superior a 65 anos (SÁEZ,

1998). Ainda, levantamentos populacionais têm demonstrado aumento da expectativa de vida após os 60 de idade em todas as regiões brasileiras (BRASIL, 2005).

O gênero masculino foi predominante na amostra (15 pacientes - 75,0%), resultado semelhante ao de Janeisa Frank Virtuoso que verificou prevalência de doenças cardiovasculares em homens. Estatísticas de mortalidade têm mostrado um diferencial de morbimortalidade entre homens e mulheres, aparecendo a sobremortalidade masculina em praticamente todas as faixas etárias no Brasil (VIRTUOSO et al., 2010).

Os homens buscam, no processo de socialização em comunidades que equiparam poder, sucesso e força como características masculinas, o distanciamento de características vinculadas ao feminino (sensibilidade, cuidado, dependência e fragilidade). Essas simbólicas atribuições diferenciando o masculino e o feminino resultam, por vezes, aos homens, comportamentos que os predispõem a doenças, lesões e até mesmo à morte (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Tabela 1 - Características sociodemográficas de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em hospital do Sul do Brasil (n=20)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	% (n)
<b>Gênero</b>	
Feminino	25,0% (05)
Masculino	75,0% (15)
<b>Idade</b>	
20 a 30 anos	5,0% (01)
31 a 40 anos	5,0% (01)
41 a 50 anos	5,0% (01)
51 a 60 anos	15,0% (03)
61 a 70 anos	35,0% (07)
71 a 80 anos	35,0% (07)
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto	5,0% (01)
Ensino fundamental incompleto	75,0% (15)
Ensino fundamental	5,0% (01)
Ensino médio	15,0% (03)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro	5,0% (01)
Casado	75,0% (15)
Divorciado	5,0% (01)
Viúvo	15,0% (03)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	% (n)
<b>Renda Familiar</b>	
1 a 3 salários	45,0% (09)
4 a 5 salários	50,0% (10)
Mais de 10 salários	5,0% (01)
<b>Ocupação</b>	
Aposentado	70,0% (14)
Agricultor	5,0% (01)
Dor lar	5,0% (01)
Outros	20,0% (04)

Fonte: Dos autores.

Há autores que partilham da opinião de que o risco de adoecer, levando em consideração as diferenças de gênero, seriam decorrentes de fatores genéticos ou hormonais. Ainda, maior fragilidade biológica entre meninos poderia explicar a sobremortalidade masculina, que, mesmo em fase intrauterina, apresentam taxas mais elevadas de mortalidade (PINHEIRO et al., 2002).

A maioria dos pacientes apresentava ensino fundamental incompleto ou relatou ser analfabeto (80,0%; 16 indivíduos). Em relação à renda familiar, verificou-se que 95,0% dos entrevistados apresentam renda máxima de cinco salários mínimos mensais. Ainda, a maioria dos pacientes relatou ser casada (75,0% - 15 pacientes) e estar aposentada (70,0% - 14 pacientes) (TABELA 1).

Em relação aos hábitos de vida, observou-se que 65,0% dos pacientes eram fumantes ou ex-tabagistas (TABELA 2). O tabagismo é um importante fator de risco modificável, sendo esse um hábito relacionado como a principal causa de morte evitável no mundo em decorrência de sua atuação como precursor de diversas patologias. Segundo estimativas da OMS, aproximadamente 1/3 da população mundial é fumante (WHO, 2004).

O uso de álcool não é frequente entre a maior parte dos pacientes, relatando 75,0% não consumir bebidas alcoólicas. Histórico familiar de problemas cardiovasculares foi relatado por 60,0% dos pacientes, enquanto os demais o desconheciam (TABELA 2).

A doença cardiovascular (DCV), conforme projeções para o ano de 2020, permanecerá como a principal causa de morbimortalidade, vindo, atualmente, as regiões em desenvolvimento contribuindo mais acentuadamente para a ocorrência de DCV que as desenvolvidas (AVEZUM; PIEGAS; PEREIRA 2005). A etiologia das DCV possui caráter multifatorial, sendo, além da susceptibilidade genética, outros fatores de risco considerados importantes para o desenvolvimento de cardiopatias: idade e presença

de hipertensão arterial, dislipidemias, obesidade, *diabetes mellitus*, sedentarismo e alguns hábitos alimentares inadequados (CARVALHO; ALFENAS, 2008).

Tabela 2 - Hábitos de vida e fatores de risco associados a cardiopatias presentes em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em hospital do Sul Brasil (n=20)

VARIÁVEL	% (n)
Tabaco	
Fumante	15,0% (03)
Não fumante	35,0% (07)
Ex-tabagista	50,0% (10)
Álcool	
Etilista	5,0% (01)
Não etilista	75,0% (15)
Bebe eventualmente	15,0% (03)
Ex-etilista	5,0% (01)
Histórico familiar de doenças cardiovasculares	
Sim	60,0% (12)
Desconhece	40,0% (08)
Comorbidades	
Hipertensão arterial sistêmica	60,0% (12)
Diabetes mellitus	25,0% (05)
Dislipidemias	50,0% (10)
Insuficiência cardíaca + Doença arterial coronariana	20,0% (04)
Doença pulmonar obstrutiva crônica	15,0% (03)
Doença péptica	15,0% (03)
Asma	5,0% (01)
Arritmias cardíacas	60,0% (12)
Acidente vascular encefálico	10,0% (02)
Artrodese	5,0% (01)
Depressão	10,0% (02)
Hepatite	5,0% (01)
Problemas auditivos	5,0% (01)
Epilepsia	5,0% (01)
Vitiligo	5,0% (01)
Não possui	25,0% (05)

Fonte: Dos autores.



Assim, verificou-se que a maioria dos pacientes apresentava alguma comorbidade, prevalecendo hipertensão arterial sistêmica (HAS) (60,0% - 12 pacientes), dislipidemias (50,0% - 10 pacientes) e *diabetes mellitus* (25,0% - 5 pacientes) (TABELA 2). A hipertensão arterial, dentre os fatores de risco modificáveis, é considerada o mais importante para as doenças isquêmicas e acidente vascular cerebral (WHO, 2004).

Em relação à farmacoterapia empregada antes da hospitalização, observou-se que o número de medicamentos utilizados por paciente variou de 0 a 17, perfazendo uma média de 6,6 e totalizando 131 especialidades prescritas. Dentre os medicamentos mais utilizados encontravam-se o ácido acetilsalicílico (16 pacientes), enalapril (10 pacientes) e sinvastatina (nove pacientes). Ainda, avaliou-se se os itens utilizados constam na Rename (2010) e na Reme (2010). Verificou-se que, respectivamente, 96 (73,3%) e 92 (70,2%) dos medicamentos prescritos pertencem à relação nacional e à relação estadual de medicamentos.

### **Adesão ao tratamento: onde está o problema?**

Considerando que os pacientes-alvo deste estudo foram submetidos à cirurgia cardíaca e que, em sua grande maioria (90,0%), o problema está relacionado a outras comorbidades, não sendo um problema congênito, surge o questionamento: *A adesão ao tratamento pode ter sido um fator que levou ao desfecho cirúrgico?*

Na consulta pré-cirurgia, apenas 15,0% dos pacientes relataram terem interrompido a farmacoterapia intencionalmente ou por esquecimento e 70,0% negaram praticar a automedicação (TABELA 3). *Serão esses relatos verídicos?* Neste caso é necessário considerar que esses pacientes estão tendo contato pela primeira vez com a equipe, ou seja, não há vínculo com o profissional.

Continuando a análise sob esse ponto de vista, a maioria da população estudada relatou possuir algum conhecimento sobre a utilização do medicamento (60,0% - 12 pacientes), ingeri-los com água (85,0% - 17 pacientes) e seguir corretamente o esquema de doses e horários proposto pelo médico (80,0% - 16 pacientes) (TABELA 3). Além disso, todos os entrevistados mencionaram nunca ter recebido orientações sobre a sua farmacoterapia, em contrapartida, não possuíam nenhuma dúvida ou preocupação em relação aos medicamentos que estavam utilizando. Novamente surge o questionamento: *Serão esses relatos verídicos?* Além da inexistência do vínculo paciente-profissional, outros fatores podem influenciar nas respostas extremamente positivas observadas, como, por exemplo, a forma de abordagem do entrevistador. Outro fator são as angústias e os receios do paciente em ter suas respostas julgadas pela equipe de saúde e *como sabermos se estes consideram que há uma resposta correta para as questões e responderam-nas tendenciosamente?*

Assim, considerando que esses pacientes não tenham omitido ou mascarado informações, é possível inferir que a adesão ao tratamento é adequada. Entretanto, a adesão não está relacionada apenas ao usuário, mas sofre influência de outros atores.

### Adesão ao tratamento: qual o papel de uma equipe multiprofissional?

A adesão ao tratamento envolve uma série de comportamentos atribuídos à saúde, que vão além de simplesmente seguir a farmacoterapia, envolvendo aspectos relacionados com o sistema de saúde, com fatores socioeconômicos, com o paciente e a própria doença (GUSMÃO; MION Jr., 2006).

Tabela 3 - Fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento por pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em hospital do Sul do Brasil (n=20)

VARIÁVEL	% (n)
<b>Formas de obtenção dos medicamentos</b>	
SUS + Farmácia privada	55,0% (11)
Somente farmácia privada	20,0% (04)
Somente SUS	25,0% (05)
<b>Já interrompeu a farmacoterapia?</b>	
Sim	25,0% (05)
Não	75,0% (15)
<b>Motivo</b>	
Esquecimento	60,0% (03)
Vontade própria	40,0% (02)
<b>Prática de automedicação</b>	
Sim	30,0% (06)
Não	70,0% (14)
<b>Possui conhecimentos sobre os medicamentos que utiliza?</b>	
Sim	60,0% (12)
Não	40,0% (08)
<b>Com o quê ingere os medicamentos?</b>	
Água	85,0% (17)
Leite	5,0% (01)
Café	10,0% (02)
<b>Cumpre os horários de tomada dos medicamentos?</b>	
Sim	80,0% (16)
Não	20,0% (04)

VARIÁVEL	% (n)
<b>Faz uso de terapias alternativas?</b>	
Sim	50,0% (10)
Não	50,0% (10)

Fonte: Dos autores.

A situação socioeconômica, ainda que não seja um fator que prediga consistentemente a adesão, poderá influenciar em casos de usuários com baixo poder aquisitivo, fazendo com que tenham que decidir entre prioridades e exigindo direcionar os recursos limitados a outras necessidades. Por apresentar uma elevada desigualdade social, estima-se que, no Brasil, mais de 50 milhões de pessoas estejam excluídas do consumo de medicamentos (SANTOS; NITRINIB, 2004).

No estudo realizado, 95,0% dos indivíduos apresentavam renda de até cinco salários mínimos mensais e empregavam, em média, 6,6 medicamentos antes do procedimento cirúrgico. Ainda, 80,0% dos pacientes relataram utilizar as farmácias do SUS para terem acesso a sua farmacoterapia (TABELA 3).

Na alta hospitalar, analisando oito pacientes, verificou-se que as prescrições apresentavam de 03 a 07 medicamentos (em média 5,3 itens/receita). Apesar da média de medicamentos prescritos ser inferior, a prescrição de fármacos constantes na Rename e na Reme foi menor, respectivamente, 31,0% e 31,0%. Selozok® (50,0% - 4 pacientes), Lotar® (37,5% - 3 pacientes), Aspirina prevent® (37,5% - 3 pacientes), Crestor® (37,5% - 3 pacientes) e ácido acetilsalicílico (37,5%; 3 pacientes) foram as especialidades farmacêuticas mais prescritas no momento da alta hospitalar. Como se pode verificar, a denominação comum brasileira (DCB) ou nome genérico não foi empregada na maioria das prescrições, apenas em 33,3% dos medicamentos.

Conforme a Lei dos Genéricos (BRASIL, 1999), as prescrições realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde devem utilizar a DCB, a fim de facilitar o acesso à farmacoterapia, pois possibilita o uso do medicamento genérico que apresenta qualidade similar, porém com custo inferior ao medicamento de referência. Cabe ressaltar que 87,5% dos pacientes amostrados na alta hospitalar foram atendidos via SUS.

A OMS (2002) define medicamentos essenciais como

[...] aqueles que servem para satisfazer às necessidades de atenção à saúde da maioria da população. São selecionados de acordo com a sua relevância na saúde pública, provas quanto à eficácia e à segurança e com estudos comparados de custo-efetividade. Devem estar sempre disponíveis, nas quantidades adequadas, nas formas farmacêuticas requeridas e a preços que os indivíduos e a comunidade possam pagar [...].

A Rename é entendida pelo Ministério da Saúde como um instrumento atualizado para a gestão e o URM, sendo de grande importância que todas as instâncias do SUS tenham comprometimento com o seu uso. Ainda, é necessário que profissionais da saúde e comunidade brasileira tenham em mente que medicamentos essenciais não são fármacos de segunda categoria, que não possuem eficácia ou qualidade, e que são basicamente selecionados para a população de baixo nível socioeconômico, mas, são medicamentos que caracterizam maior efetividade com o menor custo para as doenças, refletindo necessidades coletivas e, não necessariamente, individuais ou de segmentos específicos (BRASIL, 2010a).

De acordo com dados obtidos da Pesquisa Mundial de Saúde e da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) (2003), 34,5% da população brasileira é amparada pelo sistema privado de saúde, enquanto o sistema público é destinado para toda população. Pela presença de uma grande desigualdade socioeconômica e a existência do sistema privado, gera-se uma expectativa de que o sistema público é destinado preferencialmente para a população que não possui cobertura do sistema privado, ainda que o sistema público tenha sido concebido como uma política para todos (RIBEIRO et al., 2006).

Leite e Vasconcellos (2003), expõem que o alto custo do medicamento é um fator importante para não aderir ao tratamento, ao revisar essa temática. Esses autores afirmam que o custo do medicamento deve ser levado em conta na decisão terapêutica, pois o paciente só terá condições de aderir ao tratamento se tiver acesso a ele.

A maior parte da população brasileira é atendida pelo SUS. Consequentemente, esse sistema absorve parcela significativa de profissionais da área de saúde. *Então, por que os profissionais não se adequam à realidade de seus pacientes? Por que prescritores não empregam a DCB ou prescrevem medicamentos disponíveis nas farmácias do SUS?*

Para decidir qual o caminho terapêutico deverá ser seguido, o prescritor é influenciado em vários aspectos, como: qualidade da formação técnica; compreensão acerca do processo saúde-doença; condições socioeconômicas e culturais da população atendida; disponibilidade dos medicamentos no serviço atuante; fontes informativas a que teve acesso; e assédio por parte da indústria farmacêutica (DEWULF et al., 2006).

Considerando o presente estudo, temos que lembrar que esses indivíduos são atendidos por uma equipe multiprofissional, na qual se encontram inseridos o farmacêutico, o assistente social e o psicólogo, entre outros profissionais, e que todos eles participam da consulta pré-cirúrgica. *Mas qual é o real papel dessa equipe multiprofissional? Para que serve essa ampla gama de dados coletados?*

De maneira geral, os profissionais de saúde possuem uma formação muito específica e não recebem treinamentos que evitem o tecnicismo de sua área de atuação. Especificamente em relação à formação dos médicos, observa-se que eles são pouco treinados a dispensar seu tempo com o paciente. A postura de distanciamento adotada

e a linguagem utilizada são obstáculos para a comunicação deles com os pacientes (JARDIM; SOUZA; MONEGO, 1996).

Traverso-Yépez e Morais (2004) atribuem o “*baixo comprometimento*” com o tratamento à imposição de maneira hierárquica deste, devido ao distanciamento entre o profissional da saúde e o paciente. Reconhecer esse cenário implica na necessidade cada vez maior de se resgatar a relação dialógica entre o usuário e o profissional, acreditando que as atitudes desses profissionais deveriam ser mais humildes, tendo como base a escuta, o diálogo e não simplesmente a imposição de “receitas”. Afinal, de nada basta a preocupação com os procedimentos organizacionais e financeiros de instituição de saúde se não houver mudança na maneira de os profissionais da saúde se relacionarem com o seu principal objeto de trabalho: a vida e o sofrimento dos seus pacientes (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

O paciente deve participar ativamente da equipe multidisciplinar, sendo considerado o elemento-chave, pois este representa o sentido da formação do grupo, criando com eles compromissos com o sucesso do tratamento. A ação de uma equipe multidisciplinar permite que uma gama de informações seja dispensada ao paciente com enfoques diferentes, proporcionando assim, por meio de um indivíduo bem orientado, uma boa adesão com possíveis incorporações de hábitos de vida adequados. Haverá ainda o benefício a toda a equipe de saúde, sendo esta enriquecida pela troca de informações e estímulos trazidos pelo sucesso alcançado (JARDIM; SOUZA; MONEGO, 1996).

A harmonia de objetivos e ações compatíveis com as metas que se deseja alcançar devem ser norteadoras do funcionamento do grupo, posto que trabalhar em equipe não significa apenas trabalhar no mesmo espaço físico ao mesmo tempo, mas sim trabalhar em sinergismo, conhecendo e valorizando o papel individual desempenhado no projeto como um todo (JARDIM; SOUZA; MONEGO, 1996).

No presente estudo, houve a inserção da orientação farmacêutica no momento da alta hospitalar. No serviço os pacientes recebiam, durante a internação, orientação nutricional e fisioterapêutica. Para a realização da orientação farmacêutica era necessária a cooperação da equipe de enfermagem, a qual era responsável por informar a pesquisadora sobre o momento em que o paciente receberia alta. Entretanto, o comprometimento foi parcial, visto que, de 18 pacientes que se submeteram à cirurgia e tiveram alta no período do estudo, apenas oito tiveram acesso à orientação farmacêutica.

É de suma importância que haja boa comunicação entre os profissionais da saúde e os pacientes, tendo como objetivo transformar as informações repassadas a ele em conhecimentos bem definidos, uma vez que dúvidas não esclarecidas ou falta de conhecimento podem contribuir para uma baixa adesão ao tratamento (DEWULF et al., 2006). Entender o efeito de um fármaco a partir do seu mecanismo de ação, na prática farmacêutica atual, é relativamente simples, entretanto, numa prática centrada na pessoa, entender o efeito em um indivíduo que cumpre vários papéis

numa sociedade, com uma cultura específica, experiências prévias com o sistema de saúde e com medicamentos, torna-se, seguramente, um processo muito mais complexo (BRASIL, 2007).

A equipe multiprofissional pode desempenhar um papel relevante no que concerne à adesão e ao URM, mas para isso é necessário que todos tenham um foco comum, o paciente, e que todas as ações voltem seus objetivos para ele. Assim, compete ao profissional farmacêutico prover a equipe com informações científicas, atualizadas e independentes sobre a farmacoterapia, além, é claro, de transmitir ao paciente orientações sobre os medicamentos.

Qualidade de vida pode ser definida como uma sensação profunda de conforto, bem-estar ao desenvolver funções físicas, psíquicas e intelectuais na sua realidade familiar, no trabalho ou na comunidade em que está inserido (NOBRE, 1995). Esse termo abrange diversos significados, refletindo conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Segundo Buss (2000), para que haja saúde, algumas condições e requisitos deverão ser levados em conta: paz, educação, moradia, alimentação, recursos sustentáveis, renda, justiça social e equidade.

Usuários que necessitam de tratamento contínuo devem aceitar a condição de que o medicamento e medidas não farmacológicas farão parte de sua rotina. Assim, é de suma importância que estes compreendam a relevância da adesão ao tratamento para a manutenção de sua saúde e, conseqüentemente, de sua qualidade de vida. Dessa forma pode-se afirmar que o papel da equipe multidisciplinar é fundamental na adesão ao tratamento, o qual tem íntima relação com o URM e com a qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

AVEZUM, A; PIEGAS, LS; PEREIRA, JCR. Risk Fatores de Risco Associados com Infarto Agudo do Miocárdio na Região Metropolitana de São Paulo. Uma Região Desenvolvida em um País em desenvolvimento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** 2005, 84(Supl.3).

BLATT, CR; CITADIN, CB; SOUZA, FG; MELLO, RS; GALATO, D. Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2009;42(2):131-6.

BLOCH, KV; MELO, NA; NOGUEIRA, A. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(12):2979-84.

BRASIL(a). **Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul. Resolução nº 043/10 – CIB/RS.** 2010; 1 mar.

BRASIL(b). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.

BRASIL. Lei 9787 de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 11 de fevereiro de 1999. Seção 1. Página 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

BUSS, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva** 2000, 5(Supl.1):163-177.

CARVALHO, GQ; ALFENAS, RCG. Índice glicêmico: uma abordagem crítica acerca de sua utilização na prevenção e no tratamento de fatores de risco cardiovasculares. **Rev. Nutr** 2008, 21(Supl.5):577-587.

CHATKIN, JM; CAVALET-Blanco, D; SCAGLIA, NC; TONIETTO, RG; WAGNER, MB; FRITSCHER, CC. **J Bras Pneumol** 2006; 32(supl.4): 277-83.

CINTRA, FA; GUARIENTO, MH; MIYASAKI, LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010;15(3):3507-15

DEWULF, NLS; MONTEIRO, RA; PASSOS, ADC; VIEIRA, EM; TRONCON, LEA. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas** 2006; 42(Supl.4).

FAUS, MJ. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. **Ars Pharmaceutica** 2000; 41(Supl.1):137-143.

GUSMÃO, JL; MION Jr, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Ver Bras Hipertens** 2006; 13(supl.1):23-25.

JARDIM, PCBV; SOUZA, ALL; MONEGO, ET. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicin Medicina** 1996, 29:232-238.

LEITE SN; VASCONCELLOS, MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva** 2003, 8(Supl.3):775-782.

LEITE, SN. Adesão à Terapêutica Medicamentosa: o que o Farmacêutico tem a ver com isso? In: CORDEIRO, Benedito C.; Leite S N. **O Farmacêutico na atenção à Saúde**. 2ª Ed., Itajaí, Univali, 2008.

- LEITE, SN; CORDEIRO, BC. A interdisciplinaridade na promoção do uso racional de medicamentos. **Cienc Cuid Saude** 2008; 7(Supl.3):399-403.
- MINAYO, MCS; HARTZ, ZMA; BUSS, PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva** 2000, 5(Supl.1):7-18.
- NOBRE, MRC. Qualidade de Vida. **Arq Bras Cardiol**, volume 64, (nº 4), 1995.
- OPAS. Ministério da Saúde. Ministério das Relações Exteriores. **O acesso aos medicamentos de alto custo nas Américas: contexto, desafios e perspectivas**. Brasília, 2009.
- OMS. Seliccion de medicamentos esenciales. Ginebra; 2002.
- PINHEIRO, RS; VIACAVA, F; TRAVASSOS, C; BRITO, AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciencia & Saúde Coletiva** 2002, 7(Supl.4):687-707.
- REMONDI, FA; CABRERA, MAS; DOMINGOS, A. Intencionalidade da não adesão ao tratamento farmacológico contínuo e fatores determinantes: estudo de base populacional. In: Anais 10. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2012. [cited 2013 Mar 06]. Available from: <http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudedeoletiva/>.
- RIBEIRO, MCSA; BARATA, RB; ALMEIDA, MF; SILVA, ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva** 2006, 11(Supl.4):1011-1022.
- SÁEZ, T; SUÁREZ, C; BLANCO, F; GABRIEL, R. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares em la población española. **Rev Esp Cardiol** 1998; 51:864-73.
- SANTOS, V; NITRINIB, SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. **Rev saúde pública** 2004; 38(Supl.6):819-26.
- SCHRAIBER, LB; GOMES, R; COUTO, MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva** 2005, 10(Supl.1):7-17.
- The National Collaborating Centre of Primary Care. **Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence**. London: NICE; 2009.
- TRAVERSO-YEPEZ, MT; MORAIS, N.A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública** 2004, 20(Supl.1):80-88.
- VIEIRA, FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 2007; 12(Supl.1):213-220.
- VIRTUOSO, JF; BALBÉ, GP; MAZO, GZ; PEREIRA, MGS; SANTOS, FS. Morbidade e mortalidade da população idosa de Florianópolis: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, 2010; 13(Supl.2):215-223.
- WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003.
- WHO. Building blocks for tobacco control. Geneva: World Health Organization; 2004.