SAMIR NICOLA MANSOUR

Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso em
situação de pleno acesso farmacológico de pacientes com
hipertensão arterial

SÃO PAULO

2015

SAMIR NICOLA MANSOUR

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Programa de Pós-graduação em Medicina
Preventiva

Orientadora: Prof. Dra. Olinda do Carmo Luiz

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original
está disponível na Biblioteca da FMUSP)

SÃO PAULO

2015

Nicola Mansour, Samir

Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso em situação de pleno acesso farmacológico de pacientes com hipertensão arterial / Samir Nicola Mansour. São Paulo, 2015.

Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Olinda do Carmo Luiz

Descritores: 1.Adesão à farmacoterapia 2.Epidemiologia nos serviços de saúde 3.Avaliação de programas de saúde 4.Tratamento da hipertensão arterial 5.Acesso a medicamentos 6.Políticas de saúde.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação, em primeiro lugar, ao meu DEUS que usaste profetas nessa terra para me dizer que eu iria ser mestre. Quando achei que não conseguiria ir à diante Ele com sua forte mão me impulsionava para o alvo. A Ele seja a honra, a glória e o Louvor para todo sempre. Amém.

Dedico esta dissertação á minha mãe Judith e a minha irmã Elaine pelo imenso esforço para que eu pudesse ter chegado até aqui.

Dedico também á minha orientadora Dra. Olinda do Carmo Luiz pela confiança, paciência, incentivo, amizade e excelente orientação.

Dedico á doutoranda do departamento de Medicina Preventiva Camila Monteiro pelo apoio, dedicação e amizade.

Sem o apoio de vocês, este trabalho não teria sido realizado. Muito Obrigado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço as alunas que me acompanharam nas disciplinas Patrícia Tavares, Natália Altoe , Tânia Pereira e Tatiana Sampaio.

Agradeço á equipe das Unidades Básica de Saúde Chabilândia, Guaianases 1 e Robru pelo apoio no desenvolvimento deste projeto.

Agradeço á Lilian e Gorete, secretárias do departamento de Medicina Preventiva da USP, pelos direcionamentos administrativos.

Agradeço á professora Dra. Maria Inês Batistella pela direção no processo de construção deste trabalho.

Agradeço á professora Dra. Nicolina Silvana Romano Lieber pela pela direção no processo de construção deste trabalho.

Agradeço ao amigo Everton Muniz pela disponibilidade em me ajudar na formatação do trabalho.

Agradeço à todos os professores do Departamento de Medicina Preventiva pela colaboração e ajuda na construção deste projeto.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Coordenadoria de Saúde Leste pelo apoio e direcionamentos recebidos.

Agradeço á APS Santa Marcelina pelo apoio recebido.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*.

Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de figuras

Lista de abreviaturas, símbolos e siglas

Lista de quadros

Resumo

Abstract

1 INTRODUÇÃO.....	01
1.1 Sistema Único de Saúde (SUS).....	01
1.2 Hipertensão Arterial	02
1.3 Política Nacional de Medicamentos.....	07
1.4 Adesão ao Tratamento Farmacológico.....	12
1.5 Programa Remédio em Casa.....	17
2 JUSTIFICATIVA.....	23
3 OBJETIVO.....	25
4 METODOLOGIA.....	26
4.1 Critérios de Inclusão.....	26
4.2 Critérios de Exclusão.....	26
4.3 Entrevista.....	27
4.4 Tamanho da Amostra.....	29
4.5 Entrada de Dados.....	29
4.6 Análise.....	30
4.7 Aspectos Éticos.....	30

5 RESULTADOS.....	31
6 DISCUSSÃO.....	47
7 ANEXOS.....	51
8 REFERÊNCIAS.....	73

LISTA DE ABREVIATURA, SÍMBOLOS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
CPF	Cadastro de Pessoa Física
DCV	Doenças cardiovasculares
DST	Doença sexualmente transmissível
EUA	Estados Unidos da América
ED	Edição
FPB	Farmácia Popular Brasileira
GSS	Gestão de Sistema de Saúde
HA	Hipertensão arterial
IECA	Inibidores da enzima conversora de angiotensina
Mmhg	Milímetros por mercúrio
Mg	Miligrama
Mcg	Micrograma
NICE	National Institute for Clinical Excellence
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRC	Programa Remédio em Casa

PRM	Problemas relacionados á medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SMS/SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Fatores que interferem na adesão à farmacoterapia 16
segundo a literatura científica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos), de acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão, 2010	04
Tabela 2	Componentes da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde, 2010	09
Tabela 3	Parametrização da dosagem dos fármacos do programa remédio em casa no sistema GSS, São Paulo, 2010	21
Tabela 4	Características sociodemográficas dos participantes do programa remédio em casa. São Paulo-SP, 2013	32
Tabela 5	Características clínicas dos participantes do programa remédio em casa. São Paulo-SP, 2013	36
Tabela 6	Adesão à medicamentos e características relacionadas ao programa remédio em casa. São Paulo-SP, 2013	40

RESUMO

Mansour SN. Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso em situação de pleno acesso farmacológico de pacientes com hipertensão arterial. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

Introdução: No âmbito da epidemiologia nos serviços de saúde, este estudo avaliou a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes portadores de hipertensão arterial em uma situação de pleno acesso farmacológico, verificando sua associação com aspectos sócio demográficos, comportamentais e características clínicas. **Metodologia:** estudo transversal com aplicação de questionário junto a usuários do Programa Remédio em Casa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. A variável dependente foi a adesão e as variáveis independentes, as características sociodemográficas, comportamentais e clínicas. Foram calculadas as razões de prevalência e a análise multivariada foi realizada por regressão de Poisson. **Principais resultados:** portadores de hipertensão arterial com pleno acesso aos medicamentos apresentaram alta adesão terapêutica. Os poucos participantes não aderentes não diferiram dos demais do ponto de vista das características sócio demográficas, comportamentais e clínicas. **Conclusão:** em situação de adequada assistência, os fatores relacionados aos aspectos individuais perdem influência na determinação da adesão, sendo superados pela oferta efetiva de atenção à saúde e pelo pleno acesso aos medicamentos.

Palavras Chave: Adesão à farmacoterapia, epidemiologia nos serviços de saúde, avaliação de programas de saúde, tratamento da hipertensão arterial, acesso a medicamentos e políticas de saúde.

ABSTRACT

Mansour SN. **Evaluation adherence the hypertensive population with access to medication** [Dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

Background: This study evaluated the medication adherence of hypertensive patients who had full access to medicines and the association with sociodemographic, behavioral and clinical characteristics. **Methods:** Cross-sectional study using a questionnaire applied to users of Programa Remédio em Casa [Home Medicine Program], a program of distribution of medicines from the city of São Paulo-Brazil. The dependent variable was adherence and the independent variables were sociodemographic, behavioral and clinical characteristics. Prevalence ratios were calculated and multivariate analyses were performed using Poisson Regression. **Results:** The study population showed high adherence. The non-adherent participants did not differ from the adherent participants in sociodemographic, behavioral or clinical characteristics. **Conclusions:** with effective provision of health care and full access to medicine, sociodemographic, behavioral and clinical factors lose influence in the determination of adherence to medicine.

Keywords: Adherence to pharmacotherapy, epidemiology in health services, health services evaluation, Treatment of hypertension, access to medicines and health policies.

1. Introdução

1.1 Sistema Único de Saúde - SUS

O presente trabalho foi realizado de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja estruturação se deu a partir da Constituição de 1988. Tendo a universalidade, integralidade, equidade e participação popular como princípios doutrinários. O SUS configura-se de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada com o intuito de atender resolutivamente a população (Brasil, 1990). As leis 8080/90 e 8142/90 fortaleceram a descentralização dos serviços de saúde e a municipalização da gestão, definindo atribuições do gestor federal, estadual e municipal, além de destacar a importância do planejamento local, âmbito onde se desenvolve a presente pesquisa (Brasil, 2007).

Com um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o SUS procura ofertar à população desde a atenção primária até os procedimentos de alta complexidade. Desta forma, procura-se garantir a universalidade, a integridade e a equidade do atendimento para a população brasileira (Marin et al., 2003).

Um dos pilares na organização dos serviços de saúde no SUS é a atenção primária que se caracteriza por um conjunto de ações, na esfera individual e coletiva, abrangendo a promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Um dos objetivos da atenção primária é desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre os profissionais e a população atendida, a fim de garantir continuidade e longitudinalidade do cuidado (Brasil, 1990; Brasil,

2007). Dentre o rol de cuidados previstos no SUS, destaca-se a oferta de medicamentos essenciais e especializados através da assistência farmacêutica. Tendo por base as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2004, que preconiza que a atenção primária deve dispensar medicamentos essenciais, que satisfaçam as necessidades básicas da população. O SUS propõe cuidado sob a forma de trabalho em equipe dirigido a populações pelas quais assume a responsabilidade sanitária, e considera a dinamicidade do território em que vivem. As atividades referentes à assistência farmacêutica no âmbito da atenção primária são descentralizadas o que a deixa mais próxima da população (WHO, 2004).

As ações da atenção primária devem ser definidas segundo as necessidades de saúde da população e seus problemas prioritários. Dentre as prioridades de saúde que devem ser objeto de intervenção do SUS, destaca-se a hipertensão arterial, problema que atinge 30 milhões de brasileiros (PNAB, 2012).

1.2 Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial (HA) é um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares (DCV) e a principal causa de morte em nosso país. É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (VI DBH, 2010). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e alterações metabólicas, com aumento do risco cardiovascular (Williams, 2010).

A HA foi considerada um problema relevante de saúde pública por possuir alta prevalência e baixo controle. A prevalência no Brasil varia de 22% à 44% (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (VI DBH, 2010). A prevalência média de HA autorreferida na população acima de 18 anos na cidade de São Paulo, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), foi de 24,8%. O percentual de prevalência de hipertensão arterial nas capitais brasileiras e no Distrito Federal foi de 34,1% para pacientes com idade entre 45 e 54 anos, 50,3% para pacientes com idade entre 55 e 64 anos e 60,4% para pacientes com 65 anos ou mais (VIGITEL, 2012b).

Estima-se que 50% dos portadores de HA não saibam que são hipertensos e por este motivo não recebem tratamento (Ferrais; Buglia, 2001).

Considera-se que uma pessoa tenha HA quando a pressão arterial sistólica é ≥ 140 mmHg e a diastólica ≥ 90 (Tabela 1), sendo que o diagnóstico só pode ser validado após medidas repetidas em no mínimo três ocasiões (NICE, 2011).

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial de pessoas acima de 18 anos segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão, 2010

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Adaptado: VI Diretriz Brasileira de Hipertensão, 2010.

Dentre os fatores de risco da HA estão idade, sexo, etnia, excesso de peso e obesidade, excessos na ingestão de sal e de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e herança genética. Diversas são as medidas de controle, tais como dieta hipossódica e alimentação saudável, a prática de atividade física e o tratamento farmacológico (VI DBH, 2010).

Para controlar a HA na população e reduzir o seu impacto nos indicadores de saúde, as ações da atenção primária são desenvolvidas em um território delimitado promovendo a saúde através do estímulo à prática de atividade física, alimentação saudável, controle do peso, redução da utilização de álcool e tabaco; a vigilância em saúde, a prevenção de doenças, a

dispensação de medicamentos essenciais, a assistência multiprofissional e o acompanhamento longitudinal completam os objetivos de intervenção em saúde da atenção primária (Brasil, 2006b). O propósito das ações da atenção primária é controlar a condição crônica e prevenir os agravos futuros, com o estabelecimento de metas objetivas pactuadas com o paciente e a equipe, com ênfase na prevenção das complicações cardiovasculares tardias (Brasil, 2006b; Brasil, 2007).

Dentre as recomendações terapêuticas, as medidas não farmacológicas para a HA giram em torno de uma dieta saudável (redução de gorduras, carboidratos, produtos industrializados, álcool e sal) e aumento da ingestão de frutas, hortaliças, produtos naturais e a prática de atividade física (Vitor et al., 2009). Um estudo com 412 pacientes americanos mostrou que a redução do sódio nos alimentos reduz os níveis pressóricos em até de 2,1 mmHg, controlando significativamente a pressão arterial (Sacks et al., 2010). Em outro trabalho, mudanças na alimentação com restrição de sal, gorduras e doces, também resultaram em redução da pressão arterial (Giroto et al., 2013).

Além da adequação da dieta, é necessário que o hipertenso realize atividade física regular. Uma pesquisa realizada com pessoas com hipertensão e diabetes verificou que apenas 25% dos entrevistados realizavam algum tipo de atividade física (Paiva et al., 2006). Um estudo transversal com 385 pessoas com hipertensão e diabetes de uma unidade da Estratégia Saúde da Família de Londrina, constatou que a prática de atividade física foi relatada por 114 (29,6%) hipertensos, mas apenas 68 (17,7%) referiram praticá-la regularmente (Giroto et al., 2013). O treinamento aeróbico reduz a pressão arterial sistólica em 7 mmHg e a diastólica em 5 mmHg, sendo que a recomendação é praticar

exercícios físicos no mínimo 30 minutos em pelo menos 5 dias da semana (Medina et al., 2010). Ações de prevenção primária estimulando mudança no estilo de vida e dieta ajudam no controle da hipertensão arterial (Forman, et al., 2009).

O tratamento farmacológico da HA é outro importante recurso para a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular, ele deve ser precedido de avaliação cautelosa da história clínica (fatores de risco, lesão de órgãos-alvo, estilo de vida, dieta, aspectos socioeconômicos e o consumo de medicamentos e drogas ilícitas) além de um exame físico minucioso (Padwal et al., 2001). A estratificação de risco torna-se elemento fundamental para indicação terapêutica adequada. (NICE, 2011).

Os fármacos anti-hipertensivos atuam na redução da pressão arterial e na diminuição dos eventos cardiovasculares (Thompson et al., 2011). As drogas utilizadas se dividem da seguinte forma: diuréticos, inibidores adrenérgicos (ação central - agonista alfa 2 central, betabloqueadores e alfa bloqueadores), inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II, antagonistas dos canais de cálcio, vasodilatadores diretos e inibidor direto da renina (Rang et al., 2007).

A efetividade do tratamento medicamentoso da HA, no entanto, depende de amplo acesso aos fármacos, distribuídos adequadamente mediante uma consistente política de assistência farmacêutica. Com esse intuito, elaborou-se a Política Nacional de Medicamentos que estabeleceu a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais que direciona os Estados e os Municípios na criação de suas listas de medicamentos essenciais (VI DBH, 2010; Brasil, 1998).

1.3 Política Nacional de Medicamentos

Em 1998 o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Medicamentos (PNM) que definiu a assistência farmacêutica como um conjunto de atividades relacionadas ao medicamento, a fim de apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, incluindo o abastecimento de medicamentos (seleção, programação e aquisição).

A PNM norteia a regulamentação sanitária de medicamentos que abrange o registro e autorização de funcionamento das empresas e estabelecimentos, bem como, monitora a qualidade e segurança dos produtos farmacêuticos comercializados. A reorientação da assistência farmacêutica visa deslocar o foco da logística farmacêutica para estimular a melhoria da gestão e a qualidade dos serviços. O objetivo é tirar a ênfase do produto para focar no usuário, equilibrando os dois componentes em uma atuação sistêmica (Brasil, 1998; Marin et al., 2003). A promoção do uso racional de medicamentos desenvolve atividades relacionadas à educação sanitária, ou seja, trabalha com os riscos da automedicação, a necessidade de adesão, o combate a propaganda abusiva; o desenvolvimento científico e tecnológico; o incentivo à produção, a segurança, eficácia e qualidade; o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos (Brasil, 1998; Brasil, 2004b).

Para a aquisição dos medicamentos o custeio é de responsabilidade da União, Estados, Distrito Federal e Municípios (Tabela 2). A União responsabiliza-se por R\$ 5,10 por habitante por ano, o Estado por R\$ 2,36 por

habitante por ano e o Município por R\$ 2,36 por habitante por ano (Brasil, 2013).

O elenco de medicamentos essenciais é definido na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), tendo por base o perfil epidemiológico da população. A RENAME consolida-se como referência nacional para estados e municípios desenvolverem a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Cada Estado e Município tornam-se responsáveis pela padronização dos medicamentos tendo como norteador a farmacoepidemiologia e a farmacoeconomia (WHO, 2004).

Os medicamentos essenciais, aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de saúde da população, são selecionados tendo como parâmetro o perfil epidemiológico de cada região, assegurada a sua eficácia e segurança comparadas em relação ao seu custo. Esses medicamentos devem estar disponíveis nos serviços de saúde em todo tempo e em quantidades suficientes, em formas farmacêuticas adequadas, com qualidade para atendimento constante da população (WHO, 2004).

Tabela 2 – Componentes da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde, 2010

Componentes da Assistência Farmacêutica	Responsável pelo Financiamento
Básico	União, Estado, Distrito Federal e Município
Medicamentos Essenciais	
Diabetes (insulina)	
Saúde da Mulher (contraceptivos e insumos)	
Diabetes (insumos)	
Estratégico	União
Tabagismo	
Alimentação e nutrição	
Controle de endemias (Tuberculose, Hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, outras)	
Antirretrovirais (Programa DST/AIDS)	
Sangue e Hemoderivados	
Imunobiológicos	
Especializados	União, Estado, Distrito Federal e Município

Adaptado de Vieira, 2010.

Outra iniciativa da assistência farmacêutica foi a Farmácia Popular do Brasil (FPB), instituída em 2004 pelo decreto 5.090, com o objetivo de aumentar o acesso aos medicamentos. Na mesma direção, o programa Aqui tem Farmácia Popular, também é resultado de convênios com a rede privada de farmácias e drogarias, e oferece medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, distribuídos gratuitamente, mediante a apresentação da receita médica (Brasil, 2004a; Pinto et al., 2011). A estratégia é o co-pagamento pelo Ministério da Saúde, permitindo que os medicamentos possam ser obtidos com até 90% de desconto em parceria entre as farmácias comerciais e o SUS (Santos-Pinto et al., 2011).

Também faz parte da política de assistência farmacêutica do SUS o programa Farmácia Viva, com o objetivo de estimular o uso racional de plantas medicinais, resgatar e valorizar a cultura popular e oferecer a fitoterapia como opção terapêutica. Nesta proposta as plantas medicinais são cultivadas em farmácias comunitárias e em unidades básica de saúde, possibilitando o acesso à planta *in natura* e a orientação para a preparação, produção e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos (Brasil, 2006a; Brasil, 2012c).

Apesar da PNM ter revertido em parte o quadro de escassez na distribuição dos medicamentos essenciais, o alto custo e as falhas no processo de gestão ainda mantém a cobertura insuficiente (Leite, Vasconcelos, 2003 Machado, 2013). Apesar das inúmeras iniciativas da PNM e do seu alcance no tratamento das doenças crônicas, ainda ocorre desabastecimento em algumas circunstâncias. Os problemas são considerados multifatoriais, pois envolvem vários segmentos da cadeia industrial e logística, desde o fornecimento de

insumos (matéria prima), até o aumento inesperado de demanda (Reis; Perini, 2008).

Uma pesquisa do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASEMS) constatou que mais da metade dos brasileiros tiveram algum problema para acessar o medicamento essencial nos serviços de saúde do SUS (SALAZAR et al., 2006). Um estudo realizado em 11 cidades brasileiras, mostrou que a falta de medicamentos essenciais na atenção primária aumenta o risco, diminui adesão ao tratamento, aumenta a demanda nos hospitais e aumenta o gasto do governo com saúde (Karnikowski et al., 2004). A baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta dos medicamentos, por falhas do ciclo da assistência farmacêutica, foram encontradas em 19 cidades de Minas Gerais. Em 69 estabelecimentos foi constatada falta de medicamentos e/ou estoque baixo do produto, tanto nas unidades de saúde quanto no almoxarifado municipal (Guerra Jr, 2004).

Um estudo realizado em Francisco Morato/SP observou que 57,8% dos pacientes entrevistados não tinham acesso completo ao tratamento; outro estudo realizado na região sul e no nordeste do Brasil observou que a prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo foi de 81% para os adultos e 87% entre os idosos (Paiva et al., 2006; Paniz et al., 2008).

A falta de acesso aos medicamentos está relacionada à desarticulação no gerenciamento da assistência farmacêutica, entraves no armazenamento e na distribuição. Os indivíduos com maior vulnerabilidade social e baixo poder aquisitivo são os mais penalizados quando há algum problema de abastecimento. A falta de acesso ao medicamento é um dos principais fatores relacionados à não adesão (Guerra Jr, 2004).

1.4 Adesão ao tratamento Farmacológico

O tratamento farmacológico da HA é uma importante medida para a redução das mortes e complicações por doença cardiovascular, daí a relevância da adesão à terapia medicamentosa. A adesão ao tratamento farmacológico pode reduzir a morbidade e a mortalidade associada à doença cardiovascular além de melhorar a qualidade de vida (Ho et al., 2006; Cramer et al., 2007).

Os termos mais utilizados na literatura científica para dimensionar a conduta do paciente em relação às recomendações recebidas são *compliance* (cumprimento ou obediência) e *adherence* que pode ser traduzido como adesão ou aderência. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a utilização de *adherence*, tendo como definição a adequação do comportamento de uma pessoa de acordo com as orientações do profissional de saúde (WHO, 2003). A distinção entre *compliance* e *adherence* se deve a necessidade de enfatizar a necessidade de participação do paciente no cuidado de sua saúde, fortalecendo a relação entre profissional de saúde e paciente (Santa Helena, 2007).

Estimativas indicam que em 2020 80% dos doentes em países desenvolvidos terão problemas de adesão ao tratamento, o que irá gerar encargos elevados para a sociedade, governo e familiares (Valls et al., 2000). Um estudo realizado em Barcelona mostrou que 29% dos pacientes internados tiveram problemas relacionados a medicamentos e que 7,5% estavam ali por não seguirem a prescrição médica (Valls et al., 2000). Uma meta-análise de 21 estudos, envolvendo 46.847 participantes, mostrou uma associação

consistente entre a adesão ao tratamento medicamentoso e a diminuição da mortalidade. Para os participantes com boa adesão a terapia medicamentosa, o risco de mortalidade foi cerca de metade, OR 0,56 (IC 95% 0,50 -0,63), quando comparado aos participantes com baixa adesão (Simpson et al., 2006).

A não adesão à farmacoterapia além de causar danos à saúde do indivíduo tem consequências para a economia, pois aumenta as taxas de internação hospitalar e a mortalidade (Cramer et al., 2007, Lessa, 2006; Muszbek et al., 2007). Ela acarreta os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) que por sua vez, reduzem o controle satisfatório das doenças e podem aumentar os fatores de agravamento (Almeida, 2003; Almeida et al., 2007). A não adesão pode ser decorrente de diversos fatores (Quadro 1) como a falta do medicamento, reações adversas, dosagem não tolerada, esquecimento, falta de entendimento da prescrição médica, da importância e da necessidade de se tomar os medicamentos corretamente, desconhecimento de sua doença, a falta de envolvimento no processo de decisão do tratamento, problemas de comunicação com o profissional de saúde, falta de motivação, custo elevado e acesso aos serviços de saúde (Brown; Bussell, 2010; Nair et al., 2011). Um estudo realizado na Espanha para identificar os motivos da não adesão, observou que 18,6% dos pacientes desconfiavam da eficácia do tratamento, 16,3% acreditavam estar curados, 11,6% tiveram alguma reação adversa ao medicamento, 9,3% tinham a sensação de estarem sendo polimedicados, 4,6% não sentiram confiança no profissional médico, 11,6% dos entrevistados esqueceram-se de tomar os medicamentos e/ou tiveram dificuldade de entender o que estava prescrito,

2,3% por não adquirirem o medicamento por problemas econômicos (Chamorro et al., 2006). Em estudo realizado com 595 participantes com hipertensão arterial na cidade de Blumenau, o status sócio-econômico, o estilo de vida, a falta de acesso aos medicamentos essenciais e as consultas médicas foram associados em 53% de não adesão dos entrevistados (Santa Helena et al., 2010).

Diversas são as estratégias utilizadas para aumentar a aderência ao tratamento farmacológico. Essas estratégias devem ser pactuadas com o paciente e aplicadas em conjunto para que se consiga potencializar o resultado (McDonald et al., 2002; Brown; Bussell, 2010). A educação em saúde pode ser aplicada com diferentes metodologias de ensino para que se possa melhorar a sedimentação do conhecimento (Mcdonald et al., 2002; Higgnis; Regan, 2004). A capacitação de alguns médicos dos EUA no tratamento da hipertensão teve um impacto positivo sobre a adesão aos medicamentos anti-hipertensivos, pois melhorou o processo de comunicação médico-paciente. Nas consultas o médico explicava a finalidade de cada medicamento e o esquema posológico e essa mudança no atendimento gerou um controle mais efetivo da pressão arterial (Tarn et al., 2006; Quereshehi et al., 2007). Os resultados de um estudo realizado em Fortaleza associou a adesão insatisfatória ao tratamento da HA ao déficit de conhecimento da doença, condutas terapêuticas de difícil realização, ausência de sintomatologia da HA, práticas inadequadas de autocuidado, custo do medicamento, reação adversa e baixa participação nos grupos educativos (Santos et al., 2005). O conhecimento da doença torna-se fundamental para que o indivíduo possa exercer com excelência a autogestão de sua saúde (Roumie et al., 2006; Almas et al., 2012). Segundo a OMS, a

educação em saúde deve ser interdisciplinar, ou seja, um conjunto de ações de aprendizagem planejadas com a finalidade de habilitar o indivíduo a obter a gestão da sua saúde e o melhor nível de qualidade possível de vida (WHO, 2004).

As ações educativas devem se solidificar mais no âmbito da atenção primária, uma vez que a troca de saberes e experiência enriquecem e fortalecem o processo terapêutico (Amarante et al., 2010).

Quadro 1 – Fatores que interferem na adesão à farmacoterapia segundo a literatura científica.

Categoria	Fatores
Fatores relacionados ao Paciente	Idade Sexo Etnia Estado Civil Nível Sócioeconômico Fatores Psicológicos Dificuldades físicas
Fatores relacionados a terapia	Via de administração Tratamento complexo Duração do tratamento Reações adversas a medicamentos Sabor do medicamento Armazenamento complexo
Fatores relacionados ao sistema de saúde	Dificuldade de acessibilidade Longo tempo de espera Tempo de atendimento Atendimento ineficaz Ruídos na comunicação com o paciente
Fatores sociais e econômicos	Incapacidade de trabalho Suporte social Custos e resultado da terapia
Fatores relacionados á doença	Sintomas da doença Severidade da doença

Adaptado de Jin et al., 2008.

1.5 Programa Remédio em Casa

Diversas cidades brasileiras empregam a remessa postal de medicamentos em seus programas de controle das doenças crônicas. Algumas dessas cidades são: Itajai, Rio de Janeiro, Mogi das Cruzes, Uberlândia, Anápolis, Santo André, Santos, Passos, Diadema, Ilhéus, Ibicaraí, Juazeiro, Itabuna e São Paulo com o Programa Remédio em Casa (PRC).

O PRC da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-São Paulo) foi criado no ano de 2005 com o objetivo de garantir o acesso efetivo aos medicamentos e para organizar o atendimento dos portadores de doenças crônicas tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipotireoidismo e dislipidemia (SMS-São Paulo, 2006). Nesse ano, a prioridade de atendimento eram os pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus, em 2009 o PRC passou a atender os pacientes em tratamento de dislipidemia. No ano de 2010 ampliou-se o arsenal terapêutico para o tratamento de diabetes mellitus, e hipotireoidismo. Em 2011, mais uma vez, ampliou-se a disponibilidade de fármacos, incluindo a sinvastatina 10mg e losartana potássica 50mg (SMS-São Paulo, 2006).

Para que o paciente possa ingressar do PRC faz-se necessário ser cadastrado na unidade básica de saúde, estar em acompanhamento clínico, ser morador do município de São Paulo, não possuir complicações cardiovasculares e renais, não ser insulínica dependente, ter a pressão arterial controlada (abaixo de 140x90mmhg), e glicemia de jejum entre 80 e 110mg/dl ou hemoglobina glicada até uma unidade acima do limite superior. Cumprindo

os requisitos, ele receberá os medicamentos em casa, via remessa postal para até 180 dias de tratamento (SMS-São Paulo, 2006).

A captação desse paciente pode ser no momento da dispensação dos medicamentos, na consulta de enfermagem, na consulta farmacêutica ou na consulta médica. Inicialmente os pacientes passam em consulta com o clínico geral que através do registro de controle ambulatorial da pressão arterial, glicemia de jejum ou hemoglobina glicada e anamnese, irá determinar se o paciente possui condições de participar do PRC e receber medicamentos para 90 dias de tratamento, a avaliação sendo positiva realiza-se o cadastro do paciente no sistema de Gestão de Sistema de Saúde (GSS). Após 75 dias o paciente retorna em consulta de enfermagem para a verificação dos parâmetros fisiológicos e caso seja constatada alguma anormalidade ele é reencaminhado para uma nova avaliação clínica. Se as condições clínicas estiverem dentro do preconizado pelas normas do PRC, realiza-se o recadastro do paciente no sistema GSS para que receba medicamentos para mais 90 dias de tratamento (SMS-São Paulo, 2006).

Os medicamentos que fazem parte do Programa Remédio em Casa são utilizados para o tratamento da hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus e hipotireoidismo. São eles: hidroclorotiazida 25mg, propranolol 40mg, atenolol 50mg, captopril 25mg, maleato de enalapril 20mg, maleato de enalapril 5mg, nifedipino 20mg, anlodipino 5mg, ácido acetilsalicílico 100mg, metformina 850mg, metformina 500mg, glibenclamida 5mg, gliclazida 30mg, sinvastatina 40mg, sinvastatina 20mg, sinvastatina 10 mg, levotiroxina 25 mcg, levotiroxina 50 mcg, levotiroxina 100 mcg e losartana potássica 50 mg (SMS-São Paulo, 2006).

O paciente cadastrado no PRC tem garantida a consulta médica, a consulta de enfermagem e a participação dos grupos educativos, quando são discutidas questões sobre a hipertensão, diabetes, qualidade de vida, adesão à terapia, alimentação saudável e atividade física. Esses grupos são realizados semanalmente com a presença de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos e terapeutas, a fim de torná-los mais atraentes e dinâmicos.

A gestão do Programa Remédio em Casa é realizada pelo software Gestão de Sistema de Saúde (GSS) no qual após a aprovação clínica, o paciente é cadastrado. Nesse momento, confirmam-se os dados cadastrais, os problemas de saúde e os medicamentos prescritos. A prescrição deverá ser conferida e liberada em até 24 horas por outro colaborador. Após a inserção no GSS, o paciente dirige-se até a farmácia para retirar medicamentos para 15 dias de tratamento. Sendo esse o tempo necessário para que os Correios possam realizar a entrega dos medicamentos. O GSS é parametrizado para cada fármaco do elenco do PRC (Tabela 3). É uma forma de garantir a segurança da prescrição, pois os fármacos são cadastrados com a dose mínima diária até a dose máxima diária. Quando a dose prescrita é maior que a permitida, o GSS não autoriza a inclusão do paciente. Nesse caso, a prescrição retorna ao médico para avaliação.

Os pacientes do PRC são monitorados continuamente e caso aconteça alguma falha no processo de entrega dos medicamentos pelo correio a Unidade Básica de Saúde (UBS) entra em contato com o paciente para que ele possa retirar os medicamentos para 90 dias na farmácia da UBS. Assim, consegue-se garantir acesso ao acompanhamento clínico pela equipe

multiprofissional e ao medicamento que é parte essencial para o controle dos níveis pressóricos.

De acordo com a avaliação feita pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, o Remédio em Casa é um programa inovador que pode ser acoplado a qualquer programa de doenças crônicas por causar impacto na gestão de programas de saúde. Com a implantação do programa as UBS passaram a fornecer uma gama de informações que irão embasar futuras tomadas de decisões. Para que o paciente continue a receber os medicamentos de forma contínua, ele deve passar em consulta médica, seguir as recomendações não farmacológicas, aderir ao tratamento medicamentoso, participar das atividades educativas e das consultas multiprofissionais (Simões; Monteiro, 2006).

O Programa Remédio em Casa foi a melhor referência de acesso a medicamentos essenciais relatado pelos participantes de uma pesquisa realizada na região do Butantã na cidade de São Paulo. De acordo com os participantes, o PRC, traz diversos benefícios, tais como: acesso aos medicamentos com entrega domiciliar, redução do número de idas a farmácia para retirar os medicamentos, maior aderência ao tratamento, maior controle pressórico, garantia de agendamento de consulta de retorno, maior frequência de exames e fortalecimento do vínculo com a equipe multiprofissional. A garantia da manutenção do tratamento dos pacientes participantes do PRC é a pontualidade de entrega dos medicamentos, que produz conforto emocional, segurança e sentimento de valorização (Bello, 2009). Há escassez de estudos que avaliem o impacto do Programa Remédio em Casa e/ou qualquer outro programa que promova a remessa postal de medicamentos.

Tabela 3 - Parametrização da dosagem dos fármacos do programa remédio em casa no sistema GSS, São Paulo 2010

Descrição	Posologia	Posologia	Nº tomadas/ dia	Posologia Máxima	Indicação
	Mínima/período	Recomendada/dia			
Ácido Acetilsalicílico	1cp	100mg	1	1cp (100mg)	Diabete mellitus
100mg					Hipertensão arterial
Sinvastatina 20mg	1cp	40mg	1	4cp (80mg)	Dislipedemia
Levotiroxina sódica	1 cp	25mcg	1	4cp (100mcg)	Hipotireoidismo
25 mcg					
Levotiroxina sódica	1cp	50mcg	1	4cp (200mcg)	Hipotireoidismo
50 mcg					
Levotiroxina sódica	1co	100mcg	1	2cp (200mcg)	Hipotireoidismo
100 mcg					
Propranolol 40mg	½ cp	120mg	2 - 3	6cp (240mg)	Hipertensão arterial
Atenolol 50mg	½ cp	50mg	1	2cp (100mg)	Hipertensão arterial
Captopril 25mg	½ cp	12,5mg	2- 3	6cp (100mg)	Hipertensão arterial

Adaptado da Parametrização do Programa Remédio em Casa SMS/SP, 2010.

Continua

Tabela 3 - Parametrização da dosagem dos fármacos do programa remédio em casa no sistema GSS, São Paulo 2010. Continuação.

Descrição	Posologia Mínima/período	Posologia Recomendada/dia	Nº tomadas/ dia	Posologia Máxima	Indicação
Maleato de enalapril 20mg	1cp	20mg	1 – 2	2cp (40mg)	Hipertensão arterial
Maleato de enalapril 5mg	1cp	5mg	1 – 2	4cp (20mg)	Hipertensão arterial
Bensilato de anlodipino 5mg	½ cp	2,5mg	1	2cp (10mg)	Hipertensão arterial
Nifedipina 20mg	1cp	40mg	1 – 2	3cp (60mg)	Hipertensão arterial
Hidroclorotiazida 25mg	½ cp	25mg	1	1cp (25mg)	Hipertensão arterial
Glibenclamida 5mg	½ cp	5mg	1 – 3	4cp (20mg)	Diabete melittus
Metformina 850mg	½ cp	850mg	1 - 2	3cp (2550mg)	Diabete melittus
Metformina 500mg	1cp	1000mg	1 - 2	4cp (2000mg)	Diabete melittus
Glicazida 30mg	1cp	Dose dependente de resposta clínica	1 – 2	4cp (120mg)	Diabete melittus
Adaptado da Parametrização do Programa Remédio em Casa SMS/SP, 2010.					Conclusão

2. JUSTIFICATIVA

O tratamento farmacológico da hipertensão arterial (HA) é uma importante medida para a redução da morbidade e mortalidade associada à doença cardiovascular, com importante incremento da qualidade de vida de seus portadores. Além das consequências para a saúde o tratamento farmacológico inadequado tem repercussões econômicas significativas. Um dos principais problemas relacionados à atenção dos pacientes crônicos em geral e em especial dos portadores de HA é a não adesão ao tratamento. Ela pode ser decorrente de reações adversas, de dosagem não tolerada, de esquecimento, da falta de entendimento da prescrição médica, do desconhecimento a respeito da doença, entre outras causas, mas o principal motivo é a falta de acesso ao medicamento. A não adesão pode levar ao agravamento e ao aumento dos gastos com atenção especializada e o acesso inadequado aos medicamentos tem sido debatido intensamente na literatura científica. Pouco se conhece, no entanto, como se comporta a adesão quando existe pleno acesso aos fármacos.

Diversas iniciativas no campo das políticas de saúde têm se preocupado com a adesão. Dentre elas destaca-se o Programa Remédio em Casa (PRC) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Criado em 2005, o programa teve como objetivo organizar o atendimento à população com HA, DM e hipotireoidismo, garantindo entrega domiciliar e acesso efetivo aos medicamentos.

A avaliação de um programa preocupado com o adequado uso da medicação como o PRC em São Paulo é, portanto, um momento especial para

verificar como a adesão ao tratamento farmacológico se comporta em um ambiente de pleno acesso.

3. OBJETIVO

Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com hipertensão arterial em uma situação de pleno acesso farmacológico, verificando sua associação com aspectos sócio demográficos, comportamentais e características nosológicas.

4. METODOLOGIA

Trata-se de estudo observacional transversal que abordou a população residente na região de Guaianases, município de São Paulo. De acordo com o IBGE (2013), a região possui população estimada em 269.251 habitantes, distribuídos em 8 bairros. O local tem características de bolsão de pobreza onde se concentram graves problemas econômicos e sociais além de altos índices de violência. A urbanização é desordenada coexistindo moradias coletivas, invasões e habitações familiares. A principal fonte de renda tem origem na economia informal em pequenos comércios (Hughes, 2004).

4.1 Critérios de inclusão

Pessoas de ambos os sexos portadoras de hipertensão arterial com ou sem co-morbidades, com 50 anos de idade ou mais, cadastrados na Unidade de Saúde e participantes do Programa Remédio em Casa da Prefeitura Municipal da Cidade de São Paulo por pelo menos 6 meses. Todos os participantes residem na área de abrangência da UBS Guaianases 1, UBS Jardim Robru ou UBS Vila Chabilândia em Guaianases no município de São Paulo.

4.2 Critérios de exclusão

Pessoas que por qualquer motivo não conseguiram responder ao questionário.

4.3 Entrevistas

Os participantes foram entrevistados ao longo do segundo semestre de 2012 pelo próprio pesquisador na UBS em que estão cadastrados. A ocasião foi a do atendimento de retorno para consulta. A seleção dos pacientes foi feita através de sorteio aleatório. Elaborou-se um banco de dados com os nomes dos pacientes que estavam ativos no PRC, ou seja, que estavam em acompanhamento clínico e dentro das especificações do programa. Elaborou-se três planilhas, uma para cada Unidade de Saúde, cada planilha foi composta pelos nomes dos pacientes ativos. Após, realizou-se o sorteio aleatório utilizando o Microsoft do Excel 2010.

O questionário foi composto por quatro blocos: características sócio-demográficas, características clínicas, características do programa e o Teste de Medida de Adesão (MAT).

O Bloco características sociodemográficas abordou os seguintes aspectos: sexo, faixa etária, estado civil, raça, religião, escolaridade, renda e se reside sozinho. Bloco características clínicas: tempo que possui HA, tratamento não farmacológico, retorno em consulta médica, participação em grupos mensais da UBS, internação nos últimos 12 meses, doenças associadas, tabagismo, etilismo e medida pontual da pressão arterial. A pressão arterial (PA) foi aferida no início e no final da entrevista. Logo após, calculou-se a média dos valores obtidos elegendo o resultado final como PA pontual. Para a aferição da pressão arterial utilizou-se o aparelho de pressão digital automático G-TEC modelo BP3AA1-H, além de seguir os procedimentos recomendados pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (VI DBH , 2010).

O Bloco características relacionadas ao programa foi composto pelas seguintes variáveis: administração de todos os medicamentos prescritos, falha de entrega dos medicamentos, dificuldade em obter os medicamentos, motivo da dificuldade, número de medicamentos por receita, automedicação, quantidade de medicamentos para HA, tempo de participação no PRC, reações adversas, adequação à prescrição médica, conhecimento sobre a indicação, forma de reconhecimento e classe farmacológica dos medicamentos prescritos. Para a coleta de dados sobre o número, quantidade, e administração dos medicamentos foi verificada a última receita de cada participante. Solicitou-se a última receita médica para avaliar o conhecimento do paciente e a utilização do medicamento em relação aos fármacos prescritos .

Para determinar a adesão, foi utilizado o Teste de Medida de Adesão (MAT), desenvolvido, adaptado e validado por Delgado e Lima (2001). Este teste é composto por 7 questões, sendo que as questões 1, 2, 3 e 4 foram adaptadas da escala de Morisky, Green e Levine (1986), a questão de número 7 foi adaptada de Shea et al. (1992) e a questão de número 6 foi adaptada de Ramalhinho (1994).

Delgado e Lima (2001) validaram o instrumento em Portugal verificando as respostas na escala de Likert com as pontuações: sempre (1), quase sempre (2), com frequência (3), às vezes (4), raramente (5) e nunca (6). As respostas de cada uma são somadas e divididas pelo número total de questões e o valor obtido é convertido em uma escala dicotômica, construída para indicar os sujeitos com adesão ou não ao tratamento medicamentoso. Considera-se como não adesão os valores obtidos de 1 a 4 (respostas: sempre, quase

sempre, com frequência e às vezes) e como adesão os valores 5 e 6 (respostas: raramente e nunca). O formulário encontra-se no anexo A.

O questionário foi testado em estudo piloto em junho de 2012 com 05 pacientes de unidades básicas de saúde da região de Guaianases que não participaram desta pesquisa. Após o piloto, foram feitas as adequações necessárias no instrumento de coleta de dados.

4.4 Tamanho da Amostra

Foram entrevistadas 106 pessoas cadastradas no Programa Remédio em Casa. Este número foi calculado a partir dos seguintes parâmetros: $\alpha=0,05$, poder estatístico de 80% e prevalência da adesão em 50%. A identificação dos pacientes foi realizada através de sorteio simples dentre todos aqueles cadastrados no programa. Os 106 participantes foram divididos entre as Unidades de Saúde seguindo a distribuição proporcional do número de pacientes cadastrados. Assim, na UBS Guaianases 1 foram entrevistados 14 (13,2% de 106 pacientes) porque esse serviço possui 13,2% dos pacientes cadastrados no conjunto das três UBS do presente estudo. Na UBS Jardim Robru foram entrevistados 49 pacientes e na UBS Vila Chabilândia 43 pacientes.

4.5 Entrada dos Dados

Os dados de cada questionário foram digitados duas vezes e os erros de digitação foram identificados e corrigidos.

4.6 Análise

Para estimar a relação entre adesão e os fatores selecionados, foram calculadas as Razões de Prevalência (RP) a partir da Regressão de Poisson, considerando-se a adesão como variável dependente e as características sócio-demográficas, comportamentais, clínicas e relacionadas com o PRC como variáveis independentes. A análise multivariada foi realizada ajustando-se cada variável por sexo, idade e escolaridade. Considerou-se o nível de significância de 5%. Todas as análises foram realizadas a partir do pacote estatístico STATA 11.

4.7 Aspectos Éticos

No início da entrevista, os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e que tiveram suas identidades preservadas, e que poderiam desistir de participar a qualquer momento sem prejuízo do atendimento médico e multiprofissional. Àqueles que concordaram, foi solicitado a leitura e a assinatura das duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve recusa de nenhum participante.

Os questionários foram arquivados em banco de dados eletrônico de propriedade do pesquisador responsável e do orientador.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo sob o parecer nº 114/12.

5. RESULTADOS

A idade dos participantes variou entre 50 e 90 anos, com média de 65,8 anos e predomínio do sexo feminino (67,9%). Oitenta e três por cento dos participantes estão no PRC há mais de cinco anos.

A maioria dos entrevistados vivia com companheiro (a) (51,9%) e a raça predominante foi a negra (54,7%) seguida da branca (42,4%). A religião evangélica foi a mais frequente (54,7%), seguida das religiões católica, espírita ou os sem religião (45,3%). Em relação aos anos de estudo, 79,2% dos entrevistados estudaram entre 5 e 11 anos e 20,7% dos entrevistados tinham estudado no máximo até a 4ª série do ensino fundamental. A maioria dos entrevistados (74,5%) possuíam renda acima de 2 salários mínimos. A maioria dos participantes referiu não morar sozinho (84,9%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Características sociodemográficas dos participantes do programa remédio em casa. São Paulo-SP, 2013

Característica	Aderente	Não Aderente	RP (IC 95%)	Valor de p	RP (IC 95%)*	Valor de p
Sexo	n (%)	n (%)				
Feminino	57 (79,2%)	15 (20,8%)	1	0,864	1	0,883
Masculino	28 (82,4%)	6 (17,7%)	1,04 (0,66 - 1,63)		1,08 (0,68 – 1,71)	
Faixa Etária						
50 à 59anos	24 (88,9%)	03(11,1%)	1	0,563	1	
60 anos - +	61 (77,2%)	18 (22,8%)	0,87 (0,54 – 1,39)		0,89 (0,54 – 1,47)	0,883
Estado Civil						
Com companheiro (a)	43 (78,2%)	12 (21,8%)	1	0,810	1	0,935
Sem companheiro (a)	42 (82,4%)	09 (17,7%)	1,05 (0,69 – 1,61)		1,09 (0,71 – 1,70)	

*RP ajustada por idade, sexo e escolaridade

Continua

Tabela 4 - Características sociodemográficas dos participantes do programa remédio em casa. São Paulo-SP, 2013. Continuação.

Característica	Aderente	Não Aderente	RP (IC 95%)	Valor de p	RP (IC 95%)*	Valor de p
Raça						
Branca	32 (71,1%)	13 (28,9%)	1	0,646	1	
Negra	50 (86,2%)	08 (13,8%)	1,21 (0,78 - 1,89)		1,19 (0,76 – 1,87)	0,915
Não sabe	03 (100%)	00	1,41 (0,43 – 4,59)		1,44 (0,44 – 4,79)	
Religião						
Evangélico	49 (84,5%)	09 (15,5%)	1	0,586	1	0,932
Outras	36 (75%)	12 (25%)	0,89 (0,58 – 1,36)		0,90 (0,58 – 1,42)	
Escolaridade						
5 à 11 anos	65 (77,4%)	19 (22,6%)	1	0,534	1	0,883
Sem instrução – 4 anos	20 (90,9%)	02 (9,1%)	1,17 (0,71 – 1,94)		1,15 (0,68 – 1,95)	

*RP ajustada por idade, sexo e escolaridade

Continua

Tabela 4 - Características sociodemográficas dos participantes do programa remédio em casa. São Paulo-SP, 2013. Continuação.

Característica	Aderente	Não Aderente	RP (IC 95%)	Valor de p	RP (IC 95%)*	Valor de p
Renda						
menos R\$ 622,00 - R\$ 1.246,00	23 (85,2%)	04 (14,8%)	1	0,738	1	0,945
R\$ 1.247,00 – R\$ 3.110,00	62 (78,5%)	17 (21,5%)	0,92 (0,57 – 1,49)		0,92 (0,55 – 1,55)	
Reside sozinho						
Não	72 (80%)	18 (20%)	1	0,959	1	0,949
Sim	13 (81,3%)	03 (18,8%)	1,02 (0,56 – 1,83)		1,08 (0,58 – 2,00)	
*RP ajustada por idade, sexo e escolaridade						Conclusão

Grande parte dos participantes (31,1%) possuíam diagnóstico de HA há pelo menos 5 anos, seguidos dos que já tratam a hipertensão há mais de 6 anos (28,3%). Dentre as medidas não farmacológicas para controle da HA destaca-se a reeducação alimentar (41,5%) e a prática de atividade física (35,8%). Em relação ao retorno em consulta médica, 86,8% dos pacientes, foram ao clínico geral para avaliação clínica nos últimos seis meses. Um dado importante é a baixa participação nos grupos da Unidade de Saúde: 97,2% dos entrevistados relataram não participar. Quando questionados sobre internação hospitalar nos últimos doze meses, 93,4% negaram qualquer intercorrência clínica nesse período. A presença de co-morbidades foi observada em 58,7% dos pacientes; 88,7% afirmaram não ingerir álcool e 42,4% em algum momento da vida utilizou o tabaco (Tabela 5).

Tabela 5- Características clínicas dos participantes do programa remédio em casa. São Paulo-SP, 2013

Característica	Aderente	Não Aderente	RP (IC 95%)	Valor de p	RP (IC 95%)*	Valor de p
Tempo com HAS	n (%)	n (%)				
1 – 5 anos	24 (72,7%)	09 (27,3%)	1	0,898	1	0,985
6 – 10 anos	27 (90%)	03 (10%)	1,23 (0,71 – 2,14)		1,19 (0,67 – 2,09)	
11 - 15 anos	11 (78,6%)	03 (21,4%)	1,08 (0,53 – 2,20)		1,10 (0,53 – 2,31)	
+ 16 anos	23 (79,3%)	06 (20,7%)	1,09 (0,61 – 1,93)		1,10 (0,62 – 1,97)	
Medidas não farmacológicas						
Atividade Física	33 (86,8%)	05 (13,2%)	1	0,884	1	0,968
Chá	06 (75%)	02 (25%)	0,86 (0,36 – 2,06)		0,87 (0,36 – 2,08)	
Reeducação alimentar	32 (72,7%)	12 (27,3%)	0,84 (0,51 – 1,36)		0,82 (0,50 – 1,34)	
Não faz	14 (87,5%)	02 (12,5%)	1,01 (0,54 – 1,88)		0,97 (0,55 – 1,47)	

*RP ajustada por idade, sexo e escolaridade

Continua

Tabela 5- Características clínicas dos participantes do programa remédio em casa. São Paulo-SP, 2013. Continuação.

Característica	Aderente	Não Aderente	RP (IC 95%)	Valor de p	RP (IC 95%)*	Valor de p
Consulta médica						
Nos últimos 6 meses	73 (79,4%)	19 (20,7%)	1	0,806	1	0,942
Há mais de 6 meses	12 (85,7%)	02 (14,3%)	1,08 (0,59 – 1,99)		1,11 (0,60 – 2,05)	
Participação nos grupos educativos						
Sim	03 (100%)	00	1	0,707	1	0,931
Não	82 (79,6%)	21 (20,4%)	0,80 (0,25 – 2,52)		0,76 (0,23 – 2,46)	
Internação nos últimos 12 meses						
Não	80 (80,81%)	19 (19,2%)	1	0,785	1	0,945
Sim	05 (71,4%)	02 (28,6%)	0,88 (0,36 – 2,18)		0,87 (0,35 – 2,17)	

*RP ajustada por idade, sexo e escolaridade

Continua

Tabela 5- Características clínicas dos participantes do programa remédio em casa. São Paulo-SP, 2013. Continuação.

Característica	Aderente	Não Aderente	RP (IC 95%)	Valor de p	RP (IC 95%)*	Valor de p
Doenças associadas						
Não	33 (75%)	11 (25%)	1	0,614	1	0,943
Sim	52 (83,9%)	10 (16,1%)	1,12 (0,72 – 1,73)		1,07 (0,69 – 1,69)	
Fumante						
Não	04 (57,1%)	03 (42,9%)	1	0,523	1	0,940
Sim	43 (79,6%)	11 (20,4%)	1,39 (0,50 – 3,88)		1,41 (0,50 – 3,94)	
ex fumante	38 (84,4%)	07 (15,6%)	1,48 (0,53 – 4,14)		1,48 (0,52 – 4,24)	
Etilista						
Não	75 (83,3%)	19 (20,2%)	1	0,897	1	0,956
Sim	10 (83,3%)	02 (16,7%)	1,04 (0,53 – 2,02)		0,99 (0,49 – 2,02)	

*RP ajustada por idade, sexo e escolaridade.

Conclusão

Dentre os entrevistados 74,5% utilizavam algum outro medicamento além dos que estavam prescritos no PRC e a automedicação foi negada por 92,4% dos pacientes. Na avaliação do receituário, pode-se observar que 50% das prescrições foram compostas por até três medicamentos diários e 41,5% das prescrições recomendavam até seis medicamentos.

Em relação ao acesso dos medicamentos, quando há falha na entrega dos correios, 61,3% retiram os seus medicamentos na farmácia da UBS e 33% referiram que sempre receberam via remessa postal sem falhas de entrega, 92,4% não tiveram dificuldade para retirar medicamentos na unidade básica de saúde. Quando a dificuldade ocorreu, o motivo mais frequente foi a falta dos medicamentos (4,7%).

Em relação à reação adversa, 81,1% relataram não sofrer com reações advindas da utilização dos fármacos. O conhecimento da indicação de cada fármaco foi declarado por 61,3% dos integrantes da pesquisa e 21,7% sabiam apenas a indicação de alguns medicamentos. O seguimento da prescrição médica foi visto em 63,2% da amostra e 22,6% dos integrantes declararam seguir as recomendações médicas parcialmente, ou seja, deixava de tomar pelo menos um medicamento em conformidade com o estava prescrito; 48,1% disseram saber qual é a medicação que devem tomar tendo como referência a embalagem primária do produto e 24,5% referiam o tamanho e/ou a forma do produto farmacêutico; 67,9% dos pacientes não contavam com auxílio de nenhum parente para administrar os medicamentos recomendados. Na análise da medida pontual da pressão arterial, 72% dos pacientes estavam com pressão arterial em até 140x90mmhg no momento da aferição (Tabela 6).

Tabela 6 - Adesão à medicamentos e Características relacionadas ao programa remédio em casa. São Paulo-SP, 2013

Característica	Aderente	Não Aderente	RP (IC 95%)	Valor de p	RP (IC 95%)*	Valor de p
Medicamentos além dos PRC	n (%)	n (%)				
Não	19 (70,4%)	08 (29,6%)	1	0,503	1	0,919
Sim	66 (83,5%)	13 (16,5%)	1,19 (0,71 -1,98)		1,14 (0,68 – 1,93)	
Falha da entrega dos medicamentos						
Nunca aconteceu	29 (82,9%)	06 (17,1%)	1	0,485	1	
Pega na UBS	54 (83,1%)	11 (16,9%)	1,01 (0,64 – 1,57)		0,99 (0,63 – 1,58)	0,820
Comprou o medicamento	01 (50%)	01 (50%)	0,60 (0,82 – 4,42)		0,60 (0,07 – 4,44)	

*RP ajustada por idade, sexo e escolaridade

Continua

Tabela 6 - Adesão à medicamentos e Características relacionadas ao programa remédio em casa. São Paulo-SP, 2013.

Continuação.

Característica	Aderente	Não Aderente	RP (IC 95%)	Valor de p	RP (IC 95%)*	Valor de p
Esperou entregar	01 (25%)	03 (75%)	0,30 (0,04 – 2,21)		0,31 (0,04 – 2,28)	
Dificuldade de obter os medicamentos?						
Não	81 (82,7%)	17 (17,4%)	1	0,288	1	0,808
Sim	04 (50%)	04 (50%)	0,60 (0,22 – 1,65)		0,62 (0,23 – 1,72)	
Motivo da dificuldade						
Nenhum	81 (82,7%)	17 (17,4%)	1	0,500	1	0,859
Medicamento em falta	02 (40%)	03 (60%)	0,48 (0,11 – 1,97)		0,49 (0,12 – 2,00)	
Outros	02 (66,7%)	01 (33,3%)	0,81 (0,20 – 3,28)		0,87 (0,21 – 3,62)	
*RP ajustada por idade, sexo e escolaridade						Continua

Tabela 6 - Adesão à medicamentos e Características relacionadas ao programa remédio em casa. São Paulo-SP, 2013.
Continuação.

Característica	Aderente	Não Aderente	RP (IC 95%)	Valor de p	RP (IC 95%)*	Valor de p
Número de medicamentos por receita						
1 – 3 medicamentos	44 (83%)	09 (17%)	1	0,900	1	0,974
4 – 6 medicamentos	37 (78,7%)	10 (21,3%)	0,95 (0,62 – 1,47)		0,94 (0,61 – 1,47)	
+ 7 medicamentos	04 (66,7%)	02 (33,3%)	0,80 (0,22 – 2,32)		0,81 (0,29 – 2,30)	
Automedicação						
Não	78 (79,6%)	20 (20,4%)	1	0,812	1	0,945
Sim	07 (87,5%)	01 (12,5%)	1,10(0,51 – 2,38)		1,13 (0,51 – 2,48)	

*RP ajustada por idade, sexo e escolaridade

Continua

Tabela 6 - Adesão à medicamentos e Características relacionadas ao programa remédio em casa. São Paulo-SP, 2013.
Continuação.

Característica	Aderente	Não Aderente	RP (IC 95%)	Valor de p	RP (IC 95%)*	Valor de p
Quantidade de medicamentos para HA						
1 medicamento	05 (55,6%)	04 (44,4%)	1	0,428	1	0,678
2 - 3 medicamentos	37 (84,1%)	07 (15,9%)	1,51 (0,59– 3,85)		1,61 (0,63 – 4,15)	
4 - 5 medicamentos	28 (96,5%)	01 (03,5%)	1,73 (0,67 – 4,50)		1,87 (0,72 – 4,90)	
+ 6 medicamentos	15 (62,5%)	09 (37,5%)	1,12 (0,41 – 3,09)		1,15 (0,42 – 3,19)	
Tempo PRC						
1 – 4 anos	17 (94,4%)	01 (05,6%)	1	0,468	1	0,908
+ 5 anos	68 (77,3%)	20 (22,2%)	0,81 (0,48 – 1,39)		0,84 (0,48 – 1,46)	

*RP ajustada por idade, sexo e escolaridade

Continua

Tabela 6 - Adesão à medicamentos e Características relacionadas ao programa remédio em casa. São Paulo-SP, 2013.
Continuação.

Característica	Aderente	Não Aderente	RP (IC 95%)	Valor de p	RP (IC 95%)*	Valor de p
Reações Adversas						
Não	68 (79,1%)	18 (20,9%)	1	0,791	1	0,942
Sim	17 (85%)	03 (15%)	1,08 (0,63 – 1,89)		1,09 (0,64 – 1,88)	
Administração de acordo com a prescrição						
Sim	59 (88,1%)	08 (11,9%)	1	0,225	1	0,653
Não	07 (46,7%)	08 (53,3%)	0,53(0,24 – 1,16)		0,54 (0,24 – 1,20)	
Parcialmente	19 (79,2%)	05 (20,8%)	0,90 (0,53 – 1,51)		0,87 (0,53 – 1,49)	
*RP ajustada por idade, sexo e escolaridade						Continua

Tabela 6 - Adesão à medicamentos e Características relacionadas ao programa remédio em casa. São Paulo-SP, 2013.
Continuação.

Característica	Aderente	Não Aderente	RP (IC 95%)	Valor de p	RP (IC 95%)*	Valor de p
Conhece a indicação dos medicamentos						
Sim	53 (81,5%)	12 (18,5%)	1	0,914	1	0,980
Não	13 (72,2%)	05 (27,8%)	0,88 (0,48 – 1,62)		0,91 (0,49 – 1,68)	
Parcialmente	19 (82,6%)	04 (17,4%)	1,01 (0,60 – 1,71)		0,99 (0,58 – 1,68)	
Forma de identificação do medicamento						
Por Nome	08 (72,7%)	03 (27,3%)	1	0,983	1	0,988
Por Cor	15 (83,3%)	03 (16,7%)	1,14 (0,48 – 2,70)		1,20 (0,50 – 2,87)	
Por Tamanho/forma	20 (76,9%)	06 (23,1%)	1,06(0,46 – 2,40)		1,07 (0,47 – 2,47)	
Por Embalagem	42 (82,4%)	09 (17,6%)	1,13(0,53 – 2,41)		1,17 (0,55 – 2,52)	

*RP ajustada por idade, sexo e escolaridade.

Conclusão

Os medicamentos mais prescritos foram o diurético hidroclorotiazida 25mg (23,6%), os inibidores de enzima conversora de angiotensina (IECA) captopril 25mg e maleato de enalapril de 20mg e 5 mg (22,2%), o antiplaquetário ácido acetilsalicílico 100mg (13,5%), e os bloqueadores de canal de cálcio anlodipino 5mg e nifedipina 20mg (9%).

No conjunto dos 106 participantes, 80% (n=85) foram avaliados como aderentes. Não houve diferenças significativas do ponto de vista estatístico para a adesão em relação às características sócio-demográficas, clínicas e do PRC.

6. DISCUSSÃO

Os resultados mostram que portadores de hipertensão arterial com pleno acesso aos medicamentos apresentaram alta adesão terapêutica. Os poucos participantes não aderentes não diferiram dos demais do ponto de vista das características sócio demográficas, comportamentais e clínicas.

A adesão ao tratamento farmacológico para doenças crônicas é um grande desafio para a saúde pública. Em geral, a adesão é baixa, em torno de 50%, e diversos fatores podem influenciar essa proporção. Uma revisão mostrou a correlação entre idade e não adesão já que pacientes com mais de 60 anos podem ter problemas de visão, audição e memória, prejudicando o entendimento das orientações médicas, a identificação do medicamento a ser tomado e a organização dos horários de administração do fármaco. Além disso, a idade avançada pode acarretar dificuldades motoras (Vergetti et al., 2008; WHO, 2003; Jin et al., 2008).

Um outro estudo avaliou o impacto do nível de educação no processo de adesão ao tratamento farmacológico. Seus achados mostraram que quanto mais anos de estudo o indivíduo tiver, maior será a sua adesão, pois haverá um nível maior de compreensão da doença tratada e da necessidade de tomar os medicamentos para controle. Outro ponto que os autores abordam é que a comunicação médico–paciente é mais efetiva, ou seja, as recomendações médicas não se perdem por falta de entendimento ou medo de questionar (Cooper et al., 2005). A situação econômica pode influenciar no cuidado da saúde, já que menor poder aquisitivo está relacionado com piores condições de

saúde, menor acesso aos serviços e aos medicamentos e maiores prejuízos em sua saúde (Qureshi et al., 2005; Lima – Costa; Giatti, 2002; Andrade et al., 2002). O status socioeconômico, o estilo de vida, a falta de acesso aos medicamentos essenciais e as consultas médicas foram associados à não adesão em um estudo realizado com 595 pacientes hipertensos cadastrados em unidades de saúde da família de Blumenau (Santa Helena et al., 2010; Santa Helena, 2007).

No presente estudo, o pequeno número de participantes, principal limitação desta pesquisa, pode explicar a ausência de diferenças estatisticamente significantes nas variáveis socioeconômicas, comportamentais e nas características clínicas dos participantes. Outra limitação na comparação com a literatura é a forma como a adesão foi medida, já que os estudos publicados não são homogêneos quanto à abordagem da adesão, existindo pesquisas que realizam a contagem de comprimidos, outras que avaliam os níveis sanguíneos do princípio ativo e outras ainda que utilizam somente a aplicação de questionários. Apesar das limitações, nossos resultados apontam com segurança para o fato de que, em situação de efetiva atenção à saúde e pleno acesso aos medicamentos, a influência dos aspectos individuais e clínicos na determinação da não adesão estão atenuados.

Reforçando a interpretação de que o fator de maior peso na determinação da adesão é o acesso ao medicamento e o acompanhamento eficaz da equipe multiprofissional, observou-se que a falha na entrega domiciliar, nas poucas ocasiões em que ocorreu, foi contornada pela pronta entrega na UBS. Quando os participantes foram questionados sobre a

existência de impedimento para retirar medicamentos na farmácia da Unidade Básica de Saúde, 92,45% responderam que nunca tiveram problemas e apenas 2,83% dos entrevistados alegaram que o principal motivo de não ter feito uso adequado foi à falta do medicamento na rede de serviços. Portanto, nossos resultados indicam que a entrega do medicamento em domicílio parece não influenciar a adesão, já que as atividades do programa exigem a presença dos participantes na unidade básica de saúde, ocasião em que os medicamentos podem ser prontamente retirados na farmácia.

O acesso ao medicamento no Brasil ainda é um problema, apesar das diversas políticas para a oferta gratuita. A Política Nacional de Medicamentos normatiza o acesso aos medicamentos essenciais que devem estar disponíveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Apesar das iniciativas do poder público, o desabastecimento ainda ocorre devido a problemas complexos e multifatoriais, envolvendo diversos segmentos da cadeia industrial e logística (Brasil, 1998; Leite; Vasconcelos, 2003; Nobre et al., 2001). A falha no abastecimento de medicamentos essenciais nas unidades públicas de saúde penaliza predominantemente os indivíduos mais vulneráveis e os de menor renda, que geralmente dependem da obtenção de medicamentos no serviço público (Tavares et al., 2013).

Outro aspecto importante é o acompanhamento médico. No PRC a consulta é garantida e um dia antes da data de agendamento um profissional liga para o paciente para lembrá-lo. Em caso de falta um novo agendamento é realizado com brevidade. Oitenta e sete por cento dos pacientes do PRC referiram consulta médica nos últimos seis meses. Se o absenteísmo é baixo

nas consultas individuais, nos grupos educativos observa-se um elevado número de faltosos (Santa-Helena, 2007). De acordo com Coelho et al. (2005), 89,7%, dos pacientes por ele entrevistados, comparecem as consultas médicas e apresentam maior aderência quando comparados aos pacientes faltosos. Além do acesso a consultas e medicamentos, a relação médico–paciente é outro aspecto importante. A comunicação clara, objetiva e em linguagem adequada gera credibilidade e motivação para a realização do tratamento (Leite; Vasconcelos, 2003; Nobre et al., 2001). A adequada estrutura e organização do serviço com garantia de acompanhamento e consultas, com pleno acesso ao medicamento e o fortalecimento do vínculo com a equipe multiprofissional, permite uma melhor comunicação com os usuários, estimulando sua autonomia em relação ao problema de saúde, minimizando assim riscos futuros.

Poucos são os estudos que avaliaram a adesão à farmacoterapia em um cenário de total disponibilidade de medicamentos. Portanto, novos estudos, com maior número de participantes e com diversificação na forma de medir a adesão ainda são necessários para entender detalhadamente a complexa dinâmica da determinação da adesão ao tratamento das doenças crônicas.

Os resultados da pesquisa serão disponibilizados para a comunidade local através de informativos, cartazes na UBS, divulgação nos grupos educativos e discussão a respeito da importância de se aderir ao tratamento farmacológico. Além disso, farão parte das reuniões de equipe para orientar a atuação e estimular a discussão do tema junto aos profissionais, fomentando a mudança na prática profissional.

7. ANEXOS

Anexo A – Questionário

Data da entrevista _____ UBS _____

Prontuário _____

Nome _____

Bloco A – Características Sócio-demográficas

Qual a sua data de nascimento?

Data de Nascimento ____/____/____ Idade ____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil

Qual o seu estado conjugal?

() Casado(a) legalmente

() Solteiro(a)

() Viúvo(a)

() Separado(a) ou divorciado

() União estável há mais de seis meses

() Não quis informar

Escolaridade

Até que série e grau o(a) sr(a) estudou?

Curso primário ()1 ()2 ()3 ()4

Número de anos com aprovação no curso primário_____.

Admissão () – número de anos_____.

Curso ginásial ou ginásio()1 ()2 ()3 ()4

Número de anos com aprovação no ginásio_____.

1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau

()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8

Número de anos com aprovação no fundamental ou supletivo_____.

2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau

()1 ()2 ()3

Número de anos com aprovação no 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau_____.

3º grau ou curso superior

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ou + _____.

Número de anos com aprovação no curso superior _____.

Pós graduação (especialização, mestrado e doutorado)

Número de anos com aprovação no curso de pós graduação _____.

Total de anos de estudo _____.

() Nunca estudou

() Não sabe

() Não quis responder

A cor da sua pele é:

() Branca

() Negra

() Amarela (apenas para ascendência oriental)

() Parda ou morena

() Indígena (confirmar ascendência)

() Não sabe

() Não quis informar

Religião

() Evangélica () Católica () Umbanda

() Candomblé () Espírita () Sem religião

() Outra _____

Renda

() menos de um salário mínimo R\$ 622,00

() R\$ 623,00 – R\$ 1.246,00

() R\$ 1.247,00 – R\$ 1.869,00

() R\$ 1.870,00 – R\$ 2.488,00

() R\$ 2.489,00 – () R\$ 3.110,00

() Acima de R\$ 3.111,00

Reside Sozinho() Sim () Não

O Sr.(a) fuma?

() Sim, diariamente

() Sim, ocasionalmente

() Não

Já fumou no passado?

() Sim () Não

O Sr.(a) costuma consumir bebida alcoólica?

() Sim () Não

Bloco B – Acompanhamento Clínico

PA_____ Data_____

Há quanto tempo foi diagnosticado a HAS? _____

Há quanto tempo participa do Programa Remédio em Casa? _____

Quando o Sr.(a) passou em consulta médica?

() Nos últimos 6 meses () há mais de 6 meses

O Sr.(a) participa dos grupos educativos da sua unidade?

() Sim () Não

Nos últimos 12 meses o Sr.(a) foi internado por causa da pressão alta?

() Sim () Não

O sr(a) toma algum outro medicamento que não faz parte do Programa Remédio Remédio em Casa?

() Sim () Não

Qual? _____

Utiliza algum outro método para controlar a pressão?

☐ Chá ☐ Educação alimentar ☐ Exercícios físicos ☐ Fitoterapia

☐ Homeopatia ☐ Outro _____ ☐ Nenhum

Quando o correio não entrega os medicamentos, onde o Sr.(a) consegue a medicação?

☐ Farmácia da UBS

☐ Dose certa

☐ Farmácia privada

☐ Pega emprestado com vizinho ou familiar

☐ Espera o correio entregar e fica sem tomar

☐ Pede para o médico trocar por um medicamento que tenha na UBS

☐ Nunca aconteceu de o correio não entregar.

☐ Outro local. Qual? _____

Já teve dificuldade para retirar o medicamento na farmácia da UBS?

☐ Sim ☐ Não

Qual Motivo?

☐ Medicamento em falta nas farmácias públicas

☐ Receita em apenas uma via

☐ Receita ilegível

☐ Receita incompleta

() Receita rasurada

() Outros. Qual? _____

Número de medicamentos administrados por dia:

() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () mais de 08

Quantos desses medicamentos são anti-hipertensivos?

() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () mais de 08

O Sr (a) teve alguma reação ruim com o uso do medicamento?

() Sim () Não

Anotar a medicação prescrita

Nome	Posologia	Como está tomando?	Sabe para que serve?
			() Sim () Não

Como o (a) senhor (a) sabe a medicação que tem que tomar?

() Pela cor

() tamanho ou forma da medicação

() Pela embalagem

() Pelo nome da medicação

() Outra forma. Qual? _____

Tem alguém para ajuda-lo na hora de tomar o remédio?

() Sim () Não

Possui alguma outra doença?

() Diabetes () Colesterol alto () Doença do coração

() Outros _____ () nenhuma

Teste de Medida de Adesão ao Tratamento - MAT

1 - Você alguma vez se esqueceu de tomar o seu remédio?					
SEMPRE	QUASE SEMPRE	COM FREQUÊNCIA	ÀS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
1	2	3	4	5	6
2 – Você, alguma vez, foi descuidado com o horário para tomar o seu remédio?					
SEMPRE	QUASE SEMPRE	COM FREQUÊNCIA	ÀS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
1	2	3	4	5	6
3 – Você alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por ter se sentido melhor?					
SEMPRE	QUASE SEMPRE	COM FREQUÊNCIA	ÀS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
1	2	3	4	5	6
4 – Você alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por sua iniciativa, após ter se sentido pior?					
SEMPRE	QUASE SEMPRE	COM FREQUÊNCIA	ÀS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
1	2	3	4	5	6
5 – Você alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença por sua iniciativa, após ter se sentido pior?					
SEMPRE	QUASE	COM	ÀS VEZES	RARAMENTE	NUNCA

	SEMPRE	FREQUÊNCIA			
1	2	3	4	5	6
6 – Você alguma vez interrompeu o tratamento para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
SEMPRE	QUASE SEMPRE	COM FREQUÊNCIA	ÀS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
1	2	3	4	5	6
7 – Você alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
SEMPRE	QUASE SEMPRE	COM FREQUÊNCIA	ÀS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
1	2	3	4	5	6

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso em situação de pleno acesso farmacológico de pacientes com hipertensão arterial

Este é um convite para você participar da pesquisa que irá avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários cadastrados nessa Unidade de Saúde, portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e que sejam cadastrados no Programa Remédio em Casa.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Acreditamos que esse estudo contribuirá para que possamos entender a forma de utilização de medicamentos pelos pacientes e sensibilizar a equipe para uma revisão constante da prática profissional. Portanto, se o (a) Sr.(a) não entender alguma das questões, por favor, solicite os esclarecimentos que julgar necessário.

A sua participação nesse estudo não lhe trará despesas, gastos ou danos, e nem mesmo nenhuma gratificação. Caso o sr.(a) aceite ou não participar dessa pesquisa isso não interferirá no seu atendimento junto a equipe multiprofissional.

As informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa científica e os dados registrados, em nenhum momento serão divulgados com o seu nome, mantendo-se sigilo absoluto.

Desta forma, necessito realizar uma entrevista e gostaria de pedir a sua colaboração para responder as questões contidas em um questionário e o tempo estimado da entrevista será de aproximadamente 20 minutos.

Sendo assim, se você concorda em participar da pesquisa coloque seu nome no local indicado abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o (a) pesquisador (a).

Em caso de dúvidas ou reclamações o (a) Sr(a). pode consultar o Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de São Paulo pelo telefone (11) 3397-2464.

São Paulo, _____ de _____ de 2012

Nome do Participante

Assinatura do Participante ou Responsável

Legal

Samir Nicola Mansour

Pesquisador – Farmacêutico

tel: (11) 986967777

Anexo C – Parecer do Comitê de ética e pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da adesão à farmacoterapia de pacientes hipertensos participantes do Programa Remédio em Casa da cidade de São Paulo

Pesquisador: Olinda do Carmo Luiz

Área Temática: Área 3. Fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos (fases I, II e III) ou não registrados no país (ainda que fase IV), ou quando a pesquisa for referente a seu uso com modalidades, indicações, doses ou vias de administração diferentes daquelas estabelecidas, incluindo seu emprego em combinações.

Versão: 1

CAAE: 06230412.0.0000.0065

Instituição Proponente: Fundação Faculdade de Medicina - ICESP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 124.964

Data da Relatoria: 17/10/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa „Avaliação da adesão à farmacoterapia de pacientes hipertensos participantes do Programa Remédio em Casa da cidade de São Paulo” que tem como pesquisador executante o aluno Samir Nicola Mansour. O projeto está claro e de fácil entendimento. Apresenta (parcialmente - falta a primeira página) a aprovação do CEP da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. Trata-se de projeto para fins de mestrado pelo Departamento de Medicina Preventiva FMUSP. Cronograma de execução com datas anteriores à aprovação pelo CEP.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem como objetivo avaliar, através da aplicação de questionários, a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes idosos portadores de hipertensão arterial participantes do programa remédio em casa de determinadas UBS da região de Guaianases e analisar as variáveis que se associam ao abandono do tratamento ou o não cumprimento das orientações terapêuticas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avaliação dos riscos e benefícios - Os riscos são mínimos (somente provável desconforto devido ao tempo que levará para o sujeito da pesquisa responder ao questionário. Os benefícios são: a) o entendimento dos problemas relacionados ao uso de medicamentos, em especial pelos idosos. b)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: 1130-6170

Fax: 1130-6175

E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

os dados poderão servir para a elaboração de políticas e tecnologias de organização de serviços para a utilização segura e eficaz da terapia medicamentosa e a redução de ônus para sociedade, governo e cidadãos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo que procura, através dos dados que serão obtidos, servir para o entendimento da adesão ou não dos idosos com hipertensão ao uso dos medicamentos, fornecidos pelo Programa Remédio em Casa da Prefeitura Municipal da Cidade de São Paulo, para que as equipes estudem e discutam os resultados e, se necessário, promovam uma mudança na prática profissional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados são satisfatórios. Há necessidade dos pesquisadores anexarem a primeira página da aprovação do CEP do SMS/SP e adequarem o cronograma de execução, pois as datas citadas (piloto e início da aplicação dos questionários) são anteriores à data da aprovação.

Recomendações:

Incluir a primeira página da aprovação do CEP SMS/SP e adequar o cronograma de execução.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser aprovado após a inclusão da primeira página da aprovação do CEP SMS/SP e adequação do cronograma de execução (datas citadas, piloto e realização das entrevistas, são anteriores à data da aprovação pelo CEP).

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Pendente

SAO PAULO, 18 de Outubro de 2012

Assinador por:
Roger Chammas
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: 1130-6170 Fax: 1130-6175 E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0023/12*

São Paulo, 10 de Julho de 2012.
PARECER Nº 114/12 – CEP/SMS

Ilma. Sra.
Olinda do Carmo Luiz

Projeto de Pesquisa: Avaliação da adesão à farmacoterapia de pacientes hipertensos participantes do Programa Remédio em Casa da cidade de São Paulo

Pesquisador Responsável: Olinda do Carmo Luiz

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

Local onde os dados serão coletados: UBS Guaianases 1, UBS Jardim Robru e UBS Chabilândia

Financiamento: os custos são de responsabilidade dos autores, não havendo nenhuma contribuição externa (sic)

1 - Sumário Geral do Protocolo

Introdução e Justificativa:

Estimativas apontam que a hipertensão arterial atinge 30 milhões de brasileiros. A doença tem um caráter silencioso e é o principal problema de saúde pública em muitos países. Diversas são as medidas de controle e tratamento como a prática de atividade física, a alimentação saudável e o tratamento medicamentoso. Um dos pilares do tratamento farmacológico é a adesão, compreendida como a utilização dos medicamentos em 80% de adequação à prescrição. A não adesão pode ser decorrente de diversos fatores como a falta do medicamento, reações adversas, dosagem não tolerada, esquecimento, falta de entendimento da prescrição médica, da importância e da necessidade de se tomar os medicamentos corretamente.

O tratamento medicamentoso deficiente acarreta o agravamento da saúde e hospitalizações desnecessárias. Entender os problemas relacionados ao uso de medicamentos é uma etapa importante na elaboração de políticas e tecnologias de organização de serviços para a utilização segura e eficaz da terapia medicamentosa e a redução de ônus para sociedade, governo e cidadãos.

O Programa Remédio em Casa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo tem como objetivo garantir o acesso aos medicamentos e organizar o atendimento dos portadores de doenças crônicas. Os pacientes hipertensos cadastrados recebem os medicamentos em casa por remessa postal para até 180 dias de tratamento em cada remessa.

Objetivos:

- Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes portadores de hipertensão arterial participantes do programa remédio em casa e analisar as variáveis que se associam ao abandono do tratamento ou o não cumprimento das orientações terapêuticas;
- Caracterizar os pacientes hipertensos participantes do programa remédio em casa da UBS Guaianases 1, UBS Jardim Robru e UBS Chabilândia na zona leste de São Paulo, segundo as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e utilização de medicamentos.

Método: Estudo transversal com entrevista a idosos portadores de hipertensão arterial participantes do Programa Remédio em Casa e residentes na região de Guaianases.

Crítérios de inclusão: Pessoas de ambos os sexos portadoras de hipertensão arterial com 50 anos de idade ou mais, cadastradas nas UBS selecionadas e participantes do Programa Remédio em Casa por pelo menos 6 meses. Os participantes devem residir na área de abrangência das UBSs.

Crítérios de exclusão: Idade menor que 50 anos, moradores fora das áreas de abrangência definidas, pacientes inscritos há menos de 6 meses no programa e pessoas que, por motivo de doença, não consigam responder ao questionário.

A entrevista será realizada por pesquisadores especialmente treinados. Será utilizado um roteiro de entrevista e o Teste de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) desenvolvido, adaptado e validado por Delgado e Lima.

Será realizado estudo piloto com 5 pacientes de outras UBS de Guaianases.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0023/12*

Os dados de cada questionário serão digitados 2 vezes por 2 digitadores diferentes e os questionários serão arquivados em banco de dados eletrônico de propriedade do pesquisador responsável e do orientador.

Todas as análises serão feitas usando-se o pacote estatístico STATA 11. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados para a comunidade local através de informativos, cartazes na unidade e divulgação nos grupos educativos. Além disso, farão parte das reuniões de equipe das unidades para orientar a atuação e estimular a discussão do tema junto aos profissionais, fomentando a mudança na prática profissional.

2 – Considerações.

Trata-se de um projeto de mestrado que utilizará entrevistas com pacientes hipertensos para coleta dos dados.

A Rosto de Folha emitida pela Plataforma Brasil está devidamente preenchida. Há declaração de anuência da Coordenadora Regional de Saúde Leste-SMS – São Paulo.

O estudo traz consigo a possibilidade de gerar informações sobre as causas de não adesão ao tratamento de hipertensão. Além disso, os dados serão compartilhados com a equipe de saúde local, que poderá trabalhar as causas de não adesão junto aos pacientes atendidos. Portanto, é pertinente e relevante para o meio acadêmico-científico.

O orçamento e o Cronograma estão adequados. Há tratamento adequado dos dados/informações.

Os currículos dos pesquisadores, aluno e orientadora são condizentes para a condução da pesquisa.

A metodologia é adequada ao objetivo da pesquisa.

Não apresenta parecer de aprovação do CEP da FMUSP.

Como o estudo envolve aplicação de questionários, poderá haver risco mínimo de desconforto que se encontra justificado pelo desenho do estudo. A metodologia é adequada aos objetivos. São garantidos os direitos à informação, privacidade, recusa inócua, desistência, acesso ao pesquisador e CEP.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - as exigências da Resolução CNS 196/96 foram contempladas, adequado.

III - Situação do Protocolo - projeto **APROVADO**

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e).

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Simone Mongelli de Fantini
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da adesão à farmacoterapia de pacientes hipertensos participantes do Programa Remédio em Casa da cidade de São Paulo

Pesquisador: Olinda do Carmo Luiz

Área Temática: Área 3. Fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos (fases I, II e III) ou não registrados no país (ainda que fase IV), ou quando a pesquisa for referente a seu uso com modalidades, indicações, doses ou vias de administração diferentes daquelas estabelecidas, incluindo seu emprego em combinações.

Versão: 3

CAAE: 06230412.0.3001.0086

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 862.563

Data da Relatoria: 05/11/2014

Apresentação do Projeto:

Estimativas apontam que a HAS atinge 30 milhões de brasileiros. Os principais fatores de risco são: idade, sexo, etnia, excesso de peso e obesidade, excessos na ingestão de sal e de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e herança genética. A doença tem um caráter silencioso e é o principal problema de saúde pública em muitos países. Cinquenta por cento dos portadores não sabem que são hipertensos. Um dos pilares do tratamento farmacológico é a adesão, compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos em 80% de adequação, observando horário, dose e tempo de tratamento. Os termos utilizados para dimensionar a adequada conduta do paciente em relação às recomendações recebidas em inglês são compliance (cumprimento ou obediência) e recentemente tem sido mais utilizado o termo adherence que pode ser traduzido como adesão ou aderência. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a utilização de adherence, tendo como definição a adequação do comportamento de uma pessoa de acordo com as orientações do profissional de saúde. A diferença entre compliance e adherence é para enfatizar a necessidade de participação do paciente no cuidado de sua saúde, fortalecendo a relação entre profissional de saúde e paciente. A não adesão torna o tratamento ineficaz na prática clínica. Ela

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 862.563

pode ser decorrente de diversos fatores como a falta do medicamento, reações adversas, dosagem não tolerada, esquecimento, falta de entendimento da prescrição médica, da importância e da necessidade de se tomar os medicamentos corretamente.

Programa Remédio em Casa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo foi criado no ano de 2005 com o objetivo de garantir o acesso efetivo aos medicamentos e para organizar o atendimento dos portadores de doenças crônicas. Os pacientes hipertensos cadastrados recebem os medicamentos em casa por remessa postal para até 180 dias de tratamento. O objetivo do estudo será avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes portadores de hipertensão arterial participantes do programa remédio em casa de determinadas UBS da região de Guaianases e analisar as variáveis que se associam ao abandono do tratamento ou o não cumprimento das orientações terapêuticas. Será aplicado questionário por entrevistador treinado em 106 pacientes cadastrados no Programa Remédio em Casa. Inicialmente será feito um teste piloto com 5 pacientes de outra unidade para corrigir possíveis erros do instrumento. Será utilizado um roteiro de entrevista e para determinar a adesão, será utilizado o Teste de Medida de Adesão (MAT) desenvolvido, adaptado e validado por Delgado e Lima. Os dados de cada questionário será digitado duas vezes por dois digitadores diferentes e os questionários serão arquivados em banco de dados eletrônico de propriedade do pesquisador responsável e do orientador. Os erros de digitação serão identificados, aplicando-se programa de computador específico para esta finalidade. Os dois arquivos serão comparados; em caso de discordância, o instrumento de coleta será consultado para correção. O critério de inclusão: pessoas de ambos os sexos com 50 anos ou mais, participantes do Programa Remédio em Casa há pelo menos 6 meses e pertencente a área de abrangência das UBS selecionadas. Análise dos dados: Para estimar a relação entre não adesão medicamentosa e os fatores selecionados, serão calculadas as Relações de Prevalência (RP) com intervalo de confiança de 95%, considerando-se a não adesão como variável dependente e os fatores de exposição como variáveis independentes. Para variáveis ordenadas será calculado o χ^2 para tendência. Nível de significância de 0,05. As variáveis de confusão e as interações com os fatores de interesse serão examinadas utilizando-se a análise de regressão logística não-condicional. Todas as análises serão feitas usando-se o pacote estatístico STATA 11. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados para a comunidade local através de informativos, cartazes na unidade e nos grupos educativos. Serão envolvidos 106 participantes, conforme Folha de Rosto.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 862.563

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes portadores de hipertensão arterial participantes do programa remédio em casa e analisar as variáveis que se associam ao abandono do tratamento ou o não cumprimento das orientações terapêuticas.

Objetivo Secundário: Caracterizar os pacientes hipertensos participantes do programa remédio em casa da UBS Guaianases 1, UBS Jardim Robru e UBS Chabilândia na zona leste de São Paulo, segundo as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e utilização de medicamentos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: Os resultados da pesquisa serão disponibilizados para a comunidade local através de informativos, cartazes na unidade e divulgação nos grupos educativos. Além disso, farão parte das reuniões de equipe das unidades para orientar a atuação e estimular a discussão do tema junto aos profissionais, fomentando a mudança na prática profissional.

Trata-se de emenda ao projeto solicitando autorização da SMS para acessar relatórios gerenciais do programa remédio em casa e de dados epidemiológicos para complementar o estudo. Entendo que a relação de riscos benefícios permanece favorável a continuação do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda de projeto apresentado e aprovado anteriormente por este CEP. O estudo é relevante e a proposta está bem elaborada (objetivos e metodologia compatíveis).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi anexado seguinte pedido para aprovação de emenda ao projeto anteriormente aprovado por este CEP:

"Autorização para acessar os relatórios gerenciais do programa remédio em casa (PRC) no sistema de Gestão de Serviços de Saúde (GSS) da Prefeitura Municipal de São Paulo. Os relatórios permitem visualizar o número de pacientes ativos, cadastrados e inativos do programa remédio em casa (PRC).

Autorização para utilizar os dados epidemiológicos de cada UBS analisada. Necessito saber o quantitativo de pacientes acima de 20 anos com HAS e DM cadastrados/ acompanhamento na unidade e quantos participam do Programa remédio em casa. Quantitativo de absenteísmo dos pacientes do PRC e dos que não fazem parte do programa remédio em casa no ano de 2012 e 2013 em consultas e grupos educativos."

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 862.563

A FR está devidamente preenchida. O proponente é a FMUSP.

Conta com parecer de aprovação do CEP FMUSP (proponente), inclusive com relação a emenda ora apresentada a este CEP para acessar relatórios gerenciais do programa remédio em casa e de dados epidemiológicos para complementar o estudo.

O pesquisador justifica que "Os relatórios permitem visualizar o número de pacientes ativos, os, cadastrados e inativos do programa remédio em casa (PRC)." Além disso, os dados epidemiológicos de cada UBS analisada servirão para "saber o quantitativo de pacientes acima de 20 anos com HAS e DM cadastrados/acompanhamento na unidade e quantos participam do Programa remédio em casa. Quantitativo de absenteísmo dos pacientes do PRC e dos que não fazem parte do programa remédio em casa no ano de 2012 e 2013 em consultas e grupos educativos".

Recomendações:

Incluir a utilização dos relatórios gerenciais do PRC e os dados epidemiológicos da UBS na descrição da metodologia da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda é justificável perante os objetivos do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 862.563

semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 07 de Novembro de 2014

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 01.223-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com

Anexo D – Comprovante de submissão do artigo

- [RBE] Agradecimento pela Submissão(2)

[\[Pessoas \]](#) ★

- **Sandra Suzuki**

14 Dez 2014 ★

Para eu

Prezado(a) Prof.(ª) Dr.(ª) Sr. Samir Nicola Mansour,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos: avaliação de um programa de saúde" para Revista Brasileira de Epidemiologia. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://submission.scielo.br/index.php/rbepid/author/submission/143934>

Login: samirmansour

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Sandra Suzuki

Revista Brasileira de Epidemiologia

Revista Brasileira de Epidemiologia - Abrasco

<http://submission.scielo.br/index.php/rbepid>

Responder, Responder a todos ou Encaminhar | Mais

8. REFERÊNCIAS

Almas, A, Godil, SS, Lalani S, Aziz Samani, ZA, Khan, AH. Good knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension; A multicenter cross sectional study in Karachi, Pakistan. *BMC Research Notes*. 2012; 5:579.

Almeida, GPL, LOPES, HF. Impacto da hipertensão arterial sistêmica sobre o risco cardiovascular. *Rev. SBC*. 2003; 6(4):135-41.

Almeida HO, Versiani ER, Dias AR, Novaes MRCG. Trindade EMV. Adesão a tratamento entre idosos. *Comun. em Ciências da Saúde*. 2007; 18(1): 57 – 67.

Amarante, LC, Shoji, LS, Beijo, LA, Lourenço, EB, Marques, LAM. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão á terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl*. 2010; 31(3):209-15.

Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. *Arq. Bras. Cardiol*. 2002; 79(4): 375-84.

Bello CB. Acesso a Medicamentos: experiência da população de baixa renda da região do Butantã [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo; 2009.

Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(4):691-01.

Brasil. Leis etc. Decreto nº 5.090 de 20 de maio de 2004..Regulamenta a Lei nº 10.858 de 13 de abril de 2004 e institui o programa Farmácia Popular do Brasil. *Diário Oficial da União*. Brasília, (DF). 2004a 20 de maio.

Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS. Doutrinas e princípios. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde,1990. 10p. [internet] 1990. [citado 15 maio de 2012]. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4). [internet] 2007 [citado 15 maio de 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. (Série E. Legislação em Saúde). [internet] 2012a.[citado 15 maio 2012]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>.

Brasil. Leis etc. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*. Brasília, (DF). 1998 30 out.

Brasil. Leis etc. Portaria nº 886/GM/MS, de 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*. Brasília, (DF). 2010 20 abr.

Brasil. Leis etc. Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. *Diário Oficial da União*. Brasília, (DF). 2006a 3 maio.

Brasil. Leis etc. Portaria nº1.555 de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, (DF). 2013 30 jul.

Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica; 2006 (Cadernos de Atenção Básica nº 15). [internet] 2006b. [citado 16 de maio 2012]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caderno_ab.php.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília:Ministério da Saúde, 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à

Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 31. [internet] 2012c. [citado 22 janeiro 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf.

Brasil. Leis etc. Resolução CNS 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*. Brasília, (DF). 2004b 06 maio.

Brown MT, Bussell KJ. Medication Adherence: WHO Cares? *Mayo Clin Proc*. 2011; 86(4): 304–314.

Cramer JA, Benedict Á, Muszbek N, Keskinaslan A, Khan ZM. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidemia: a review. *Intern. Journal of Clinical Practice*. 2008; 62.(1): 76-87.

Coelho EB, Moysés MN, Palhares R, Cardoso MCM, Tufik JMG, Nobre F. , . Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arq. Bras. Cardiol*. 2005; 85(3):157-61.

Cooper C, Carpenter I, Katona C, Schroll M, Wagner C, Fialova D, Livingston G. The AdHOC study of older adults' adherence to medication in 11 countries. *Am J of Geriatr Psychiatry*. 2005; 13(12):1067-76.

Chamorro MAR, Chamorro AR, Jiménez EG. Incumplimiento terapêutico em pacientes em Seguimiento Farmacoterapêutico mediante el método Dáder em dos farmácias rurales. *Pharm care Esp*. 2006; 8(2):62-68.

Delgado AB, Lima ML. Contributo para a avaliação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol. Saúde e Doenças*. 2001; 2(2):81 – 100.

Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, Castelo, MCA. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2009; 17(2):201-06.

Ferrais AS, Buglia S. Condutas práticas no paciente hipertenso que será submetido ao teste ergométrico. *Rev. Bras. Hipertens*. 2001; 8(3):344-6.

Forman JP, Stampfer MJ, Curhan GC. Diet and Lifestyle Risk Factors Associated With Incident Hypertension in Women. *JAMA*. 2009; 302(4):401-11.

Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013; 18(6):1763-72.

Guerra JR AA, Acúrcio FA, Gomes CAP, Miralles M, Girrardi SN, Werneck GAF et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Panam Salud Publica*. 2004; 15(3):168-75.

Hinggin N, Regan C. A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. *Age and Ageing*. 2004; 33 (3):224-9.

Ho PM, Spertus JA, Masoudi FA, Reid KJ, Peterson ED, Magid DJ, Krumholz HM, Rumsfeld JS. Impact of Medication Therapy Discontinuation on Mortality after Myocardial Infarction. *Arch Intern Med*. 2006; 166(17):1842-47.

Hughes, PJA. Segregação socioespacial e violência na cidade de São Paulo: referências para a formulação de políticas públicas. *São Paulo Perspec*. 2004;18(4):93-102.

Jin J, Sklar GE, Oh VMS, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag*. 2008; 4(1):269–86.

Karnikowski MG, Nóbrega OT, Naves JO, Silver LD. Access to essential drugs in 11 Brazilian cities: a community-based evaluation and action method. *J Public Health Policy*. 2004; 25(3-4):288.98.

Lessa, I. Não adesão ao tratamento da hipertensão arterial - conseqüências econômicas para o indivíduo e para a sociedade. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion Jr D. Adesão ao tratamento - o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos; 2001. p. 86-106.

Lessa I. No compliance to hypertension treatment – social and economic impact. *Rev. Bras. Hipertens*. 2006;13(1):39-46.

Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica Medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotado na literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2003; 8(3):775–82.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. A situação sócio econômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil. Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD/98. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):813–24.

Machado SHS. O uso da teoria de stakeholders em uma análise da etapa de formulação da Política Nacional de Medicamentos. *Rev. Adm. Pública*. 2013; 47(3):543-65.

Mackdonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions. *JAMA*. 2002; 288(22):2868-79.

Marin N, Luiza VL, Castro CGSO, Santos SM. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais de saúde. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.

Medina LF, Lobo FS, Souza DR, Kanegusuku H, Forjaz CLM. Atividade Física: impacto sobre a pressão arterial. *Rev Bras de Hipertens*. 2010; 17(2): 103-06.

Morisky D, Green L, Levine D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence to prescribed medicines. *Med. Care*. 1986; 24(1):67–74.

Muszbeck N, Brixner D, Benedict A, Keskinaslan ZM, Khan ZM. The economic consequences of noncompliance in cardiovascular disease and related conditions: a literature review. *Int J Clin Pract*. 2008; 62(2):338-51.

Nair KV, Belletti DA, Doyle JJ, Allen RR, McQueen RB, Saseen JJ, Griend JV, Patel JV, MCquee A, Jan, S. Understained barriers to medication adherence in

the hypertensive population by evaluating responses to a telephone survey.

Patient Prefer Adherence. 2011; 5(1):195-06.

National Institute for Clinical Excellence (NICE). Hypertension: the clinical management of primary hypertension in adults. Clinical Guideline 127: methods, evidence, and recommendations. 2011.

Nobre F, Perin AMG, Mion Junior D. Adesão ao Tratamento: O grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos; 2001.

Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(2):377-85.

Padwal R, Straus SE, Mcalister FA. Cardiovascular risk factors and their impact on decision to treat hypertension: an evidence-based review. *BMJ - British Medical Journal*. 2001; 322: 977-80.

Paniz VMV, Fassa ACG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(2):267-80.

Qureshi NN, Hatcher J, Chaturvedi N, Jafar, TH. Effect of general practioner education on adherence to anthypertensive drugs: cluster randomized controlled trial. *BMJ : British Medical Journal*. 2007; 335(7628):1030.

Ramalhinho IMP. Adesão a Terapêutica Medicamentosa antihipertensiva: contributo para o seu estudo [dissertação]. Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; 1994.

Rang, HP, Dale, MM, Ritter, JM, Flower, RJ. Farmacologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.

Reis AMM, Perini E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2008; 13:603-10.

Roumie CL, Elasy TA, Greevy R, Griffin MR, Liu X, Stone WJ, Wallston KA, Dittus RS, Alvarez V, Cobb J, Speroff T. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education. A cluster randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006; 145(3):165-175.

Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis CK. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. *American Journal of Public Health*. 1992; 12:1607-1612.

Salazar AL, Grou KB, Sampaio L, Scheffer M. Medicamento um direito essencial. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP). São Paulo, 2006.

Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harshal D. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative. Research Group. *N Engl J Med*. 2001; 344:3-10.

São Paulo (Município). Secretaria de Saúde. Remédio em Casa - Medicamento direto em casa. Manual de Orientação. Secretaria de Saúde/Coordenação da Atenção Básica/PSF /PRODAM. São Paulo: SMS, 2006.28p. [internet] 2006 [citado 12 janeiro 2012] Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/programas/Manual_Orientacao_Unidade_Saude.pdf.

Santa Helena, ET. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial em unidades da saúde da família em Blumenau, SC [Tese].São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2007.

Santa Helena ET, Nemes MIB, Neto JE. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos e pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(12):2389-98.

Silva T, Schenkel EP, Mengue SS. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cad. de Saúde Pública*. 2000; 16(2):449–45.

Simões JM, Monteiro MG. Estratégias de apoio às políticas públicas de saúde. A experiência do projeto remédio em casa. *O mundo da Saúde*. 2006; 30(2):289-99.

Simpson S, Eurich D, Majumdar RS, Padwal RS, Tasuyuki RT, Varney J, Johnson JA. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ - British Medical Journal*. 2006; 333(7557):15.

Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do Cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(3):332-40.

Pinto CDBS, Costa NR, Castro CGSO. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(6):2963-73.

Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, França GVA, Mengue SS. Fatores associados á baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev. Saúde Pública* 2013; 47(6):1092-101

Tarn DM, Heritage J, Paterniti DA, Hays RD, Kravitz RL, Wenger NS. Physician communication when prescribing new medications. *Arch Intern Med.* 2006; 166(17):1855-62.

Thompson AM, HU T, Eshelbrenner CL, Reynolds K, HE J.; BAZZANO L. A. Antihypertensive Treatment and Secondary Prevention of Cardiovascular Disease Events Among Persons Without Hypertension: A meta-analysis. *JAMA.* 2011; 305(9):913-22.

VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (VI DBH). *Rev. Bras. de Hipertens.* 2010; 17(1):7-60.

Valls LT, Pelaez GM, Sanchez LS, Soler GS, Aranda GA, Indart IC, Ramos J. Problemas relacionados com os medicamentos em pacientes que visitam um serviço de urgência. *Pharm. Care Espana.* 2000; 2(1):177-92.

Vergetti K, Melo AN, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(12):2979-84.

Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev. Panam Salud Publica*. 2008;24(2):91-100.

Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica*. 2010; 27(2):149–56.

Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(2):214-22.

Victor RS, Sakai FK, Consoni PR. Indicação e adesão de medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão arterial. *Rev. da AMRIGS*. 2009; 53(2):117-121.

Williams B. The year in hypertension. *JACC*. 2010; 55(1):66-73

World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva;2003.

World Health Organization (WHO). Medicines Strategy-countries the core: 2004-2007. Geneva; 2004.