



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PESQUISA

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO À TERAPIA MEDICAMENTOSA
EM HIPERTENSOS DE UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO
DAGUA NO MUNICÍPIO DE BELÉM-PARÁ**

Autor: Patrick Luis Cruz de Sousa

Belém - Pará

2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PESQUISA

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO À TERAPIA MEDICAMENTOSA
EM HIPERTENSOS DE UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO
DAGUA NO MUNICÍPIO DE BELÉM-PARÁ**

Autor: Patrick Luis Cruz de Sousa

Orientadora: Profa. Dra. Marcieni Ataíde de Andrade

Co-orientador, Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós Graduação em Ciências
Farmacêuticas área de concentração:
Fármacos e medicamentos, do instituto de
ciências da saúde para a obtenção do título
de mestre em Ciências Farmacêuticas.

Belém - Pará

2012

FOLHA DE APROVAÇÃO

Patrick Luis Cruz De Sousa

Avaliação da adesão à terapia medicamentosa em hipertensos de unidades de saúde do distrito dagua no município de belém-pará.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas área de concentração: Fármacos e medicamentos, do Instituto de Ciências da Saúde como requisito para a obtenção do título de mestre em ciências farmacêuticas.

Área de Concentração: Medicamentos em hipertensos.

Aprovado em:

Banca examinadora

Profa. Dra (orientadora): _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Belém-Pará

2012

Dedico este trabalho a minha pequena grande família.

A minha mãe, Ivanice Cruz, pela força, coragem, garra, compreensão, mas principalmente pelo esforço e dedicação na minha educação e sustento.

Aos meus tios, tias, primo, padrasto e avó, pelo apoio e amizade.

À Nara, esposa e companheira de todas as horas, pelo amor, compreensão, diálogo, paciência e incentivo. Mais de 11 anos se passaram e continuo dizendo que é muito bom estar ao seu lado. Hoje é bem melhor do que ontem e amanhã será ainda melhor.

À Clara, Bernardo e Patrick Filho, por me proporcionarem momentos tão felizes e de descontração durante a vida e a realização desse trabalho. Desejo que essa dissertação possa ser um incentivo para o futuro de vocês.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me proteger, guiar meus pensamentos e me dar coragem para superar os desafios sempre em busca da minha evolução espiritual.

À minha família, em especial, minha mãe, padrasto, minhas tias, meus tios, primo e minha avó, além da minha esposa e meus filhos pelo carinho e incentivo concedidos em todos os momentos.

À minha orientadora, Profa Dra. Marcieni Ataíde de Andrade, pela oportunidade concedida, pelo apoio, paciência e dedicação durante a execução deste trabalho.

Ao meu amigo e co-orientador, Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva, pelos ensinamentos, pela paciência, sabedoria, experiência e apoio durante a realização deste trabalho. Obrigado por acreditar.

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belém, que permitiu a realização deste trabalho.

À Secretaria Estadual de Saúde e ao Governo do Estado do Pará, que me permitiu dedicar tempo na realização deste trabalho.

Ao Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), em especial ao Prof. Jefferson Ferraz e Profa. Nelma Esteves, pela confiança e pelo incentivo me permitindo dedicar tempo na realização deste trabalho.

À equipe de trabalho e estagiários da Farmácia Escola do CESUPA, que me acolheram e contribuíram de forma significativa para a realização deste trabalho.

À Universidade Federal do Pará, por contribuir na minha formação acadêmica tanto na graduação como na pós-graduação e na minha formação social.

Aos meus amigos, em especial ao amigo Luiz Mário, pela parceria e por estar sempre prestativo nas lutas do dia-a-dia e na realização desse trabalho.

Agradeço ainda a todos os professores, colegas farmacêuticos, familiares e amigos que porventura não foram citados, mas contribuíram de alguma maneira na concretização deste trabalho.

RESUMO

AVALIAÇÃO DA ADESÃO À TERAPIA MEDICAMENTOSA EM HIPERTENSOS DE UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO DAGUA NO MUNICÍPIO DE BELÉM-PARÁ

A adesão à farmacoterapia em diversas doenças crônicas, especialmente na hipertensão arterial (HAS), tem grande importância para a prevenção, diminuição e controle de agravos e complicações, desta forma reduzindo a morbi-mortalidade cardiovascular. Avaliar os fatores modificáveis e não modificáveis, que contribuam para uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do distrito DAGUA, em Belém-PA, pode servir como base para qualificação da assistência farmacêutica, gestão clínica, políticas públicas, ações e planos nos serviços de saúde pública com o intuito de melhorar a adesão dos pacientes. Foi realizado um estudo descritivo observacional de natureza transversal e análise quantitativa com amostra probabilística de 227 pacientes, cadastrados no programa HIPERDIA, no período de março de 2010 à agosto de 2011, onde avaliou-se o conhecimento e o grau de adesão a terapia medicamentosa utilizando os testes de Morisky e Green (TMG) e ao teste de Batalla relacionando às variáveis socioeconômicas, estilo de vida, equipe e serviço de saúde e fatores relacionados ao paciente. A população estudada foi caracterizada predominantemente por mulheres (69,5%), faixa etária a partir de 60 anos (44,5%), pardos (48%), casados (44,9%), aposentados (43,6%) e com grau de escolaridade baixa, sendo (55,1%) com ensino fundamental incompleto. Do total de indivíduos (63,46%) apresentaram pressão arterial não controlada. Não aderiam ao tratamento (66,9%) de acordo com o teste de Morisky e Green e (72,38%) pelo teste de Batalla.

Palavras-chaves: Adesão; Estudo de Utilização de Medicamentos; Farmacoterapia; Hipertensão Arterial; Hiperdia.

ABSTRACT

EVALUATION OF DRUG THERAPY IN THE ACCESSION OF UNITS HYPERTENSIVE HEALTH DISTRICT IN THE CITY OF BETHLEHEM DAGUA- PARÁ

Adherence to pharmacotherapy in several chronic diseases, especially hypertension (SH), has great importance for the prevention, reduction and control of diseases and complications, thus reducing cardiovascular morbidity and mortality. Evaluate the modifiable and non-modifiable factors that contribute to a better adherence to medication in patients DAGUA district in Belém-PA, can serve as the basis for qualification of pharmaceutical care, clinical management, public politics, actions and plans in services public health in order to improve patient compliance. We conducted a descriptive transversal observational and quantitative analysis with a random sample of 227 patients enrolled in the program HIPERDIA, from March 2010 to August 2011, where we assessed the knowledge and the degree of adherence to drug therapy using the tests Morisky and Green (TMG) and the Batalla test relating to socioeconomic, lifestyle, and esquipe health service and patient-related factors. The study population was characterized predominantly by women (69.5%) aged above 60 years (44.5%), mixed race (48%), married (44.9%), retired (43.6%) and with low educational level, being (55.1%) with incomplete primary education. Of the total persons (63.46%) had uncontrolled blood pressure. Not adhere to treatment (66.9%) according to test Morisky and Green (72.38%) by the test Batalla.

Keywords: Accession; Study of Drug Utilization; Pharmacotherapy; Hypertension; Hiperdia.

LISTA DE TABELAS

	Página
TABELA 1	Distribuição das variáveis sócio-demográficas dos portadores de hipertensão arterial do Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa 30
TABELA 2	Distribuição das variáveis sócio-demográficas dos portadores de hipertensão arterial do Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa. 31
TABELA 3	Distribuição das variáveis modificáveis da adesão ao tratamento dos portadores de hipertensão arterial do Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa. 32
TABELA 4	Distribuição de acordo com o tempo de exercício físico dos portadores de hipertensão arterial do Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa. 33
TABELA 5	Distribuição dos hipertensos quanto às perguntas isoladas do Teste de Morisky e Green no Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa. 34
TABELA 6	Comparação da distribuição dos hipertensos quanto à adesão ao tratamento pelo Teste de Morisky e Green em Belém-Pará 2011, Curitiba 2008 e Teresina 2011. 35
TABELA 7	Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com os fatores relacionados à confiança e comunicação nos profissionais de saúde no Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa. 36
TABELA 8	Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com dúvidas e esclarecimentos à equipe de serviços de saúde no Distrito DAGUA , no período de março de 2010 a agosto de 2011. 37
TABELA 9	Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com os fatores relacionados à equipe de serviços de saúde no Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa. 38
TABELA 10	Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com os fatores relacionados ao paciente no Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa. 39

TABELA 11	Distribuição de fatores relacionados a atitudes do paciente hipertenso para não deixar de tomar os medicamentos no Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.	40
TABELA 12	Distribuição das doenças mais prevalentes dos hipertensos participantes da pesquisa no distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.	41
TABELA 13	Distribuição dos pacientes hipertensos quanto à adesão a farmacoterapia de acordo com as perguntas do Teste da Batalla, no distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.	42
TABELA 14	Relação da adesão ao tratamento pelo TMG com a confiança na equipe e serviços de saúde em hipertensos do distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.	43
TABELA 15	Relação dos níveis de pressão arterial com as perguntas do TMG em hipertensos do distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.	45
TABELA 16	Relação da adesão ao tratamento pelo TMG com as orientações feitas pela equipe de saúde em hipertensos no distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.	46

LISTA DE ABREVIATURAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
CC	Circunferência da Cintura
CQ	Circunferência do Quadril
DAGUA	Distrito Administrativo do Guamá
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HASI	Hipertensão Arterial Sistêmica Isolada
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IECA	Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina
IMC	Índice de Massa Corporal
MAPA	Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA	Monitorização Residencial da Pressão Arterial
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Teste de Batalla
TMG	Teste de Morisky e Green
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVOS	22
3.1 <i>Objetivo Geral</i>	22
3.2 <i>Objetivos Específicos</i>	22
4 METODOLOGIA.....	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 <i>Caracterização Dos Portadores De Hipertensão Arterial Segundo As Variáveis Sociodemográficas E Econômicas</i>	29
5.2 <i>Caracterização Dos Portadores De Hipertensão Arterial Relacionados Ao Tratamento E Avaliação Da Adesão Pelo TMG E Teste De Batalla</i>	33
6 CONCLUSÃO	48
7 REFERÊNCIAS	49
8 APÊNDICES	56

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma patologia de origem multifatorial caracterizada por níveis de Pressão Arterial Sistólica (PAS) e/ou diastólica (PAD) elevados, sendo classificada em HAS primária e secundária. A HAS primária é poligênica, de etiologia desconhecida e parece improvável que uma única causa explique suas diversas alterações hemodinâmicas e fisiopatológicas. Quaisquer que sejam os mecanismos patogénéticos envolvidos, eles podem acarretar um aumento da resistência periférica total vascular induzindo vasoconstrição ou a um aumento do débito cardíaco ou ambos (CASTRO, 1999; FUCHS, 2004), razão pela qual participam dessa gênese, os aspectos genéticos, vasculares, humorais, renais e neurais, podendo ser modificáveis (tabagismo, sedentarismo, alimentação, alcoolismo, obesidade) e não modificáveis (cor da pele, gênero, faixa etária, hereditariedade) (NOBRE, LIMA e MOURA JÚNIOR, 1998). Por outro lado, a HAS secundária está associada a uma causa específica que pode ser renal ou não (CASTRO, 1999).

Pela sua cronicidade e pelo fato de ser assintomática, a HAS é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. Esta multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças crônico-degenerativas e, portanto, a caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (FUCHS et al., 2004).

Em seu estudo “Prevalência de Diabetes e Hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade autorreferida” Schmidt (2009) encontrou uma prevalência de hipertensão de 21,6%, sendo maior entre as mulheres (24,4%), variando de 15,1% em Palmas (TO) a 24,9% em Recife (PE), sendo que as prevalências aumentaram conforme aumento da idade. O estudo cita, ainda, que no Brasil estimou-se haver um total de 25.690.145 adultos que referem ter hipertensão arterial.

Entre brasileiros idosos, indivíduos com 60 anos ou mais, estima-se que pelo menos 60% sejam hipertensos. A maioria apresenta elevação isolada ou predominantemente da pressão arterial sistólica, aumentando a pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares. A prevalência de outros fatores de risco, tais como a síndrome metabólica, também aumenta com a idade,

elevando ainda mais o risco cardiovascular (CARDIOLOGIA, S.B.; HIPERTENSÃO, S.B.; NEFROLOGIA, S.B, 2007)

No Brasil, estudos demonstram que a hipertensão arterial sistêmica apresenta uma prevalência significativa, variando em torno de 20% na população adulta (PAIVA e BERSUSA, 2006). As complicações da hipertensão arterial, em muitos casos, levam o paciente a requerer cuidados médicos de alto custo, exigindo uso constante de medicamentos e exames complementares periódicos, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de afastamento do trabalho, apresentando uma frequência muito maior nas camadas mais pobres da população (AKASHI et al., 1998).

A verificação da PA é primordial para o diagnóstico da hipertensão, devendo ser sempre realizada por aparelhos calibrados e por profissionais de saúde devidamente orientados e preparados para a obtenção de valores corretos durante os atendimentos. Existem vários métodos para avaliação da PA que podem auxiliar no diagnóstico, em caso de dúvida, e na efetividade do tratamento. Dentre estes destacamos a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA). O uso da MAPA para o diagnóstico de hipertensão arterial vem sendo amplamente utilizado em várias diretrizes no mundo e pode ser um fator decisivo para a escolha adequada do tratamento (MICHELINI, 2004; ARTERIAL, 2010; GUSMÃO et al., 2006; NOBRE; et. al., 2006).

Existem alguns métodos utilizados para determinar a PA. O método direto fornece a pressão direta ou intra-arterial e por ser um método invasivo, necessita de equipamentos especializados. O método indireto utiliza a técnica auscultatória com estetoscópio, com menor complexidade, que apesar de relativamente imprecisa, serviu para obtenção de todos os dados que envolvem morbimortalidade pela Hipertensão Arterial (BORTOLOTTI, 1996). Atualmente, o esfigmomanômetro passou a ser definido como sendo o aparelho que serve para aferir a pressão arterial, constituído por uma braçadeira inflável que se enrola em torno do braço, ligado a um manômetro (MANUILA, 1997). Normalmente, são utilizados três tipos de sistemas de registros para a PA: coluna de mercúrio, eletrônico e aneróide (JARDIM, 1998). Ainda considerando o surgimento de aparelhos de grande precisão, os manômetros de mercúrio continuam sendo considerados os mais confiáveis em qualquer comparação realizada experimentalmente com os demais instrumentos (PIERIN, 2000; PIERIN, 2012).

A verificação da PA está sujeita a erros que podem estar relacionados a quem a executa: o observador; ao equipamento utilizado: o esfigmomanômetro e o estetoscópio; ao paciente; ao local: o consultório médico ou fora dele; e a técnica propriamente dita. Quanto ao equipamento, o esfigmomanômetro pode ser fonte de erro quando não estiver devidamente calibrado (PIERIN, 2000; PIERIN, 2012).

No Brasil, as diretrizes para a prevenção, controle e tratamento de HAS definem como portador de hipertensão arterial o indivíduo que apresenta níveis de pressão arterial sistólica (PAS) igual ou maior que 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) igual ou maior que 90 mmHg em medidas de consultório, em se tratando de adultos com idade maior ou igual a 18 anos (CARDIOLOGIA, S.B.; HIPERTENSÃO, S.B.; NEFROLOGIA, S.B, 2011).

O tratamento da HAS tem como objetivo primordial a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do portador de hipertensão, aumentadas em decorrência dos elevados níveis pressóricos e de outros fatores agravantes devendo ser utilizadas tanto medidas não farmacológicas isoladas como associação a utilização de fármacos anti-hipertensivos (HEYDE; HEYDE, 2004).

A prevenção e o tratamento da HAS envolve, fundamentalmente, ensinamentos para introduzir mudanças de hábitos de vida. Entretanto, a realização dessas mudanças ocorre de forma lenta, e necessita de medidas educativas de forma continuada. Devem ser promovidas por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada indivíduo, de modo a serem mantidas ao longo do tempo (HEYDE; HEYDE, 2004).

A adoção de um hábito de vida saudável está diretamente relacionada à melhora da qualidade de vida e interfere de forma positiva no controle dos fatores de risco cardiovasculares. Fomentar um hábito de vida saudável pressupõe, no mínimo, uma alimentação balanceada e a prática regular de atividades físicas, destacando-se que as medidas não farmacológicas são tão importantes quanto o uso de anti-hipertensivos. A entrada em uma nova realidade requer alterar hábitos que, eventualmente, poderão produzir a perda de certas referências, como nas relações sociais e familiares. (LUPATINI, 2008).

A intervenção comunitária como medida para mudanças no hábito de vida e adoção de hábitos mais saudáveis devem ser sustentáveis a longo prazo e devem incluir todos os grupos sociais, mais especificamente aqueles com menores possibilidades de escolha em razão da pobreza e da exclusão social. De qualquer

forma, devem ser considerados outros aspectos para o desenvolvimento de estratégias efetivas de promoção da saúde na população geral (BARRETO, 2001).

A Estratégia Saúde da Família, implantada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994 através do Programa de Saúde da Família (PSF), centrado na atenção básica à saúde, com foco na família, surge como um modelo democrático, universal e integral. Este modelo tem como objetivo reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional de assistência, individualista, curativista, biologicista, hospitalar, ou seja, dar um salto qualitativo de um modelo procedimento-centrado para um modelo usuário-centrado, reorientando assim o modelo assistencial e a prática assistencial, tendo como referência a estratégia de saúde da família (ALVES, 2005).

No âmbito da Estratégia Saúde da Família e da Atenção Básica, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde, com o objetivo de construir redes de atenção e cuidado, e colaborando para que se alcance a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

O NASF é constituído por uma equipe de apoio, integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, médicos acupunturistas e homeopatas, dentre outros, eleitos em função das necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico dos diversos territórios onde estão localizados os serviços de saúde.

O NASF pode ser considerado como retaguarda das equipes da ESF, por atuar em conjunto com esses profissionais, compartilhando com eles saberes e práticas de saúde no cotidiano dos serviços de cada território. A atuação dos NASF está dividida em nove áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica que pode ter papel fundamental através de ações de seguimento farmacoterapêutico, adesão ao tratamento e uso racional dos medicamentos (BRASIL, 2009).

Um tema de importância relevante a ser destacado nesse contexto é o uso racional dos medicamentos (URM). Porém, vários são os fatores que se entrelaçam para que se consiga o uso racional do medicamento, e todos os profissionais da saúde devem estar comprometidos com políticas e ações necessárias para o processo educativo dos usuários ou consumidores acerca do uso irracional de medicamentos, através de ações educativas valorizando o paciente quanto a suas peculiaridades e expectativas e objetivando atendimento mais correto, ético e norteado por evidências científicas (MARIN et al., 2003).

De acordo com Sarquis (1998), o acompanhamento farmacoterapêutico, ou seguimento farmacoterapêutico do paciente, é etapa fundamental para a promoção do uso correto dos medicamentos. Contudo, ações de educação em saúde possibilitam atividades associativas e colaborativas entre os profissionais, favorecendo o esclarecimento de dúvidas, assim como proporcionam maior efetividade na aplicação de medidas terapêuticas (SARQUIS et al., 1998; LYRA JÚNIOR et al., 2006).

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade associada a doenças crônicas degenerativas, o Ministério da Saúde lançou um sistema de cadastro nas Unidades Básicas de Saúde, com a finalidade de acompanhar diabéticos e hipertensos, denominado HIPERDIA. Este sistema de cadastramento gera informações para os serviços de saúde em nível municipal, estadual e federal, para fins epidemiológicos e de planejamento, contribuindo para o controle dessas doenças (BRASIL, 2010; MENEZES, 2011).

A hipertensão arterial é fator de risco para doença coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca e doença renal terminal. Esses agravos são importantes causas de morbidade e mortalidade, com elevado custo social. O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o controle da hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se o Programa Saúde da Família (PSF), onde a atenção é centrada na família e estruturada em uma unidade de saúde e a população adscrita está sob a responsabilidade de equipe multiprofissional (ARAÚJO e GUIMARÃES, 2007)

Desta forma, diversas ações de saúde vem sendo desenvolvidas em todo país, e especificamente voltado para a hipertensão e o diabetes melitus, o governo

federal utiliza a estratégia do programa HIPERDIA, que é executado através dos estados e municípios. Dentre as ações desse, o MS disponibiliza sistema informatizado que permite o cadastro de pacientes portadores dessas doenças, e o seu acompanhamento, com o objetivo de se definir o perfil epidemiológico desta população, para o consequente desencadeamento de estratégias e políticas de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e à redução do custo social (FOLETTTO, 2009).

Dentro desse contexto, a implementação da atenção farmacêutica pode contribuir de forma significativa, podendo esta prática ser uma estratégia para a promoção de saúde em pacientes hipertensos, solucionando problemas farmacoterapêuticos, reduzindo reações adversas e a falta de adesão ao tratamento farmacológico (SILVA et al., 2008).

Com isso, os farmacêuticos podem colaborar com o paciente e os demais profissionais de saúde no planejamento, orientação e acompanhamento farmacoterapêutico, normalmente produzindo resultados positivos. Nessa proposta a atenção farmacêutica se apresenta através de ações do farmacêutico, sendo atos clínicos individuais na sua grande maioria, mas as sistematizações das intervenções farmacêuticas e a troca de informações dentro de uma abordagem multiprofissional podem contribuir sensivelmente para um impacto em nível coletivo na promoção do uso seguro e racional de medicamentos (OPAS, 2002a).

As intervenções farmacêuticas, principalmente através da atenção farmacêutica, de modo geral, têm mostrado resultados positivos nos objetivos terapêuticos na hipertensão arterial, reduzindo custos, melhorando a qualidade das prescrições, controlando a possibilidade de reações adversas e promovendo maior adesão do paciente ao tratamento (LYRA JÚNIOR et al., 2006).

2 JUSTIFICATIVA

Uma citação de Hipócrates, na Grécia Antiga, foi uma das primeiras descrições na literatura sobre adesão ao tratamento a qual enfatizava a importância de observar as falhas do paciente em relação ao cumprimento que havia sido prescrito (BARBOSA, 2007; LIMA, 2006).

A adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando o conselho médico ou de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, em relação ao hábito de usar medicamentos, isso é, seguir as mudanças no hábito de vida preconizadas e retornar às consultas médicas (HAYNES, 2004). Essa definição expressa o sentido de compliance, em língua inglesa, o que implica concordância do paciente com as recomendações, pressupondo-se que o paciente conheça as alternativas terapêuticas e participe das decisões sobre seu tratamento (FUCHS, 2004; CAR et al 1991). Em uma abordagem mais específica relacionada à HAS, definem adesão ao tratamento como o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a PA em níveis normais.

A adesão não está resumida a um ato pessoal de executar uma vontade, isto é um ato de volição. Trata-se de um processo intimamente associado à vida, que varia de acordo com uma série de fatores que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em seu sentido mais amplo (BERTOLOZZI, 2001).

Ainda, a adesão ao tratamento é definida como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente (CARDIOLOGIA, S.B.; HIPERTENSÃO, S.B.; NEFROLOGIA, S.B, 2011). Segundo Leite (2003) a adesão é compreendida como uso dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando-se horários, doses, tempo de tratamento. Representa a etapa final do que se sugere como processo de utilização racional de medicamentos (UNGARI, 2007)

Atualmente é grande a escassez de dados de índices de adesão no Brasil e no mundo, e os poucos dados existentes foram obtidos em diferentes tipos de população e com critérios variados. Estudos no Japão, Noruega, Estados Unidos, China, Alemanha, Gâmbia, Seychelles, Grécia e Eslováquia apresentaram respectivos índices de adesão à farmacoterapia de 65%, 58%, 51%, 43%, 32,3%,

27%, 26%, 15% e 7%; apesar da meta estimar em pelo menos 80%. Em adição, a não adesão ao tratamento da HAS é o principal fator para a falta de controle da PA em mais de dois terços dos indivíduos hipertensos (BARBOSA, 2007; LIMA, 2006).

Em geral, mais da metade dos pacientes tratados abandona o tratamento dentro de um ano após o diagnóstico e, dentre aqueles que permanecem sob acompanhamento médico, somente 50% tomam pelo menos 80% dos medicamentos prescritos, mesmo com a disponibilidade de tratamentos efetivos para a HAS. Alguns estudos sobre adesão ao tratamento no Brasil mostram que o controle da HAS permanece em torno de 20 a 40% e, a taxa de abandono aumenta, algum tempo após o início da terapêutica (REINERS, 2009).

Entre os profissionais de saúde, a falta de controle da hipertensão arterial vem se tornando uma preocupação porque apesar do tratamento com anti-hipertensivos se mostrar efetivo, reduzindo a morbidade e a mortalidade cardiovasculares, estima-se que somente um terço dos pacientes estava com os níveis de pressão arterial controlada (STRELEC, PIERIN e JUNIOR MION, 2003). Além disso, muitos pacientes apresentam hipertensão arterial de difícil controle, onde mesmo utilizando-se três anti-hipertensivos, não se tem sucesso no controle dos níveis pressóricos, o que é agravado ainda mais pela falta de adesão ao tratamento (CASTRO et al., 2006; MION et al., 2006).

Ainda, a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo é influenciada por aspectos relacionados à idade, gênero, doença (crônica ou aguda), ao paciente (esquecimento, diminuição sensorial e problemas econômicos), aos problemas relacionados aos medicamentos (custo, efeitos adversos reais ou percebidos ou, ainda, horário de uso) ou à equipe cuidadora de saúde (envolvimento ou relacionamento inadequado). No Brasil, em pesquisa realizada, cerca de 46% dos idosos portadores de hipertensão arterial interromperam o tratamento por conta própria (LYRA JÚNIOR et al., 2006).

De acordo com Araújo (2006), os Fatores que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo são:

Relacionados ao Paciente:

- Gênero: as mulheres, geralmente, aderem mais ao tratamento quando comparadas aos homens.
- Idade: os indivíduos de idade mais avançada são mais propensos à adesão.

- Grau de Instrução: Quanto mais elevado o grau de instrução, maior também será o nível de adesão.
- Situação Financeira: A situação econômica influencia na habilidade dos indivíduos em seguir as recomendações.
- Estado Civil: Os hipertensos casados apresentam chance duas vezes maior de realizar o tratamento.
- Conhecimento e Crenças sobre a doença: São muito importantes na adesão ao tratamento, sendo fundamental nesse processo a percepção que os pacientes têm acerca da doença. A falta de sintomas visíveis dificulta o tratamento.
- Motivação: Inserir o paciente no planejamento de seu tratamento.
- Assiduidade aos encontros/consultas: Indivíduos mais assíduos tiveram uma maior redução dos níveis pressóricos.
- Apoio familiar e social: A família deve ajudar e participar das mudanças de hábito de vida. O que ajudará também na motivação do paciente.

Relacionados à terapêutica:

- Simplicidade do tratamento: diminuição do número de medicamentos, diminuição da frequência de dosagens, horário da tomada dos medicamentos. O ideal seria dose única matinal. Eficácia do tratamento: o medicamento deve ser eficaz, deve ter pouco ou nenhum efeito colateral e não deve interferir negativamente na qualidade de vida dos pacientes.
- Custo do medicamento: o tratamento deve ser de baixo custo, levando em conta sua duração.
- Mudanças no hábito de vida: o paciente deve estar motivado, pois requer um período de adaptação à nova rotina.

Relacionadas ao Sistema de Saúde:

- Acesso aos serviços
- Qualidade do trabalho/tratamento desenvolvidos
- Disponibilidade de medicamentos
- Serviços de Assistência ao Hipertenso
- Trabalho estruturado em equipes multiprofissionais

- Realização de campanhas de promoção de saúde para a população
- Frequência e oferta de consultas e/ou encontros
- Estratégias para pacientes com perfil de baixa adesão
- Elaborar planos terapêuticos individualizados com a ajuda do paciente envolvido

Não adianta apenas diagnosticar a HAS, o mais importante é conduzir o hipertenso para o tratamento correto e convencê-lo sobre a necessidade da adesão e do controle da doença (LESSA, 2006). Quando não há adesão, há um comprometimento na eficiência do tratamento, resultando assim, em uma pressão arterial em níveis não desejáveis (STRELEC, PIERIN e JUNIOR MION, 2000; UNGARI, 2007).

Apesar da grande quantidade de medicamentos anti-hipertensivos, somente uma pequena parte dos pacientes hipertensos adultos tem sua pressão arterial de acordo com os níveis de referência. A outra parte está associada principalmente pela falta de conhecimento sobre a doença ou até mesmo recorrente pela não adesão correta ao tratamento (NETO, 2006). Ou seja, o maior número de medicamentos prescritos e o esquema terapêutico também são fatores que favorecem à adesão, mesmo quando o medicamento é fornecido gratuitamente (LEITE e VASCONCELLOS, 2003).

As formas de se estimar e avaliar a adesão ao tratamento são diversas. Destacam-se, entre elas, a frequência às consultas e o comportamento frente ao uso dos medicamentos prescritos. Desta forma, o teste de escala de autorrelato de Morisky (1986), composto por quatro perguntas, para identificar atitudes e comportamentos em relação ao cumprimento e seguimento das recomendações, tem se mostrado bastante útil para identificar indivíduos com adesão ou não ao tratamento medicamentoso. Os motivos relatados pelos pacientes, quanto ao controle da pressão arterial, é outro fator para melhor compreensão da adesão ao tratamento. Esses dados podem ajudar a otimizar o resultado da atuação da equipe de saúde, permitindo a identificação dos fatores envolvidos à não adesão ao tratamento (PIERIN, 2004).

Como já mencionado, o fator mais importante para o controle efetivo da PA é a adesão ao tratamento. Detectar a falta de adesão é uma tarefa difícil, e quantificá-la é uma tarefa ainda mais complicada. Esse índice pode variar de 0 a mais de 100% em indivíduos que usam mais do que as medicações prescritas, sendo que cerca de

40% a 60% dos indivíduos em tratamento não fazem uso da medicação anti-hipertensiva. A porcentagem é maior quando a falta de adesão relaciona-se ao hábito de vida, isto é, envolvendo a dieta, atividade física, tabagismo, etilismo, etc.

Algumas iniciativas no sistema de saúde brasileiro já foram tomadas como a publicação da Portaria 371/2002 que instituiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* promovendo o cadastro nacional dos pacientes, disponibilidade e acesso de medicamentos, assim como o programa 'Saúde Não Tem Preço' lançou a gratuidade dos medicamentos para hipertensão e diabetes em 17mil Farmácias Populares em todo país. A ação beneficia 33 milhões de brasileiros hipertensos por meio da Portaria 184, de 03 de fevereiro de 2011, (BRASIL, 2011).

Neste contexto, o presente trabalho teve como objetivo identificar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial por meio do Teste de Morisky e Green (TMG) e Teste de Batalla (TB), visando identificar os fatores intervenientes relacionados ao abandono do tratamento ou ao não cumprimento das orientações terapêuticas entre os portadores de hipertensão arterial cadastrados em 05 unidades de saúde do distrito DAGUA no município de Belém.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a adesão ao tratamento e identificar os fatores intervenientes relacionados ao abandono do tratamento ou ao não cumprimento das orientações terapêuticas entre os portadores de hipertensão arterial cadastrados em 05 unidades de saúde do distrito DAGUA no município de Belém.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os portadores de hipertensão arterial sistêmica nas unidades de saúde, segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas;

Identificar os portadores de hipertensão arterial sistêmica nas unidades de saúde segundo hábitos de vida (atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica) e dados relacionados à HAS (comorbidades), uso de medicamentos anti-hipertensivos, controle dos níveis pressóricos;

Identificar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial por meio do Teste de Morisky e Green (TMG), e Teste de Batalla (TB); Relacionar as variáveis independentes do estudo com a variável dependente adesão ao tratamento da HAS.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo observacional de natureza transversal, com análise quantitativa destinada a avaliar a adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos em 05 unidades de saúde do Distrito Administrativo DAGUA em Belém-PA, cadastrados no HIPERDIA, no período de março de 2010 a agosto de 2011.

O município de Belém é dividido político-administrativamente em 08 distritos administrativos, de acordo com a Companhia Desenvolvimento e Administração da Área Metropolitana de Belém – CODEM. (BELÉM, 2010)

O 8º distrito administrativo, do Guamá (DAGUA), tem área territorial de 14 403 233,12 m², engloba cerca de 11 bairros (Montese -Terra Firme, Condor e parte dos bairros do Jurunas, Batista Campos, Cidade Velha, Cremação, Guamá, Canudos, São Brás, Marco e Curió-Utinga), totalizando uma população de 349 535 habitantes, sendo 166 985 homens e 182 550 mulheres, sendo em sua totalidade urbana. (BELÉM, 2010)

O DAGUA possui 12 equipamentos de saúde, sendo 5 unidades básicas de saúde(UBS) e 7 unidades de saúde da família(USF), sendo escolhidas as 5 UBSs para o estudo, listadas abaixo:

- Unidade municipal de saúde do Jurunas
- Unidade municipal de saúde da Condor
- Unidade municipal de saúde da Terra Firme
- Unidade municipal de saúde da Cremação
- Unidade municipal de saúde do Guamá

A população base para o estudo foi compreendida de 742 hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA considerando a média de atendimentos mensais nas 5 unidades do estudo.

O processo de amostragem de natureza probabilística, sistemática, compreendeu uma amostra de 51 pacientes entrevistados, na fase piloto do projeto.

Essa amostragem compreendeu em um primeiro estágio o número de hipertensos a serem entrevistados para a amostra piloto. A partir daí pudemos calcular a variância da amostra conforme demonstrado abaixo.

Cálculo tamanho amostral:

A Variância da amostra piloto é 0,132257

TMG	Quantidade	Proporção
Não	43	0.843137
Sim	8	0.156863
Total	51	1

$$\begin{matrix} 0.843137 \\ 0.156863 \end{matrix} = 0.132257$$

Fórmula tamanho amostral é:

$$n \geq \frac{N \cdot Z^2 \cdot s^2}{Z^2 \cdot s^2 + (N - 1) \epsilon^2}$$

$$n \geq \frac{500 \times 0,13227 \times 1,96^2}{0,13227 \times 1,96^2 + (500 - 1) \times 0,05^2}$$

$$n = 204$$

A partir da amostra piloto o N mínimo da amostra para ser considerada estatisticamente relevante foi considerado n=204, sendo que foi utilizada na pesquisa uma amostra de n=227 pacientes entrevistados.

Para se tornar apto a participar da pesquisa, o paciente deveria ser hipertenso, não havendo discriminação quanto ao gênero, cor da pele, idade, classe social ou antecedente patológico. Foram excluídos da pesquisa aqueles pacientes com hipertensão que não estavam cadastrados no programa HIPERDIA e menores de 20 anos.

Essa amostragem compreendeu, em um primeiro estágio, o número de hipertensos a serem entrevistados para a amostra piloto. A partir daí pudemos calcular a variância da amostra.

Uma vez finalizada a etapa piloto, o inquérito foi estendido e aplicado à uma amostra de 227 pacientes, considerando as mesmas características da população citadas anteriormente e detalhadas nos critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios para inclusão dos pacientes são os seguintes:

- Ser paciente com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica em seguimento em uma das 05 unidades, cadastrados no programa hiperdia;
- Estar em uso de medicamentos anti-hipertensivos há pelo menos 6 meses;
- Ter idade igual ou acima de 20 anos;
- Ser capaz de compreender, verbalizar e responder às questões;

- Concordar em participar do estudo, expresso mediante a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, estando ciente da natureza da investigação e seus objetivos.

Os critérios para exclusão dos pacientes são os seguintes:

- Não concordar com os termos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou não ser capaz de compreendê-lo ou assiná-lo;
- Ser menor de 20 anos;
- Ser portador de incapacidade mental.

Variáveis Estudadas

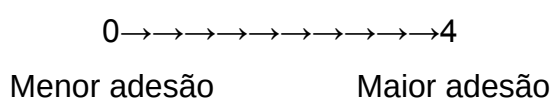
Variáveis Dependentes

Grau de adesão pelo teste de Morisky e Green (TMG) e pelo teste de Batalla (TB).

A adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento foi mensurada utilizando-se a escala de Morisky e Green (1986) e de Batalla-Martinez (1984). A teoria fundamental desta medida abrange que o uso inadequado de medicamentos se dá em uma ou todas as formas seguintes: esquecimento, falta de cuidado, interromper o medicamento quando sentir-se melhor ou interromper o medicamento quando sentir-se pior.

A escolha do Teste Morisky e Green (1986) e do teste de Batalla-Martinez (1984) fundamenta-se no fato de se ter disponível, em língua portuguesa, um instrumento de fácil medida, com número relativamente pequeno de questões compreensíveis, que proporcionam a verificação da atitude do paciente frente à tomada de medicamentos.

A pontuação das respostas no teste Morisky e Green (1986) é a seguinte, SIM=0 e NÃO=1. Se todas as respostas forem NÃO, a pontuação será 4 (quatro), e se todas forem SIM, será 0, indicando mais ou menos adesão ao uso do medicamento, como esquematizado abaixo:



Os estudos que utilizaram o TMG possuem diferenças no critério de definição do grau de adesão. Pelo critério 1 (hum), definiu-se como “maior adesão” os que obtiverem 3 (três) ou 4 (quatro) pontos no TMG, e como “menor adesão” os que obtiverem de 0 (zero) a 2 (dois) pontos. Pelo critério 2 (dois), definiu-se como “maior adesão” os que obtiverem 4 pontos no TMG e como “menor adesão” os que obtiverem de 0 a 3 pontos.

Neste estudo, será utilizado o critério 2 (dois) do Teste de Morisky-Green (TMG) para estudar as variáveis relacionadas à adesão ao tratamento.

O TMG adaptado para a língua portuguesa com as seguintes questões:

1. O senhor às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação?
2. O senhor às vezes se descuida de tomar seu medicamento?
3. Quando está se sentindo melhor, o senhor às vezes pára de tomar seu medicamento?
4. Quando se sente mal ao tomar a medicação, o senhor pára de tomá-la?

O paciente é considerado aderente ao responder “NÃO” para todas as perguntas.

O Teste de Batalla-Martinez (1986) tem como principio a relação entre o conhecimento da hipertensão e a adesão ao tratamento, na qual pacientes com maior conhecimento possuem uma melhor adesão ao tratamento (PIÑEIRO et al., 1997). Esse Teste consiste de três perguntas nas quais se classifica como aderente o paciente que consegue responder corretamente a todas as perguntas:

1. A hipertensão é uma doença para toda a vida?
2. A hipertensão pode ser controlada com dieta e/ou remédios?
3. Cite 2 ou mais órgãos afetados pelo aumento da pressão arterial.

Uma resposta errada classifica o sujeito como não aderente (BATALLA-MARTÍNEZ et al., 1984; PIÑEIRO et al., 1997).

Variáveis Independentes

As variáveis independentes selecionadas são aquelas que podem estar associadas ao grau de adesão. São elas fatores associados à (ao):

- Condições sociodemográficas;
- Equipe e ao serviço de saúde;
- Terapia medicamentosa;
- Nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial sistêmica;

- Paciente.

Instrumento de coleta de dados e coleta de dados:

Pré-teste do Formulário

O pré-teste do questionário foi realizado com um número de pacientes a ser determinado.

Os objetivos do pré-teste são a verificação do entendimento do paciente em relação às perguntas, à inteligibilidade e a clareza das perguntas elaboradas, à ordem de sequência e à duração da entrevista e demais dificuldades que pudessem ser encontradas pelos entrevistadores.

Formulário

O formulário semiestruturado continha questões abertas e fechadas, foram preenchidos através da entrevista direta nos centros de saúde, durando em média 20min, contendo informações sobre a identificação do paciente de variáveis socioeconômicas, relacionadas ao hábito de vida, às questões do teste de Morisky e Green, teste de Batalla, a fatores relacionados à equipe e ao serviço de saúde, aos medicamentos utilizados, à situação de saúde, ao nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial e os fatores relacionados ao paciente (PALOTA, 2010; MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; STRELEC; PIERIN, MION JR., 2003).

Análise dos Dados

As informações obtidas dos questionários foram codificadas e digitadas em um banco de dados utilizando o programa estatístico *Epi-Info* versão 6.0. A análise quantitativa dos dados foi feita calculando-se distribuições de frequências e porcentagens. Com o objetivo de testar a independência entre um par de variáveis aleatórias foi realizado o Teste Quiquadrado (quando as condições para sua utilização foram satisfeitas) ou o teste Extrato de Fisher que é uma significância estatística de teste usado na análise de tabelas de contingência

Aspectos Éticos

O presente estudo obedeceu a todas as disposições contidas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre diretrizes e normas de pesquisa

envolvendo seres humanos. Essa pesquisa foi autorizada pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde - da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Pará (Parecer n.103/09).

O paciente foi informado antecipadamente sobre os objetivos da pesquisa e o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento. Os pacientes que concordaram em participar da pesquisa responderam a questões conforme Formulário para Coleta de Dados (Apêndice A). Foi também obtida assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), garantindo total anonimato na divulgação dos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados serão apresentados e discutidos seguindo a seguinte ordem: caracterização dos portadores de hipertensão arterial segundo as variáveis sociodemográficas; características relacionadas ao tratamento não medicamentoso e fatores de risco; características relacionadas ao tratamento medicamentoso e avaliação da adesão pelo TMG e Teste de Batalla.

5.1 Caracterização dos portadores de hipertensão arterial segundo as variáveis sociodemográficas

A população estudada é caracterizada sócio-demograficamente como formada predominantemente por idosos (44,5%), com cor da pele parda (48%), baixo nível de escolaridade (92,3%), em sua maioria casados (44,9%) e aposentados (43,6%). De acordo com dados do Anuário Estatístico de Belém a renda média familiar oscila em torno de 1 a 3 salários mínimos (BELÉM, 2011).

Observou-se que para a variável gênero que a amostra é constituída na maioria por mulheres (66,5%). Quanto à idade, a faixa etária compreende portadores de hipertensão entre 20 a 59 anos (não idosos) representando 52%, se aproximando dos indivíduos idosos, 48% dos entrevistados. Acerca do estado civil, a condição de casado prevaleceu entre os formulários com 44,9% dos entrevistados (TABELA 1). As características gerais deste grupo se encontram muito semelhantes com os grupos estudados por (PALOTA, 2010; BARBOSA, 2007; PIERIN, 2012).

Ao se considerar que um percentual significativo dos indivíduos estudados (48%) apresentava idade superior a 60 anos e que a idade é uma variável importante (CARDIOLOGIA, S.B.; HIPERTENSÃO, S.B.; NEFROLOGIA, S.B, 2011), é necessário reforçar a importância da elaboração de um programa educativo com estratégias de aprendizagem de adultos e idosos em busca do uso racional dos medicamentos (MAURIZI, 1994). Desta forma, a integração da equipe multiprofissional em serviços de saúde pode ajudar na busca de estratégias efetivas para atender à demanda e às especificidades dos portadores de HAS adultos e idosos no cumprimento do plano terapêutico instituído (PIANCASTELLI, 2012; MENEZES, 2011).

TABELA 1 – Distribuição das variáveis sócio-demográficas dos portadores de hipertensão arterial do Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.

Variáveis	Quantidade	%	Teste	p valor	Análise
Gênero					
Masculino	69	30,5	QQ	< 0,001	AS
Feminino	158	69,5			
Total	227	100,0			
Idade					
20 — 59	118	52	QQ	< 0,001	AS
60 — 102	101	44,5			
Não informado	8	3,5			
Total	227	100,0			
Estado Civil					
Solteiro	41	18,1	QQ	< 0,001	AS
Casado	102	44,9			
Viúvo	39	17,2			
Separado/Divorciado	14	6,2			
Amasiado	30	13,2			
Não Informado	1	0,4			
Total	227	100,0			

Fonte: Pesquisa de campo.

Quanto à variável cor da pele, destacamos que a amostra apresentou predominância de 48% de pardos. Quanto à “Escolaridade”, os indivíduos que apresentavam o Ensino Fundamental incompleto representaram 55,1%. Destaca-se que os Analfabetos representaram 11,5% do total da amostra. Acerca da variável ocupação, a condição de aposentado prevaleceu entre os formulários com 50%, destacando-se a condição de “Do lar” com 24,3%, o que condiz com a faixa estaria encontrada na amostra (TABELA 2).

TABELA 2 – Distribuição das variáveis sócio-demográficas dos portadores de hipertensão arterial do Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.

Variáveis	Quantidade	Percentual	Teste	p valor	Análise
Cor da Pele					
Branca	50	22,0	QQ	< 0,001	AS
Negra	54	23,8			
Amarela	6	2,6			
Parda	109	48,0			
Não Informado	5	2,2			
Indígena	3	1,3			
Total	227	100,0			
Escolaridade					
Analfabeto	26	11,5	QQ	< 0,001	AS
Ensino Fundamental completo	58	25,6			
Ensino Fundamental incompleto	125	55,1			
Ensino Médio Completo	4	1,8			
Ensino Médio Incompleto	1	0,4			
Não Informado	13	5,7			
Total	227	100,0			
Ocupação					
Desempregado	12	5,3	QQ	< 0,001	AS
Aposentado	99	43,6			
Trabalhador carteira assinada	16	7,0			
Autônomo	37	16,3			
Do lar	55	24,3			
Não Informado	8	3,5			
Total	227	100			

Fonte: Pesquisa de campo.

As características gerais deste grupo apresentam algumas diferenças do grupo estudado por (PALOTA, 2010; BARBOSA, 2007, PIERIN, 2012), destacando-se sensíveis diferenças na variável “Cor da pele” e uma maior proporção da ocupação “Do lar” no estudo realizado em São Paulo. A explicação para esta diferença pode estar relacionada ao tipo de economia das cidades e as diferenças de miscigenação e povoamento de cidades, que são geograficamente tão distantes num país com dimensões continentais.

Quanto ao hábito de fumar observou-se que 6,6% dos hipertensos em tratamento continuavam fumando, o que difere de forma relevante de (MELCHIORS, 2008) que apresentou um valor de 15,7%, sendo que (PALOTA, 2010) apresentou um valor de 12,2% de fumantes. De acordo com Pierin (2012), a ingestão de bebida alcoólica e o tabagismo não apresentam significância no controle da hipertensão.

TABELA 3 – Distribuição das variáveis modificáveis da adesão ao tratamento dos portadores de hipertensão arterial do Distrito DAGUA, no período de Março de 2010 a Agosto de 2011, Belém-Pa.

Variáveis	Quantidade	%	Teste	p valor	Análise
Tem hábito de fumar:					
Sim	15	6,6	QQ	< 0,001	AS
As vezes	6	2,6			
Não	146	64,3			
Ex fumante	55	24,2			
Não informado	5	2,2			
Total	227	100,0			
Pratica exercício físico?					
Sim	50	22,0	QQ	< 0,001	AS
As vezes	13	5,7			
Não	157	69,2			
Não informado	7	3,1			
Total	227	100,0			

Fonte: Pesquisa de campo

Pode-se inferir que tal diferença seja pelos hábitos culturais relacionados ao tabagismo nas cidades que se localizam em regiões tão diferentes cultural e geograficamente.

Quanto ao paciente fazer alguma atividade física observou-se que 22,0% realizavam algum tipo de atividade regular, o que se assemelha com (PALOTA, 2010; CARVALHO, 2011) com 28,9% e 33,3% respectivamente dos pacientes realizando atividade física regular.

A prática de atividade física regular representa fator importante para redução dos níveis pressóricos, mas se observa que nos estudos citados apenas uma pequena parcela dos hipertensos tem esse hábito, sendo que vários fatores podem estar relacionados com esse dado como a falta de ações e disponibilidade de

programas de incentivo a prática de atividades física e áreas para essas práticas, que deveriam ser tratadas como políticas públicas de saúde com o objetivo de prevenir maiores agravos de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010)

Quando se analisa a frequência da atividade física realizada, de 49 pacientes que responderam a essa pergunta, realizam alguma atividade física a maioria (45,7%) realizam atividade física apenas 1 ou 2 vezes por semana, sendo que 22,9% realizam de 3 a 4 vezes por semana, conforme observado na Tabela 4, o que difere dos estudos de Melchioris (2008) e Giroto, (2008) que obtiveram maiores percentuais de pacientes que realizavam atividade física regular, inclusive com maior frequência.

TABELA 4 – Distribuição de acordo com o tempo de exercício físico dos portadores de hipertensão arterial do Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.

Exercícios físicos	1 a 2 vezes semana	3 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes semana	Todos os dias	Total
Sim	16	8	2	9	35
As vezes	7	2	2	-	11
Não	1	-	-	2	3
Total	24	10	4	11	49

Fonte: Pesquisa de campo

Acerca do questionamento do paciente ter ou não condições de adquirir o medicamento caso não recebesse gratuitamente, observamos que a maioria 52,9% relata não possuir condições de adquirir os medicamentos, fator importante para adesão ao tratamento;

5.2 Caracterização dos portadores de hipertensão arterial relacionados ao tratamento e à avaliação da adesão pelo TMG

A grande vantagem dos testes utilizados neste estudo é o fato de serem simples e econômicos, no entanto, assim como outras formas de se verificar a adesão à terapia medicamentosa, acabam apresentando algumas desvantagens como superestimar ou subestimar a adesão e sugerir a obtenção de respostas socialmente aceitáveis, além disso, somente identificam parte da não adesão (PIÑEIRO et al. 1997; KROUSEL-WOOD et al. 2004).

A Tabela 5 revela análise individual das 4 perguntas traduzidas que compõem o TMG mostrando que os pacientes mostram comportamentos diferentes de adesão e não adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo de acordo com o tipo de pergunta respondida.

TABELA 5 – Distribuição dos hipertensos quanto às perguntas isoladas do Teste de Morisky e Green no Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.

Variáveis	Quantidade	Percentual	Teste	p valor
Esquecer de tomar seus remédios				
Não	133	58,6	QQ	< 0,001
Sim	92	40,5		
Não informado	2	0,9		
Total	227	100,0		
Descuidar horário medicamentos				
Não	109	48,0	QQ	< 0,001
Sim	116	51,1		
Não informado	2	0,9		
Total	227	100,0		
Deixar de tomar remédio por se sentir bem				
Não	176	77,5	QQ	< 0,001
Sim	49	21,6		
Não informado	2	0,9		
Total	227	100,0		
Deixar de tomar remédio por se sentir mal				
Não	174	76,7	QQ	< 0,001
Sim	51	22,5		
Não informado	2	0,9		
Total	227	100,0		
Aderir ao tratamento				
Não	210	92,5	QQ	< 0,001
Sim	15	6,6		
Não informado	2	0,9		
Total	227	100,0		

Fonte: Pesquisa de campo

De forma individualizada, a análise das perguntas e os resultados obtidos corroboram com os valores obtidos nos estudos de Melchior, (2008); Carvalho, (2011) conforme análise comparativa mostrada na Tabela 5.

As respostas negativas às perguntas do TMG representam uma postura positiva frente à adesão à terapia medicamentosa anti-hipertensiva por parte do paciente, sendo uma forma de verificar sua adesão ao tratamento medicamentoso amplamente utilizada em diversos estudos já citados anteriormente. (PALOTA, 2010; MORISKY et al. 1986; STRELEC et al. 2003)

A Tabela 6 apresenta ainda que nos dados obtidos em Belém, a pergunta “deixar de tomar o remédio por se sentir bem” foi o principal motivo da resposta “NÃO” (indicador de não adesão) seguida da pergunta “deixar de tomar o remédio por se sentir mal”, conforme preconizado pelo Teste de Morisky e Green, sendo as duas relacionadas com o maior número de indivíduos hipertensos não controlados (H1, H2, H3) conforme observado, também, na Tabela 15.

É interessante notar que, nessas duas variáveis, não há interferência direta do profissional de saúde seja na forma da orientação ou intervenção.

Tabela 6 – Comparação da distribuição dos hipertensos quanto à adesão ao tratamento pelo Teste de Morisky e Green em Belém-Pará 2011, Curitiba 2008 e Teresina 2011.

Variáveis relacionadas à adesão	Belém 2011 n(%)	Curitiba 2008 n(%)	Teresina 2011 n(%)
Esquecer de tomar seus remédios*			
Não	133(58,6)	82(42,9)	192(48,0)
Descuidar horário medicamentos			
Não	109(48,0)	101(52,9)	216(54,0)
Deixar de tomar remédio por se sentir bem			
Não	176(77,5)	151(79,1)	344(85,0)
Deixar de tomar remédio por se sentir mal			
Não	174(76,7)	152(79,6)	368(92,0)
Estudo	(n 227)	Melchior(n 191)	Carvalho(n 400)

* Atitudes positivas frente a adesão ao tratamento.

As análises da Tabela 6 corroboram com os dados obtidos acerca da avaliação dos pacientes quanto à equipe de serviços de saúde, mostrados na Tabela 7, onde foram observados dados muito relevantes no que tange a uma alta confiança com 72,7% dos pacientes que sempre confiavam nos médicos e 75,8% que sempre confiavam nos profissionais da equipe. Isso mostra um alto grau de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde das unidades, o que pode ter relação direta com o cumprimento das recomendações de todos os profissionais envolvidos com terapêutica do paciente. Os dados podem ser visualizados na Tabela 7.

TABELA 7 – Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com os fatores relacionados à confiança e comunicação nos profissionais de saúde no Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.

	Quantidade	%	Teste	p valor
Confiar no médico				
Nunca	3	1,3		
Quase nunca	6	2,6		
Muitas vezes	18	7,9	QQ	< 0,01
Quase sempre	30	13,2		
Sempre	165	72,7		
Não sei	5	2		
Total	227	100,0		
Confiar na equipe de profissionais				
Nunca	8	3,5		
Quase nunca	9	4,0		
Muitas vezes	13	5,7	QQ	< 0,01
Quase sempre	23	10,1		
Sempre	172	75,8		
Não sei	2	0,8		
Total	227	100,0		
Entender as explicações sobre pressão alta.				
Nunca	2	0,9		
Quase nunca	9	4,0		
Muitas vezes	15	6,6	QQ	< 0,01
Quase sempre	22	9,7		
Sempre	177	78,0		
Não sei	2	0,8		
Total	227	100,0		

Fonte: Pesquisa de campo

Na Tabela 8, observa-se que 77,5% dos pacientes relataram sempre entender as explicações sobre pressão alta feita pelos profissionais da equipe de saúde, o que pode ser um fator relevante para a adesão desses pacientes a terapia medicamentosa.

TABELA 8 – Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com dúvidas e esclarecimentos à equipe de serviços de saúde no Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.

Variáveis	Quantidade	%	Teste	p valor
Esclarecer dúvidas sobre pressão alta				
Nunca	17	7,5	QQ	< 0,01
Quase nunca	8	3,5		
Muitas vezes	4	1,8		
Quase sempre	18	7,9		
Sempre	176	77,5		
Não sei	4	1,8		
Total	227	100,0		
Médico perguntar sobre o uso correto do medicamento				
Nunca	1	0,4	QQ	< 0,01
Quase nunca	3	1,3		
Muitas vezes	3	1,3		
Quase sempre	6	2,6		
Sempre	209	92,1		
Não sei	5	2,2		
Total	227	100,0		

Fonte: Pesquisa de campo

As perguntas foram feitas aos pacientes com total liberdade e indicam, notadamente, concordância com os resultados das Tabelas 6 e 7, que os indivíduos, em sua maioria, estão sendo orientados, além de seu tratamento farmacológico estar sendo acompanhado, apesar de alguns trabalhos questionarem o TMG como uma medida eficaz para a avaliação da adesão ao tratamento, sugerindo outras alternativas como a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) na condição de resposta na escala de Likert.

TABELA 9 - Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com os fatores relacionados à equipe de serviços de saúde no Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.

Variáveis	Quantidade	%	Teste	p valor
Profissional que orienta				
Médico	18	81,9	QQ	< 0,001
Enfermeiro	6	6,2		
Farmacêutico	14	0,4		
Outros	1	11,5		
Total	26	100,0		
Participação em grupos sobre Hipertensão				
Sim	82	36,1	QQ	< 0,001
Não	145	63,9		
Total	227	100,0		
Consultas nos últimos seis meses				
Nenhuma	4	1,6	QQ	< 0,001
Uma	56	25,6		
Duas	44	19,4		
Três	37	16,3		
Quatro	20	8,8		
Cinco	8	3,5		
Seis	56	24,7		
Oito	2	0,9		
Total	227	100,0		

Fonte: Pesquisa de campo

Observa-se na Tabela 9, que a aparente falta de participação do farmacêutico da equipe multiprofissional aponta para um fato curioso de que, aparentemente, o médico é o profissional mais envolvido na atenção a esses pacientes e na sua correta orientação terapêutica, o que não corrobora com o trabalho de Dewulf (2006). Outro fato importante é que a participação em “grupos de educação em hipertensão” não se apresenta como fator determinante no nível de conhecimento da doença diferenciando-se do entendimento do trabalho de Silva (2006). Ainda, quanto a frequência das consultas, que apresenta grande variação, também não se relaciona diretamente com a adesão porque o acesso ao medicamento é garantido nas unidades para o período de 3 meses, a cada consulta com o médico, segundo informações obtidas nas unidades de saúde onde a pesquisa foi realizada.

Na Tabela 10, observa-se que a maioria dos pacientes entrevistados quanto ao tempo que tinham a doença apresentou valores até 10 anos (78,2%), o que corroborou com os valores obtidos pelo trabalho de Pierin (2012), onde a maioria tinha mais de cinco anos de hipertensão (56,2%), sendo que o tempo de doença relacionou-se com o controle da hipertensão porque, nessa faixa de tempo, a maioria era formada por hipertensos não controlados (59,3% *versus* 41%, $p < 0,05$).

TABELA 10 - Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com os fatores relacionados ao paciente no Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.

Variável	Quantidade	%	Teste	p valor
Tempo Hipertensão (anos)				
1 — 11	140	78,2	QQ	< 0,001
11 — 21	28	15,6		
21 — 31	5	2,8		
31 — 41	4	2,2		
41 — 51	2	1,1		
Total	179	100,0		
Dificuldade em tomar comprimidos				
Sim	52	22,9	QQ	< 0,001
Não	175	77,1		
Total	227	100,0		
Frequência uso medicamentos				
Todos os dias	196	86,3	QQ	< 0,001
Muitos dias	21	9,2		
Alguns dias	10	4,4		
Total	227	100,0		

Fonte: Pesquisa de campo

Em relação às atitudes frente ao tratamento da hipertensão (TABELA 11), observou-se que os pacientes, em sua maioria, não têm dificuldades para ingerir os comprimidos (77,1%), corroborando com o trabalho de Pierin (2012). Podemos chegar à conclusão de que, na faixa etária dessa população, ingerir os medicamentos não tem significativa relevância. Mudanças no esquema de tratamento são comuns ao longo do tempo, graças a mecanismos de adaptação fisiológica, e de acordo com os resultados da tabela 10 a maioria dos pacientes faz tratamento a menos de 10 anos, justificando tal informação (SILVA JUNIOR et al. 2008a)

TABELA 11 – Distribuição de fatores relacionados a atitudes do paciente hipertenso para não deixar de tomar os medicamentos no Distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.

Variáveis	Quantidade	%	Teste	p valor
Uso de "lembrete" para tomar remédio				
Nunca	182	80,2		
Quase nunca	7	3,1		
Muitas vezes	7	3,1		
Quase sempre	6	2,6	QQ	< 0,001
Sempre	21	9,3		
Não sei	1	0,4		
Não informado	3	1,3		
Total	227	100,0		
Mudança de remédio feita pelo médico				
Nunca	133	58,6		
Quase nunca	54	23,8		
Muitas vezes	20	8,8		
Quase sempre	3	1,3	QQ	< 0,001
Sempre	6	2,6		
Não sei	3	1,3		
Não informado	8	3,5		
Total	227	100,0		

Fonte: Pesquisa de campo

Acerca das doenças mais prevalentes nos hipertensos do estudo (TABELA 12) destacam-se o diabetes, com 3,6%, que corrobora com (BAILEY, et al 2010) que obteve 4,63% da população americana estudada com tal comorbidade, e depressão, com 2,1% dos hipertensos avaliados, diferenciando-se dos dados obtidos por (BAILEY et al. 2010) que observou 24,54% com tal patologia.

TABELA 12 – Distribuição das doenças mais prevalentes dos hipertensos participantes da pesquisa no distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.

Doenças:	Sim	%	Não	%	Total	%	Teste	p valor
Doenças na								
coluna/costas	6	6,1	120	8,6	06	4,7		
Artrite ou								
reumatismo	3	5,9	128	9,1	11	5,0		
Câncer		0,3	197	14,1	01	4,3	QQ	< 0,01
Diabetes	0	3,6	157	11,2	07	4,8		
Bronquite ou asma	3	1,6	177	12,6	00	4,3		
Depressão	0	2,1	175	12,5	05	4,6		
Outra:	3	1,6	149	10,6	72	2,3		
Total	99	21,3	1103	78,7	402	00,0		

Fonte: Pesquisa de campo

A estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de que 50 a 70% dos pacientes hipertensos não aderem ao tratamento prescrito, e que a adesão ao tratamento é influenciada diretamente pelos modelos de atenção à saúde estabelecidos (WHO, 2003).

Quanto ao Teste de Batalla observou-se nos resultados do trabalho que 27,62% dos indivíduos em tratamento farmacológico foram considerados com adesão à terapia, enquanto que 72,38% não aderem ao tratamento.(TABELA 13). Já no TMG, o número de indivíduos considerados com adesão foi de 31,6% e não aderentes 68,4% (TABELA 14). Tais resultados, portanto, se assemelham aos dados estimados de adesão ao tratamento da OMS.

TABELA 13 – Distribuição dos pacientes hipertensos quanto à adesão a farmacoterapia de acordo com as perguntas do Teste da Batalla, no distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.

Variáveis	Quantidade	Teste	p valor	Análise	
A hipertensão é uma doença para a vida toda?:					
Sim	157	69,2	QQ	< 0,01	AS
Não	61	26,9			
Não informado	9	4,0			
Total	227	100,0			
A Pressão alta pode ser controlada com dieta e remédios?					
Sim	208	91,6	QQ	< 0,01	AS
Não	9	3,9			
Não informado	10	4,5			
Total	227	100,0			
Cite 2 ou mais órgãos afetados com a Hipertensão					
Acertaram 2 ou mais órgão	70	31	QQ	< 0.01	AS
Não acertaram 2 ou mais órgãos	147	65,5			
Não informado	10	4,5			
Total	227	100			

Fonte: Pesquisa de campo

Os dados de baixa adesão ao tratamento obtidos nesse trabalho podem estar relacionados à natureza muitas vezes assintomática da HA aos efeitos colaterais dos medicamentos, ao seu uso prolongados e à esquemas terapêuticos complexos, questões culturais e de crenças de saúde dos pacientes, ao acesso das drogas, à comunicação deficiente entre profissionais de saúde e pacientes e à desorganização do sistema de saúde. (WHO, 2003; CHOBANIAN, et al. 2003; RUZICKA et al. 2006; LIMA et al. 2010)

Uma outra questão importante que vem sendo discutida é que os médicos tendem a sofrer de “inércia clínica”, isto é, tem receio de iniciar ou intensificar o tratamento anti-hipertensivo, mesmo tendo conhecimento das recomendações e linhas de cuidado sobre o manejo adequado da hipertensão. Entretanto, existem autores que mostram que muitos médicos desconhecem as recomendações atuais de manejo da hipertensão. (WHO, 2003; RUZICKA et al. 2006; MION JUNIOR et al, 2001; LIMA et al. 2010; PIERIN, 2012)

Diante disso, a alta confiança dos indivíduos da pesquisa nos médicos pode não garantir a adesão à terapia medicamentosa havendo necessidade da participação efetiva de outros membros da equipe multiprofissional da saúde (TABELA 14).

TABELA 14 – Relação da adesão ao tratamento pelo TMG com a confiança na equipe e serviços de saúde em hipertensos do distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.

	Adere ao Tratamento TMG			Total	%	Teste	p valor	Análise
	Não	Sim						
Confiar no Médico								
Nunca	3	1,3		3	1,3			
Quase nunca	5	2,2	0,4	6	2,7			
Muitas vezes	14	6,2	1,8	18	8,0		0,241	NS
Quase sempre	24	10,7	2,7	30	13,3			
Sempre	106	47,1	8	25,8	164	72,9		
Não sei	2	0,9	0,9	4	1,8			
Total	154	68,4	1	31,6	225	100,0		
Confiar na Equipe								
Nunca	6	2,7	0,9	8	3,6			
Quase nunca	7	3,1	0,9	9	4,0			
Muitas vezes	9	4,0	1,8	13	5,8		0,898	NS
Quase sempre	17	7,6	2,7	23	10,2			
Sempre	114	50,7	7	25,3	171	76,0		
Não sei	1	0,4	-	1	0,4			
Total	154	68,4	1	31,6	225	100,0		
Entender Explicações								
Nunca	2	0,9		2	0,9			
Quase nunca	6	2,7	1,3	9	4,0			
Muitas vezes	12	5,3	1,3	15	6,7		0,511	NS
Quase sempre	12	5,3	0	4,4	22	9,8		
Sempre	121	53,8	5	4,4	176	78,2		
Não sei	1	0,4		1	0,4			
Total	154	68,4	1	1,6	225	100,0		

Fonte: Pesquisa de campo

A Tabela 15 mostra os valores referentes aos níveis de pressão arterial sendo de forma comparativa entre os indivíduos que aderem ou não à farmacoterapia, onde destacamos que a maioria dos pacientes que não aderem ao tratamento medicamentoso (27,3%) tinham a pressão arterial considerada ótima, contrastando com os pacientes que aderiam ao tratamento e tinha PA ótima com 9,3%.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010)

TABELA 15 – Relação dos níveis de pressão arterial com as perguntas do TMG em hipertensos do distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.

Classificação PA	O Sr. esquece de tomar seus remédios?				Total	Teste	p valor	Análise
	Não	%	Sim	%				
HE1	24	15,6	8	5,2	32	20,8	QQ	6,435
HE2	18	11,7	11	7,1	29	18,8		
HE3	8	5,2	11	7,1	19	12,3		
Ótima	31	20,1	25	16,2	56	36,4		
Limítrofe	12	7,8	6	3,9	18	11,7		
Total	93	60,4	61	39,6	154	100,0		
O Senhor, às vezes, se descuida quanto ao horário de tomar seus remédios?								
HE1	18	11,7	14	9,1	32	20,8	QQ	3,832
HE2	19	12,3	10	6,5	29	18,8		
HE3	8	5,2	11	7,1	19	12,3		
Ótima	27	17,5	29	18,8	56	36,4		
Limítrofe	8	5,2	10	6,5	18	11,7		
Total	80	51,9	74	48,1	154	100,0		
Quando o Senhor. se sente bem, às vezes, deixa de tomar seus remédios?								
HE1	26	16,9	6	3,9	2	0,8	0,865	NS
HE2	26	16,9	3	1,9	29	18,8		
HE3	15	9,7	4	2,6	19	12,3		
Ótima	46	29,9	10	6,5	56	36,4		
Limítrofe	15	9,7	3	1,9	18	11,7		
Total	128	83,1	26	16,9	154	100,0		
Quando o Senhor. se sente mal com seus remédios, às vezes deixa de tomá-los?								
HE1	23	14,9	9	5,8	2	20,8	3,150	0,532
HE2	23	14,9	6	3,9	29	18,8		
HE3	16	10,4	3	1,9	19	12,3		
Ótima	41	26,6	15	9,7	56	36,4		
Limítrofe	16	10,4	2	1,3	18	11,7		
Total	119	77,3	35	22,7	154	100,0		
Aderir Tratamento								
HE1	19	12,3	13	8,4	32	20,8	QQ	8,493
HE2	14	9,1	15	9,7	29	18,8		
HE3	15	9,7	4	2,6	19	12,3		
Ótima	42	27,3	14	9,1	56	36,4		
Limítrofe	13	8,4	5	3,2	18	11,7		
Total	103	66,9	51	33,1	154	100,0		0,075

Fonte: Pesquisa de campo

TABELA 16 – Relação da adesão ao tratamento pelo TMG com as orientações feitas pela equipe de saúde em hipertensos no distrito DAGUA, no período de março de 2010 a agosto de 2011, Belém-Pa.

	Aderir Tratamento				Total	%	Teste	p valor	Análise
	Não	Sim							
Acreditar Remédios									
Nunca		0,5	-	-	1	0,5	G	0,289	NS
Quase nunca		2,3	-	-	5	2,3			
Muitas vezes		0,9	2	0,9	4	1,8			
Quase sempre	14	6,4		1,4	17	7,7			
Sempre	127	57,7	65	29,5	192	87,3			
Não sei	1	0,5	-		1	0,5			
Total	150	68,2	70	1,8	220	100,0			
Efeitos Positivos									
Nunca		1,4	1	0,5	4	1,8	G	0,173	NS
Quase nunca		1,4	-	-	3	1,4			
Muitas vezes		1,8	-	-	4	1,8			
Quase sempre	16	7,2	4	1,8	20	9,0			
Sempre	123	55,7	65	9,4	188	85,1			
Não sei	2	0,9	-		2	0,9			
Total	151	68,3	70	1,7	221	100,0			
Preocupar em medir									
Nunca		3,6		1,4	11	5,0	G	0,021	S
Quase nunca	31	14,1		2,3	36	16,4			
Muitas vezes	12	5,5		1,8	16	7,3			
Quase sempre	19	8,6		2,3	24	10,9			
Sempre	80	36,4	3	24,1	133	60,5			
Total	150	68,2	0	31,8	220	100,0			

Fonte: Pesquisa de campo

Neste, e em outros estudos, o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos sobre sua doença foi considerado satisfatório (cerca de 70%), entretanto, há a necessidade, na sequência do projeto, de relacionar o conhecimento da doença como possível influencia no controle da PA dos pacientes (TABELA 16).

Ainda sim não há evidências porque o fato de que os pacientes com maior conhecimento sobre a doença, ainda que tenham maior adesão ao tratamento (teste de Batalla), não atingem mudanças nos seus hábitos de vida capazes de trazer como benefício o controle da PA (<140/90mmHg). Este resultado é semelhante ao estudo que utilizou este teste de conhecimento, no qual não houve correlação entre o controle da PA e o conhecimento dos pacientes (MELCHIORS,2008; STRELEC et al. 2003; PIERIN, 2012)

6 CONCLUSÃO

A população deste estudo se caracterizou por sua ampla faixa etária, baixa escolaridade, 80,7% com ensino fundamental, e predominância de pardos (48%). A maioria dos pacientes em tratamento anti-hipertensivo (63,46%) apresentou PA não controlada, sendo que, nesse trabalho, tanto pelo TMG, quanto pelo teste de Batalla, 68,4% e 72,37%, os pacientes não aderem ao tratamento farmacológico, indicando ainda pelo teste de Batalla que a baixa escolaridade é um fator importante para não adesão.

Os resultados apresentados apontam ainda que a adesão ao tratamento influenciou diretamente no controle dos níveis de pressão arterial de consultório já que a maioria dos pacientes que aderiam ao tratamento tinham PA considerada ótima.

A maioria dos pacientes 81,9% relatou que o profissional que os orienta quanto ao uso dos medicamentos é o médico, sendo que o fato do paciente sempre confiar no médico (72,7%) não é garantia de adesão ao tratamento nem do controle dos níveis pressóricos.

Apenas 0,4% dos indivíduos relataram receber orientação quanto ao uso dos medicamentos pelo farmacêutico, o que evidencia a ausência desse profissional na etapa da adesão ao tratamento nas unidades de saúde da pesquisa, o que pode ser um fator importante para não adesão ao tratamento.

O estudo evidencia a necessidade de serem realizadas intervenções no serviço de saúde para mudar a realidade de baixa adesão a farmacoterapia para melhora do controle dos níveis de PA e consequente redução a morbidade relacionada a hipertensão arterial.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA NETO, J., RODRIGUES, E.L.; SANTOS, D.B; ROCHA, K.B; **Avaliação da Adesão ao Tratamento e Perfil dos Pacientes atendidos pelo Programa Hipertensão em Santa Bárbara de Goiás**. Dissertação (especialização) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

AKASHI, D.; ISSA, F.K.; PEREIRA, A. C.; TANNURI, A. C., FUCCIOLO, D. Q.; LOBATO, M. L.; GALVÃO T. G., BENSEÑOR, I. M., LOTUFO, P. A. **Tratamento Anti-Hipertensivo**. Prescrição e Custo de Medicamentos. Pesquisa em Hospital Terciário. Vol. 71 (nº 1). Arq. Bras. Cardiol. 1998, p. 55-57.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação: Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16. p. 39-52, set./fev. 2004.

ARAÚJO G. B. S., GARCIA T.B. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. v.8, nº 2, **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. 2006, p. 259-272. Disponível em: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7041> > . Acesso em (05/01/2012)

ARAÚJO J.C., Guimarães A.C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev. Saúde Pública* 2007. v.41. p.368-374.

BAILEY, J.E.; WAN, J.Y.; TANG, J.; GHANI, M.A.; CUSHMAN, W.C. Antihypertensive medication adherence, ambulatory visits, and risk of stroke and death. *J. Gen. Intern. Med.*, v.25, n.6, 2010. p.495-503.

BARBOSA, R.G.B. **Estudo da adesão ao tratamento e do controle da pressão arterial em idosos hipertensos**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

BARRETO, S.M. et al. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in southeast Brazil-The Bambui Health and Ageing Study. In: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo. v. 77, nº 6, 2001. p.576-581.

BATALLA-MARTÍNEZ, C. et al. **Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos**. *Rev. Atención Primaria* v. 1, n. 4, 1984. p.185-191.

BERTOLOZZI, M.R. **A adesão ao Programa de Controle da Tuberculose na perspectiva da estratégia do Tratamento Diretamente Observado ("DOTS") no Município de São Paulo**. 2001. Tese (livre-docência). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2001.

BORTOLOTTI, L.A.; GIORGI, D.M.A. Diagnóstico e quadro clínico de hipertensão arterial. In: SOUZA, A.B. **SOCESP Cardiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 336-342.

BELÉM. Secretaria Municipal de Coordenação Geral do Planejamento e Gestão ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO MUNICÍPIO DE BELÉM, v. 15, 2010 – Belém:, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 184, de 03 de fevereiro de 2011. Institui o Programa Saúde não tem preço – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

CARDIOLOGIA, S.B.; HIPERTENSÃO, S.B.; NEFROLOGIA, S.B. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia (doc. oficial), v. 89, n.3, p.e24-e79, 2007.

VI Diretrizes Brasileiras De Hipertensão Arterial 2010. Disponível em <<http://www.sbh.org.br>>, Acesso em 28 de mar. 2011.

CAR, M.R. et al. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 25, p. 259-269, dez. 1991.

CARVALHO, A.L.M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa HIPERDIA no município de Teresina-PI. **Ciência & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, nº 7, jul. 2012.

CASTRO M.S, FUCHS F.D, SANTOS M.C, et al., Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension: Report of a double-blind clinical trial with ambulatory blood pressure monitoring. In: **American Journal of Hypertension**, v. 19, mai. 2006, p.528-533.

CASTRO, I. **Cardiologia**: princípios e práticas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CHOBANIAN AV, BAKRIS G.L., BLACK H.R., CUSHMAN W.C., GREEN L.A., IZZO JUNIOR J.L., et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. In: **Hypertension**. v.42, dez. 2003.

BRASIL. **Cadernos de Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm#cadernos>>. Acesso em: 26 jun. 2010.

DELGADO, Artur Barata; LIMA, Maria Luísa. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psic., Saúde & Doenças, Lisboa**, v.2, n.2, nov. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862001000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 ago. 2012.

DEWULF, N.L.S. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrointestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 42, n. 4, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322006000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2012.

FARIA, H. T. G. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa**. 2008. 127 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2008.

FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004, cap. 66, p. 641-56.

_____; LUBIANCA, J.F.; MORAES, R.S. et al. Blood pressure effects of antihypertensive drugs and lifestyle modification in a Brazilian hypertensive cohort. In: **American Journal of Hypertension**, v. 15, jul.1997, p. 783-792.

FUCHS, S.C.; CASTRO, M.S.; FUCHS, F.C. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Hipertensão**, v. 7, n. 3, p. 90 – 93, 2004.

GIROTTTO, E. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência uma unidade de saúde da família**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

GUSMÃO, J.L.; PIERIN, A.M.G.; MION JR, D. Medida casual ou de consultório da pressão arterial. In: Brandão, A.A.; AMODEO, C., NOBRE, F.; FUCHS, F.D. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2006, p. 107-114.

HAYNES, R.B. et al. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library. Oxford: Update Software**; 2004.

HEYDE, R. V.; HEYDE, M. E. D. V. Implementando modificações no hábito de vida. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 11, n. 2, p. 102-104, 2004.

JARDIM, P.C.B. Hipertensão arterial. In: Porto, C.C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 87, p. 453-456.

KROUSEL-WOOD, M. et al. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. In: **Current opinion in cardiology**, v. 19, n. 4, p.357-362, jul.2004.

LEITE, S.; VASCONCELOS, M. P. C. Adesão a terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LESSA I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira Hipertens.** v.13, p.39-46. jan.2006;

LIMA, N. K.C. et al. Avaliação da adesão medicamentosa em idosos hipertensos em serviço ambulatorial de geriatria. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 8, p.30, 2005.

LIMA, N. K.C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no Mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 35-38, jan- mar. 2006.

LIMA, Tácio de Mendonça, MEINERS, Micheline Marie Milward de Azevedo y SOLER, Orenzio. Perfil de adhesión al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en la Unidad Municipal de Salud de Fátima, en Belém, Pará, Amazonía, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v.1, nº2, p.113-120, jun. 2010.

LUPATINI FILHO, J.O. et al. Síndrome de vida e estilo de vida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.29, n.1, p. 113-120, 2008.

LYRA JUNIOR, D.P.; PRADO, M.C.T.A.; ABRIATA, J.P.; PELÁ, I.R. As prescrições médicas como causadoras de risco para problemas relacionados com os medicamentos. Seguíim. Farmacoter. **Red. Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**, Granada-Espanha, v.2, nº002. p86-96. abril-junho 2004.

MANUILA, L.; MANUILA, A.; NICOLIM, M. **Dicionário médico Andrei**. 1. ed. São Paulo: Andrei, 1997. p. 276.

MARIN, N.; LUIZA, V.L.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MAURIZI, A. El humor y el teatro promueven la reflexión. In: Foro Mundial de la Salud,15: 195-196, 1994.

MELCHORS, A. C. **Hipertensão Arterial: Análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida**. 2008. Dissertação de (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

MENEZES, V. B. B. **Hipertensão e complicações associadas em mulheres: uma análise do sistema de cadastros de Fortaleza como subsídio à implementação de políticas públicas de saúde**.2011. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza,2011.

MICHELINI, L.C. Conceitos básicos sobre a pressão arterial. In: MION JUNIOR, D; OIGMAN, W.; NOBRE, F. MAPA. **Monitorização Ambulatorial da pressão Arterial**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 1 – 9.

MION JUNIOR. D; PIERIN A.M.G, GUIMARÃES A. Tratamento da hipertensão arterial — respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Rev. Assoc Med Bras.** São Paulo. v.47. nº 3. p.249–254. 2001.

_____; SILVA, G. V. D ORTEGA, K. C.; NOBRE,.; F. A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. **Rev Bras Hipertens** vol.13 p. 55-58, jan.2006.

MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. **Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence.** In: Medical Care, v. 24, n. 1, p. 67-73, 1986.

NOBRE, F.; COELHO, E.B.; MION JUNIOR. D. Monitorização ambulatorial da pressão arterial. In: Brandão, A.A.; AMODEO, C.; NOBRE, F.; FUCHS, F.D.. **Hipertensão.** Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2006. p. 115-132.

NOBRE, F.; LIMA, N. K. C.; MOURA JÚNIOR, L. A.Hipertensão arterial essencial. In: PORTO, C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 461-471.

SAÚDE, O. P. (OPAS). Atenção Farmacêutica no Brasil Trilhando caminhos: Relatório 2001-2002. Brasília: OPAS; 2002a.

_____. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta, Brasília: OPAS; 2002b.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22. p. 377-385, fev. 2006.

PALOTA, L. **Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial:** estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista. 2010, p.2-67 Dissertação (mestrado em enfermagem) – Enfermagem fundamental, na Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA H. P.; SILVEIRA, M. R. **O trabalho em equipe.** Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicações/textos_apoio/texto_1.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012.

PIERIN, A.M.G.; ALAVARCE, D.C.; LIMA, J.C.; MION JUNIOR, D. A medida indireta da pressão arterial: como evitar erros. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n. 1, p. 31-39, jan-mar 2000.

_____.; GUSMÃO, J.L.; CARVALHO, L.V.B. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. **Revista de Hipertensão**, v. 7, n. 3, p. 100-103, out. 2004.

_____ et al . Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012 . disponível em

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700074&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 03 Ago. 2012.

PIÑEIRO, F.; GIL, V.; DONIS, M.; OROZCO, D.; PASTOR, R.; MERINO, J. The validity of 6 indirect methods for assessing drug treatment compliance in arterial hypertension. **Rev. Atención Primaria**, v. 19, n. 7, p.372-374, abril.1997.

REINERS, A. A. O.; NOGUEIRA, M. S.; Raising hypertensive patients`consciousness about treatment compliance, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 59-65, jan-fev 2009.

RUZICKA M, LEENEN FH. Moving beyond guidelines: are report cards the answer to high rates of uncontrolled hypertension? In: **Curr Hypertens Rep**. v.8. p.324–329. ago. 2006.

SARQUIS, L.M.M.; DELL'ACQUA, M.C.Q.; GALLANI, M. C. B. J.; MOREIRA, R. M.; BOCCHI, S.C.M.; TASE, T.H.; PIERIN, A. M. G. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção da científica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.32, n.4, p.335-353, dez. 1998.

SCHMIDT, M. I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 74-82, ago. 2009.

SILVA, T. R.; FELDMAN, C.; LIMA, M. H. A. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 180-189, set.-dez. 2006.

SILVA JR, E. D. D.; SETTE, I. M. F.; BELÉM, L. D. F.; PEREIRA, G. J. D. S.; BARBOSA, J. A. A. B.; DANTAS, A. M. Eficácia e segurança no tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial em pacientes internados na clínica geral de um hospital público. **Rev. Bras. Farm.**, v. 89. p.302-307, fev. 2008.

SILVA, A S.; LYRA JR, D. P.; MUCCINI, T.; NETO, P. G. S. G. & SANTANA, D. P. S. Avaliação do serviço de Atenção Farmacêutica na otimização dos resultados terapêuticos de usuários com hipertensão arterial sistêmica: um estudo piloto. **Rev. Bras. Farm.** v. 89. p. 255-258. abr. 2008.

STRELEC, M. A. A. **A influencia do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial**. 2000. 139f. Dissertação (mestrado) – Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

_____; PIERIN, A.M.G.; MION Jr, D. A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 81, n. 4, p. 343-348, 2003.

UNGARI, A. Q., Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos núcleos de saúde família do município de Ribeirão Preto-SP. 2007 Dissertação (mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2007

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

8 APÊNDICES**APÊNDICE A****INSTRUMENTO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA****PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO****1. Qual seu gênero?**

☐ Feminino ☐ Masculino

2. Qual a data de nascimento do Sr(a)? ____/____/____ Idade:_____

3. Qual a cor/cor da pele do Sr(a)?

☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐

Indígena

4. Qual seu nível de escolaridade?

☐ Analfabeto

☐ Primário incompleto

☐ Primário completo

☐ Ensino fundamental incompleto

☐ Ensino fundamental completo

☐ Ensino médio incompleto

☐ Ensino médio completo

☐ Ensino superior incompleto

☐ Ensino superior completo

5. O que o Sr (a) faz atualmente?

☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Trabalhador c/ carteira assinada

☐ Conta própria ☐ Do lar

6. Onde o Sr(a) retira/pega os seus remédios para pressão alta?

☐ Posto de saúde ☐ Farmácia comercial

7. Se o Sr(a) não conseguir os seus remédios de gcor da pele, o Sr(a) tem condições de comprar?

☐ Sim ☐ Não

8. O Sr(a) costuma fumar?

() Sim () Às vezes () Não () Ex-fumante

9. O Sr(a) pratica algum tipo de atividade física?

() sim () Às vezes () não

10. O que o Sr(a) costuma fazer?

() Caminhada () Corrida () Hidroginástica () Ginástica () Dança () Andar de bicicleta () Outros. Qual? _____

11. O Sr(a) costuma beber?

() Não, nunca bebi () Não, parei () Não

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

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

FATORES RELACIONADOS À EQUIPE E AO SERVIÇO DE SAÚDE

1. O Sr(a) confia no médico que o atende no Núcleo?

() Nunca () Quase nunca () Muitas vezes () Quase sempre () Sempre () Não sei

2. O Sr(a) confia na equipe de profissionais que o atende no núcleo?

() Nunca () Quase nunca () Muitas vezes () Quase sempre () Sempre () Não sei

3. O Sr(a) entende as explicações sobre a pressão alta e o tratamento feitas pelos profissionais do Núcleo?

() Nunca () Quase nunca () Muitas vezes () Quase sempre () Sempre () Não sei

4.O Sr(a) esclarece as suas dúvidas sobre a pressão alta e o tratamento com o médico?

() Nunca () Quase nunca () Muitas vezes () Quase sempre () Sempre () Não sei

5. O médico pergunta se o Sr(a) está tomando corretamente os remédios conforme orientado?

() Nunca () Quase nunca () Muitas vezes () Quase sempre () Sempre () Não sei

6. Quem orienta o Sr(a) como tomar corretamente os remédios para pressão alta?

() Médico () Enfermeiro () Farmacêutico () Agente comunitário

() Outro.Qual? _____

7. O Sr (a) participa de algum grupo relacionado à hipertensão?

() Sim () Não

FATORES RELACIONADOS À TERAPIA

1.	Medicamento	Dose	Frequência	Horários
Quais os remédios para pressão alta o Sr(a) está tomando?				
O Sr(a) sabe qual a dose destes remédios?				
Quantas vezes por dia o Sr(a) toma?				
A que horas o Sr(a) toma os remédios?				

2. A maioria das pessoas, por uma razão ou por outra, tem dificuldade em tomar seus comprimidos. O Sr(a) tem dificuldade em tomá-los?

() Sim () Não

3. O Sr(a) toma seus comprimidos:

() todos os dias () muitos dias () alguns dias

4. O Sr(a) or acaso tem ou teve alguma destas outras doenças?

- () Doença na coluna/costas () Artrite ou reumatismo () Câncer () Diabetes
() Bronquite ou asma () Depressão () Outra.Qual?_____

**FATORES RELACIONADOS AO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE A
HIPERTENSÃO ARTERIAL (TESTE DE BATALLA)****1.O que é a pressão alta para o Sr(a)?**

2. A pressão alta é uma doença que o Sr(a) terá para a vida toda?

- () Sim () Não

3. Pode-se controlar a pressão alta com dieta e/ou remédios?

- () Sim () Não

**4. O Sr(a) poderia dizer dois ou mais órgãos do corpo que podem ser afetados por
ter pressão alta?**

FATORES RELACIONADOS AO PACIENTE**1. O Sr(a) acredita que os remédios são fundamentais para controlar a sua
pressão?**

- () Nunca () Quase nunca () Muitas vezes () Quase sempre () Sempre () Não sei

2. O Sr.(a) acredita nos efeitos positivos do tratamento para pressão alta?

- () Nunca () Quase nunca () Muitas vezes () Quase sempre () Sempre () Não sei

3. O Sr(a) se preocupa em medir a pressão?

- () Nunca () Quase nunca () Muitas vezes () Quase sempre () Sempre () Não sei

4. O Sr(a) está satisfeito com o atendimento à sua saúde?

- () Sim () Não () Às vezes

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

O projeto de pesquisa intitulado: Avaliação do controle da hipertensão em pacientes cadastrados no HIPERDIA da unidade de saúde do parque Amazônia I: elementos para uma intervenção farmacêutica.

O estudo tem como objetivo avaliar o grau de adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos em seguimento na USF.

Assim como, estudar os fatores que levam os pacientes a não tomarem os medicamentos conforme recomendado. Vindo as desenvolver estratégias para melhorar grau de adesão a terapia. O estudo será realizado utilizando, prontuários e será aplicado um questionário para entrevistar o hipertenso seja na Unidade de Saúde ou em seu domicílio, após contato prévio dependendo de sua disponibilidade.

Sua participação é muito importante para que possamos realizar a pesquisa.

Fica assegurada a sua desistência em qualquer etapa do estudo, sendo resguardada a confidencialidade de sua participação. Não há qualquer compensação financeira ou indenização por sua participação neste estudo.

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito da pesquisa, ficaram claros para mim os propósitos dos procedimentos a serem realizados. Concordo voluntariamente, com o que será realizado e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos. Quanto aos dados da pesquisa estou ciente que não serão individualizados, e poderão ser publicados em revistas científicas e congressos e se caso tenha dúvida poderei telefonar para o número- 32017202.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Belém____/____/2011