UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

ANDREA QUEIRÓZ UNGARI

*Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes
hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da
Família do município de Ribeirão Preto, SP*

Ribeirão Preto

2007

ANDREA QUEIRÓZ UNGARI

**Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes
hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da
Família do município de Ribeirão Preto, SP**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo, junto ao Departamento de Medicina Social, para
obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ungari, Andrea Queiróz

Adesão ao Tratamento Farmacológico de Pacientes Hipertensos Seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto, SP.

95 p.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Departamento de Medicina Social. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro

1. Adesão 2. Hipertensão Arterial 3. Núcleos de Saúde da Família

FOLHA DE APROVAÇÃO

Andrea Queiróz Ungari

Adesão ao Tratamento Farmacológico de Pacientes Hipertensos Seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto, SP

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, junto ao Departamento de Medicina Social, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Aprovado em : _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao **Senhor Jesus**, que sempre esteve presente durante a elaboração deste estudo, desde o primeiro momento em que este era apenas um desejo e principalmente naqueles mais difíceis, me dando acima de tudo sabedoria, discernimento e paciência. Sem a Tua presença, sei que nada seria possível e nada teria sentido ... Mais uma vez, Obrigada Senhor!!!!!!

À **minha mãe**, meu maior exemplo de mulher!!!! Obrigada pelo teu esforço e sacrifício para que eu conseguisse me formar farmacêutica e pelo seu incentivo que eu nunca parasse de estudar e nunca desistisse dos meus sonhos. Teu companheirismo e tua paciência são a minha fortaleza e o meu refúgio. Este trabalho é nosso!!!!!!!!!!

Ao **meu pai**, que mesmo distante, torce por mim e se orgulha por mais este trabalho realizado. Que o Senhor te abençoe sempre!!! Não me esqueço de você nunca.....

Aos **pacientes**, razão deste estudo, pelo consentimento e colaboração em participar da pesquisa, sempre muito atenciosos ... Tenham certeza que o objetivo deste trabalho foi o melhor possível, tentar melhorar o atendimento e o tratamento oferecido pelos Núcleos de Saúde da Família. Nunca me esquecerei de vocês. Obrigada!!!!!!!!!!

AGRADECIMENTOS

Ao **Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro**, por ter acreditado em mim e na realização deste estudo. Obrigada pelos seus ensinamentos, sua disponibilidade e sua confiança. Sua orientação foi muito valiosa. Você sempre será uma pessoa muito especial.

A todos os **professores do Programa de Mestrado em Saúde na Comunidade**, pela sabedoria e conhecimento científico adquiridos. Sinto-me honrada em ter convivido com vocês durante este período ... cada vez mais me apaixono pela Saúde Pública.

Às **funcionárias do Departamento**, sempre muito atenciosas e colaborativas. Que vocês tenham muita sorte em suas vidas. Minha homenagem a vocês será em nome da Carol, Mônica, Regina e Solange.

À **Letícia e Bárbara**, colaboradoras e entrevistadoras, que com competência e profissionalismo, contribuíram para que as entrevistas fossem realizadas. Não sei o que seria de mim sem você ... Que vocês sejam muito felizes e tenham sucesso em breve como farmacêuticas.

À **Lígia M. Salami**, a quem devo pelas análises estatísticas, que muitas vezes me tiraram o sono.... Obrigado pela sua contribuição e paciência. Sucesso no seu mestrado.

À **Profª Drª Julieta Ueta**, pelas sugestões e apoio. Tenha certeza que este trabalho não seria o mesmo sem a sua colaboração. Conte sempre comigo...Muito obrigada.

Ao **Prof. Dr. Divaldo P. de Lyra Júnior**, pelas suas sugestões e incentivo, sempre muito atencioso. A Atenção Farmacêutica é apaixonante e você sempre terá meu respeito e carinho ... Obrigada pelos artigos.

À **Profª Ms. Rute Ap. Casas Garcia**, pelas suas orientações quando este estudo ainda era um projeto. Obrigada pela sua colaboração.

À **Sonia Ap. Dias Serafim**, pelo incentivo e colaboração para que eu pudesse levar adiante este sonho. Seu apoio foi fundamental no início deste estudo. Seja firme e perseverante e que a luz sempre irradie seu caminho.

À amiga **Alexandra**, pelo companheirismo e pela valiosa convivência no mestrado ... altas horas estudando e preparando seminários (você se lembra?). Seja sempre essa pessoa batalhadora e guerreira ... Que Deus te abençoe.

À **todos os funcionários da Farmácia do HC**. Nem sei como agradecer as trocas de horários, a paciência pelas minhas ausências. Sem o apoio de vocês não sei se teria chegado ao fim. Que Deus lhes dê em dobro. Minha homenagem a vocês será em nome do **Rodrigo, Júlio, Ana, Sônia e Marcelo**.

Ao **Centro de Saúde Escola – FMRP-USP** e à **Profª Drª Maria do Carmo G. G. Caccia Bava**, por me conceder a oportunidade de executar o estudo nos Núcleos de Saúde da Família vinculadas a este.

À **todos os funcionários dos NSF**, que sempre foram atenciosos e participativos, colaborando com informações, apoio e paciência para que este trabalho pudesse ser realizado com sucesso. Agradeço especialmente à Equipe de Enfermagem e à todos os Agentes Comunitários de Saúde.

À **todos os colegas do Programa de Mestrado em Saúde na Comunidade 2005**, que independente da formação profissional (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, estatísticos, nutricionistas, farmacêuticos, etc) contribuíram imensamente para que tornássemos uma só equipe em busca do mesmo ideal.

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que essa pesquisa se concretizasse. Lembrar de cada um é impossível.

“Posso todas as coisas naquele que me fortalece”

Filipenses 4,13

RESUMO

UNGARI, A. Q. **Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, SP.** 2007. 95f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Estima-se que a adesão dos pacientes à farmacoterapia anti-hipertensiva varie entre 50 - 70%. A baixa adesão ou não adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo constituem problemas de saúde pública e devem ser compreendidos como um dos maiores obstáculos para o sucesso do tratamento da hipertensão arterial. A elevada prevalência desta condição clínica e seqüelas devastadoras no controle inadequado da pressão arterial tem sido freqüentemente relacionadas à mortes precoces. Este estudo tem como objetivo estudar a adesão ao tratamento farmacológico em pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V do município de Ribeirão Preto – SP. Foram entrevistados 109 pacientes, utilizando-se o Teste de Morisky- Green para mensurar o grau de adesão ao tratamento farmacológico e foram estudadas variáveis que possam estar relacionadas ao grau de adesão, como: características sócio-econômicas; fatores relacionados à equipe e ao serviço de saúde; fatores relacionados à terapia; nível de conhecimento sobre a doença e fatores relacionados ao paciente. A análise dos dados foi realizada utilizando-se o programa estatístico Epi-Info versão 6.0 e o *software* SAS. Observou-se predomínio do sexo feminino em 84,4%, idade média de 61,4 anos, 56% casados, 81,7% de cor branca, 65,2% apresentavam baixa escolaridade e 45% eram do lar. A adesão dos pacientes foi verificada utilizando-se os critérios 1 e 2 do Teste de Morisky e Green. Através do Critério 1 do TMG, 79,8% dos pacientes foram classificados como “mais aderentes” e 20,2% como “menos aderentes”. Utilizando-se o Critério 2, 43,1% dos pacientes foram “mais aderentes” e 56,9% “menos aderentes”. Em relação às possíveis causas da não adesão ao tratamento, identificou-se associações estatisticamente significantes entre as variáveis “confiança no médico” e “quantidade de medicamentos para HAS que utiliza” com o grau de adesão pelo Critério 2 do TMG. O farmacêutico é um

profissional de saúde que, através da Atenção Farmacêutica vem estudando e identificando as causas da baixa adesão ao tratamento e implementando estratégias, junto ao paciente, para resolvê-las.

Palavras-chave: Adesão, Hipertensão Arterial, Núcleos de Saúde da Família

ABSTRACT

UNGARI, A. Q. **Adherence to medicine treatment in high blood pressure patients followed at the Family Health Centers in the city of Ribeirão Preto, SP.** 2007. 95f. Dissertation (Master's Degree in Medical Sciences) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

It is estimated that patients' adherence to medicine treatment against high blood pressure varies between 50 and 70%. The low adherence or non-adherence to high blood pressure medicine treatment is a public health problem and should be considered one of the main obstacles to a successful high blood pressure treatment. The high prevalence of such condition and devastating consequences resulting from the disease due to inadequate control of blood pressure have been frequently related to untimely deaths. The present study aims to analyze the adherence to medicine treatment of high blood pressure patients followed at the Family Health Centers I, III, IV and V in the city of Ribeirão Preto – SP. 109 patients were interviewed by using the Morisky-Green Test to measure the level of adherence to medicine treatment. Several conditions which could be related to the level of adherence were studied as well, such as: social-economic conditions, factors related to the health center's team and service, factors related to the therapy itself, level of knowledge about the disease and factors related to the patient. The analysis of data was accomplished by using the statistics program Epi-Info version 6.0 and the *software* SAS. We observed a predominance of 84% of the female sex, average age 61.4, 56% married, 81.7% white, 65.2% having low scholary and 45% housewives. The patients' adherence was checked by using criteria 1 and 2 of the Morisky-Green Test. According to criterion 1 of the test, 79.8% of the patients were classified as more adherent and 20.2% as less adherent. According to criterion 2, 43.1% of the patients were more adherent and 56.9% less adherent. In regard to the possible causes of non-adherence to treatment, we identified statistically important associations between the conditions “doctor reliability” and “quantity of high blood pressure medicines used” with the level of adherence, according to criterion 2 of the Morisky-Green Test. The pharmacist is a health care professional who, by means of Pharmaceutical Care has been studying and identifying the causes of low

adherence to treatments and also implementing strategies in order to solve this problem in collaboration with the patients.

Keywords: Adherence, Arterial Hypertension, Family Health Centers

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial (> 18 anos)	19
Quadro 2 – Razões dos pacientes para aderir/não aderir aos medicamentos anti-hipertensivos	30
Quadro 3 – Métodos indiretos de medida de aderência	32
Quadro 4 - Métodos diretos de medida de aderência	32
Quadro 5 - Fatores que afetam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e intervenções para melhorá-la, listados em cinco categorias	35
Quadro 6 - Critérios definidos para o grau de adesão no Teste de Morisky-Green.	42
Quadro 7 - Variáveis do estudo relacionadas à adesão ao tratamento farmacológico	42
Quadro 8 - Número de pessoas cadastradas nos NSF I, III, IV e V – RP, março de 2006	43
Quadro 9 – Pacientes hipertensos (15 anos e mais) cadastrados nos NSF – RP	43
Quadro 10 - Amostragem estratificada pelo nº de pacientes hipertensos nos NSF ..	45
Quadro 11 - Resultados da adesão ao tratamento pelo TMG em diversos estudos ..	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com o resultado do Teste de Morisky e Green	48
Tabela 2 –	Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com o total de pontos obtidos pelo Teste de Morisky e Green	49
Tabela 3 -	Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com as características sócio-econômicas, segundo o resultado do Teste de Morisky e Green, critério 2	50
Tabela 4 -	Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com as respostas sobre os fatores relacionados à equipe e ao serviço de saúde, segundo o resultado do Teste de Morisky e Green, critério 2	53
Tabela 5 -	Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com as respostas sobre os fatores relacionados à terapia medicamentosa, segundo o resultado do Teste de Morisky e Green, critério 2	55
Tabela 6 -	Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com os medicamentos anti-hipertensivos que utilizam	57
Tabela 7 -	Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com as respostas sobre os fatores relacionados ao conhecimento sobre a hipertensão arterial, segundo o resultado do Teste de Morisky e Green, critério 2 .	58
Tabela 8 -	Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com as respostas sobre os fatores relacionados ao paciente, segundo o resultado do Teste de Morisky e Green, critério 2	59

LISTA DE ABREVIATURAS

CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CSE	Centro de Saúde Escola
ECA	Enzima Conversora da Angiotensina
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NSF	Núcleo de Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PSF	Programa de Saúde da Família
SP	São Paulo
TMG	Teste de Morisky e Green
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	17
1.1 A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e sua importância	17
1.2 Aspectos Epidemiológicos	19
1.3 Tratamento da Hipertensão Arterial	22
1.4 Adesão ao Tratamento Farmacológico	23
1.4.1 Conceitos e Magnitude	23
1.4.2 Fatores Associados à Adesão ao Tratamento Farmacológico Anti-hipertensivo	26
1.4.3 Medidas de Adesão	30
1.4.4 Intervenções para Melhorar a Adesão	32
1.5 Atenção Farmacêutica	36
 2 - OBJETIVOS	 38
2.1 Objetivo Geral	38
2.2 Objetivos Específicos	38
 3 - METODOLOGIA	 39
3.1 Desenho do estudo	39
3.2 Características do serviço de saúde onde se realizou o estudo	39
3.3 Critérios de inclusão	40
3.4 Critérios de exclusão	40
3.5 Variáveis estudadas	41
3.6 Amostragem	43
3.7 Aspectos Éticos	45
3.8 Coleta de dados	46
3.9 Análise dos dados.....	47

4 – RESULTADOS	48
4.1 Respostas obtidas no Teste de Morisky e Green	48
4.2 Características sócio-econômicas dos pacientes estudados	49
4.3 Fatores relacionados à equipe e ao serviço de saúde	52
4.4 Fatores relacionados à terapia medicamentosa	54
4.5 Fatores relacionados ao conhecimento sobre a hipertensão arterial	57
4.6 Fatores relacionados ao paciente	58
 5 - DISCUSSÃO.....	 60
5.1 Teste de Morisky e Green	60
5.2 Características sócio-econômicas	63
5.3 Fatores relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo	68
 6 – CONCLUSÃO.....	 73
 REFERÊNCIAS.....	 75
 ANEXOS.....	 84
 APÊNDICES.....	 94

1 INTRODUÇÃO

1.1 A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e sua importância

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica, caracterizada pelo aumento constante da pressão sanguínea acima da normalidade, 140 mmHg para a sistólica e 90 mmHg para a diastólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006). É uma das maiores causas mundiais de morbidade e mortalidade, sendo identificada como um dos fatores de risco mais prevalentes para o desenvolvimento de doença arterial coronária, doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (SEMENCIW; MORRISON; MAO; JOHANSEN; DAVIES; WIGLE, 1988).

A associação positiva e direta entre pressão arterial aumentada e risco cardiovascular é contínua, independente, preditiva, consistente e etiológicamente significativa para indivíduos com ou sem doença arterial coronária e tem sido identificada em ambos os sexos, diferentes faixas etárias, etnias e níveis socioeconômico e cultural (DÓREA; LOTUFO, 2004).

Um controle eficaz da hipertensão evita ou impede a maioria dessas complicações e prolonga a vida dos pacientes.

A elevada prevalência desta condição clínica e seqüelas devastadoras do controle inadequado da pressão arterial tem sido freqüentemente relacionadas a mortes precoces.

Existem vários fatores de risco que influenciam o aparecimento ou agravamento da hipertensão arterial: hereditariedade, idade, sexo, obesidade e sobrepeso, ingestão elevada de sódio, álcool, uso de anticoncepcionais, fumo, estresse emocional, sedentarismo e dieta rica em gorduras (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002).

A pressão arterial aumenta linearmente com a idade. Homens a partir de 50 anos e mulheres acima de 60 anos tem uma taxa de hipertensão mais elevada (BRANDÃO; BRANDÃO; FREITAS; MAGALHÃES; POZZAN, 2006), como também é alta a prevalência em mulheres afrodescendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

Segundo Kearney, Whelton, Reynolds, Muntner, Whelton e He (2005), estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década, insinuando que sexo não é um fator de risco para hipertensão. Em amostras na nossa população, a presença de fatores de risco cardiovascular ocorre mais comumente na forma combinada, parecendo variar com a idade, predominado a inatividade física, o sobrepeso, a hiperglicemia e a dislipidemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006). A perspectiva de se controlar a pressão arterial - PA elevada com estratégias terapêuticas bem sucedidas justifica a prioridade dada pelos médicos, requerendo intervenção imperiosa, o que pode ser obtida por meio de tratamento medicamentoso e adoção de estilos de vida saudáveis (KANDEL, 1996).

Porém, apesar da comprovada eficácia do tratamento, a manutenção da pressão arterial dentro dos níveis desejáveis ainda é insatisfatória. Tal fato é resultado, em grande parte, da falta de adesão ao tratamento (STRELEC, 2000).

A V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006), consideram o limite de normalidade para PAS (pressão arterial sistólica) < 130 mmHg e PAD (pressão arterial diastólica) < 85 mmHg. A partir destes valores, segue-se o normal, limítrofe, estágios 1, 2 e 3 e a hipertensão sistólica isolada, como pode ser visto no quadro seguinte.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
HIPERTENSÃO		
Estágio 1 (leve)	140-159	90-99
Estágio 2 (moderada)	160-179	100-109
Estágio 3 (grave)	> 180	> 110
Sistólica isolada	> 140	< 90

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006.

Quadro 1. Classificação da pressão arterial (> 18 anos)

1.2 Aspectos Epidemiológicos

Inquéritos de base populacionais realizados em algumas cidades do Brasil apontam alta prevalência de HAS. Utilizando-se o critério atual de diagnóstico de HAS ($\geq 140/90$ mmHg), as taxas de prevalência na população urbana brasileira, em estudos selecionados, variam de 22,3% a 43,9%, conforme o gráfico seguinte.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006.

Gráfico 1. Prevalência de hipertensão arterial ($\geq 140/90$ mmHg) em cidades brasileiras

Aproximadamente 50 milhões de mortes/ano ocorrem no mundo, sendo que 30% desses óbitos, ou seja, 15 milhões, são causados por doenças cardiovasculares: quatro milhões ocorrem em países desenvolvidos; dois milhões nos países de economia em transição ou subdesenvolvidos; e a maioria, cerca de nove milhões, nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil. No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006), sendo o fumo uma das principais causas de muitas doenças, incluindo doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer de pulmão, responsabilizando-se pela morte de um em cada dez adultos no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

A hipertensão arterial e suas complicações são também responsáveis por alta frequência de internações. A insuficiência cardíaca é a principal causa de hospitalização

entre as afecções cardiovasculares, sendo duas vezes mais freqüente do que as internações por acidente vascular cerebral.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, em 2005, ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de cerca de R\$ 1,3 milhões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

O impacto econômico das repercussões da hipertensão arterial clinicamente não tratada e/ou não controlada é, inicialmente, mais expressivo em nível individual ou familiar, nos estratos sociais mais baixos e em outros grupos sociais minoritários, como reflexo das iniquidades sociais. Para a sociedade, parte dos prejuízos está diretamente relacionada à morbidade, à mortalidade, às incapacidades e à invalidez conseqüentes das complicações preponderantes da hipertensão: doenças cerebrovasculares, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e insuficiência renal (LESSA, 2001).

Dados obtidos dos estudos de Framingham mostram que valores de pressão arterial de 130-139 mmHg / 85-89 mmHg estão associados a um aumento de 1,6 a 2,5 vezes no risco relativo de doenças cardiovasculares em comparação com valores de pressão abaixo de 120/80 mmHg em homens e mulheres, em diferentes faixas etárias e após correção para os diversos fatores de risco (VASAN; LARSON; LEIP; EVANS; O'DONNELL; KANNEL; LEVY, 2001).

Diante da realidade assinalada, são estabelecidos os objetivos para programas e políticas de controle de hipertensão arterial no país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006):

- reduzir complicações, internações e mortes relacionadas à hipertensão;
- reduzir a prevalência da doença hipertensiva;
- aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle da hipertensão arterial;

- garantir acesso dos hipertensos a serviços básicos de saúde, com resolubilidade;
- incentivar políticas e programas comunitários.

1.3 Tratamento da Hipertensão Arterial

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não-medicamentosas isoladas como associadas a fármacos anti-hipertensivos.

Os métodos não-farmacológicos para baixar a pressão arterial permitem ao paciente uma participação ativa no controle de sua doença. A redução de peso, a restrição de sal na dieta, redução no consumo de bebidas alcoólicas, suplementação de potássio, cálcio e magnésio na dieta e prática de exercício físico podem reduzir a pressão arterial e melhorar a eficácia do tratamento medicamentoso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

Em relação à pressão arterial, o tratamento medicamentoso visa a reduzir os níveis pressóricos para valores inferiores a pelo menos 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica, respeitando-se as características individuais, a presença de comorbidades e a qualidade de vida dos pacientes. Redução da PA para níveis inferiores a 130/85 mmHg podem ser úteis em situações específicas, como em pacientes de alto risco cardiovascular, diabéticos - principalmente com microalbuminúria, insuficiência cardíaca, com comprometimento renal e na prevenção de acidente vascular cerebral (CHOBANIAN;

BAKRIS; BLACK; CUSHMAN; GREEN; IZZO JÚNIOR; JONES; MATERSON; OPARIL; WRIGHT JÚNIOR; ROCCELLA, 2003).

1.4 Adesão ao Tratamento Farmacológico

1.4.1 Conceitos e Magnitude

Definir e conceituar adesão e não adesão ao tratamento constitui algo complexo, pois não há consenso ao realizar essas tarefas.

Segundo Leite e Vasconcelos (2003), a questão da adesão à terapêutica tem sido discutida e estudada por profissionais de saúde por se tratar de um ponto fundamental para a resolubilidade de um tratamento.

Podemos dizer que a adesão à terapia expressa a medida em que o comportamento do paciente coincide com a prescrição médica, tanto no aspecto farmacológico quanto comportamental. Ela constitui uma medida da adaptação do paciente ao regime terapêutico.

Segundo Ramalhinho (1994), a adesão à terapêutica pode definir-se como o grau de concordância entre as recomendações médicas e o comportamento do paciente perante o regime terapêutico. É o termo mais correntemente aceito, por expressar compreensão e cooperação, subentendendo um comportamento ativo por parte do doente.

Segundo Brawley e Culos-Reed (2000), os termos mais utilizados para definir adesão à terapia na língua inglesa, *adherence* e *compliance* tem significados diferentes. *Compliance*, pode ser traduzido como obediência, pressupõe um papel passivo do paciente, e *adherence*, como o termo utilizado para identificar uma escolha livre das pessoas de adotarem ou não certa recomendação. O entendimento do papel do paciente como sujeito

ativo, que participa e assume responsabilidades sobre seu tratamento, que adere ou não, é defendido por outros autores, como Milstein-Moscati, Persano e Castro (2000).

Estas definições enfatizam a necessidade de diferenciar *adherence* de *compliance*, sendo que o termo *adherence* implica concordância do paciente com as recomendações. Pressupõe que o paciente conheça as alternativas terapêuticas, participe das decisões sobre seu tratamento e que a adesão às instruções aplique-se também àquelas feitas por outros profissionais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2003).

Na área da hipertensão, considera-se que a palavra que melhor representa o seguimento do tratamento proposto seja “adesão”. Na tentativa de avaliar os diferentes graus de adesão, verifica-se que no nível mais elevado estão os aderentes propriamente dito, aqueles que seguem totalmente o tratamento e, no lado oposto, os desistentes, aqueles que abandonam o tratamento. No grupo dos não-aderentes estão os pacientes persistentes que até comparecem às consultas, porém não seguem o tratamento (PIERIN, 2001).

O conceito de adesão varia entre diversos autores, mas, de forma geral, é compreendido como uso dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando-se horários, doses, tempo de tratamento. Representa a etapa final do que se sugere como processo de utilização racional de medicamentos (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

A WHO (2003) definiu para “adesão a terapias de longo prazo” o seguinte:

[...] é a extensão com a qual o comportamento do indivíduo – uso dos medicamentos, seguimento de uma dieta e/ou execução de mudanças no estilo de vida, coincidem com as recomendações dos profissionais de saúde. (WHO, 2003, cap 1, p. 3)

Independentemente da disponibilidade de tratamento efetivo, mais de 50% dos pacientes que iniciam o tratamento para hipertensão abandonam-no no primeiro ano e daqueles que permanecem sob supervisão médica, cerca de 50% tomam pelo menos 80% dos medicamentos prescritos. Conseqüentemente, devido a baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo, aproximadamente 75% dos pacientes com hipertensão não alcançam níveis adequados de controle da pressão arterial (WHO, 2003).

Estima-se que a extensão com a qual os pacientes aderem a farmacoterapia anti-hipertensiva varie entre 50 e 70%. Esta variação está relacionada a diferenças nos grupos estudados, duração do acompanhamento, métodos de medida da adesão e regimes terapêuticos utilizados em diferentes estudos (WHO, 2003).

A baixa adesão ao tratamento parece ser reconhecida há muito tempo, pois se atribui a Hipócrates a frase: “Fiquem atentos com as falhas dos pacientes que fazem com que eles mintam a respeito do que foi prescrito”.

A não adesão à terapia - em inglês, *noncompliance* - pode ser definida como a diferença entre as instruções recebidas do profissional de saúde e o padrão de consumo dos medicamentos pelo paciente (EISEN; MILLER; WOODWARD; SPITZNAGEL; PRZYBECK, 1990).

De forma mais completa, entende-se por não adesão à terapia um comportamento do paciente que não coincide com as recomendações do médico, as quais consistem, entre outras, em tomar remédios, comparecer às consultas previamente marcadas, seguir dietas, mudar de estilo de vida e cumprir a freqüência e o horário das medicações.

Na atualidade, a maior parte dos tratamentos são farmacológicos e inúmeras conseqüências podem sobrevir da não adesão à terapia: falha terapêutica; interferência na avaliação da resposta clínica; diminuição da eficácia da medicação; aumento do risco de que o paciente sofra reações adversas; induzir o médico a desconfiar da eficácia da

medicação; provocar mudanças desnecessárias na medicação e aumentar o número de exames e prescrições. A não adesão, além disso, pode dar início a deterioração da relação médico-paciente (WHO, 2003).

1.4.2 Fatores Associados à Adesão ao Tratamento Farmacológico Anti-hipertensivo

A maioria dos estudos de adesão é focada na grande questão que atormenta os profissionais de saúde: por que certos pacientes não aderem ao tratamento medicamentoso?

Segundo a WHO (2003), a adesão é um fenômeno multidimensional determinado por um conjunto de cinco fatores, denominados dimensões, nos quais os relacionados aos pacientes são apenas um dos determinantes. As cinco dimensões da adesão relacionam-se a fatores socioeconômicos, fatores relacionados à terapia, relacionados ao paciente, relacionados às condições e relacionados à equipe e ao sistema de saúde.

Entre os diversos fatores na literatura pode-se pensar primeiramente na falta de acesso ao medicamento. Em países como o Brasil é um problema crucial e deve ser o primeiro fator analisado: se o paciente tem acesso ao medicamento, então ele está em condições para aderir ou não ao tratamento (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

As políticas de saúde voltadas para o atendimento de hipertensos devem prover o acesso ao tratamento medicamentoso. É importante considerar que o custo com a aquisição dos medicamentos é significativamente inferior ao custo inerente à não realização do tratamento.

Baixo nível socioeconômico, pobreza, analfabetismo, baixo nível educacional, desemprego, falta de um sistema social efetivo, instáveis condições de moradia, longa distância da unidade de saúde, custo do transporte são importantes fatores de risco para a baixa adesão (WHO, 2003).

A população idosa representa 6,4% da população mundial e tem se tornado o segmento em maior crescimento em países em desenvolvimento, sendo os maiores consumidores de medicamentos prescritos. Em países desenvolvidos, pessoas acima de 60 anos consomem aproximadamente 50% de todos os medicamentos prescritos e são responsáveis por 60% dos custos relacionados a medicamentos, embora representem somente 12% a 18% da população nestes países.

A adesão ao tratamento é essencial para o bem-estar dos pacientes idosos, sendo um componente criticamente importante no cuidado à saúde. Nos idosos, a falha em aderir às recomendações médicas e ao tratamento tem aumentado a probabilidade de falha terapêutica, sendo responsável por complicações desnecessárias, aumentando gastos nos sistemas de saúde, incapacidades e mortes precoces (JOHNSON; WILLIAMS; MARSHALL, 1999).

O maior número de medicamentos prescritos, a complexidade do regime terapêutico, a duração do tratamento e freqüentes mudanças no tratamento estão associados ao grau de adesão mesmo quando o medicamento é fornecido. Além disso, também é importante citar que a percepção de efeitos colaterais causados pela terapia é um entrave para a adesão, o que pode ser chamado de efeito protetor da não adesão, que seria uma não adesão inteligente à terapêutica (MILSTEIN-MOSCATI; PERSANO; CASTRO, 2000).

Outro fator citado na literatura é a própria doença. Vários estudos relatam que o tipo de enfermidade tratada parece ter alguma relação com a adesão ou não ao tratamento, o que pode ser lido como a forma como o paciente vê seu estado e compreende sua enfermidade. A ausência de sintomas, em algumas fases do processo de adoecimento, por exemplo, é um dos fatores citados para a não adesão à terapia da AIDS (TEIXEIRA; PAIVA; SHIMMA, 2000).

Os fatores relacionados às condições representam necessidades relacionadas à doença enfrentadas pelos pacientes. Alguns fortes determinantes em adesão são àqueles relacionados à gravidade dos sintomas, nível de incapacidade (física, psicológica e social), taxa de progressão e gravidade da doença e a disponibilidade de um tratamento efetivo.

Alguns estudos trazem como questão central a importância do profissional de saúde para a adesão, sendo um dos fatores decisivos a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no médico pessoalmente (TEIXEIRA; PAIVA; SHIMMA, 2000; NEMES, 2000; PAULO; ZANINI, 1997).

A relação médico-paciente é considerada de extrema importância no processo de adesão ao tratamento. O relacionamento que se estabelece nesse binômio pode ser a base de sustentação para a efetividade do sucesso do tratamento. Estudo sobre a temática revelou que os pacientes esperam que seu médico seja amigo, conselheiro, profissional competente e que se preocupe com seus doentes. No tratamento do paciente hipertenso a abordagem multidisciplinar é imprescindível na obtenção da adesão satisfatória. A associação dos diferentes profissionais da área da saúde junto ao binômio médico-paciente só trará compensação para todos (DELITTI; SILVA, 1996).

Poucas pesquisas têm sido feitas para o estudo da associação entre equipe de saúde e fatores relacionados ao sistema de saúde com a adesão. Enquanto um bom relacionamento médico-paciente pode melhorar a adesão, há muitos fatores que tem um efeito negativo, como falta de conhecimento e treinamento no controle de doenças crônicas, fraca capacidade do sistema em orientar e prover seguimento aos pacientes e falta de conhecimento sobre adesão ao tratamento (WHO, 2003).

Os fatores relacionados aos pacientes representam conhecimentos, atitudes, crenças, percepções e expectativas do paciente. A motivação em aderir ao tratamento

prescrito é influenciada pelo valor que eles possuem em seguir o tratamento e o grau de confiança em ser capaz de segui-lo (MILLER; ROLLNICK, 1991).

No estudo realizado por Andrade, Vilas-Boas e Chagas (2002), as maiores razões para o abandono do tratamento anti-hipertensivo foram as seguintes: normalização da pressão sangüínea (41,3% para homens e 42,3% para mulheres, $p = 0,12$); efeitos adversos do medicamento anti-hipertensivo (31,7% para homens e 24,8% para mulheres, $p = 0,12$); esquecimento de tomar o medicamento (25,2% para homens e 20,1% para mulheres, $p = 0,22$) e custo do medicamento (21,6% para homens e 20,1% para mulheres, $p = 0,71$).

Mion e Pierin (1996) realizaram um estudo com hipertensos para identificar os motivos que contribuíram para deixar de tomar os medicamentos. Mostrou os seguintes resultados: em relação aos medicamentos, alto custo (89%), tomar várias vezes ao dia (67%) e efeitos colaterais (54%); quanto à doença, desconhecimento da gravidade (50%) e ausência de sintomas (36%); quanto a conhecimentos e crenças, só tomam medicamentos quando a pressão está alta (83%), não cuidam da saúde (80%), esquecem-se de tomar os medicamentos (75%), desconhecem a cronicidade (70%) e complicações (70%) da doença; e quanto à relação médico-paciente, falta de convencimento para tratar (51%) e relacionamento inadequado (20%).

Svensson, Kjellgren, Ahlner e Saljo (2000), concluíram que a entrevista é uma poderosa ferramenta para a descoberta de conceitos e comportamentos dos pacientes. Para se otimizar o tratamento da hipertensão, é importante a formação de uma aliança na qual as dúvidas e dificuldades da terapia possam ser detectadas e resolvidas, sendo a comunicação médico-paciente de vital importância. O quadro a seguir apresenta os resultados deste estudo.

Razões para aderir	Razões para não aderir
<ul style="list-style-type: none"> • Confiança no médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Efeitos adversos ou sintomas relacionados ao tratamento
<ul style="list-style-type: none"> • Medo das complicações da doença 	<ul style="list-style-type: none"> • Aversão a medicamentos, sente que não são “naturais”
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar infarto do miocárdio e derrame 	<ul style="list-style-type: none"> • Não ter sintomas da hipertensão
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar morte prematura 	<ul style="list-style-type: none"> • Não achar que a terapia seja necessária, assumir a pressão sanguínea como normal
<ul style="list-style-type: none"> • Querer manter a pressão sanguínea sob controle 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar efeitos adversos quando vai às compras ou viajar
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar os sintomas da hipertensão, como dores de cabeça, palpitações, cansaço, estado de saúde frágil 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar o medicamento de acordo com o estado normal, estação do ano ou clima
<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma inconveniência com medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Esquecer os medicamentos quando a rotina é alterada, ex, no verão
<ul style="list-style-type: none"> • Aceitar a doença 	

Fonte: SVENSSON, S.; KJELLGREN, K.; AHLNER, J.; SALJO, R. Reasons for adherence with antihypertensive medication. *Int. J. Cardiol.*, Amsterdam, v. 76, p. 157-163, 2000.

Quadro 2. Razões dos pacientes para aderir e não aderir aos medicamentos anti-hipertensivos

1.4.3 Medidas de Adesão

Quando o foco do estudo é adesão ao tratamento prescrito, os métodos podem ser classificados em diretos e indiretos. Os métodos diretos consistem na detecção de medicamentos e metabólitos em fluidos biológicos, verificando-se os níveis plasmáticos dos medicamentos e se o paciente está realmente tomando as doses prescritas, permitindo pelo menos detectar se ele os toma regularmente; e na utilização de marcadores químicos, administrando-se juntamente com os medicamentos quando não é possível detectar sua concentração nos fluidos biológicos por técnicas analíticas (MILSTEIN-MOSCATI; PERSANO; CASTRO, 2000).

Os métodos indiretos consistem em entrevistas; contagem de comprimidos; sistemas microeletrônicos, que consistem em monitores eletrônicos instalados na própria

embalagem do medicamento e avaliação do efeito farmacológico (MILSTEIN-MOSCATI; PERSANO; CASTRO, 2000).

A entrevista é um dos métodos mais comuns e simples para avaliar a adesão, por sua aplicação mais acessível e de menor custo.

A contagem de comprimidos consiste em verificar a diferença entre o número de comprimidos fornecidos ao paciente e o número em seu poder na consulta subsequente à prescrição ou por ocasião da visita domiciliar. Por sua vez, o paciente pode eliminar alguns comprimidos no intuito de fazer crer que os utilizou.

Os métodos para avaliar adesão a terapêutica apresentam muitas limitações. Os métodos diretos são mais exatos, porém requerem equipamentos sofisticados, tornando-se dispendiosos e pouco úteis em saúde pública. Dentre os métodos indiretos, embora estes tendam a superestimar a adesão, o que apresenta maior aplicabilidade em saúde pública é a entrevista, uma vez que pode ser aplicada a todos os níveis de atenção à saúde (MILSTEIN-MOSCATI; PERSANO; CASTRO, 2000).

Os quadros 3 e 4 apresentam os principais métodos de avaliação de aderência ao tratamento, assim como suas vantagens e desvantagens.

Método	Vantagens	Desvantagens
Relatório do paciente	Fácil, indícios sobre barreira de aderência	Reprodução limitada, superestima a taxa real de aderência
Opinião do médico	Fácil, barato, frequentemente de alta especificidade	Baixa sensibilidade, superestima a aderência total
Diário do paciente	Permite simples correlação com eventos externos e/ou efeito do remédio	Nem sempre é possível obter a cooperação do paciente, com documentação completa e consistente
Contagem de comprimidos	Fornecer taxa média de aderência	É fácil o paciente subverter os dados por manipulação. Colaboração em trazer os frascos de volta
Reabastecimento de comprimidos	Fornecer taxa média de aderência	Trabalhoso, requer programa de computação e de centralização dos registros e das farmácias
Resposta clínica	Fácil, barato	A resposta clínica não pode ser baseada apenas na aderência
Monitorização eletrônica da medicação	Avalia as taxas média e dinâmica da aderência; não está sujeito a manipulação pelo paciente	Muito caro, requer que o paciente retorne os frascos especiais e análise pelo computador dos dados acumulados.

Fonte: OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001, p. 35-46.

Quadro 3. Métodos indiretos de medida de aderência

Método	Vantagens	Desvantagens
Análise biológica	Permite a determinação da concentração do medicamento	Análise quantitativa nem sempre disponível, cara, requer amostras de diferentes fluidos do organismo, pode ser afetada por fatores biológicos
Composto traçador	Permite análise semiquantitativa do estado fixo do medicamento	Nem sempre é fácil combinar o traçador com o índice da medicação, requer amostragem de fluidos corporais (sangue, urina)

Fonte: OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001, p. 35-46.

Quadro 4. Métodos diretos de medida de aderência

1.4.4 Intervenções para Melhorar a Adesão

Para melhorar os níveis de adesão é importante saber o grau de conhecimento e as preferências dos pacientes em relação ao tratamento.

Mion Jr., Pierin, Ignes, Ballas e Marcondes (1995) verificaram através de entrevistas em 353 hipertensos, que 56% dos pacientes preferem tomar medicamentos para

controlar a pressão arterial. Em relação às preferências relacionadas ao tratamento, foram identificadas opções habituais por tomar medicamentos via oral em 84%, sob a forma de comprimidos em 60%, uma vez ao dia em 81%, pela manhã, associado às atividades rotineiras matinais em 65%, e com o seguinte perfil: acima de 40 anos, obeso, solteiro ou viúvo e renda de 1 a 5 salários mínimos. Ao se propor um esquema terapêutico, deve-se dar oportunidade para que o paciente exponha suas preferências e necessidades em relação ao mesmo.

Há inúmeras intervenções desenhadas para promover a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, sendo as mais adotadas a simplificação do regime de doses, educação do paciente, estratégias motivacionais e intervenções combinadas complexas.

As intervenções educativas realizam-se através de material áudio-visual, atividades em grupos, informações escritas e testes de conhecimento. De acordo com Katz (1997), os médicos podem prover uma efetiva educação ao paciente limitando as instruções em três a quatro pontos principais a cada discussão; usando linguagem simples, especialmente explicando diagnósticos e dando instruções; suplementando instruções orais com materiais escritos; envolvendo a família dos pacientes e amigos e reforçando os conceitos discutidos.

Quanto maior o grau de conhecimento do indivíduo sobre o seu problema, independentemente de sua idade ou risco, maior a possibilidade de seu comprometimento efetivo no auto-cuidado e, portanto, maior sua chance de sucesso.

Educar em grupo é crescer e contribuir para o crescimento. Para tal, há necessidade de que todos os participantes do processo educativo se posicionem de maneira receptiva, sem atitudes que denotem falta de compromisso, buscando uma combinação cada vez mais próxima e assimilando a cada encontro as necessidades dos pacientes (JARDIM, 2001).

As estratégias motivacionais incluem diferentes tipos de intervenções envolvendo estímulos para lembrar (postais, telefonemas, lembretes, folhetos), auto-determinação do

paciente, auto-medida da pressão, visitas mensais, aconselhamento, suporte familiar ou social.

A maior parte das intervenções combinadas complexas envolvem a participação de equipes multidisciplinares e os resultados apontam aumentos de 5% a 41% na taxa de adesão. Envolvem a combinação de atendimento no local de trabalho, emprego de frascos especiais para registrar o horário da abertura, inúmeras formas de lembrança periódicas sobre a administração de medicamentos, auto-medida da pressão arterial em domicílio, grupos de apoio e gratificação para alcançar os objetivos planejados no tratamento (SCHROEDER; FAHEY; EBRAHIM, 2004).

A relevância da questão na terapêutica é indiscutível: da adesão ao tratamento depende o sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade, o controle de uma doença crônica, a prevenção de uma patologia.

Adesão a regimes terapêuticos de longo prazo requer mudanças comportamentais, as quais envolvem aprendizado, adoção e manutenção de um comportamento de tomada de medicamentos.

Os profissionais de saúde precisam estar alertas para as baixas taxas de adesão em pacientes hipertensos. Além disso, também devem ser treinados para uma seleção racional dos fármacos anti-hipertensivos. Os fármacos devem estar disponíveis, acessíveis, ter um regime de dosagens simples, e idealmente, não devem interferir na qualidade de vida do paciente (WHO, 2003).

Os profissionais de saúde devem estabelecer uma relação de colaboração para minimizar o problema da não adesão à terapêutica e obter melhores resultados dos recursos gastos no controle das doenças (MILSTEIN-MOSCATI; PERSANO; CASTRO, 2000).

Hipertensão	Fatores que afetam a adesão	Intervenções para melhorar a adesão
Fatores sócio-econômicos	(-) Pobreza, analfabetismo, suprimento limitado de medicamentos, alto custos dos medicamentos.	Disponibilidade da família, seguro-saúde do paciente, suprimento ininterrupto de medicamentos, financiamento suportável, preços acessíveis.
Grupos de profissionais de saúde/fatores relacionados ao sistema de saúde	(-) Falta de conhecimento e treinamento dos profissionais de saúde no manejo de doenças crônicas, relacionamento inadequado entre pacientes e profissionais, falta de conhecimento, tempo inadequado para as consultas, falta de incentivos e retorno em relação ao desempenho.	Treinamento em educação para os pacientes sobre o uso dos medicamentos, bom relacionamento médico-paciente, monitoramento contínuo e reavaliação do tratamento, monitoramento da adesão, assistência e atitude não-julgadora, disponibilidade ininterrupta de informações, seleção racional de medicamentos, treinamento em habilidades de comunicação, disponibilidade adequada de medicamentos. Intervenções farmacêuticas: desenvolvimento de fármacos com maior perfil de segurança, participação em programas de educação do paciente e desenvolvimento de instrumentos para mensurar a adesão dos pacientes.
Fatores relacionados às condições	(+) Entendimento e percepções em relação a hipertensão.	Educação em relação ao uso dos medicamentos.
Fatores relacionados à terapia	(-) Regimes de tratamento complexos: duração do tratamento, baixa tolerabilidade do fármaco, efeitos adversos. (+) Monoterapia com dosagem simples, doses menos freqüentes, menos alterações nos medicamentos anti-hipertensivos, uso de fármacos mais modernos.	Simplificação da farmacoterapia.
Fatores relacionados ao paciente	(-) Conhecimentos e habilidades inadequados no manejo dos sintomas da doença e tratamento, desconhecimento sobre os custos e benefícios do tratamento, não aceitação do monitoramento. (+) Percepção dos riscos de saúde relacionados à doença, participação ativa no monitoramento, participação no manejo da doença.	Intervenções comportamentais e motivacionais, bom relacionamento médico-paciente: auto-manejo da doença e do tratamento, auto-manejo dos efeitos colaterais, dispositivos de alarme.

(+) Fatores tendo efeito positivo na adesão; (-) Fatores tendo um efeito negativo na adesão

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003

Quadro 5. Fatores que afetam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e intervenções para melhorá-la, listados em cinco categorias

1.5 Atenção Farmacêutica

Como a hipertensão arterial é uma doença multifatorial que envolve orientações voltadas para vários objetivos, seu tratamento pode requerer o apoio de outros profissionais de saúde, além do médico.

O trabalho de uma equipe multiprofissional poderá dar aos pacientes e à comunidade motivação suficiente para vencer o desafio de tomar atitudes que tornem as ações anti-hipertensivas efetivas e permanentes.

A equipe multiprofissional deve ser constituída por profissionais que lidem com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

A atenção farmacêutica é uma prática relativamente nova, com o objetivo de otimizar a qualidade de vida relacionada à saúde do paciente e obter resultados clínicos positivos, incluindo:

- contínuo monitoramento da terapia do paciente;
- educar o paciente sobre seus medicamentos e as condições nas quais estes são prescritos para garantir os benefícios terapêuticos e segurança;
- monitorar a habilidade do paciente em tomar seus medicamentos corretamente e aderir à terapia prescrita;
- identificar e prevenir os Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) durante o tratamento.

O conceito de Atenção Farmacêutica definido pelo Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica em 2002 é o seguinte:

[...] É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentais, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde. (OPAS, 2002, p. 20)

Através da prática da atenção farmacêutica, o farmacêutico pode prevenir ou interromper interações, monitorar e prevenir ou minimizar reações adversas a medicamentos e monitorar o custo e efetividade da terapia medicamentosa assim como aconselhamentos de estilo de vida para otimizar os efeitos terapêuticos dos medicamentos. O conceito de atenção farmacêutica é particularmente relevante em grupos especiais de pacientes como idosos e doentes crônicos.

Intervenções feitas pelo farmacêutico e a atenção farmacêutica são abordagens efetivas para melhorar a adesão a terapias de longo prazo. Conselhos, informações e atribuições feitas pelo farmacêutico têm demonstrado uma significativa melhora na adesão aos medicamentos anti-hipertensivos e melhora no controle da pressão arterial (WHO, 2003).

A habilidade do farmacêutico em assumir um maior papel na detecção, manejo e controle de pacientes hipertensos depende dos Sistemas de Saúde e do grau de integração dos farmacêuticos com a equipe de atenção à saúde. Estudos têm demonstrado que quando farmacêuticos são incluídos como membros destas equipes, as taxas de controle de hipertensão arterial aumentam. Além disso, interações medicamentosas, não adesão e custos podem ser reduzidos (CARTER; ELLIOTT, 2000).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Estudar a adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família – NSF do Centro de Saúde Escola – CSE da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRPUSP, no município de Ribeirão Preto, SP.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o grau de adesão dos pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família ao tratamento farmacológico;
- Identificar possíveis fatores que levem os pacientes a não aderirem ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo;
- Propor medidas que visem o aumento do grau de adesão dos pacientes aos esquemas terapêuticos propostos e, conseqüentemente um controle adequado dos níveis de pressão arterial.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, destinado a avaliar a adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V vinculados ao Centro de Saúde Escola – CSE da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FMRP - USP, assim como a identificação de possíveis fatores associados à adesão, por meio de uma entrevista única com pacientes escolhidos aleatoriamente entre usuários destes serviços de saúde.

3.2 Características do serviço de saúde onde se realizou o estudo

O Programa de Saúde da Família - PSF foi criado em 1994 e as bases do programa destacam que ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, este deve priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, baseado em uma forte relação entre os componentes da equipe de saúde e o paciente (FRASER, 1992).

Esta estratégia está estruturada a partir da Unidade ou Núcleo de Saúde da Família - uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população, a ela vinculada, atuando com base nos princípios de caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição de clientela e equipe multiprofissional (BRASIL, 2004).

O PSF apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação do ensino médico e da atenção à saúde da população, já que este é o nível do sistema de saúde que fornece o

acesso para todas as necessidades e problemas; oferece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo. Este tipo de atenção tem uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os níveis do sistema de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, básicos e especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

3.3 Critérios de Inclusão

Os critérios para inclusão dos pacientes na pesquisa foram os seguintes:

- 1 - Ser paciente com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica em seguimento nos NSF I, III, IV e V no município de Ribeirão Preto, SP;
- 2 - Estar em uso de medicamentos anti-hipertensivos há pelo menos seis meses;
- 3 - Ter idade igual ou acima de 20 anos;
- 4 - Ser capaz de compreender, verbalizar e responder às questões;
- 5 - Concordar em participar do estudo, expresso mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando ciente da natureza da investigação e seus objetivos.

3.4 Critérios de Exclusão

O critério para exclusão dos pacientes na pesquisa foi o seguinte:

- Pacientes com dificuldades cognitivas que impeçam a compreensão do estudo e que não possam responder ao questionário.

3.5 Variáveis Estudadas

Variável Dependente – Grau de adesão pelo Teste de Morisky e Green – TMG

A adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento foi mensurada utilizando-se a Escala de Morisky e Green. A teoria fundamental desta medida abrange que o uso inadequado de medicamentos ocorre em uma ou todas as seguintes formas: esquecimento, falta de cuidado, interromper o medicamento quando sentir-se melhor ou interromper o medicamento quando sentir-se pior.

A escolha do Teste de Morisky e Green fundamenta-se no fato de se ter disponível, em língua portuguesa, um instrumento de fácil medida, com um número relativamente pequeno de questões, compreensíveis, que proporcionam a verificação da atitude do paciente frente à tomada de medicamentos. As perguntas são elaboradas de forma a reduzir o viés das respostas positivas (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986).

A pontuação das respostas é a seguinte: SIM = 0 e NÃO = 1. Se todas as respostas forem NÃO, a pontuação será 4 e se todas forem SIM, será 0, indicando mais ou menos adesão ao uso do medicamento, como esquematizado abaixo:

Os estudos que utilizaram o TMG possuem diferenças nos critérios de definição de grau de adesão (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; RAMALHINHO, 1994; PIÑEIRO; GIL; DONIS; OROZCO; PASTOR; MERINO, 1997; RAMALLE-GOMARRA; BERMEJO; ALONSO; MARINO; SAENZ DE CABEZÓN, 1999; STRELEC, 2000; BUSTO et al., 2001; CROZATTI, 2002; GARCIA, 2003; VIEIRA, 2004).

Pelo critério 1, definiu-se como “mais aderentes” os que obtiverem 3 ou 4 pontos no TMG, e como “menos aderentes” os que obtiverem de 0 a 2 pontos. Pelo critério 2, definiu-se como “mais aderentes” os que obtiverem 4 pontos no TMG e como “menos aderentes” os que obtiverem de 0 a 3 pontos.

No presente estudo, foi utilizado o critério 2 do Teste de Morisky e Green para estudar as variáveis relacionadas à adesão ao tratamento.

O quadro 6 expressa a definição desses dois critérios:

CRITÉRIO ADOTADO	MENOS ADERENTES	MAIS ADERENTES
CRITÉRIO 1	0 A 2 PONTOS	3 OU 4 PONTOS
CRITÉRIO 2	0 A 3 PONTOS	4 PONTOS

Quadro 6. Critérios definidos para o grau de adesão no Teste de Morisky-Green

Variáveis Independentes

As variáveis independentes selecionadas são aquelas que podem estar associadas ao grau de adesão, conforme literatura citada e apresentadas no quadro a seguir.

Variável Dependente	Variáveis Independentes
Grau de adesão Teste de Morisky Green - critério 2	fatores relacionados à (ao): - condições sócio-econômicas - Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB); - equipe e ao serviço de saúde; - terapia medicamentosa; - nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial; - paciente.

Quadro 7. Variáveis do estudo relacionadas à adesão ao tratamento farmacológico

3.6 Amostragem

Para o cálculo do tamanho amostral, partiu-se do número de pessoas cadastradas no ano de 2006 nos NSF onde se realizou o estudo, como segue o quadro adiante.

Faixa Etária (anos)	N I	N III	N IV	N V
< 1	31	40	65	44
1 a 4	117	127	250	165
5 a 6	47	60	135	79
7 a 9	99	99	204	131
10 a 14	137	97	293	217
15 a 19	284	313	285	268
20 a 39	1.016	856	1.121	871
40 a 49	409	401	351	349
50 a 59	438	396	304	289
> 60	625	602	225	260
Total pessoas cadastradas	3.203	2.991	3.233	2.673

Fonte: SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica

Quadro 8. Número de pessoas cadastradas nos NSF I, III, IV e V – RP, março de 2006.

A seguir, descreve-se o número de pacientes hipertensos cadastrados nos referidos NSF.

Doença referida (15 anos e mais)	N I	N III	N IV	N V
HA (%)	507 (18,3%)	541 (21,1 %)	250 (10,9%)	346 (17%)

Fonte: SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica

Quadro 9. Pacientes hipertensos (15 anos e mais) cadastrados nos NSF – RP

Portanto, a taxa de prevalência de hipertensão arterial nos Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V varia em um intervalo de 10,9% a 21,1%, apresentando uma prevalência global de 17%, como se segue abaixo:

$$P \text{ global} = \frac{18,3\% + 21,1\% + 10,9\% + 17\%}{4} = 17\%$$

Considerando-se o número de pessoas (Pop.) acima de 15 anos cadastradas nos NSF, a taxa de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (P), IC 95% e o erro amostral (d) 10%, o tamanho amostral (n) constitui-se de 91 pacientes, como se segue abaixo:

Fórmula para cálculo do tamanho mínimo amostral:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q}{d^2}$$

População de hipertensos (NSF I – IV) = 1.644

P = 50% Q = 1 – P = 50%

IC = 95% Z = 1,96

Erro amostral (d) = 10%

n = 91 pacientes

A seguir, estratificou-se pelo número de hipertensos de cada Núcleo, como segue no quadro seguinte.

NSF	nº pessoas hipertensas	%	Tamanho amostral	N realizado
N I	507	30,9	28	34
N III	541	32,9	30	36
N IV	250	15,2	14	16
N V	346	21	19	23
Total	1.644	100	91	109

Quadro 10. Amostragem estratificada pelo nº de pacientes hipertensos nos NSF

Os pacientes a serem entrevistados foram divididos proporcionalmente de acordo com o número de hipertensos cadastrados nas 5 microáreas abrangidas por cada NSF.

O sorteio foi realizado aleatoriamente. Através dos prontuários médicos, verificou-se a inclusão do paciente na pesquisa e em seguida o levantamento do nome, endereço e telefone.

Em caso de mudança de endereço, recusa em participar da pesquisa, falecimento ou após três tentativas de contato, outro paciente era sorteado aleatoriamente.

3.7 Aspectos Éticos

O presente estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

3.8 Coleta de Dados

Questionário

Utilizou-se um questionário para coleta de dados composto por:

- Informações gerais: esta etapa constitui-se da obtenção do preenchimento do nome do paciente, número e data da entrevista, horário de início e término e explicação ao paciente dos objetivos da pesquisa. O paciente lia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordando em participar da entrevista, assinava-o.
- Teste de Morisky e Green
- Instrumentos para avaliar os fatores que afetam a adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo (Anexo B): questionário contendo variáveis relacionadas a fatores sócio-econômicos, à equipe e ao serviço de saúde, à terapia medicamentosa, ao nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial e ao paciente.

Pré-teste do Questionário

O pré-teste do questionário foi realizado no período de 16 a 25 de agosto de 2006 com 10 pacientes seguidos nos NSF que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa.

Os objetivos do pré-teste foram a verificação do entendimento do paciente em relação às perguntas, a inteligibilidade e clareza das perguntas elaboradas, a ordem de seqüência e duração da entrevista e demais dificuldades que pudessem ser encontradas pelas entrevistadoras. Nenhuma alteração foi realizada no questionário.

Entrevistadores

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora e duas estudantes do curso de Farmácia da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da

Universidade de São Paulo – USP, as quais eram de confiança da pesquisadora, com disponibilidade de tempo livre, empatia e interesse pelo objetivo da pesquisa.

O treinamento foi realizado utilizando a metodologia de Silva (2002).

Entrevistas

O período de coleta de dados se deu entre 16 de agosto e 09 de dezembro de 2006.

Algumas entrevistas foram realizadas após contato telefônico, mas muitos telefones constantes dos prontuários não existiam ou estavam desligados. As entrevistas tiveram um tempo médio de duração de 22 minutos e foram realizadas nas residências dos pacientes.

Durante o período de coleta de dados, houve vários contatos entre a pesquisadora e as demais entrevistadoras para orientações e esclarecimentos necessários.

3.9 Análises dos Dados

As informações obtidas dos questionários foram codificadas e digitadas em um banco de dados utilizando-se o programa estatístico Epi-Info versão 6.0. A análise dos dados foi realizada através da aplicação do Teste Exato de Fisher utilizando-se o procedimento PROC FREQ do *software* SAS.

4 RESULTADOS

4.1 Respostas obtidas no Teste de Morisky e Green

Na tabela 1 apresentam-se a frequência e porcentagem em cada pergunta do TMG. Observou-se que 26,6% dos pacientes relataram esquecer de tomar os medicamentos anti-hipertensivos e 45,9% se descuidavam quanto ao horário de tomá-los.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com o resultado do Teste de Morisky e Green

Perguntas	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
01. O Sr (a), às vezes, esquece de tomar os remédios?	29	26,6	80	73,4
02. O Sr (a), às vezes, se descuida quanto ao horário de tomar seus remédios?	50	45,9	59	54,1
03. Quando o Sr (a) se sente bem, às vezes deixa de tomar seus remédios?	1	0,9	108	99,1
04. Quando o Sr (a) se sente mal com os remédios, às vezes deixa de tomá-los?	7	6,4	102	93,6

Na Tabela 2 apresentam-se as distribuições dos entrevistados pelo total de pontos obtidos pelo TMG.

Através do Critério 1 do TMG, 79,8% dos pacientes foram classificados como “mais aderentes” e 20,2% como “menos aderentes”. Utilizando-se o Critério 2, 43,1% dos pacientes foram “mais aderentes” e 56,9% “menos aderentes”.

O Critério 2 é mais rigoroso que o Critério 1, pois exige pontuação máxima (4 pontos) para considerar o paciente aderente ao tratamento.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com o total de pontos obtidos pelo Teste de Morisky e Green

Total de Pontos	Frequência (N)	%
0	0	0
1	3	2,8
2	19	17,4
3	40	36,7
4	47	43,1

4.2 Características sócio-econômicas dos pacientes estudados

As características sócio-econômicas dos pacientes hipertensos são apresentadas na Tabela 3, observando-se predomínio do sexo feminino em 84,4%, idade acima dos 60 anos em 55,1%, sendo a média de idade de 61,4 anos com desvio padrão de 11,6 anos.

A maioria dos pacientes apresentava as características a seguir: 56% eram casados, 81,7% eram de cor branca e 65,2% apresentavam baixa escolaridade, possuindo apenas o primário completo ou incompleto. Constatou-se em relação à ocupação que 45% dos pacientes eram do lar, 33% eram aposentados e apenas 7,3% trabalhavam com carteira assinada.

O Critério de Classificação Econômica Brasil tem a função de estimar o poder de compra das pessoas, abandonando a pretensão de classificá-las em termos de classes sociais. Neste estudo, a maioria dos pacientes pontuou entre 11 e 16 pontos (47,7%), classe C, apresentando um baixo poder de compra. Entretanto, 67,9% relataram ter condições de comprar o medicamento anti-hipertensivo caso não o adquirisse gratuitamente.

Em relação aos hábitos de vida, 63,3% relataram nunca ter fumado, 50,5% não praticam nenhum tipo de exercício físico e 72,5% dos pacientes disseram não consumirem bebida alcoólica freqüentemente.

Não houve associação estatisticamente significante entre estas variáveis e o TMG critério 2.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com as características sócio-econômicas, segundo o resultado do Teste de Morisky e Green, critério 2

Características	Mais aderentes		Menos aderentes		Total		Valor p
	n=47	%	n=62	%	n=109	%	
Sexo							
Masculino	9	52,9	8	47,1	17	15,6	0,43*
Feminino	38	41,3	54	58,7	92	84,4	
Faixa Etária							
≤ 60 anos	19	38,8	30	61,2	49	44,9	0,44*
> 60 anos	28	46,7	32	53,3	60	55,1	
Estado civil							
Solteiro	2	33,3	4	66,7	6	5,5	0,61*
Casado	29	47,6	32	52,4	61	56	
Viúvo	14	43,8	18	56,2	32	29,3	
Separado/Divorciado	2	22,2	7	77,8	9	8,3	
Amasiado	0	0	1	100	1	0,9	
Cor/Raça							
Branca	39	43,8	50	56,2	89	81,7	0,93*
Preta	2	33,3	4	66,7	6	5,5	
Parda	6	42,9	8	57,1	14	12,8	
Escolaridade							
Analfabeto	3	33,3	6	66,7	9	8,3	0,99*
Primário completo/incompleto	31	43,7	40	56,3	71	65,2	
Ginásio completo/incompleto	8	44,4	10	55,6	18	16,5	
Colegial completo/incompleto	3	42,9	4	57,1	7	6,4	
Superior completo/incompleto	2	50	2	50	4	3,7	

Características	Mais aderentes		Menos aderentes		Total		Valor p
	n=47	%	n=62	%	n=109	%	
Ocupação							
Aposentado	19	52,8	17	47,2	36	33	0,22*
Trabalhador c/ carteira assinada	5	62,5	3	37,5	8	7,3	
Conta própria	5	31,2	11	68,8	16	14,7	
Do lar	18	36,7	31	63,3	49	45	
Critério Classificação Econômica Brasil							
B1	1	33,3	2	66,7	3	2,7	0,14*
B2	10	71,4	4	28,6	14	12,8	
C	20	38,5	32	61,5	52	47,7	
D	16	40	24	60	40	36,8	
Local onde retira os remédios							
CSE Cuiabá	46	43	61	57	107	98,2	0,99*
Compra medicamento	1	50	1	50	2	1,8	
Caso não consiga os remédios de graça, tem condições de comprar?							
Sim	30	40,5	44	59,5	74	67,9	0,53*
Não	17	48,6	18	51,4	35	32,1	
Tabagismo							
Sim	9	56,2	7	43,8	16	14,7	0,48*
Não	29	42	40	58	69	63,3	
Ex fumante	9	37,5	15	62,5	24	22	
Exercício físico							
Sim	18	46,2	21	53,8	39	35,7	0,83*
Às vezes	7	46,7	8	53,3	15	13,8	
Não	22	40	33	60	55	50,5	
Bebida							
Não	35	44,3	44	55,7	79	72,5	0,94*
Não, parei	2	33,3	4	66,7	6	5,5	
Sim	10	41,7	14	58,3	24	22	

* Teste de Fisher

4.3 Fatores relacionados à equipe e ao serviço de saúde

Os dados da Tabela 4 mostram que 84,4% dos pacientes relataram sempre confiar no médico que os atende no NSF, 86,2% sempre confiar na equipe de profissionais, 83,5% entendiam as explicações sobre a doença e o tratamento feitas pelo médico e 17,5% dos pacientes ficavam com dúvidas e não as esclareciam com o médico. Evidenciou-se que, 91,7% dos pacientes não participavam de nenhum grupo de hipertensos.

Houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis “confiança no médico” e “grau de adesão” ($p < 0,05$).

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com as respostas sobre os fatores relacionados à equipe/serviço de saúde, segundo o resultado do Teste Morisky e Green, critério 2.

Respostas	Mais aderentes		Menos aderentes		Total		Valor p
	n=47	%	n=62	%	n=109	%	
01. Confia no médico que o atende?							
Quase nunca	1	100	0	0	1	0,9	0,03*
Muitas vezes	0	0	4	100	4	3,7	
Quase sempre	2	18,2	9	81,8	11	10,1	
Sempre	43	46,7	49	53,3	92	84,4	
Não sei	1	100	0	0	1	0,9	
02. Confia na equipe de profissionais?							
Quase nunca	0	0	1	100	1	0,9	0,99*
Muitas vezes	2	50	2	50	4	3,8	
Quase sempre	3	37,5	5	62,5	8	7,3	
Sempre	41	43,6	53	56,4	94	86,2	
Não sei	1	50	1	50	2	1,8	
03. Entende as explicações sobre a PA e o tratamento?							
Quase nunca	1	33,3	2	66,7	3	2,7	0,39*
Muitas vezes	5	45,5	6	54,5	11	10,1	
Quase sempre	0	0	4	100	4	3,7	
Sempre	41	45	50	55	91	83,5	
04. Esclarece as dúvidas sobre a pressão alta e o tratamento?							
Nunca	3	60	2	40	5	4,6	0,27*
Quase nunca	1	33,3	2	66,7	3	2,8	
Muitas vezes	5	71,4	2	28,6	7	6,4	
Quase sempre	0	0	4	100	4	3,7	
Sempre	37	42	51	58	88	80,7	
Não sei	1	50	1	50	2	1,8	
05. Médico pergunta se está tomando corretamente os remédios?							
Muitas vezes	0	0	1	100	1	0,9	0,99*
Quase sempre	1	50	1	50	2	1,8	
Sempre	46	43,8	59	56,2	105	96,4	
Não sei	0	0	1	100	1	0,9	
06. Quem orienta como tomar os remédios?							
Médico	46	43	61	57	107	98,2	0,99*
Enfermeiro	1	50	1	50	2	1,8	
07. Participa de algum grupo relacionado à hipertensão?							
Sim	4	44,4	5	55,6	9	8,3	0,99*
Não	43	43	57	57	100	91,7	

* Teste de Fisher

4.4 Fatores relacionados à terapia medicamentosa

Os dados da Tabela 5 mostram as respostas sobre os fatores relacionados à terapia medicamentosa, segundo o resultado do Teste de Morisky e Green critério 2.

Houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis “quantidade de medicamentos para HAS que utiliza” e “grau de adesão” ($p < 0,05$). Entre os pacientes que tomavam diariamente 3 ou mais medicamentos, 70,6% eram mais aderentes. Fato interessante observou-se em relação à quantidade de comprimidos para HA, pois 54,6% dos pacientes mais aderentes tomavam 7 ou mais comprimidos ao dia e entre aqueles que tomavam menos, 1 a 3 comprimidos, 57,3% eram menos aderentes.

Não houve associação estatisticamente significativa entre as demais variáveis e o grau de adesão. Entretanto, evidenciou-se que 81,8% dos pacientes que relataram ter dificuldades em tomar seus comprimidos eram menos aderentes e 73,7% dos pacientes cujos medicamentos foram mudados muitas vezes pelo médico eram menos aderentes.

Em relação à presença de outras doenças associadas, não se verificou associação estatisticamente significativa. Evidenciou-se, entretanto, que 41,3% dos pacientes relataram estar em tratamento antidepressivo e apenas 18,3% disseram não ter outra doença além da hipertensão arterial.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com as respostas sobre os fatores relacionados à terapia medicamentosa, segundo o resultado do Teste Morisky e Green, critério 2.

Respostas	Mais aderentes		Menos aderentes		Total		Valor p
	n=47	%	n=62	%	n=109	%	
01. Tem dificuldade em tomar os comprimidos?							
Sim	2	18,2	9	81,8	11	10,1	0,11*
Não	45	45,9	53	54,1	98	89,9	
02. O Sr (a) toma seus comprimidos:							
Todos os dias	47	44,3	59	55,7	106	97,2	0,26*
Muitos dias	0	0	3	100	3	2,8	
03. Utiliza de algum “lembrete” para tomar os remédios nos horários certos?							
Nunca	42	45,2	51	54,8	93	85,4	0,81*
Quase nunca	0	0	2	100	2	1,8	
Muitas vezes	0	0	1	100	1	0,9	
Quase sempre	1	50	1	50	2	1,8	
Sempre	4	36,4	7	63,6	11	10,1	
04. O médico já mudou os remédios que o Sr (a) toma para pressão alta?							
Nunca	24	43,6	31	56,4	55	50,5	0,20*
Quase nunca	18	51,4	17	48,6	35	32,1	
Muitas vezes	5	26,3	14	73,7	19	17,4	
05. Doenças associadas:							
Doença na coluna							
Sim	18	35,3	33	64,7	51	46,8	0,17*
Não	29	50	29	50	58	53,2	
Artrite ou reumatismo							
Sim	10	34,5	19	65,5	29	26,6	0,38*
Não	37	46,3	43	53,7	80	73,4	
Câncer							
Sim	4	66,7	2	33,3	6	5,5	0,40*
Não	43	41,7	60	58,3	103	94,5	
Diabetes							
Sim	10	37	17	63	27	24,8	0,51*
Não	37	45,1	45	54,9	82	75,2	

Respostas	Mais aderentes		Menos aderentes		Total		Valor p
	n=47	%	n=62	%	n=109	%	
Bronquite ou asma							
Sim	3	25	9	75	12	11	0,23*
Não	44	45,4	53	54,6	97	89	
Depressão							
Sim	16	35,6	29	64,4	45	41,3	0,23*
Não	31	48,4	33	51,6	64	58,7	
06. Quantidade de medicamentos para HA que utiliza:							
1	20	47,6	22	52,4	42	38,5	0,015*
2	15	30	35	70	50	45,9	
≥ 3	12	70,6	5	29,4	17	15,6	
07. Quantidade de comp. Para HA que toma diariamente:							
1 a 3	32	42,7	43	57,3	75	68,8	0,71*
4 a 6	9	39,1	14	60,9	23	21,1	
≥ 7	6	54,6	5	45,4	11	10,1	

* Teste de Fisher

A partir dos dados da Tabela 6, observa-se os medicamentos anti-hipertensivos utilizados pelos pacientes, sendo que 54,1% faziam uso de hidroclorotiazida, 32,1% de enalapril e 21,1% de propranolol. Dentre os pacientes que sabiam o nome do medicamento que tomavam, 56% faziam uso de mais de um anti-hipertensivo e 39% apenas um, sendo que 12,8% não sabiam ou lembravam o nome do medicamento.

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com os medicamentos anti-hipertensivos que utilizam.

Classe Farmacológica	Medicamento	Frequência (N)	%
Diuréticos	Hidroclorotiazida	59	54,1%
	Furosemida	1	0,9%
Inibidores da ECA	Enalapril	35	32,1%
	Captopril	18	16,5%
	Ramipril	1	0,9%
Inibidores Adrenérgicos	Propranolol	23	21,1%
	Atenolol	7	6,4%
	Clonidina	5	4,6%
Bloqueadores dos Canais de Cálcio	Nifedipino	13	11,9%
	Amlodipino	1	0,9%
Bloqueadores do Receptor AT ₁	Losartana	2	1,8%

4.5 Fatores relacionados ao conhecimento sobre a hipertensão arterial

A análise dos dados da Tabela 7 revela que 83,5% dos pacientes afirmaram que a hipertensão é uma doença para a vida toda, 97,2% que a doença pode ser controlada com dieta e/ou medicamentos e 60,6% não souberam dizer pelo menos dois órgãos que podem ser afetados pela pressão alta se não controlada adequadamente. Foram consideradas corretas as respostas em que os pacientes citaram os órgãos-alvo, coração, cérebro e rim.

Não se observou associação estatisticamente significativa entre as variáveis relacionadas ao conhecimento sobre a doença e o grau de adesão.

Tabela 7 – Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com as respostas sobre os fatores relacionados ao conhecimento sobre a hipertensão arterial, segundo o resultado do Teste de Morisky e Green, critério 2.

Respostas	Mais aderentes		Menos aderentes		Total		Valor p
	n=47	%	n=62	%	n=109	%	
01. A pressão alta é uma doença que o Sr(a) terá a vida toda?							
Sim	40	44	51	56	91	83,5	0,80*
Não	7	38,9	11	61,1	18	16,5	
02. Pode-se controlar a pressão alta com dieta e/ou remédios?							
Sim	45	42,5	61	57,5	106	97,2	0,58*
Não	2	66,7	1	33,3	3	2,8	
03. Cite 2 ou mais órgãos que podem ser afetados pela pressão alta?							
Sim, soube	20	46,5	23	53,5	43	39,4	0,69*
Não soube	27	40,9	39	59,1	66	60,6	

* Teste de Fisher

4.6 Fatores relacionados ao paciente

Os dados da Tabela 8 revelam que 84,5% dos pacientes sempre acreditam que os medicamentos são fundamentais para o controle da pressão alta e 89,9% sempre acreditam nos efeitos positivos do tratamento. Entretanto, entre 20,2% dos pacientes que relataram quase nunca medir a pressão para verificar se está controlada, 77,3% eram menos aderentes. Não houve associação estatisticamente significativa entre estas variáveis e o grau de adesão.

Tabela 8 – Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com as respostas sobre os fatores relacionados ao paciente, segundo o Teste de Morisky e Green, critério 2.

Respostas	Mais aderentes		Menos aderentes		Total		Valor p
	n=47	%	n=62	%	n=109	%	
01. Acredita que os remédios são fundamentais para controlar a pressão?							
Quase nunca	2	100	0	0	2	1,8	0,39*
Muitas vezes	1	16,7	5	83,3	6	5,5	
Quase sempre	3	42,9	4	57,1	7	6,4	
Sempre	40	43,5	52	56,5	92	84,5	
Não sei	1	50	1	50	2	1,8	
02. Acredita nos efeitos positivos do tratamento para pressão?							
Muitas vezes	1	20	4	80	5	4,6	0,57*
Quase sempre	2	40	3	60	5	4,6	
Sempre	43	43,9	55	56,1	98	89,9	
Não sei	1	100	0	0	1	0,9	
03. Preocupa-se em medir a pressão?							
Nunca	2	33,3	4	66,7	6	5,5	0,22*
Quase nunca	5	22,7	17	77,3	22	20,2	
Muitas vezes	13	48,2	14	51,8	27	24,8	
Quase sempre	7	43,8	9	56,2	16	14,7	
Sempre	20	52,6	18	47,4	38	34,8	
04. Está satisfeito com o atendimento?							
Sim	47	43,5	61	56,5	108	99,1	0,99*
Razoável	0	0	1	100	1	0,9	

* Teste de Fisher

5 DISCUSSÃO

A World Health Organization (2003) definiu para adesão a terapias de longo prazo a extensão com a qual o comportamento do paciente – uso dos medicamentos, seguimento de uma dieta e/ou execução de mudanças no estilo de vida, coincidem com as recomendações dos profissionais de saúde.

O principal objetivo do tratamento anti-hipertensivo é reduzir a morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares associadas aos valores elevados de pressão arterial. Apesar da sua efetividade, a hipertensão arterial é pouco controlada (STRELEC, 2000). A ausência de sintomas e o fato da hipertensão ser uma doença crônica são dois aspectos que contribuem fortemente para a baixa adesão ao tratamento (DOREA; LOTUFO, 2004).

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

5.1 Teste de Morisky e Green

Com a elevada prevalência de doenças crônicas requerendo adesão a terapias de longo prazo, um método prático, seguro e válido para avaliar a adesão ao tratamento na prática médica se faz necessário (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986).

Neste sentido, Morisky, Green e Levine (1986) apresentam uma escala de auto-relato, composta de quatro perguntas para identificar atitudes e comportamentos frente à tomada de medicamentos, que têm se mostrado útil para identificação de pacientes aderentes ou não ao tratamento. Apesar da auto-informação estar sujeita a problemas,

como omissão, falhas de memória no processo comunicativo, este é um método bastante usado em estudos, por apresentar correlações importantes com outros métodos (STRELEC, 2000).

Silvestre-Busto et al. (2001), em um estudo que compara 6 métodos indiretos para verificar a adesão à terapêutica, observaram que o Teste de Morisky e Green subestima o bom aderente e sobreestima o não aderente em 7,9%. Apesar disso, é um dos melhores métodos indiretos para se verificar aderência, sendo muito confiável quando o paciente assegura não tomar os medicamentos. Se o objetivo é identificar os não aderentes, as evidências indicam que aqueles que se declaram não aderentes na entrevista estão afirmando a realidade (CROZATTI, 2002; PIÑEIRO; GIL; DONIS; OROZCO; PASTOR; MERINO, 1997; apud GARCIA, 2003).

A tendência em responder às questões sobre a adesão ao tratamento é para os pacientes dar aos médicos respostas positivas, pois estes fazem as perguntas de uma maneira que as respostas que eles querem ouvir seja “sim”. Mais do que uma tentativa de sobrepor o viés da resposta positiva, esta abordagem tenta utilizar isto para obter revelações sobre a não-adesão (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986).

Os métodos que estudam a aderência a medicamentos podem ser diretos ou indiretos, sendo o teste de Morisky e Green utilizado em vários estudos e validado tanto para medicamentos de uso crônico, como no caso de pacientes asmáticos, hipertensos e dislipidêmicos, como no caso agudo, com antibióticos (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; RAMALHINHO, 1994; PIÑEIRO; GIL; DONIS; OROZCO; PASTOR; MERINO, 1997; STRELEC, 2000; BUSTO et al., 2001; CROZATTI, 2002 apud GARCIA, 2003)¹.

¹CROZATTI, M. T. L. **Estudo da utilização de antimicrobianos em infecções respiratórias agudas em crianças atendidas nas unidades de saúde de Maringá - PR: adesão e nível de informação na perspectiva do paciente.** 2002. 94f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

Os resultados obtidos pelo Critério 1, 79,8% dos pacientes como “mais aderentes” e 20,2% como “menos aderentes” e pelo Critério 2, 43,1% dos pacientes como “mais aderentes” e 56,9% “menos aderentes” não diferem muito dos resultados encontrados por Morisky, Green e Levine (1986) que ao estudarem 290 pacientes hipertensos, verificaram que 67% pontuaram entre 3 e 4 (mais aderentes) enquanto 33% pontuaram entre 0 e 2 (menos aderentes) e foram muito semelhantes aos resultados encontrados por Garcia, 2003, estudando a adesão ao tratamento farmacológico com hipolipemiantes.

O quadro a seguir relaciona alguns estudos que aplicaram o TMG e seus resultados.

Autor/Local/Ano	Amostra	Grau de adesão
Morisky et al., Los Angeles, 1986	290 hipertensos	67% pontuaram entre 3 e 4
Shea et al., Nova Cork, 1992*	202 hipertensos	43,1% pontuaram entre 3 e 4
Ramalhinho, Lisboa, 1994	95 hipertensos	56,8% pontuaram entre 3 e 4
Ramalle-Gomarra et al., La Rioja (Espanha), 1999	384 crianças em uso de antimicrobianos	55,7% pontuaram em 4
Strelec, Ribeirão Preto, 2000	130 hipertensos	54,6% pontuaram entre 3 e 4
Busto et al., Espanha, 2001	2244 crianças em uso de antimicrobianos	46,5% pontuaram em 4
Crozatti, São Paulo, 2002	96 crianças em uso de antimicrobianos	25% pontuaram em 4
Garcia, Ribeirão Preto, 2003	311 pacientes em uso de estatinas	74% pontuaram entre 3 e 4 44,4% pontuaram em 4
Vieira, Ribeirão Preto, 2.004	100 hipertensos	60% pontuaram entre 3 e 4 30% pontuaram em 4

* apud Ramalhinho, 1994²

Quadro 11. Resultados da adesão ao tratamento pelo TMG em diversos estudos.

²RAMALHINHO, I. M. P. S. **Adesão à terapêutica anti-hipertensiva:** contributo para o seu estudo. 1994. 84f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1994.

A tabela 1 apresenta a distribuição das respostas para cada questão do Teste de Morisky e Green. Das quatro questões avaliadas, os maiores percentuais de atitudes positivas do total de pacientes estudados, frente à tomada de medicamentos, foram “não deixar de tomar o medicamento quando sente-se bem” (99,1%) e “não deixar de tomar o medicamento quando sente-se mal” (93,6%). A questão que apresentou menor porcentagem de respostas negativas (54,1%) foi em relação ao descuido quanto ao horário de tomar e 26,6% dos pacientes relataram, às vezes, esquecerem de tomar os medicamentos.

A ausência de sintomas na hipertensão é um fator que contribui fortemente para a baixa adesão ao tratamento. Entretanto, este fato não foi evidenciado no estudo, pois os pacientes continuaram tomando seus medicamentos mesmo na ausência de qualquer sintoma e quando se sentiam mal, relataram a importância da continuação do tratamento.

No presente estudo não foram encontrados valores crescentes nas frequências das respostas “Não” em relação às respostas “Sim”, nas questões de 1 a 4 do TMG, como encontraram Strelec (2000) e Garcia (2003).

5.2 Características Sócio-econômicas

No presente estudo não houve associação estatisticamente significativa entre o grau de adesão e as variáveis sócio-econômicas. Os resultados coincidem com a literatura, pois não se encontraram diferenças estatisticamente significantes para sexo, faixa etária, estado civil, grau de escolaridade e renda familiar mensal. De um modo geral, a grande maioria dos autores é unânime em referir que o grau de adesão à terapêutica não está associado consistentemente aos fatores sócio-demográficos (EISEN; MILLER; WOODWARD; SPITZNAGEL; PRZYBECK, 1990; GARCIA, 2003).

Entretanto, em um estudo realizado, Weingarten e Cannon (1988) encontraram a idade como um fator relacionado à adesão. Os resultados mostraram que pacientes abaixo de 55 anos e acima de 65 anos apresentaram aderência significativamente menor que aqueles cuja idade era em torno de 55 a 64 anos. Para tentar compreender este fato, Zonderman, Len e Costa (1986) apud Weingarten e Cannon (1988)³, encontraram que em pacientes idosos a presença da hipertensão tinha apenas um leve efeito na percepção sobre a saúde, juntamente com mobilidade limitada da idade e deterioração mental progressiva, piorando a adesão ao tratamento. Para o grupo de idade mais jovem, abaixo de 55 anos, a sensação de bem estar faz com que eles ignorem as complicações que podem ocorrer a longo prazo. Entre 55 a 65 anos eles percebem que as complicações podem ocorrer, tornando-se mais preocupados com a própria saúde e melhorando a adesão aos medicamentos.

Segundo a WHO (2003), a baixa adesão ao tratamento afeta todas as faixas etárias. Entretanto, a prevalência do enfraquecimento funcional e cognitivo dos pacientes idosos aumenta o risco de baixa aderência. Múltiplas co-morbidades, prescrições médicas complexas e alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas relacionadas à idade, os tornam mais vulneráveis aos problemas resultantes da não aderência.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre o grau de adesão e sexo, assim como nos dados obtidos por Ramalhinho (1994), Strelec (2000), Garcia (2003) e Vieira (2004). De acordo com Flack et al. (1996) apud Andrade (2002)⁴, as

³ZONDERMAN, A. B.; LEN, V. L.; COSTA, P. T. Effects of age, hypertension and neuroticism on health perceptions. **Exp. Gerontol.**, London, v. 21, p. 449-458, 1986.

⁴FLACK, J. M. et al. Benefits of adherence to anti-hypertensive drug therapy. **Eur. Heart J.**, London, v. 17, p. 16-20, 1996.

mulheres tendem a aderir melhor ao tratamento anti-hipertensivo, alcançando melhor controle da pressão arterial do que os homens. Fato interessante observou-se em relação ao sexo dos entrevistados, pois sorteando-se aleatoriamente, obtivemos um predomínio do sexo feminino em 84,4%, nos levando a pensar que as mulheres seriam mais aderentes ao serviço de saúde do que os homens ou a própria doença seria mais prevalente entre as mulheres na região estudada.

Quanto ao estado civil, não houve associação estatisticamente significativa com o grau de adesão, assim como Strelec (2000), Garcia (2003) e Vieira (2004). Gonçalves, Costa, Menezes, Knauth e Leal (1999), no estudo sobre a adesão à terapêutica da tuberculose, destacam que as características sociais imputadas aos gêneros estão por trás de uma série de comportamentos que afetam diretamente a forma como os pacientes lidam com o seu tratamento e seu corpo. O momento de vida em que cada paciente se encontra (solteiro, casado, separado) impõe relações e atitudes que, por vezes, favorecem a não adesão ao tratamento.

Quanto à cor da pele, 81,7% dos pacientes entrevistados eram brancos e não se observou significância estatística com o grau de adesão. Lessa e Fonseca (1997), estudando as diferenças raciais no controle e adesão ao tratamento, verificaram que a frequência de adesão às consultas e tratamento foi significativamente menor em pacientes negros (19,7%), em relação aos pardos (33%) e brancos (53,6%).

Em relação à variável ocupação, não houve associação estatisticamente significativa com o grau de adesão. Observou-se, entretanto, que 45% eram do lar e 33% eram aposentados. Garcia (2003) encontrou em seu estudo, pelo Critério 2 do Teste de Morisky e Green, associação entre o grau de adesão e a ocupação dos entrevistados, sendo que a categoria Aposentados/Desempregados apresentou maior grau de aderência que a categoria Trabalhador autônomo/Trabalhador com vínculo empregatício/do lar. Ramalhinho (1994)

encontrou resultado semelhante, salientando que podemos ser levados a pensar que os pacientes que tem mais tempo livre se preocupam mais com a doença e com a terapêutica que os que trabalham e tem dificuldade em integrar o tratamento nas suas atividades diárias.

Estudo realizado mostrou que homens, jovens, não-brancos associaram-se a desconhecimento sobre a doença e tratamento, enquanto maiores níveis tensionais associaram-se com idade acima de 60 anos, não-casados, obesidade, baixa escolaridade e baixa renda, características que podem induzir aspectos desfavoráveis à consecução do tratamento (PIERIN, 2001).

O acesso ao medicamento é premissa básica para o sucesso do tratamento, sendo o custo apontado como um fator limitante, considerando-se que o custo com a aquisição dos medicamentos é significativamente inferior ao custo inerente à não realização do tratamento (PIERIN, 2001).

O acesso aos medicamentos essenciais faz parte do direito à saúde. De acordo com a WHO (2002), o acesso a estes medicamentos depende: seleção e uso racional de medicamentos; financiamento adequado e sustentado; preços adequados e sistema de suprimento. Os medicamentos essenciais devem estar disponíveis no sistema de saúde de forma ininterrupta, em quantidades suficientes e em formas farmacêuticas apropriadas às necessidades de saúde sendo fundamental a garantia da qualidade e o fornecimento de informação apropriada.

Observou-se que 98,2% dos pacientes retiram os medicamentos anti-hipertensivos através do SUS, no CSE – FMRP-USP, e que 32,1% dos pacientes relataram não ter condições de comprar o medicamento, caso não o conseguisse gratuitamente. Tal fato se comprova pelo baixo nível econômico da população estudada.

Não houve associação estatisticamente significativa em relação aos hábitos de vida, tabagismo, fazer exercício físico e ingerir bebidas alcoólicas e o grau de adesão. Observou-se que 63,3% deles relataram nunca terem fumado, 50,5% não praticam exercício físico e 22% consomem bebida alcoólica com certa frequência.

Estudo envolvendo 217 pacientes de ambos os sexos, com idade variando de 35 a 83 anos, mostrou que a adesão a medidas não farmacológicas, dentre as quais a prática de exercício físico, promoveu sensível efeito na redução dos níveis pressóricos (MONTEIRO, 2004). Paffenbarger, Wing e Hyde (1983) apud Monteiro (2004)⁵, em um seguimento de seis a 10 anos, de 15.000 indivíduos diplomados de Harvard, constataram que os que praticavam exercício físico de forma regular apresentavam risco 35% menor de desenvolver hipertensão arterial do que os indivíduos sedentários.

Garcia (2003), em seu estudo, não observou diferenças significantes quanto ao hábito de realizar exercício físico, tipo de exercício e frequência, ressaltando que a porcentagem de pacientes que não praticam exercícios físicos é elevada (46,3%), assim como neste estudo.

A ingestão de álcool é fato que deve ser bem considerado. No estudo de Andrade, Vilas-Boas e Chagas (2002), um número significativo de homens relatou abandono do tratamento devido ao medo de utilizar simultaneamente os medicamentos e álcool, mostrando que uma grande parcela da população hipertensa prefere continuar ingerindo álcool ao invés de tomar os medicamentos anti-hipertensivos. Este fato indica a necessidade de melhores informações à população sobre as razões da redução do consumo de bebidas alcoólicas e de se esclarecer as interações entre os medicamentos e o álcool.

⁵PAFFENBARGER, R. S.; WING, A. L.; HYDE, R. T. Physical exercise and incidence of hypertension in college alumni. *Am. J. Epidemiol.*, Baltimore, v. 117, p. 245-257, 1983.

5.3 Fatores relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo

A relação do hipertenso com os membros da equipe de saúde merece especial atenção, sendo considerada de extrema importância no processo de adesão ao tratamento.

A relação médico-paciente é uma temática que hoje encontra um renovado interesse na produção científica, na formação e prática clínica com a aplicação de técnicas de comunicação que podem proporcionar uma melhor qualidade na relação.

No presente estudo, a variável “confiança no médico que atende no NSF” apresentou significância estatística com a variável “grau de adesão” ($p < 0,05$).

De qualquer forma, fica evidente, pelos resultados de diversos estudos, que um dos fatores decisivos para a adesão é a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no médico pessoalmente (TEIXEIRA; PAIVA; SHIMMA, 2000; NEMES, 2000; PAULO; ZANINI, 1997; LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Certas atitudes do prescritor, como linguagem, tempo dispensado para a consulta, atendimento acolhedor, respeito com as verbalizações e questionamentos dos pacientes e motivação para o cumprimento da terapia são fatores citados na literatura. Leite (2003), entrevistando pacientes e profissionais de uma Unidade de Saúde de Itajaí (SC) observou que a questão da linguagem e do *back ground* cultural apareceu como um fator extremamente relevante. Dentre os profissionais de saúde, aqueles que usavam linguagem mais popular demonstravam mais respeito pelo paciente e suas crenças, assumiam atitude menos discriminadora e eram mais acreditados pelos pacientes da unidade.

Svenssom, Kjellgren, Ahlner e Saljo (2000) encontraram que as principais razões citadas para aderir aos medicamentos anti-hipertensivos foram a confiança no médico, o medo de complicações da doença e o desejo de controlar a pressão sanguínea. Os pacientes que relataram não aderir esforçam-se para minimizar efeitos adversos e facilitar a vida diária e freqüentemente justificam a não aderência como uma decisão ativa. Svenssom,

Kjellgren, Ahlner e Saljo (2000) reforçam que a interação médico-paciente é um importante determinante da qualidade da atenção, satisfação do paciente e aderência ao tratamento, e que um relacionamento menos autoritário e mais cooperativo beneficiaria a qualidade, a satisfação e a aderência.

Pelo que se refere à comunicação entre médicos e pacientes, uma pesquisa realizada no PSF do Estado do Ceará mostrou que no começo da consulta quase todos os médicos tentam estabelecer uma relação empática com o paciente. Apesar disso uma série de problemas surge de forma evidente: 39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema, bem como em 58% das consultas, o médico não verifica o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico dado. Os médicos, em 53% das consultas, não verificam a compreensão do paciente sobre as indicações terapêuticas (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

A maioria das razões citadas pelos pacientes no estudo de Andrade, Vilas-Boas e Chagas (2002) reflete a falta de uma comunicação mais adequada entre o paciente e seu médico a respeito da doença e das sérias conseqüências do abandono do tratamento. Uma melhor relação médico-paciente não tem somente efeitos positivos na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços de saúde, mas exerce também uma influência direta sobre o estado de saúde dos pacientes (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Profissional de saúde e usuário devem ser parceiros. Não é justo que ao usuário caiba a maior carga – a de aderir -, sem que, contudo, lhe sejam dados os meios para que possa desenvolver suas funções em igualdade de condições, como, por exemplo, conhecimento amplo e adequado, suporte social e emocional, acesso ao sistema de saúde e medicamentos, entre outros. Reiners (2005) conclui também que a principal ação que o profissional de saúde utiliza para promover a adesão do usuário ao regime terapêutico – a conscientização – tem sido ineficaz uma vez que se baseia no modelo tradicional de

educação em saúde e no qual o usuário não é considerado como sujeito, apontando para a necessidade do profissional e outras instâncias políticas de decisão repensarem a interação profissional/usuário, promovendo mudanças no modo de pensar e agir em relação ao usuário e com ele.

Embora se acredite que o aumento da complexidade do regime terapêutico resulte em diminuição da adesão ao tratamento, existem evidências conflitantes na literatura a respeito dessa associação.

Eisen, Miller, Woodward, Spitznagel e Przybeck (1990) determinaram a correlação entre a frequência de dose diária e a adesão de 105 pacientes com gravação eletrônica da data e hora da retirada da medicação. A adesão foi definida como a porcentagem de dias durante os quais o número prescrito de doses não foi ingerido. O grau de adesão aumentou de 59% sob o regime de três doses diárias para 83,6% sob o regime de dose única diária.

Habitualmente pensa-se que quanto maior é o número de fármacos e/ou maior o número de tomadas diárias, menor será a adesão (GARCIA, 2003). No presente estudo, os pacientes mais aderentes foram aqueles que tomavam 3 ou mais medicamentos anti-hipertensivos ao dia (70,6%) e aqueles que tomavam 7 ou mais comprimidos para HA ao dia (54,6%).

Algumas evidências sugerem que os indivíduos que tomam mais medicamentos de forma contínua são mais propensos a tomar as medidas necessárias para manter ou corrigir sua saúde, estando mais atentos às suas terapias medicamentosas.

No presente estudo, 89,9% dos pacientes relataram não ter dificuldade para ingerir os comprimidos, 17,4% relataram que o médico já mudou muitas vezes o medicamento para pressão alta, sendo 73,7% destes menos aderentes e 81,6% declararam possuir outras doenças, coincidindo com os dados descritos na literatura, os quais apontam um aumento

do número de co-morbidades durante o envelhecimento, assim como aumento da quantidade de medicamentos utilizados e número de internações.

Os pacientes apresentaram bom nível de conhecimento sobre a hipertensão, 83,5% afirmaram que a hipertensão é uma doença para a vida toda, 97,2% que esta pode ser controlada com dieta e/ou medicamentos, mas apenas 39,4% souberam dizer pelo menos dois órgãos que podem ser afetados pela doença mal controlada. Strelec (2000), em seu estudo, encontrou altos níveis de conhecimento em relação à doença e ao tratamento, mas sem influência no controle da pressão arterial.

Acredita-se que é indispensável a educação do paciente sobre sua doença, tratamento e prevenção de agravos, como forma de beneficiar o processo de adesão ao tratamento.

A discrepância entre ter informações a respeito da doença e tratamento e conseguir controlar a pressão arterial aponta para diferença essencial entre conhecimento e adesão. Enquanto o conhecimento é racional, adesão é um processo complexo envolvendo fatores emocionais e barreiras concretas, de ordem prática e logística.

Vários estudos têm demonstrado que a crença dos pacientes sobre a necessidade de tomar os medicamentos é maior e melhor preditor da adesão que fatores clínicos e sócio-demográficos. Pacientes que não consideram que seus medicamentos sejam importantes, podem recusar a adoção de regimes terapêuticos que incluem um grande número de medicamentos. Shalansky e Levy (2002) apud Vieira (2004)⁶, estimaram que cerca de 14 a 20% das prescrições nunca chegaram às farmácias, e que a razão mais comumente citada para a falha no seguimento é a crença do paciente que a medicação é desnecessária.

⁶SHALANSKY, S. J.; LEVY, A. R. Effect of number of medications on cardiovascular therapy adherence. *Ann. Pharmacoter.*, Cincinnati, v. 36, n. 10, p. 1532-1539, 2002.

Segundo Dowell e Hudson (1997) apud Leite (2003)⁷, a aceitação do tratamento está intimamente relacionada com a aceitação da própria doença e não tanto com outros fatores.

Uma série de fatores que podem influenciar o comportamento de adesão foram citados com elevada ênfase pelos pacientes hipertensos, como o medo de usar os medicamentos e ficar dependente para o resto da vida; medicamentos naturais serem efetivos para controlar a pressão alta; a doença é curada quando a pressão é controlada e pouco conhecimento sobre o tratamento, fatores de risco, características e complicações da hipertensão (GASCÓN; SÁNCHEZ-ORTUÑO; LIOR; SKIDMORE; SATURNO, 2004).

Portanto, é o paciente, o objetivo e o objeto das investigações e das ações para promover a adesão. Nele estão centrados os fatores para promover a adesão à terapêutica, refletindo o contexto individual, familiar e social (TEIXEIRA; PAIVA; SHIMMA, 2000). Como explicita Conrad (1985), o paciente não está preocupado em desobedecer ou não aderir ao receituário médico, mas em lidar com sua condição de vida da forma que lhe convenha e que lhe permita maior autocontrole e liberdade, sendo a adesão à terapêutica prescrita o resultado de um processo de avaliação e aceitação de seu estado enquanto doente.

⁷DOWELL, J.; HUDSON, H. A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. **Fam. Pract.**, London, v. 14, n. 5, p. 369-375, 1997.

6 CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho para estudar a adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo, conduziram às seguintes conclusões:

01. A adesão dos pacientes foi verificada utilizando-se os critérios 1 e 2 do Teste de Morisky e Green. Através do Critério 1 do TMG, 79,8% dos pacientes foram classificados como “mais aderentes” e 20,2% como “menos aderentes”. Utilizando-se o Critério 2, 43,1% dos pacientes foram “mais aderentes” e 56,9% “menos aderentes”.
02. Em relação às características sócio-econômicas, observou-se predomínio do sexo feminino em 84,4%, idade média de 61,4 anos, 56% casados, 81,7% de cor branca, 65,2% apresentavam baixa escolaridade, 45% eram do lar, 63,3% relataram nunca ter fumado, 50,5% não praticam nenhum tipo de exercício físico, 72,5% disseram nunca ter consumido bebida alcoólica, não havendo significância estatística entre estas variáveis e o grau de adesão pelo Critério 2 do TMG.
03. Em relação aos fatores ligados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo, identificou-se associações estatisticamente significantes entre as variáveis “confiança no médico” e “quantidade de medicamentos para HAS que utiliza” com o grau de adesão pelo Critério 2 do TMG.
04. Esta pesquisa reforça a importância da interação profissional/paciente, a confiança no médico, o modo de agir e pensar em relação ao usuário e a qualidade da comunicação entre médico e paciente.

05. O farmacêutico através da Atenção Farmacêutica tem se mostrado um elemento chave na melhora da adesão do paciente hipertenso ao tratamento, sendo um profissional que pode estar em contato freqüente com os pacientes, orientando a respeito dos medicamentos prescritos, monitorando a farmacoterapia e informando mais sobre a doença e suas complicações, sendo um verdadeiro elo entre o médico e o paciente.
06. Maior ênfase na educação dos pacientes em relação à doença e o uso correto dos medicamentos, compartilhando conhecimentos, modificando crenças e atitudes em relação ao tratamento, proporcionando efetiva conscientização quanto ao seu estado de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. P.; VILAS-BOAS, F.; CHAGAS, H. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v. 79, n. 4, p. 380-384, 2002.

BRANDÃO, A. P.; BRANDÃO, A. A.; FREITAS, E. V.; MAGALHÃES, E. C.; POZZAN, R. Hipertensão Arterial no Idoso. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 459-473.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família**. 2004. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso: 14 out. 2007.

BRAWLEY, L.; CULOS-REED, N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. **Control. Clin. Trials**, New York, v. 21, n. 5, p. 156-163, 2000.

BUSTO, C. S.; RAMALLE-GÓMARA, E.; GARCIA, R.; FLOR-SERRANO, A.; GARCÍA-FERNÁNDEZ, J.; PERNAS, H. R.; TEJERO, M. P. N. Estudio multicéntrico sobre adhesión al tratamiento antibiótico en población infantil en atención primaria. **Aten. Primaria**, Barcelona, v. 27, n. 8, p. 554-558, 2001.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. Asymmetric doctor-patient relationship: rethinking the therapeutic bond. **Ciê. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 6 maio 2007.

CARTER, B.; ELLIOTT, W. The role of pharmacists in the detection, management, and control of hypertension: a national call to action. **Pharmacotherapy**, Boston, v. 20, n. 2, p. 119-122, 2000.

CHOBANIAN, A.; BAKRIS, G.; BLACK, H.; CUSHMAN, W.; GREEN, L.; IZZO JÚNIOR, J.; JONES, D.; MATERSON, B.; OPARIL, S.; WRIGHT JÚNIOR, J.; ROCCELLA, E. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. **JAMA**, Chicago, v. 289, n. 19, p. 2560-2572, 2003.

CONRAD, P. The meaning of medication: another look at compliance. **Soc. Sci. Med.**, London, v. 20, n. 1, p. 29-37, 1985.

CROZATTI, M. T. L. **Estudo da utilização de antimicrobianos em infecções respiratórias agudas em crianças atendidas nas unidades de saúde de Maringá - PR: adesão e nível de informação na perspectiva do paciente.** 2002. 94f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

DELITTI, A.; SILVA, D. **Relação médico-paciente – Hipertensão:** um estudo psicossociológico. São Paulo: Limay , 1996.

DÓREA, E.; LOTUFO, P. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Hipertensão**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 86-89, 2004.

DOWELL, J.; HUDSON, H. A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. **Fam. Pract.**, London, v. 14, n. 5, p. 369-375, 1997.

EISEN, S. A.; MILLER, D. K.; WOODWARD, R. S.; SPITZNAGEL, E.; PRZYBECK, T. R. The effect of prescribed daily dose frequency on patient medication compliance. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 150, p 1881-1884, 1990.

FLACK, J. M. et al. Benefits of adherence to anti-hypertensive drug therapy. **Eur. Heart J.**, London, v. 17, p. 16-20, 1996.

FRASER, R. C. Setting the scene. In: FRASER, R. C. **Clinical method. A general practice approach**. Cambridge: Butterworth Heinemann, 1992. p. 1-24.

GARCIA, R. A. C. **Os fatores de aderência ao tratamento farmacológico de hiperlipidemias em pacientes atendidos pela Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto**. 2003. 104f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

GASCÓN, J.; SÁNCHEZ-ORTUÑO, M.; LIOR, B.; SKIDMORE, D.; SATURNO, P. J. Why hypertensive patients do not comply with the treatment. **Fam. Pract.**, London, v. 21, n. 2, p. 125-130, 2004.

GONÇALVES, H.; COSTA, J. S. D.; MENEZES, A. M.; KNAUTH, D.; LEAL, O. F. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 777-787, 1999.

JARDIM, P. C. B. V. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: modelos de estudo. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. p. 91-105.

JOHNSON, M. J.; WILLIAMS, M.; MARSHALL, E. S. Adherent and nonadherent medication-taking in elderly hypertensive patients. **Clin. Nurs. Res.**, Newbury Park, v. 8, n. 4, p. 318-335, 1999.

KATZ, J. R. Back to basics: providing effective patient teaching. **Am. J. Nurs.**, New York, v. 97, n. 5, p. 33-36, 1997.

KANNEL, W. B. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. **JAMA**, Chicago, v. 275, n. 20, p. 1571-1576, 1996.

KEARNEY, P. M.; WHELTON, M.; REYNOLDS, K.; MUNTNER, P.; WHELTON, P. K.; HE, J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet**, London, v. 365, p. 217-223, 2005.

LEITE, S.; VASCONCELOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Cien. Saúde. Colet.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LESSA, I. Não-adesão ao tratamento da hipertensão: consequências socioeconômicas para o indivíduo e para a sociedade. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. p. 91-105.

LESSA, I.; FONSECA, J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da pressão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 68, n. 6, p. 443-449, 1997.

MILLER, W.; ROLLNICK, S. Principles of motivacional interviewing. In: -
_____ **Motivational Interviewing:** preparing people to change
addictive behaviors. New York: Guilford Press, 1991.

MILSTEIN-MOSCATI, I.; PERSANO, S.; CASTRO, L. L. C. Aspectos metodológicos e
comportamentais da adesão à terapêutica. In: CASTRO, L. L. C. **Fundamentos da
Farmacoepidemiologia**. São Paulo: AG Gráfica e Editora , 2000. p. 171-179.

MION JÚNIOR, D.; PIERIN, A. M.; IGNES, E. M.; BALLAS, D.; MARCONDES, M.
Conhecimentos, preferências: o perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico
e não farmacológico. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 17, p. 229-236, 1995.

MION JÚNIOR, D.; PIERIN, A. M. **Causas de baixa adesão ao tratamento e o perfil de
pacientes hipertensos**. In: XVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE NEFROLOGIA,
1996, São Paulo. **J. Bras. Nefrol.**, - Resumo 148, 1996. v. 18, p. 124.

MONTEIRO, M. F.; SOBRAL FILHO, D. C. Exercício físico e o controle da pressão
arterial. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Niterói, v. 10, n. 6, p. 513-516, 2004.

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

NEMES, M. I. B. **Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos
no Estado de São Paulo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento:** o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001, p. 35-46.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica no Brasil:** “Trilhando Caminhos”. Brasília, 2002.

PAFFENBARGER, R. S.; WING, A. L.; HYDE, R. T. Physical exercise and incidence of hypertension in college alumni. **Am. J. Epidemiol.**, Baltimore, v. 117, p. 245-257, 1983.

PAULO, L. G.; ZANINI, A. C. **Compliance:** sobre o encontro paciente - médico. São Roque: IPEX , 1997.

PIERIN, A. M. G. Adesão ao tratamento: conceitos. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento:** o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. p. 91-105.

PIÑEIRO, F.; GIL, V.; DONIS, M.; OROZCO, D.; PASTOR, R.; MERINO, J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. **Aten. Primaria**, Barcelona, v. 19, p. 465-468, 1997.

RAMALHINHO, I. M. P. S. **Adesão à terapêutica anti-hipertensiva:** contributo para o seu estudo. 1994. 84f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1994.

RAMALLE-GOMARRA, R.; BERMEJO, R.; ALONSO, R.; MARINO, I.; SAENZ DE CABEZÓN, M. I. Cumplimiento del tratamiento antibiótico en niños no hospitalizados. **Aten. Primaria**, Barcelona, v. 24, p. 364-367, 1999.

REINERS, A. A. O. **Interação profissional de saúde e usuário hipertenso: contribuição para a não-adesão ao regime terapêutico**. 2005. 156f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SCHROEDER, K.; FAHEY, T.; EBRAHIM, S. How Can We Improve Adherence to Blood Pressure-Lowering Medication in Ambulatory Care? **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 164, p. 722-732, 2004.

SEMENCIW, R. M.; MORRISON, H. I.; MAO, Y.; JOHANSEN, H.; DAVIES, J. W.; WIGLE, D. T. Major risk factors for cardiovascular disease mortality in adults: results from the Nutrition Canada Survey Cohort. **Int. J. Epidemiol.**, London, v. 17, n. 2, p. 317-324, 1988.

SHALANSKY, S. J.; LEVY, A. R. Effect of number of medications on cardiovascular therapy adherence. **Ann. Pharmacother.**, Cincinnati, v. 36, n. 10, p. 1532-1539, 2002.

SILVA, L. R. **Conhecimentos e atitudes dos farmacêuticos sobre a regulamentação da profissão e funcionamento de drogarias – uma abordagem sanitária**. 2002. 156f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

SILVESTRE-BUSTO, C.; RAMALLE, E.; ARNAEZ, R.; FLOR, A.; GARCIA, J.; RAMIL, H.; NOTIVOL, M. Estudio multicéntrico sobre adhesión al tratamiento em población infantil en atención primaria. **Aten. Primaria**, Barcelona, v. 27, n. 8, p. 554-558, 2001.

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 415-422, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. 2006. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br.php>>. Acesso em: 18 abril 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STRELEC, M. A. A. Moura **A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial**. 2000. 139f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SVENSSON, S.; KJELLGREN, K.; AHLNER, J.; SALJO, R. Reasons for adherence with antihypertensive medication. **Int. J. Cardiol.**, Amsterdam, v. 76, p. 157-163, 2000.

TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. **Tá difícil de engolir?** São Paulo: Nepaids, 2000.

VASAN, R. S.; LARSON, M. G.; LEIP, E. P.; EVANS, J. C.; O'DONNELL, C. J.; KANNEL, W. B.; LEVY, D. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 345, n. 18, p. 1291-1297, 2001.

VIEIRA, D. F. C. **Estudo dos fatores relacionados com a adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo em pacientes idosos**. 2004. 130f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

WEINGARTEN, M. A.; CANNON, B. S. Age as a major factor affecting adherence to medication for hypertension in a general practice population. **Fam. Pract.**, London, v. 5, n. 4, p. 294-296, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The selection of essential medicines**. Geneva, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The top ten causes of death**. Geneva, 2007.

ZONDERMAN, A. B.; LEN, V. L.; COSTA, P. T. Effects of age, hypertension and neuroticism on health perceptions. **Exp. Gerontol.**, London, v. 21, p. 449-458, 1986.

ANEXO A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
AV. BANDEIRANTES, 3900 – CEP 14049-900 – RIBEIRÃO PRETO – SP
TELEFONE: (0XX16) 3602-3376 – FAX: (0XX16) 3633-0582/3633-9975

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto de pesquisa intitulado **“Adesão ao tratamento farmacológico em pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, SP”** está sendo desenvolvido pela farmacêutica Andrea Queiróz Ungari (CRF-SP 22.673) e pelo Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro (CRM 42.811) do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O objetivo da pesquisa é verificar o grau de adesão ao tratamento com medicamentos para pressão alta dos pacientes seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, São Paulo, assim como estudar os fatores que levam estes pacientes a não tomarem seus medicamentos conforme recomendado. A partir daí, propor medidas para aumentar esse grau de adesão ao tratamento e conseqüentemente um controle adequado dos níveis da pressão arterial.

A pesquisa se realizará através da aplicação de um questionário em uma entrevista única, em sua residência ou no Núcleo de Saúde da Família onde é atendido, após contato telefônico e agendamento prévio, conforme disponibilidade e preferência do paciente. A entrevista será feita pela pesquisadora e por entrevistadores devidamente treinados e selecionados pela mesma.

A participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento durante a realização da entrevista, sempre mantendo-se em sigilo a identidade do paciente.

Sua participação é muito importante na realização da pesquisa para avaliarmos os principais problemas que interferem na adequada adesão ao tratamento com medicamentos para pressão alta e conseqüentemente melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo Núcleo de Saúde da Família que o atende.

Caso tenha dúvidas ou queira se informar de mais detalhes sobre a pesquisa, os pesquisadores estão à disposição a qualquer momento para maiores esclarecimentos.

Eu, _____, declaro ter sido devidamente esclarecido sobre os objetivos, procedimentos e condições da minha participação na pesquisa **“Adesão ao tratamento farmacológico em pacientes hipertensos atendidos nos Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, SP”** que está sendo desenvolvida e é de responsabilidade da farmacêutica Andrea Queiróz Ungari, mestranda do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, sob orientação do Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro.

Declaro estar ciente de que:

01. minha participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento em participar deste estudo;
02. minha identidade será mantida em sigilo;
03. minhas respostas serão confidenciais, sendo utilizadas unicamente no âmbito desta pesquisa;
04. terei liberdade de não responder a qualquer pergunta que não desejar;
05. não sofrerei nenhum prejuízo em relação ao atendimento prestado pelo Núcleo de Saúde da Família em relação às minhas respostas ou caso não queira participar da pesquisa;
06. não receberei nenhum tipo de incentivo direto para aceitar a participar do estudo;
07. estarei contribuindo para melhorar os serviços prestados pelo Núcleo de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto, SP;
08. os dados da pesquisa nunca serão individualizados e poderão ser publicados em revistas científicas e congressos.

Sendo assim, declaro que concordo livremente em participar do projeto acima citado.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro
(16) 3602-2714
Faculdade de Medicina/USP
Departamento de Medicina Social

Farmacêutica Andrea Queiróz Ungari
(16) 3602-2728/2292

Assinatura do entrevistado

ANEXO B**INFORMAÇÕES GERAIS**

01.	NÚMERO DA ENTREVISTA	
02.	DATA	
03.	NOME DO ENTREVISTADOR	
04.	HORÁRIO DE INÍCIO DA ENTREVISTA	
05.	HORÁRIO DE TÉRMINO DA ENTREVISTA	
06.	ANOTAR O MOTIVO, CASO A ENTREVISTA NÃO ACONTEÇA	
PRESSÃO ARTERIAL NOS ÚLTIMOS SEIS MESES (anotação de prontuários)		
DATA	PRESSÃO SISTÓLICA(mmHg)	PRESSÃO DIASTÓLICA(mmHg)

APRESENTAÇÃO:

Bom dia (boa tarde). Meu nome é Estou participando de um estudo sobre os remédios para pressão alta e sobre alguns fatores que podem estar afetando os pacientes que sofrem de pressão alta a tomar corretamente esses remédios.

A participação do Sr(a) é muito importante para a pesquisa. As suas respostas não vão prejudicá-lo em nada, pelo contrário nos ajudará a melhorar o tratamento de muitas pessoas.

Podemos começar a entrevista?

**INSTRUMENTOS PARA AVALIAR OS FATORES QUE AFETAM A ADEÇÃO AO
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO ANTI-HIPERTENSIVO**

01 - FATORES SÓCIO-ECONÔMICOS

01.	Sexo (não perguntar, apenas assinalar a alternativa)	Masculino	1
		Feminino	2
02.	Qual a data do nascimento do Sr(a)?	____/____/____	Idade: _____
03.	Qual o estado civil do Sr(a)?	Solteiro	1
		Casado	2
		Viúvo	3
		Separado/Divorciado	4
		Amasiado	5
04.	Qual a cor/raça do Sr(a)? Mostrar as alternativas ao entrevistado.	Branca	1
		Preta	2
		Amarela	3
		Parda	4
		Indígena	5
05.	Até que ano da escola o Sr(a) estudou? Anos completos de estudo: _____	Analfabeto	1
		Primário completo	2
		Primário incompleto	3
		Ginásio completo	4
		Ginásio incompleto	5
		Colegial completo	6
		Colegial incompleto	7
		Superior incompleto	8
		Superior completo	9
06.	O que o Sr(a) faz atualmente?	Desempregado	1
		Aposentado	2
		Trabalhador c/ carteira assinada	3
		Conta própria	4
		Do lar	5

07.	O Sr(a) possui em sua casa? Quantos? CCEB: _____	Posse de itens		Não	1	2	3	4 +
		Televisão em cores		0	2	3	4	5
		Rádio		0	1	2	3	4
		Banheiro		0	2	3	4	4
		Automóvel		0	2	4	5	5
		Empregada mensalista		0	2	4	4	4
		Aspirador de pó		0	1	1	1	1
		Máquina de lavar		0	1	1	1	1
		Vídeo cassete e/ou DVD		0	2	2	2	2
		Geladeira		0	2	2	2	2
		Freezer duplex ou separado		0	1	1	1	1
08.	Onde o Sr(a) retira/pega os seus remédios para pressão alta ? _____							
09.	Se o Sr(a) não conseguir os remédios de graça, o Sr(a) tem condições de comprar?	Sim		Não				
		1		2				
10.	O Sr(a) costuma fumar?	Sim	Às vezes	Não		Ex-fumante		
		1 (passe à pergunta 11)	2 (passe à pergunta 11)	3 (passe à pergunta 12)		4 (passe à pergunta 12)		
11.	Quantos cigarros o Sr(a) fuma por dia? _____							
12.	O Sr(a) costuma fazer exercício físico? O que o Sr(a) costuma fazer? Quantas vezes na semana?	Sim	Às vezes		Não			
		1 (continue a perguntar)	2 (continue a perguntar)		3 (passe à pergunta 13)			
			1-2/ semana	3-4/ semana	5-6/ semana	Todos dias		
		Caminhada						
		Corrida						
		Hidroginástica						
		Ginástica						
		Dança						
		Andar bicicleta						
		Outros: _____						

13.	O Sr(a) costuma beber?			Não, nunca bebi			1		
	O que o Sr(a) bebe?			Não, parei. Há quanto tempo parou?			2 ____ dias ____ semanas ____ meses ____ anos		
				Sim. Preencha a tabela abaixo			3		
Tipo de bebida		Sim	Não		Nº Copos	Ano	Mês	Semana	Dia
(1) Vinho		1	2		_____	0	1	2	3
(2) Pinga		1	2		_____	0	1	2	3
(3) Cerveja		1	2		_____	0	1	2	3
(4) Uísque/Vodka		1	2		_____	0	1	2	3

• Equivalência em gramas das principais bebidas:

- Cerveja (lata 350ml) = 10g etanol
- Cerveja (garrafa 660ml) = 20g etanol
- Vinho (1 copo 110ml) = 10g etanol
- Destilados (1 dose 30ml) = 10g etanol

Quantidade total em gramas consumida diariamente	_____ g
--	---------

TESTE DE MORISKY E GREEN (As respostas SIM = 0 e NÃO = 1)

		Não	Sim
01.	O Sr (a), às vezes, esquece de tomar seus remédios?	1	0
02.	O Sr (a), às vezes, se descuida quanto ao horário de tomar seus remédios?	1	0
03.	Quando o Sr (a) se sente bem, às vezes deixa de tomar seus remédios?	1	0
04.	Quando o Sr (a) se sente mal com os remédios, às vezes deixa de tomá-los?	1	0

02 - FATORES RELACIONADOS À EQUIPE E AO SERVIÇO DE SAÚDE

Obs: Mostrar e explicar as alternativas ao entrevistado

		Nunca	Quase nunca	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre	Não sei			
14.	O Sr(a) confia no médico que o atende no Núcleo?	1	2	3	4	5	6			
15.	O Sr(a) confia na equipe de profissionais que o atende no Núcleo?	1	2	3	4	5	6			
16.	O Sr(a) entende as explicações sobre a pressão alta e o tratamento feitas pelos profissionais do Núcleo?	1	2	3	4	5	6			
17.	O Sr(a) esclarece as suas dúvidas sobre a pressão alta e o tratamento com o médico?	1	2	3	4	5	6			
18.	O médico pergunta se o Sr(a) está tomando corretamente os remédios conforme foi orientado?	1	2	3	4	5	6			
19.	Quem orienta o Sr(a) como tomar corretamente os remédios para pressão alta?	Médico			1					
		Enfermeiro			2					
		Farmacêutico			3					
		Outro: _____			4					
20.	O Sr(a) participa de algum grupo relacionado à hipertensão?	Sim			Não					
		1			2					
21.	Quantas consultas marcadas no Núcleo o Sr(a) teve nos últimos 6 meses?	_____								
	O Sr(a) compareceu em quantas?	_____								

03 - FATORES RELACIONADOS À TERAPIA

22.	Há quanto tempo o Sr(a) sabe que é hipertenso?	<div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 80%;"></div> meses <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 80%;"></div> anos
-----	--	---

Atenção: Pedir ao entrevistado a(s) receita(s) médica(s) e confrontar as respostas da perg. 23 com o que está prescrito. Anotar diferença/ausência observada.

		Medicamento		Dosagem	Frequência		Horários
23.	Quais os remédios para pressão alta que o Sr(a) está tomando? O Sr(a) sabe qual a dose destes remédios? Quantas vezes por dia o Sr(a) toma? A que hs o Sr(a) toma os remédios?						
Campo de anotações							
24.	A maioria das pessoas, por uma razão ou outra, tem dificuldade em tomar seus comprimidos. O Sr(a) tem dificuldade em tomá-los?	Sim			Não		
		1			2		
25.	O Sr(a) toma seus comprimidos: (ler as alternativas)	Todos os dias			1		
		Muitos dias			2		
		Alguns dias			3		
		Nunca	Quase nunca	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre	Não sei
26.	O Sr(a) utiliza de algum “lembrete” para tomar os remédios nos horários certos?	1	2	3	4	5	6
27.	O médico já mudou os remédios que o Sr (a) toma para pressão alta?	1	2	3	4	5	6

			Sim	Não
28.	O Sr(a) por acaso tem ou teve outras doenças como: Se Sim, ir para a pergunta 29; se Não em todas as alternativas, ir p. pergunta 30.	Doença na coluna/costas	1	2
		Artrite ou reumatismo	1	2
		Câncer	1	2
		Diabetes	1	2
		Bronquite ou asma	1	2
		Depressão	1	2
		Outra: _____	1	2
29.	O Sr(a) toma remédios para estas doenças? Quais? O Sr(a) sabe qual a dose? Quantas vezes por dia o Sr(a) toma?	Medicamento	Dosagem	Frequência

04 - FATORES RELACIONADOS AO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL (TESTE DE BATALLA)

30.	O que é a pressão alta para o Sr(a)?		
		Sim	Não
31.	A pressão alta é uma doença que o Sr(a) terá a vida toda?	1	2
32.	Pode-se controlar a pressão alta com dieta e/ou remédios?	1	2
33.	O Sr(a) poderia dizer dois ou mais órgãos do corpo que podem ser afetados por ter a pressão alta?		

05 - FATORES RELACIONADOS AO PACIENTE

		Nunca	Quase nunca	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre	Não sei
34.	O Sr(a) acredita que os remédios são fundamentais para controlar a sua pressão alta?	1	2	3	4	5	6
35.	O Sr(a) acredita nos efeitos positivos do tratamento para pressão alta?	1	2	3	4	5	6
36.	O Sr(a) se preocupa em medir a pressão?	1	2	3	4	5	6
37.	O Sr(a) está satisfeito com o atendimento à sua saúde?						

APÊNDICE A

Ribeirão Preto, 11 de maio de 2006

DECLARAÇÃO

Declaramos que a pesquisadora **ANDREA QUEIRÓZ UNGARI** apresentou o Projeto de Pesquisa intitulado: **“ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NOS NÚCLEOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO, SP”**, para apreciação sendo aprovado nas unidades: Núcleos de Saúde da Família-I, III, IV e V do CSE-FMRP-USP. A Direção Técnica aguarda as questões éticas a serem apreciadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa para que se inicie o desenvolvimento do mesmo.

Prof.ª Dr.ª Maria do Carmo G. G. Caccia Bava
Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa e
Diretora Técnica do CSE-FMRP-USP.

Ilm.º. Sr.

Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro (Orientador)

Departamento de Medicina Social da

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

APÊNDICE B

Ribeirão Preto, 28 de junho de 2006

**DIREÇÃO ACADÊMICA DE ENSINO E PESQUISA
LIBERAÇÃO DE PESQUISA Nº 018/2006**

Comunicamos que a pesquisadora **ANDREA QUEIRÓZ UNGARI**, cumpriu as exigências operacionais e legais, podendo dar início à sua coleta de dados nos Núcleos de Saúde da Família- I, III, IV e V do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para o trabalho **“ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NOS NÚCLEOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO, SP”**.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª. Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava
Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa
Diretora Técnica do CSE-FMRP-USP.

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro (Orientador)
Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP