



UFG

**Universidade Federal de Goiás
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

JAQUELINE GLEICE APARECIDA DE FREITAS

**O IMPACTO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA ADESÃO AO
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES IDOSOS
HIPERTENSOS**

GOIÂNIA
2014

JAQUELINE GLEICE APARECIDA DE FREITAS

**O IMPACTO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA ADESÃO AO
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES IDOSOS
HIPERTENSOS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título em doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Celmo Celeno Porto

GOIÂNIA
2014

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluna: Jaqueline Gleice Aparecida de Freitas

Orientador: Prof. Dr. Celmo Celeno Porto

MEMBROS:

1. Profº. Celmo Celeno Porto (UFG) - Presidente

2. Profº Weimar Kunz Sebba Barroso (UFG)

3. Profª. Maria Alves Barbosa (UFG)

4. Profº. Vinícius Barreto da Silva (PUC-GO)

5. Profª. Thaís Cidália Vieira Gigonzac (UEG)

SUPLENTE

1. Profª. Neuma Chaveiro (UFG)

3. Profª. Cejane Oliveira Martins Prudente (PUC-GO)

DATA: 04/11/2014

Dedico este trabalho...

Aos meus filhos Pedro e Mariana, que ainda no meu ventre, esteve comigo durante os momentos mais difíceis da realização deste trabalho. Obrigada por me apresentar o amor mais sublime e incondicional que uma pessoa pode ter: amor de mãe!! Obrigada por encher minha vida de alegria!!

Ao meu esposo Fábio Batista, pelo amor, companheirismo, admiração e gratidão, pelo carinho, compreensão e principalmente por me ajudar a escolher o melhor caminho diante dos obstáculos encontrados, no processo de elaboração deste trabalho!!

Aos meus pais, João Hélio e Aparecida, que sempre me apoiaram e acreditaram na minha capacidade. Minha admiração, respeito e amor por vocês não tem medida!!

Aos meus irmãos Hélio, Robson e Aleksanders que me incentivam e me dão força para continuar sempre!!

Aos meus cunhados, Maria Aparecida, Carol, Érika, Wesley e Hérica e sobrinha, Maria Eduarda, pelo carinho!!

À minha sogra e sogro, Antônio e Luzia, pelo apoio!!!

AMO VOCÊS!!!!!!!!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser a fonte da minha existência e meu sustento a cada dia!!!!

Ao Prof. Dr. Celmo Celso Porto, pela orientação, paciência, sabedoria, inspiração. Minha gratidão e admiração!!!!

A minha grande amiga Sylvia Escher, que esteve presente em cada momento, cada alegria, cada angústia, cada dor e cada superação!!!! Te admiro muito!!! Obrigada pelo apoio!!

À professora Ana Luiza, pela análise criteriosa dos dados desta pesquisa e generosidade com que me ensinou. O seu apoio foi fundamental!

A todos os professores pareceristas, pela leitura cuidadosa e contribuições para finalização desta pesquisa!!

A equipe de Saúde da Região Norte do Município de Goiânia que me ajudou prontamente na coleta de dados deste trabalho, especial Maria Odalice!

A todos os pacientes que fizeram parte deste Estudo. Obrigada pelos momentos de aprendizado!!!!

Aos meus amigos da PUC-GO, UNIVERSO e UEG, o apoio de vocês foi fundamental para concretização dessa etapa!!!

As secretárias do Programa de Pós –Graduação em Ciências da Saúde, Valdecina e Livia pelas valiosas sugestões!!!

SUMÁRIO

LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES	7
SIGLAS E ABREVIATURAS	8
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 ADESÃO	15
1.2 FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO	24
1.2.1 Equipe de Atenção a Saúde e fatores relacionados ao sistema de saúde	25
1.2.2 Fatores econômicos e sociais	26
1.2.3 Fatores relacionados à doença	27
1.2.4 Fatores relacionados à terapêutica	27
1.2.5 Fatores relacionados ao paciente	28
1.3 AVALIAÇÃO DA ADESÃO	29
1.4 CONSEQUÊNCIAS DA NÃO ADESÃO	32
1.5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: CONCEITOS E ELEMENTOS FUNDAMENTAIS	34
1.6 ATENÇÃO FARMACÊUTICA	36
2 OBJETIVOS	40
2.1 OBJETIVO GERAL	40
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
3 MÉTODOS	41
3.1 Artigo 1	41
3.2 Artigo 2	43
3.2.1 Tipo de Estudo	43
3.2.2 Local do Estudo	43
3.2.3 Amostra	43
3.2.4 Critérios de inclusão e exclusão	44
3.2.5 Instrumentos	44
3.2.6 Procedimentos	45
3.2.7 Análise Estatística	47
4 PUBLICAÇÕES	50
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	96
ANEXOS / APÊNDICES	104

LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A - Norma da Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica

ANEXO B - Norma da Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Goiânia –HGG.

ANEXO D - Teste de Morisky, Green, Levine

ANEXO E - Protocolo para medida da Pressão Arterial

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE

APÊNDICE B - Questionário sóciodemográfico

APÊNDICE C - Cartilha educativa sobre hipertensão arterial sistêmica e suas complicações

APÊNDICE D - Prontuário Farmacêutico

APÊNDICE E - Relatório de Visita

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS – Atenção Básica de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AFT – Acompanhamento Farmacoterapêutico

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BMQ - Breve Questionário de Medicamentos

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CFF – Conselho Federal de Farmácia

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

DCV - Doença Cardiovascular

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DM – *Diabetes Mellitus*

DP - Desvios-Padrão

ESF – Equipe de Saúde da Família

ESPA - Detectar Problemas de Adesão

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HGG - Hospital Alberto Rassi

HIPERDIA - Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus*

IAAFTR Instrumento para Avaliar Atitudes Frente à Tomada dos Remédios

IAIM - Índice de Acerto de Ingestão Medicamentosa

IBECS - Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IF – Intervenção Farmacêutica

LILACS - Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MAPA – Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

MIPs - Medicamentos Isentos de Prescrição

mmHg - Milímetro de mercúrio

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão Arterial

PACS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PAM - Pressão Arterial Média

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PRMs – Problemas Relacionados a Medicamentos

PSF - Programa de Saúde da Família

PubMed - *United States National Library of Medicine*

QAM-Q - Questionário de Adesão a Medicamentos – Qualiaids

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

URM – Uso Racional de Medicamentos

RESUMO

A adesão é o comportamento de um paciente diante das recomendações médicas ou de outros profissionais de saúde quanto ao uso de medicamentos, adoção de dietas ou mudanças do estilo de vida. Tese construída na modalidade de artigos científicos. O primeiro artigo tem como título: “Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura”. O segundo tem como título: “O impacto do farmacêutico clínico na adesão ao tratamento farmacológico de pacientes idosos hipertensos” **Objetivos:** Primeiro artigo: estudar conceitos de adesão, os fatores de adesão e causas de abandono e os métodos para avaliação da adesão. Segundo artigo: Avaliar o impacto do farmacêutico clínico na adesão ao tratamento farmacológico de pacientes idosos hipertensos. **Método:** No artigo de revisão a busca foi realizada nas bases de dados MEDLINE, LILACS, *Cochrane*, IBECS, SciELO e PubMed, estudos publicados no período entre 1979 a 2014. Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Hipertensão arterial sistêmica, Idosos, Adesão, Métodos de Avaliação, Fatores de adesão. O segundo artigo é um estudo prospectivo, exploratório e quantitativo com 26 pacientes idosos hipertensos da Unidade Básica de Saúde da Família na região Norte do Município de Goiânia – GO. Os pacientes da microárea A foram acompanhados pelo farmacêutico e os pacientes da microárea B foram visitados pelo agente comunitário de saúde, durante seis meses. Nas duas microáreas foram realizadas avaliação do perfil sociodemográfico, avaliação da adesão ao tratamento farmacológico e medida da pressão arterial dos pacientes. **Resultados:** No primeiro artigo descreveu a dificuldade de conceituar adesão, assim como os principais fatores que interferem na adesão. Existem vários métodos diretos e indiretos para avaliação da adesão ao tratamento farmacológico, sendo que todos os métodos apresentam vantagens e desvantagens. No segundo artigo: Houve predomínio de pacientes do sexo feminino, idade entre 60 a 69 anos, ensino fundamental/médio, com renda de 2 a 4 salários mínimos, casado, cor branca e aposentado. Os pacientes relataram não utilizar bebidas alcoólicas, não praticar atividade física e que não faziam nenhuma restrição de sal/açúcar. Os pacientes das microáreas A e B são semelhantes quanto às características sociodemográficas. No início do estudo a adesão ao tratamento farmacológico e a pressão arterial teve a mesma distribuição nas duas microáreas. Ao final a microárea A apresentou mudança na taxa de adesão total que passou de 66,7% para 87,5% dos pacientes e houve redução significativa dos níveis tensionais. **Conclusões:** A adesão ao tratamento é uma questão complexa, multifatorial, e é fundamental para se obter a redução dos níveis pressóricos e diminuição de complicações em pacientes idosos hipertensos. A adesão ao tratamento não está relacionado com as variáveis sociodemográficas. Na microárea A, através da intervenção farmacêutica, observou-se que houve aumento da adesão ao tratamento farmacológico com redução significativa dos níveis tensionais.

Palavras – Chave: Idoso; Hipertensão Arterial Sistêmica; Adesão; Atenção farmacêutica.

ABSTRACT

Adherence is the behavior of a patient before the doctor or other health professional recommendation regarding the use of medicines, adoption of diets or lifestyle changes. Thesis built in the form of scientific articles. The first article is titled: "Adherence to pharmacological treatment in hypertensive elderly: An integrative literature review". The second one is titled: "The impact of the clinical pharmacist in the adherence to the pharmacological treatment of elderly hypertensive patients". **Objectives:** First Article: studying concepts of adherence, factors for adherence, and causes of abandonment and methods for assessing adherence. Second article: Assessing the impact of the clinical pharmacist in pharmacological treatment of elderly hypertensive patients. **Method:** In the review article the search was conducted in MEDLINE, LILACS, Cochrane, IBECs, SciELO and PubMed, studies published between 1979 to 2014 data. The following Descriptors in Health Sciences were used (DeCS): Hypertension, Elderly, Adherence, Factors for adherence, Assessment Methods. The second article is a prospective study, exploratory and quantitative with 26 elderly hypertensive patients, performed at the Family Health Basic Unit in the northern part of the city of Goiânia-GO. The patients of microarea A were followed by the pharmacist and patients of microarea B were visited by community health agent for six months. In both microareas assessment of sociodemographic profile, evaluation of pharmacological treatment and measurement of blood pressure of patients were carried out. **Results:** The first article described the difficulty of conceptualizing adherence as well as the main factors that influence adherence. There are several direct and indirect methods for evaluation of pharmacological treatment; all methods have advantages and disadvantages. In the second article: There was a predominance of female patients, age ranging between 60 -69 years old, primary / secondary education, earning 2-4 minimum wages, married, white and retired. Patients reported no alcohol use, no physical activity and no salt/sugar restriction. Patients of the micro areas A and B are similar in sociodemographic characteristics. At the beginning of the study the adherence to pharmacological treatment and blood pressure had the same distribution in the two micro areas. At the end, the microarea A presented variation in the rate of total adherence which rose from 66.7% to 87.5% patients and there was significant reduction in blood pressure levels. **Conclusions:** The adherence to treatment is a complex issue, multifactorial, and is essential to obtain the reduction of blood pressure levels and decrease in complications in elderly hypertensive patients. Adherence to treatment is not related to sociodemographic variables. In the microarea A, through pharmaceutical intervention, it was observed that there was increase in adherence to pharmacological treatment with a significant reduction in blood pressure levels.

Key - Words: Elderly; Hypertension; Adherence; Pharmaceutical care.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento rápido da população brasileira vem sendo enfatizado, particularmente no que se refere às suas implicações clínicas, sociais e da perspectiva de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1960, a faixa etária com 60 anos ou mais representava apenas 5% da população. Enquanto, o último senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) afirma que o Brasil em 2025 terá a sexta maior população idosa do mundo, com aproximadamente 32 milhões de pessoas (BRASIL, 2010; DRAGANOV, LIMA, BARBOSA, 2010).

O idoso é mais vulnerável a todas as doenças, em especial as degenerativas, as cardiovasculares e cérebro-vasculares, o câncer, os transtornos mentais, os estados patológicos que afetam o sistema locomotor e os sentidos (WAJNGARTEN, 2010). Entretanto, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), podem afetar a capacidade funcional das pessoas, representando uma maior procura e utilização de serviços de saúde, bem como a um elevado consumo de medicamentos. A grande maioria (mais de 85%) dos idosos no Brasil apresenta pelo menos uma doença crônica e cerca de 15% têm pelo menos cinco dessas doenças, com especial destaque para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e *Diabetes Mellitus* (DM) (NOVAES, 2007).

As DCNTs são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo e estima-se que no ano 2020 os problemas crônicos somem quase 80% da sobrecarga que os países em desenvolvimento terão com doenças, visto que a adesão ao tratamento alcança apenas 20% nesses países (OMS, 2003). Um relatório realizado pela OMS, sobre prevenção de doenças crônicas, estimou que em 2015 os óbitos causados por estas doenças aumentariam em 17%, o que significa que da estimativa de 64 milhões de óbitos neste período, 41 milhões serão em decorrência de uma doença crônica (OMS, 2005; BRASIL, 2010).

Em 2005, foi realizado um inquérito, a partir de Entrevistas Telefônicas, realizado junto à população residente do Município de Goiânia-GO para avaliar a prevalência dos fatores de Risco para Doenças Não Transmissíveis. Aproximadamente 22,4% da população adulta relataram ter HAS, sendo que

20% dos homens e 23,8% das mulheres afirmaram ser hipertensos. Quando avaliado a frequência de fatores de risco por faixa etária e sexo verificou-se alta prevalência para HAS acima de 65 anos de idade, sendo que 55,8% dos homens e 64,1% das mulheres relataram HAS (PEIXOTO *et al.*,2008)

Em estudo realizado em 2009, com 117 idosos com idade entre 60 e 89 anos atendidos nos Centros de Referência e Cidadania em João Pessoa, capital da Paraíba verificou-se que em relação ao uso de tabaco e de álcool, 4,3 % e 9,4 %, respectivamente, afirmaram fazer uso destas substâncias e 56,4 % reportaram não praticar atividade física. Nesta amostra, 78,6 % dos idosos utilizavam medicamentos e 82,1 % afirmaram sofrer de alguma doença crônica, sendo mais frequentes a Hipertensão Arterial (56,4 %), as dislipidemias (33,3 %) e o *Diabetes Mellitus* (20,5 %) (LEITE-CAVALCANTI *et al.*, 2009).

A proporção de brasileiros com HAS cresceu de 21,5%, em 2006, para 24,4% em 2009. A capital brasileira com maior índice de hipertensos foi o Rio de Janeiro (28%), enquanto Palmas situou-se entre as capitais com menor índice (14,9%). A cidade de Goiânia ficou em 15ª posição entre as capitais com um índice de 21,2% de hipertensos. O percentual de hipertensos não ultrapassa de 14% da população até os 34 anos. Dos 35 aos 44 anos, a proporção aumenta para 20,9%. O índice salta para 34,5%, dos 45 aos 54, e para 50,4%, dos 55 aos 64 anos. A proporção de hipertensos é maior entre mulheres (27,2%) que entre homens (21,2%). Portanto, mais de 30 milhões de brasileiros apresentam elevação da pressão arterial (BRASIL, 2010).

A HAS, de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, é uma “condição clínica multifatorial e silenciosa caracterizada por níveis elevados e sustentados da Pressão Arterial (PA)”. Para o diagnóstico de HAS são utilizados os seguintes valores como ponto de corte: níveis pressóricos maiores ou iguais a 140 mmHg para a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e valores maiores ou iguais a 90 mmHg para a Pressão Arterial Diastólica (PAD) (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, 2010).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a HAS é um dos principais fatores de risco modificáveis para DCV, principal causa de morte no Brasil. Acidentes vasculares encefálicos, ataques isquêmicos, encefalopatias, infartos agudos do miocárdio, insuficiência cardíaca,

aneurismas, insuficiência renal e morte súbita estão direta ou indiretamente relacionados à HAS (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, 2010). Com elevado impacto social e econômico, a HAS acomete pessoas em plena fase produtiva da vida, provocando afastamentos, aposentadorias precoces, aumento do tempo de internação, principalmente quando o controle da Pressão Arterial (PA) é insatisfatório (MOUSINHO, MOURA, 2008). Portanto, percebe-se a importância de ações direcionadas à prevenção e tratamento da HAS.

O tratamento da HAS se baseia no tripé dieta, exercícios e medicamentos. Dieta e exercícios fazem parte de todos os esquemas de tratamento e os medicamentos são representados por diversas classes de anti-hipertensivos. O tratamento de comorbidades, particularmente obesidade, dislipidemias e diabetes são importantes para se obter controle adequado da doença. Nesse contexto, é importante considerar o conceito de Síndrome Metabólica (SM), constituída de obesidade, hipertensão arterial, dislipidemias e diabetes. Considerando a existência desta síndrome o tratamento deve incluir essas quatro condições, uma das formas de obter redução dos níveis pressóricos. Um dos componentes da Síndrome metabólica pode dominar as manifestações clínicas e desviar a atenção dos outros, induzindo a proposta de esquemas terapêuticos inadequados por não abordarem a Síndrome Metabólica como um todo (BRASIL, 2005).

Os idosos constituem a maior parcela dos hipertensos, como conseqüência, se enquadram entre os principais consumidores e maiores beneficiários da farmacoterapia. Mais de 80% dessa população fazem uso, no mínimo de um medicamento diariamente (ROCHA *et al.*, 2008). Cumpre ressaltar, também, que a maioria dos idosos praticam a polifarmácia, que é definida pelo uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos (VIKTIL *et al.*, 2006). Flores e Mengue (2005), em estudo realizado na cidade de Porto Alegre, mostraram que 91% dos idosos faziam uso de algum medicamento, sendo que 27% dos idosos entrevistados utilizavam cinco ou mais medicamentos.

O uso inapropriado de medicamentos por idosos vem se tornando um crescente problema, tanto do ponto de vista humano e clínico quanto econômico. Portanto, o conhecimento do perfil de utilização de medicamentos

pela população idosa é fundamental para o delineamento de estratégias de prescrição racional de fármacos neste segmento etário (FLECK, CHACHAMOVICH, TRENTINI, 2003).

No contexto geral de uso de medicamentos, os idosos chegam a constituir 50% dos usuários, e é comum encontrar em suas prescrições, doses e indicações inadequadas, importantes interações medicamentosas, associações e redundância, uso de fármacos pertencentes a uma mesma classe terapêutica e fármacos sem valor terapêutico. Tais fatores podem gerar reações adversas aos medicamentos, sendo algumas delas, graves e fatais (FREITAS, OLIVEIRA, PERINI, 2006).

Cumprido ressaltar que a OMS considera que mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados de forma inadequada e que 50% dos pacientes tomam medicamentos de maneira incorreta o que pode acarretar altos índices de morbidade e mortalidade. É necessário acrescentar que as formas mais comuns de uso irracional de medicamentos estão relacionados às pessoas que utilizam polifarmácia, ao uso inapropriado de antibiótico e de medicamento injetável, automedicação e prescrição em desacordo com as diretrizes clínicas (OMS, 2006).

Estas considerações nos remetem à proposta do Uso Racional de Medicamentos (URM), assim definido “os pacientes devem receber a medicação adequada às suas necessidades clínicas, nas doses correspondentes aos seus requisitos individuais, durante um período de tempo adequado e ao menor custo possível para eles e para a comunidade” (OMS, 2002). Assim, como fatores de risco para os Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs) deve-se ressaltar a falta de adesão ao tratamento.

1.1 ADESÃO

O conceito de adesão e não-adesão à terapêutica remonta a Hipócrates, na Grécia antiga. Naquela época, os pacientes eram vigiados por freqüentemente mentirem sobre o regime terapêutico prescrito, havendo relatos sobre doentes que não seguiam as orientações sobre dieta, estilo de vida e tratamento medicamentoso (RAMALHINHO, 1994).

O termo 'adesão' possui várias definições e algumas variações, como 'aderência', 'concordância', 'cooperação' (em inglês, *compliance*, *adherence*), 'cumprimento' (em espanhol, *cumplimiento*), 'falha com a terapia' (em holandês, *therapietrouw*) e 'observância' (em francês, *observance*) (MÉTRY; MEYER, 1999). Neste trabalho será utilizado o termo adesão que expressa compreensão e cooperação, subentendendo um comportamento ativo por parte do paciente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a adesão como: "o grau em que o comportamento de uma pessoa em relação ao uso de medicamentos, seguimento de dieta ou mudanças de estilo de vida corresponde às recomendações de um profissional da saúde" (OMS, 2003).

Portanto, a adesão ao tratamento poderia ser caracterizada também como o grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente.

Na tentativa de quantificar a adesão Leite e Vasconcelos (2003), definem como sendo a utilização dos medicamentos em pelo menos 80% da sua totalidade, incluindo os horários de tomada, doses e tempo de tratamento.

É necessário fazer a distinção entre descontinuar e não-aderir ao tratamento. Descontinuar é cessar a administração do medicamento. Enquanto a não-adesão pode permitir a continuação do tratamento, uma vez que o esquecimento de um determinado medicamento pode ser permanente ou temporário. Tanto a descontinuação do tratamento quanto a não adesão tem grande impacto na saúde do paciente (ROCHA *et al.*, 2008).

Dados sobre tratamentos de diferentes enfermidades apontam taxas de 25% a 50% de não adesão. A adesão ao tratamento de doenças de longa duração, como HAS, Diabetes Mellitus, em países desenvolvidos é em média de 50%, enquanto em países em desenvolvimento as taxas são bem menores. Por exemplo, na China, na Gâmbia e nas ilhas Seychelles, somente 43%, 27% e 26%, respectivamente, dos pacientes com hipertensão aderem ao uso de anti-hipertensivos prescritos. Mesmo em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, a adesão ao tratamento é insatisfatório, pois somente 51% dos pacientes aderem integralmente à prescrição medicamentosa em geral (OMS, 2003).

A não adesão dos idosos ao regime terapêutico tem consequências médicas e econômicas, representadas por complicações encefálicas (AVC), cardíacas e renais com aumento do número de hospitalizações, de despesas médicas e ao aumento de prestação de cuidados de enfermagem no domicílio (HUTCHINSON *et al.*, 2006).

Dados de diferentes pesquisas nacionais e internacionais mostram que a adesão de pacientes idosos hipertensos ao tratamento farmacológico é um processo complexo, multifatorial e precisa ser investigada do ponto de vista longitudinal, pois está comprovada que a medida que o tempo passa diminui o índice de adesão, na tentativa de auxiliar os pacientes no controle dos níveis tensionais (QUADRO 01).

QUADRO 01: Artigos publicados de 1997 a 2013 que apresentam casuística sobre adesão ao tratamento antihipertensivos.

Autor/Título/Periódico/Ano	Objetivos	Métodos	Resultados	Conclusão
LESSA I, FONSECA J. Raça e aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol , 1997.	Comparar diferenças raciais no controle da hipertensão arterial (HA) e na adesão ao tratamento e/ou consultas em pacientes que receberam tratamento farmacológico .	Estudo de corte transversal, clínico epidemiológico: sendo entrevistados 200 hipertensos de baixa renda, matriculados em ambulatório de HA, Salvador, As pressões arteriais foram medidas pós-entrevista (duplo-cego). Critério de adesão às consultas: comparecimento >50% das consultas/ano agendadas.	Dos 200 pacientes entrevistados, 30,5%, aderiram às Consultas (C) + Tratamento (T), 11,0% apenas ao T, 37,0% às C e 21,5% Sem adesão. A adesão apenas às C predominou entre negros, com 43,3%, seguindo-se pardos, 36,2% e brancos, 21,4%. As razões de frequência de adesão às C+T foram de 2,7 para brancos em relação aos negros e de 1,6 em relação aos pardos e estes aderiram 1,7 mais do que os negros.	A adesão às consultas não foi importante para o controle da HÁ, mas, a distribuição gratuita da medicação é elemento fundamental para programas de controle. A maior frequência de adesão foi observada para os solteiros. Houve elevada proporção de controle da PA entre os que aderem ao tratamento e que muitos deles estavam com níveis pressóricos no grupo limítrofe da OMS (PAS entre 140 e <160mmHg e PA entre 90 e <95mmHg).
PRADO JC JR, KUPEK E, MION D JR. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. J Hum Hypertens. , 2007.	O objetivo deste estudo foi medir a validade de 4 métodos indiretos para medida da adesão a medicamentos antihipertensivos em unidade atenção primária.	Estudo randomizado, com 120 pacientes hipertensos que seguiam o tratamento a pelo menos 2 meses na unidade de Florianópolis-Brasil. Foram utilizados 4 métodos indiretos para medir a adesão: conhecimentos sobre os medicamentos antihipertensivos, (Morisky – Green – Levine), auto relato sobre adesão e contagem das pílulas.	Observou-se baixa adesão ao tratamento medicamentoso (31,2%) e baixo controle da PA (37,6%). A não adesão estava relacionado com os efeitos adversos dos medicamentos. A maioria dos pacientes tinham mais de 60 anos de idade (53,7%), sexo feminino (71,6%), caucasiano (85,3%) (37,6%). e com menos que 4 anos de educação formal (56%). Entre os métodos indiretos para avaliar adesão ao tratamento somente o controle da PA tinha relação estatisticamente significativa com a adesão.	Verificou-se que nenhum dos testes indiretos foram bons indicadores de adesão. No entanto, controlar HAS e a idade do paciente foram consideradas as mais eficazes de indicadores de adesão. Entre os fatores de adesão, a ausência de efeitos colaterais foi o melhor indicador de adesão à medicação. Portanto, a redução de efeitos pode ter grande potencial pode melhorar a adesão à medicação entre os pacientes hipertensos.
KNORS D & ARAUJO B.V. Atenção Farmacêutica em pacientes idosos hipertensos: uma experiência em Tucunduva-RS. Rev. Bras. Farm. , 2008.	Avaliar a participação do profissional farmacêutico na melhoria da utilização de medicamentos por pacientes hipertensos idosos	Para a coleta de dados foi utilizado a entrevista semi-estruturada As entrevistas ocorreram pelo período de 3 meses com intervalos quinzenais, sendo que cada indivíduo foi entrevistado	A intervenção do farmacêutico promoveu o aumento da adesão ao tratamento com anti-hipertensivo, melhorando de forma consistente o controle da PA dos pacientes em ambos os sexos. Os resultados de adesão à terapêutica mostraram que os indivíduos integrantes	O estudo mostrou o benefício do acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes idosos hipertensos e sugere a implantação de programas de Atenção Farmacêutica a esses pacientes, racionalizando o uso de medicamentos e melhorando sua qualidade de vida.

		<p>num total de 4 vezes. O seguimento da farmacoterapia foi avaliado através de Morisky, Grenn, Levine (1986). Com base nos dados coletados, foram determinados: o número de medicamentos utilizados, as classes terapêuticas mais freqüentes e a adesão ao tratamento. Possíveis interações medicamentosas entre os fármacos utilizados também foram investigadas.</p>	<p>deste estudo apresentaram média adesão ao tratamento, sem diferenças observadas entre os sexos. Os pacientes utilizavam em média 4 medicamentos, sendo 80% deles prescritos. Os grupos terapêuticos mais utilizados foram os cardiotônicos e os antiagregantes plaquetários.</p>	
<p>SANTA HELENA, E.T; NEMES, M.I. B; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não adesão ao tratamento com medicamentos. Rev Saúde Pública, 2008.</p>	<p>Desenvolver e validar instrumento capaz de medir não adesão ao tratamento com medicamentos em suas múltiplas dimensões</p>	<p>Foi desenvolvido um questionário de adesão auto-referida denominado “Questionário de Adesão a Medicamentos - Qualiaids” (QAM-Q). O questionário foi desenvolvido para abordar o ato (se o indivíduo toma e o quanto toma de seus medicamentos), o processo (como ele toma o medicamento no período de sete dias. Após sete dias, os entrevistadores retornaram à residência para a aplicação do QAM-Q. Os resultados obtidos pelo QAM-Q foram comparados com os obtidos por outros métodos de medir não-adesão: questionário de Morisky, questionário de Haynes, contagem manual de</p>	<p>Os valores encontrados de não-adesão variaram de acordo com o método utilizado. A não-adesão estimada pela pergunta de Haynes foi de 8,7%. Valores mais elevados foram obtidos com o emprego do questionário de Morisky, 43,4%, a contagem manual de comprimidos também resultou em não-adesão de 43,4%. Pela medida de desfecho clínico, foram considerados não aderentes 21,7%. O resultado da medida combinada de não-adesão usando contagem de manual de comprimidos, Morisky e desfecho clínico (padrão-ouro) foi de 69,6%. As medidas construídas a partir do QAM-Q também apresentaram variação. A não-adesão estimada pela proporção de doses consumidas foi de 17,4%, pelo processo de tomadas 28,3%, e pelo desfecho clínico 30,4%. A medida composta obtida a partir do QAM-Q resultou numa não-adesão de 47,8% .</p>	<p>Observaram-se diferentes resultados de não-adesão entre os métodos, uma vez que estão medindo dimensões diversas de um mesmo construto (alguns voltados para a “dose”, outros para “comportamento” e outros para o resultado da adesão), períodos temporais diversos (alguns atemporais, outros se referindo a períodos de sete ou 30 dias), ou ainda, características ou limitações dos próprios métodos. As medidas combinadas, tanto do QAM-Q como o padrão-ouro, se mostraram mais “rigorosas” que as demais medidas, isto é, com valores mais altos de não-adesão. Com relação à validade de critério, o QAM-Q apresentou desempenho adequado e semelhante a outros instrumentos.</p>

		comprimidos, desfecho clínico.		
JESUS, S.E. AUGUSTO M, GUSMÃO J, JÚNIOR DM, ORTEGA K, PIERIN AMG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento Acta Paul Enferm 2008	Caracterizar um grupo de hipertensos em relação a crenças, conhecimentos, atitudes e fatores que podem interferir na adesão ao tratamento.	Os dados foram coletados através de entrevista com 511 hipertensos em seguimento ambulatorial. Estudo com abordagem quantitativa de forma descritiva e transversal. Na identificação do hipertenso foram avaliados dados biossociais, hábitos de vida; e nas mulheres presença de hipertensão na gravidez e menopausa. Na avaliação antropométrica foram realizadas medidas da circunferência abdominal, peso e altura para cálculo do Índice de massa corporal.	A maioria dos pacientes eram mulheres, brancas, com escolaridade de nível fundamental. Foram verificados Índices elevados de conhecimento sobre a doença e tratamento. Em relação as atitudes frente ao tratamento, observou-se que esquecem de tomar os remédios, não tomam no mesmo horário, deixam de tomar por conta própria, não seguem as orientações e não praticam exercícios físicos regularmente. A caracterização dos hipertensos identificou aspectos que podem dificultar a adesão ao tratamento. Em relação às mulheres, quase a metade referiu hipertensão durante a gravidez; mais da metade estava na menopausa e apenas 13% referiram uso de terapia de reposição hormonal. 84,1% referiu que o tratamento deve durar a vida toda e que a doença não tem cura (67,5%), sendo que 85% dos homens e 74% das mulheres não estavam controlados.	Foi possível identificar alguns aspectos que podem dificultar a adesão ao tratamento como: tratamento interrompido devido a remédios muito caros, falta de orientação e acreditavam que devem tomar os medicamentos somente quando se sentem mal, além de faltarem consulta médica, principalmente por esquecimento e problemas particulares.
CINTRA, F.A; GUARIENTO, M.E.; MIYASAKI, L.A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. Ciência & Saúde Coletiva , 2010.	Avaliar a adesão ao tratamento medicamentos o em idosos em seguimento ambulatorial e identificar os fatores relacionados a esta adesão.	Trabalho descritivo exploratório realizado na Unicamp (hospital da Clínicas), com 165 idosos cuja média de idade foi de 65 anos de ambos os sexos, em seguimento ambulatorial, fazendo uso contínuo de pelo menos, um medicamento,	Oitenta e cinco por cento dos idosos revelou adesão ao tratamento, dentre os quais 91,1% moravam acompanhados. Os idosos que moravam sozinhos apresentaram três vezes mais chances de não adesão ao tratamento.. Os fatores combinados que apresentaram maior chance de predizer a não adesão à terapêutica foram “mora sozinho” e “efeitos colaterais”. A adesão	O estudo mostrou que a maioria dos idosos entrevistados apresentava adesão ao regime terapêutico, sendo que cerca de metade deles afirmou ter cuidado extremo com o horário e a forma de tomar os medicamentos.

		<p>apresentar capacidade para compreender e responder o instrumento de coleta de dados. Foi utilizado um questionário com dados relativos ao paciente, a terapêutica medicamentosa, dados de saúde auto-referidos. Para o registro de adesão foi utilizado a seguinte classificação:</p> <p>adesão extrema, Limítrofe a adesão total, intervalo médio de adesão, Limítrofe a não adesão total, Não adesão extrema.</p>	<p>extrema foi de 53,9% e a limítrofe foi de 34,6%. Em menores proporções aparecem os idosos que relataram não adesão ao tratamento, com variação entre as classes “limítrofe à não adesão total” e “não adesão extrema”.</p>	
<p>AMARANTE L.C.; SHOJI L.S.; BEIJO L.A.; LOURENÇO E.B; MARQUES L.A.M.</p> <p>A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. Rev Ciênc Farm Básica Apl., 2010.</p>	<p>Proporcionar o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico (AFT) a pacientes hipertensos usuários da Farmácia Popular de Alfenas (MG), além de avaliar a adesão do usuário aos medicamentos antes e após o AFT e o grau de satisfação com o serviço prestado.</p>	<p>A amostra foi composta por 27 pacientes de ambos os sexos e com faixa etária entre 40 e 70 anos ou mais. Os pacientes foram divididos em grupo controle e teste, ambos responderam ao questionário de adesão no início do estudo e, ao final, apenas os pacientes do grupo teste o fizeram. Os pacientes do grupo teste receberam AFT durante dez meses e, ao final desse período, responderam o questionário de satisfação pelo serviço.</p>	<p>Um dos motivos mais importantes para a não adesão foi o esquecimento de administrar o medicamento. Outros fatores, como a falta de informação sobre a doença e a não compreensão sobre como utilizar os medicamentos, foram sanados com a intervenção farmacêutica. Dos pacientes participantes desta pesquisa, 80% achavam importante o trabalho conjunto do farmacêutico com o médico. Quando o grupo teste e o grupo controle foram comparados, percebeu-se que a redução da Pressão Arterial Média do grupo teste foi maior do que a do grupo controle. Antes do acompanhamento, 13% dos pacientes do grupo teste tinham dificuldades em tomar seus medicamentos, sendo esse número reduzido no final da pesquisa para 7%. Após o acompanhamento, houve aumento do número de pacientes com alto nível de adesão.</p>	<p>Os dados sugerem que as intervenções farmacêuticas foram efetivas no sentido de aumentar a adesão no grupo que recebeu AFT e que os pacientes ficaram satisfeitos com o serviço prestado.</p>

<p>MACHADO MC, PIRES CGS, LOBÃO WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. Ciência & Saúde Coletiva, 2012.</p>	<p>Verificar as concepções dos hipertensos, os fatores de risco e suas vivências quanto ao aumento da pressão em um Centro de Referência em Doenças Cardiovasculares na cidade do Salvador-BA.</p>	<p>Estudo descritivo, de cunho qualitativo, cujo referencial teórico metodológico foi baseado nas falas dos sujeitos, fundamentado na análise do discurso. Foram entrevistadas 33 pessoas hipertensas, de ambos os sexos, com idades maiores que 18 anos. A coleta de dados foi executada em um Centro de Referência em Doenças Cardiovasculares (CRDC), localizado em um bairro de classe média na cidade de Salvador (BA), onde todos os entrevistados estavam matriculados.</p>	<p>A população era formada por 15 mulheres e 15 homens, com idade acima de 56 anos e o grau de escolaridade mais prevalente foi o 1º grau completo, 46,7% autodeclararam-se negros ou afrodescendentes; 40% informaram estar aposentados e a grande maioria, 73,3% , afirmou ter renda familiar mensal variando entre 01 até 03 salários mínimos. Quando questionados sobre o conceito de fatores de risco percebeu-se que a maioria das pessoas confundiu-os com as complicações advindas da doença..</p>	<p>É preciso que as orientações sejam transmitidas de forma mais clara possível para que o entendimento possa servir de elemento facilitador para o controle da doença. Este estudo trouxe como ganhos a percepção dos fatores de risco na visão dessas pessoas de modo a fornecer pistas para a equipe de saúde interdisciplinar no intuito de promover o cuidado à saúde pautado nas vivências e no contexto socioeconômico e cultural nos quais estão inseridos.</p>
<p>DANIEL ACQG, VEIGA EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. Einstein, 2013.</p>	<p>Caracterizar os fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa a de portadores de hipertensão arterial.</p>	<p>A amostra constituída de 69 pacientes, com idade entre 40 e 80 anos, com diagnóstico de HA, foram submetidos a tratamento medicamentoso. Foi aplicado, aos pacientes, um instrumento de coleta de dados com questões estruturadas sobre os fatores com interferência positiva (facilitadores) e negativa (dificultadores) e um Instrumento para Avaliar Atitudes Frente à Tomada dos Remédios no processo de adesão terapêutica medicamentosa.</p>	<p>Dentre a população estudada, 45,1% apresentaram suficiente grau de adesão à terapêutica medicamentosa. Indivíduos com pressão arterial controlada, gênero feminino, brancos, solteiros, casados ou viúvos, aposentados, de faixa etária entre 40 e 59 anos e aqueles com idade igual ou superior a 80 anos foram os entrevistados que responderam de maneira positiva ao cumprimento e seguimento da terapêutica medicamentosa</p>	<p>Entrevistados apresentaram insuficiente grau de adesão à tomada de medicamentos para a hipertensão arterial. Os indivíduos que afirmaram receber mais de um salário mínimo obtiveram maiores índices de adesão à aquisição de medicamentos anti-hipertensivos. .Dos pacientes entrevistados, a maioria apresentou PA controlada no momento da entrevista, sendo que a maioria dos pacientes com PA controlada respondeu as questões de forma positiva à adesão ao tratamento medicamentoso. O enfrentamento da doença e o tratamento prescrito, a utilização de ações educativas referentes à motivação e ao direcionamento ao autocuidado, estabelecimento de vínculos na relação paciente/ profissional de saúde, como base de sustentação para a implementação de uma abordagem multidisciplinar e individualizada de atenção a saúde, esquema terapêutico, custo do tratamento, pode contribuir com o processo de adesão.</p>

<p>GIROTTO E, SELMA MAFFEI DE ANDRADE, MARCOS APARECIDO SARRIA CABRERA, TIEMI MATSUO. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Ciência & Saúde Coletiva, 2013.</p>	<p>Determinar a adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico da hipertensão arterial na atenção primária e identificar fatores associados,</p>	<p>A amostra foi constituída de 385 hipertensos de 20 a 79 anos cadastrados no Hiperdia de Londrina, Paraná. Os dados foram coletados por meio de entrevistas nos domicílios. As variáveis relativas ao tratamento não farmacológico foram: atividade física regular e dieta. A adesão ao tratamento farmacológico foi categorizada da seguinte forma: hipertensos que abandonaram todo o esquema terapêutico prescrito foram enquadrados como não aderentes, aqueles que tomavam os medicamentos, porém de forma irregular ou que deixavam de tomar um dos medicamentos prescritos, foram classificados como parcialmente aderentes, e os que referiram utilizá-los de forma correta, como totalmente aderentes.</p>	<p>Apenas 9,0% dos pacientes não apresentaram adesão e 32,0% aderiram parcialmente e 59% foram considerados aderentes ao tratamento farmacológico. A prática de atividade física foi relatada por 29,6% hipertensos, mas apenas 17,7% referiram praticá-la regularmente. Mudanças na alimentação (dieta) foram relatadas por 69,1% hipertensos. Os principais motivos alegados para a não adesão foi o esquecimento, achar que a pressão arterial estava controlada, os efeitos adversos dos medicamentos e não apresentar sintomas, indisponibilidade de medicamentos na unidade de saúde, não querer tomar medicamentos pelo resto da vida, utilizá-los apenas quando se sente mal, e ingestão de bebidas alcoólicas. Na análise bivariada da adesão ao tratamento farmacológico, verificou-se que hipertensos com acesso a plano de saúde, com trabalho não remunerado, com idade de 50 a 79 anos, que se consultavam com médico pelo menos uma vez ao ano e que tinham sua PA medida pelo menos uma vez ao mês são mais aderentes ao tratamento.</p>	<p>A adesão ao tratamento medicamentoso e o incremento das medidas farmacológicas não podem se restringir às consultas médicas. As equipes de saúde da família devem atuar, de forma integrada, na abordagem da avaliação de risco, na adoção de medidas de promoção à saúde e no atendimento aos portadores de hipertensão arterial. As estratégias utilizadas por essas equipes refletem diretamente na demanda dos serviços e nas condições de saúde dos usuários dos serviços e Comunidade.</p>
<p>GREZZANA G.B, AIRTON TETELBON STEIN, LÚCIA CAMPOS PELLANDA. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial por Meio da Monitoração Ambulatorial de 24 Horas. Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia,</p>	<p>Avaliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a sua relação com os valores de PA obtidos pela MAPA de 24 horas entre pacientes hipertensos de centros de atenção primária à saúde (APS).</p>	<p>Estudo transversal com 143 pacientes hipertensos de amostra representativa de serviço de APS do município de Antônio Prado, RS. Foi realizada aplicação do teste de Morisky e Green para avaliar a aderência ao tratamento e a verificação do número de medicamentos utilizados, seguida</p>	<p>Observou-se que 65,7% da amostra foram considerados aderentes ao tratamento proposto, 20,3% eram moderadamente aderentes, enquanto somente 14% foram classificados como não aderentes. Do total de 143 pacientes avaliados, 55,2% foram identificados como HAS controlada pelas medidas da MAPA de 24 horas, 44,8% não estavam controlados, 72% apresentaram ausência de descenso noturno da PA e</p>	<p>Foi possível observar que não há um controle adequado da HAS, com conseqüente perda de oportunidade dos profissionais envolvidos na APS de ajuste adequado das metas de PA preconizadas. Esse fato ocorre a despeito de apropriada adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos pacientes vinculados ao ambulatório de APS.</p>

2013.		pela aplicação da MAPA de 24 horas.	41,9% não estavam controlados durante o período de vigília. Embora, a maioria dos pacientes dessa amostra serem em aderentes ou moderadamente aderentes ao tratamento antihipertensivo, os seus valores de PA não controlada, aferidos pela MAPA de 24 horas, não apresentaram associação estatisticamente significativa com a adesão ao tratamento.	
EID LP, NOGUEIRA MS, VEIGA EV, CESARINO JE, ALVES LMM. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green. Rev. Eletr. Enf. , 2013.	Caracterizar os sujeitos da pesquisa segundo as variáveis sócio-demográficas e econômicas e avaliar o nível de adesão pelo Teste de Morisky-Green.	Trata-se de estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa, realizado com 90 hipertensos em um Centro de Saúde do município de Novo Horizonte, São Paulo, Brasil. Os critérios de inclusão adotados foram indivíduos com diagnóstico confirmado de hipertensão arterial sistêmica, com idade ≥ 18 anos, em tratamento com anti-hipertensivos. O instrumento utilizado para coleta de dados foi o Teste de Morisky-Green.	De um total de 90 indivíduos estudados, a maioria era do sexo feminino (62,2%), brancos (86,7%), com idade na faixa de 34 a 84 anos, com média de 66 +10,4 anos, casados (66,7%), com média de 3,4 +2,3 filhos. Os resultados mostraram que 63,0% da amostra eram mulheres e a média de idade foi de 66 anos, sendo que 72,2% não apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso. A relação TESTE DE MORISKY-GREEN - LEVINE e sexo não apresentaram diferença estatisticamente significativa	Entende-se que há necessidade de organizar o atendimento a essa população hipertensa, no sentido de fortalecer a importância da adesão e de mudanças no estilo de vida. Acredita-se que a educação da população portadora de hipertensão arterial seja o melhor caminho para o alcance desses objetivos. Dessa forma, o manejo adequado de medidas educativas e preventivas é fundamental para reduzir as prevalências observadas, a fim de proporcionar maior qualidade de vida e redução de eventos cardiovasculares futuros.

1.2 FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO

A adesão ao tratamento, incluindo mudança comportamental por parte do paciente, em conjunto com o tratamento farmacológico e não farmacológico, é fator preponderante no controle da hipertensão arterial (MACIEL; ARAÚJO, 2003).

A adesão é uma condição multidimensional, determinada pela interação de cinco fatores: Equipe de atenção à saúde e fatores relacionados ao sistema de saúde, fatores econômicos e sociais, fatores relacionados às características da doença, fatores relacionados à terapêutica e ao paciente (OMS, 2003).

1.2.1 Equipe de Atenção a Saúde e fatores relacionados ao sistema de saúde

A influência do sistema de saúde e da equipe na adesão ao tratamento é aspecto a ser considerado no tratamento de pacientes com doenças crônicas. No Brasil, aproximadamente 75% dos hipertensos recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica. Para atender os portadores de hipertensão, o Ministério da Saúde (MS) organizou o Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e *Diabetes Mellitus* (HIPERDIA) (BRASIL, 2012).

Cumprir ressaltar que, para um controle adequado da hipertensão, não são suficientes apenas as medidas de orientação, mas é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas, individuais e coletivas (BRASIL, 2006a).

Neste contexto, desde meados de 1990, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) foram criados com o objetivo de fortalecer a atenção básica, respeitando os princípios da universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 2003).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada recurso eficiente para a promoção da saúde, por meio de palestras e campanhas, fornecimento de medicamentos, visitas domiciliares, supervisão com o objetivo de conscientizar a população da importância do controle da HAS (GUS *et al.*, 2004).

As campanhas educativas e os grupos de terceira idade são considerados meios para as equipes de saúde da família identificarem níveis pressóricos elevados, além da implementação de mecanismos para estimular tais pacientes no tratamento e controle da hipertensão arterial (BRASIL, 2001).

O vínculo existente entre a equipe (Médico, Enfermeiro e Agentes Comunitários de Saúde) e as famílias é um importante caminho para gerar a motivação destes pacientes, possível forma de melhorar a adesão ao tratamento orientado (BRASIL, 2006b). Além do mais, estimular as mudanças de hábitos da família propicia uma melhor aceitação do próprio paciente à realização de atividades físicas e mudanças na alimentação.

A relação médico - paciente é outro fator importante para melhorar a adesão do paciente hipertenso ao tratamento farmacológico. Pacientes satisfeitos com a equipe e com o tratamento aderem melhor às recomendações. A confiança do paciente na equipe de saúde constitui fator decisivo para a adesão (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; JARDIM; JARDIM, 2006).

Por outro lado, serviço de saúde precário, sistema deficiente de distribuição de medicamentos, falta de conhecimento e de treinamento dos profissionais da saúde quanto ao manejo das doenças crônicas, falta de incentivo e de retroalimentação sobre desempenho, fraca capacidade do sistema na educação dos pacientes e no acompanhamento, incapacidade para estabelecer apoio comunitário favorecem a não adesão ao tratamento.

1.2.2 Fatores econômicos e sociais

O parâmetro comumente utilizado para avaliar o fator econômico é a renda. Baixa renda é um fator determinante para adesão ao tratamento, uma vez que dificulta o acesso a medicamentos, a alimentos adequados e a prática de exercícios físicos (PIRES; MUSSI, 2008). Os fatores sociais são complexos, difíceis de serem estudados, e nenhum outro conseguiu comprovar sua influência na adesão ao tratamento.

Entretanto acessibilidade ao sistema de saúde, nível de educação, e nível socioeconômico, existência de outras doenças associadas, falta de apoio social, fatores psicológicos, dificuldade em entender as instruções dadas pelos membros da equipe de saúde da Família, crenças erradas acerca do tratamento e da doença são fatores que interferem na adesão ao tratamento (OMS, 2003; BATTAGLIOLI-DENERO, 2007, JESUS *et al.*, 2008).

Estudo realizado por Brand, Smith e Brand (1977), no Canadá, evidenciou que o principal fator para a não-adesão ao tratamento por idosos foi o alto custo do medicamento. O custo mensal das prescrições dos pacientes não aderentes era em média o dobro do custo mensal das prescrições dos aderentes. Isto indica que, mesmo em países desenvolvidos, o alto custo de fármacos pode reduzir a adesão dos pacientes aos tratamentos

Em relação à etnia, Lessa e Fonseca (1997) verificaram que a adesão ao tratamento foi diferente entre negros (19,7%), pardos (33%) e brancos (53,6%). Cumpre ressaltar também que, as pessoas de raça negra apresentam níveis pressóricos mais elevados que as de cor branca, além de terem mais possibilidade de desenvolver formas mais graves da doença e com maior prevalência de complicações renais e encefálicas (COSTA *et al.*, 2007).

Daniel e Veiga (2013), observaram diferenças no nível de adesão quanto ao estado civil, ou seja, os indivíduos separados apresentam um menor grau de adesão quando comparados aos solteiros, casados ou viúvos.

1.2.3 Fatores relacionados à doença

De acordo com Leite e Vasconcelos (2003), tratamentos de longa duração têm, em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem disciplina do paciente, além de que, em algumas circunstâncias, necessitam modificar seus hábitos de vida para cumprir o tratamento proposto.

Chesney (2003), verificou que a adesão ao tratamento varia de 50% quando os doentes têm conhecimento da sua doença, para 30% quando os doentes possuem pouco ou nenhum entendimento relativo à sua doença.

1.2.4 Fatores relacionados à terapêutica

A duração do tratamento; a presença de efeitos colaterais; as características do medicamento, tais como via de administração, a apresentação, o sabor e o tipo de embalagem; falhas em tratamentos anteriores; mudanças freqüentes de tratamento; e rapidez em que são evidenciados os efeitos benéficos do tratamento podem interferir na adesão ao tratamento.

Os tratamentos considerados complexos para o doente são os que suscitam mais dificuldade de adesão, Exemplo disso é a utilização simultânea de diversos medicamentos, cada qual com instruções diferentes (JOYCE-MONIZ & BARROS, 2005; ROCHA *et al.*, 2008).

A adesão ao tratamento é melhor em indivíduos que nunca mudaram de esquema terapêutico e que tomam apenas um comprimido por dia (YIANNAKOPOULOU *et al.*, 2005).

De acordo com Cintra, Guariento e Miyasaki (2010), em estudo realizado para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso em idosos em seguimento ambulatorial e identificar os fatores relacionados a esta adesão foi possível verificar que os efeitos colaterais dos medicamentos, tais como: “dor no estômago” e “constipação intestinal”, colaboraram sete vezes mais para não adesão dos pacientes.

1.2.5 Fatores relacionados ao paciente

Para estudar a adesão a partir da perspectiva do paciente foi descrito por Dowell e Hudson (1997), um “modelo de decisão terapêutica”. Segundo esse modelo, há na população três tipos de usuários de medicamentos: os que aceitam e procuram cumprir a prescrição médica; os que aceitam as prescrições, porém não sem testar variações da prescrição e então optam pelo seguimento ou não; e os cépticos, que não acreditam ou não confiam nas prescrições médicas. A aceitação do tratamento está intimamente relacionada com a aceitação da própria doença e não tanto com outros fatores.

Os doentes que se sentem mais ameaçados pela doença e acreditam que o tratamento será eficaz são os que mais aderem ao tratamento (BATTAGLIOLI-DENERO, 2007;).

Estudo realizado por Knors e Araujo (2008), com 30 idosos (15 homens e 15 mulheres), através de inquérito dos medicamentos e das suas formas de utilização, verificou em relação à adesão ao tratamento com os anti-hipertensivos que apenas 3 homens descreveram problemas associados a adesão, principalmente, pelo esquecimento de doses na hora ou dia corretos, enquanto que os outros 12 relataram não ter problemas quanto à utilização dos medicamentos. No grupo das mulheres, 9 descreveram uma adesão ao tratamento e 6 alegaram diferentes motivos para não utilizar os medicamentos do modo como o médico havia indicado, sendo que as causas mais comuns foram esquecimento, falta de acesso ao medicamento e dificuldade de deglutição. Um dos maiores desafios no processo de conscientização do uso da medicação por parte desses pacientes é, sem dúvida, a falta de clareza sobre os objetivos do tratamento, uma vez que não tendo manifestações clínicas, o paciente não se sente doente.

Pacientes com mais conhecimento sobre a medicação prescrita, bem como sobre os comportamentos requeridos para o seguimento do tratamento, parecem ser mais prováveis de aderir ao tratamento do que aqueles com menos informação (STANTON, 1987). O conhecimento dos hipertensos sobre a doença e os seus fatores de risco seria relevante para que os profissionais de saúde prescrevam o tratamento adequado, através da adoção de medidas que visem minimizar o impacto da hipertensão na vida de seus portadores, com a melhoria da condição de vida (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

Os hipertensos que possuíam plano de saúde, que faziam trabalho não remunerado, com idade de 50 a 79 anos, que se consultavam com médico pelo menos uma vez ao ano e que tinham sua pressão arterial medida pelo menos uma vez ao mês aderiam mais ao tratamento farmacológico (GIROTTO *et al.*, 2013).

Como a idade também é um fator que interfere na adesão, em idosos algumas dessas barreiras relacionam-se com a disfunção cognitiva, perda de visão, falta de compreensão, incapacidade para lidar com múltiplos medicamentos, e atitudes, ou crenças acerca dos medicamentos (MURRAY *et al.*, 2004). Estes pacientes têm maior dificuldade em compreender, recordar e seguir as instruções dos profissionais de saúde, quando comparados com adultos mais jovens. Além do mais, os idosos têm um maior número de doenças associadas, apresentam dificuldades cognitivas e comportamentais, o que agrava a capacidade de gerir as exigências de implementar múltiplos comportamentos de adesão, alguns deles envolvendo a medicação (LIU; PARK, 2004).

1.3 AVALIAÇÃO DA ADESÃO

Há inúmeras formas de quantificar adesão e não adesão ao tratamento. A adesão ao tratamento farmacológico foi quantificada da seguinte forma por Giroto *et al* (2013): *não aderentes*, os pacientes hipertensos que abandonaram inteiramente o esquema terapêutico prescrito; *parcialmente aderentes* aqueles que tomavam os medicamentos, porém de forma irregular ou que deixavam de tomar um dos medicamentos prescritos; *totalmente aderentes* os que referiram utilizá-los de forma correta

Moreira e Araújo (2004), classificaram a adesão ao tratamento em: *adesão extrema*: quando o paciente afirma ter cuidado extremo com o horário e a forma de tomar os medicamentos; *limítrofe à adesão total*: quando refere que, às vezes, se esquece de tomar os medicamentos, mas isso é raro; *intervalo médio de adesão*: quando refere claramente que tem dificuldade em tomar os medicamentos corretamente, devido aos efeitos colaterais; *limítrofe à não adesão total* : quando refere claramente que não toma os medicamentos apenas quando apresenta sintomas; *não adesão extrema*: refere claramente que toma os medicamentos e menciona isto como sem importância.

Os métodos para avaliação da adesão são classificados em diretos e indiretos (SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008; SANTOS, 2013).

Os métodos Diretos são os que dependem da dosagem do fármaco no soro ou de seus metabólitos na urina. São de alto custo e não estão disponíveis no serviço de saúde. Em geral são de restritos aos ambientes de pesquisa. Sua maior vantagem é a precisão. Também é método direto a adição de um marcador ao fármaco (GABARRO, 1999; OIGMAN, 2006).

Os métodos Indiretos são passíveis de várias críticas; entre as quais destaca-se a dificuldade de confirmação de que o paciente tenha, de fato, utilizado o medicamento, embora declare fazê-lo. Entretanto, por serem simples, de baixo custo são os mais utilizados, mesmo com suas limitações quando aplicados de forma padronizada, podem produzir informações valiosas sobre o grau de adesão ao tratamento. São métodos indiretos: o relato do próprio paciente, a opinião do médico, a leitura do diário do paciente, a contagem de comprimidos, o reabastecimento de receitas, a resposta clínica e a monitorização da medição com relação ao número de tomadas (GABARRO, 1999).

Com base nos métodos indiretos foram desenvolvidos vários testes, escalas e questionários. Os principais são: Questionário de Adesão a Medicamentos - Qualiaids” (QAM-Q), Teste de Haynes e Sackett, questionário *Eight-Item Measure Adherence Scale* (MMAS-8) Teste de Batalla, Teste de Hermes, Teste de Herrera Caranza, Teste de Aderência (SMAQ), Escala Simplificada para Detectar Problemas de Adesão (ESPA), Breve Questionário de Medicamentos (BMQ), Avaliar Atitudes Frente à Tomada dos Remédios

(IAAFTR) e Teste de Morisky, Green e Levine (HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

O Teste de Morisky, Green, Levine (TMG) é um dos testes mais utilizados devido a sua facilidade de execução. O Teste de Morisky- Green - Levine consiste em quatro perguntas: 1. “Você alguma vez se esquece de tomar seu remédio?”; 2. “Você, às vezes, é descuidado para tomar seu remédio?”; 3. “Quando você se sente melhor, às vezes, você pára de tomar seu remédio?”; 4. “Às vezes, se você se sente pior quando toma o remédio, você pára de tomá-lo?”. Uma resposta afirmativa a qualquer uma dessas perguntas classifica o indivíduo como não-aderente (HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008; EID *et al.*, 2013).

A adesão classificada por GREZZANA *et al* (2013), de acordo com as respostas obtidas no Teste de Morisky- Green - Levine em: Adesão quando respondeu negativamente a todas as perguntas do teste; Adesão *moderada* foi considerada quando o paciente respondia a uma ou duas indagações das quatro presentes nesse teste de forma afirmativa; Não adesão quando as quatro perguntas eram respondidas de forma afirmativa.

O questionário *Eight-Item Measure Adherence Scale* (MMAS-8), instrumento validado apenas em língua inglesa, é composto de oito questões diretas para avaliar a taxa de adesão a tratamento farmacológico da hipertensão arterial. Esse método classifica os pacientes, conforme padrão de resposta, como *alta adesão*, *média adesão* e *baixa adesão* (MORISKY *et al.*, 2008, EID *et al*, 2013).

Para avaliar a adesão pode ser utilizado também o Instrumento para Avaliar Atitudes Frente à Tomada dos Remédios (IAAFTR), constituído de dez perguntas fechadas e estruturadas, com respostas afirmativas ou negativas: 1) Você anota horário para não se esquecer de tomar os remédios? 2) Você toma os remédios sempre no mesmo horário? 3) Você associa o horário de tomar os remédios com as atividades do dia a dia? 4) Quando tem que sair de casa, você toma os remédios? 5) Você providencia nova caixa de remédio antes dela acabar? 6) Você leva os remédios consigo quando viaja? 7) Você toma os remédios quando sabe que a pressão está controlada? 8) Você deixa de tomar os remédios quando ingere bebida alcoólica? 9) Você deixou de tomar algum

dos remédios para a pressão nos últimos dias? 10) Você faltou alguma vez à consulta médica nestes últimos 6 meses? (DANIEL; VEIGA, 2013).

Com relação ao teste de IAAFTR quanto à avaliação de atitudes frente à tomada de medicamentos, constatou-se que mais da metade dos pacientes respondeu de forma positiva aos questionamentos sobre tomar a medicação para HA sempre no mesmo horário; tomar os medicamentos corretamente quando tem que sair de casa; providenciar nova caixa de medicamentos antes de acabar a que está em uso; levar consigo os medicamentos quando viaja; tomar os medicamentos quando a PA está controlada; não deixar de tomar os medicamentos quando ingere bebida alcoólica. Dentre a população estudada, 45,1% apresentaram suficiente grau de adesão à terapêutica medicamentosa (DANIEL e VEIGA, 2013).

Prado Jr, Kupek, Mion Jr (2007), compararam quatro métodos indiretos para avaliação da adesão ao esquema terapêutico de hipertensos através: a) nível de conhecimento sobre os medicamentos prescritos; b) controle da pressão arterial; c) atitude em relação à ingestão dos medicamentos; d) relato do paciente sobre adesão ou abandono. Verificaram que os melhores preditores de adesão foram o controle da pressão arterial e a idade do paciente, ou seja, os pacientes acima de 60 anos tiveram cinco vezes mais chance de maior adesão, quando comparados aos indivíduos de 35 a 60 anos. Neste estudo, a não adesão foi associada, principalmente, aos efeitos adversos dos medicamentos .

Avaliar a adesão ao tratamento não é uma tarefa fácil, exatamente em função da complexidade dos aspectos envolvidos e da inexistência de uma metodologia padronizada, ou seja, não existe um padrão - ouro para medida da adesão.

1.4 CONSEQUÊNCIAS DA NÃO ADESÃO

A não adesão ao tratamento de doenças crônicas, tais como HAS, *Diabetes Mellitus*, asma, osteoporose é um problema de saúde pública de extensão mundial. Estima-se que nos países desenvolvidos a taxa de adesão ao tratamento de doenças crônicas esteja em torno de 50% (OMS, 2003).

Estudos no Japão, Noruega, Estados Unidos, China, Alemanha, Gâmbia, Seychelles, Grécia e Eslováquia apresentaram respectivos índices de adesão à medicação de 65%, 58%, 51%, 43%, 32,3%, 27%, 26%, 15% e 7%, (OMS, 2003).

No Brasil, os estudos realizados de não adesão apresentaram os seguintes valores: 49% no Rio de Janeiro, 43,4% em Porto Alegre, 86,3% em São Paulo, 25% em São Luiz e em Fortaleza entre 36 e 42% (DAMASCENO *et al.*, 2008; SANTA HELENA, NEMES, ELUF NETO, 2008).

Aproximadamente, 40% dos pacientes hipertensos encontram-se sem tratamento anti-hipertensivo e 65% dos tratados não atingem as metas de controle da PA (< 140/90 mmHg). Assim, embora a relação entre elevado risco cardiovascular e HAS esteja bem definida, somente pequeno número de pacientes que utilizam medicamentos anti-hipertensivos atinge as metas de controle de PA. No Brasil, hipertensos atendidos em programas de hipertensão das unidades básicas de saúde (UBS) apresentam somente 39% de controle da pressão arterial (GREZZANA, STEIN, PELLANDA, 2013).

As taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo variam no Brasil entre 23% e 62,1% (INGARAMO *et al.*, 2005). Através da avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a sua relação com os valores de PA obtidos pela Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), verificou-se que 65,7% da população estudada aderem ao tratamento proposto (GREZZANA, STEIN, PELLANDA, 2013). Já Eid *et al* (2013), verificaram que a prevalência de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo foi de 72,2% da amostra de hipertensos estudada.

A não adesão ao tratamento da HAS promove impacto social em inúmeros aspectos tais como aposentadoria precoce por invalidez, absenteísmo ao trabalho, gastos com reabilitação, dependência total ou parcial para realização de auto-cuidados, locomoção ou execução de tarefas simples, gastos com assistência médica pós-incapacidade, isolamento social, afastamento do convívio social e lazer, licenças para tratamento, perda da qualidade de vida e de produtividade para o país, problemas familiares, redução do poder aquisitivo, re-internações, superposição de custos com outras doenças associadas à incapacidade, anos produtivos de vida perdidos pela invalidez (LESSA, 2006).

As baixas taxas de adesão ao tratamento medicamentoso proposto são uma das principais causas de inadequado controle da HAS (PRADO, KUPEK, MION, 2007).

A falta de adesão ao tratamento pode ser melhorada com a redução do número de tomada diária de medicamentos anti-hipertensivos, adoção de estratégias para elevar a motivação do paciente ao tratamento e com a implantação de programas de educação, treinamento em automedida da pressão arterial e visitas domiciliares (SOUZA *et al.*, 2012)

Portanto, a adesão é positiva, necessária e deveria ocorrer em 100% dos indivíduos hipertensos submetidos ao tratamento (DANIEL e VEIGA, 2013).

1.5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: CONCEITOS E ELEMENTOS FUNDAMENTAIS

No Brasil, a atenção à saúde sofreu profundas transformações no século XX, especialmente na década de noventa, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios e diretrizes: universalização do acesso às ações e aos serviços de saúde, integralidade da atenção, equidade no atendimento às necessidades de saúde dos indivíduos, descentralização da gestão para o nível local e democratização na formulação e na fiscalização das políticas públicas para a saúde (BRASIL, 1998).

No campo da Farmácia, essa mudança de paradigma se reflete na mudança do objeto de trabalho do profissional farmacêutico, deslocando o foco da sua atuação do medicamento para o paciente ou para a comunidade como um todo. Então, surgiram os conceitos de Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica (SARTOR, 2004).

A Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de atividades que envolvem o medicamento e que devem ser realizadas de forma sistêmica, ou seja, articuladas e sincronizadas, tendo, como beneficiário maior, o paciente (BRASIL, 1997).

Carlos (1997), definiu a Assistência farmacêutica como “componente da política de medicamentos, essencial no sistema de saúde, sendo prioritária e imperativa sua organização e estruturação, nos diversos níveis de atenção à

saúde, com ênfase no setor público, no marco da transformação do novo modelo assistencial de vigilância à saúde”,

Conforme a Política Nacional de Medicamentos (PNM) a Assistência Farmacêutica é uma diretriz fundamental para o cumprimento de seus principais objetivos, que são facilitar o acesso aos medicamentos essenciais e promover o uso racional dos mesmos. Este trabalho não se restringe somente a um único profissional, mas a todos que executam atividades no Ciclo da Assistência Farmacêutica, como farmacêuticos, médicos, enfermeiros, biólogos, químicos entre outros (BRASIL, 1998, OPAS, 2003).

De acordo com a OPAS (2003), a assistência farmacêutica inclui cuidados para acompanhar a eficácia do tratamento, garantir a saúde e orientar o paciente quanto a terapêutica. Para tal, inclui a seleção, programação, armazenamento, aquisição distribuição e controle de qualidade quanto a prescrição e dispensação. É preciso saber preparar o usuário para que o tratamento seja eficiente e possa contribuir para o uso racional de medicamentos, o que poderá minimizar custos pessoais e no serviço público.

A Assistência Farmacêutica não está limitada à aquisição e distribuição de medicamentos. Ao contrário do que preconizam as Políticas Públicas de Medicamentos apresentadas nos últimos anos, faz-se necessário oferecer uma Assistência Farmacêutica integral, de modo que a população tenha acesso a medicamentos de qualidade, eficazes, e de um planejamento para o seu uso seguro e racional (PORTELA *et al.*, 2010).

Para Oliveira, Menezes (2013), a Assistência Farmacêutica pode ser considerada como uma grande área das Ciências Farmacêuticas, subdividida em ao menos duas áreas: a tecnologia de gestão e a de uso do medicamento, neste caso a Atenção Farmacêutica.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é considerado local propício para o desenvolvimento de modelos tecnológicos de uso do medicamento e avaliação de seu impacto na qualidade de vida dos usuários. A equipe básica ou mínima é composta por médico generalista, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde podendo ser incluídos outros profissionais de saúde (BRASIL, 1997).

A presença do farmacêutico nesta equipe, responsável pelo desenvolvimento de atividades de orientação dos pacientes quanto ao uso de

medicamentos, pode reduzir PRM e contribuir para a utilização racional dos medicamentos. Essa concepção facilita o trabalho integrado de assistência à saúde e o estabelecimento de elos de confiança entre usuários e o fornecedor do serviço (ARAUJO, UETA, FREITAS, 2005).

1.6. ATENÇÃO FARMACÊUTICA

A profissão farmacêutica vem enfrentando profundas transformações ao longo do tempo. Durante muito tempo passou a ser visto pela sociedade como um mero vendedor de remédios. A insatisfação provocada por esta condição na década de 1960 resultou no surgimento da proposta do Farmacêutico Clínico, objetivando a aproximação deste profissional ao paciente e integrando-o à equipe de saúde. A partir de 1970, alguns autores redefiniram o papel do farmacêutico clínico junto ao paciente, pois até então a Farmácia Clínica estava restrita ao ambiente hospitalar, estando o farmacêutico mais próximo da instituição de saúde do que do paciente (PEREIRA & FREITAS, 2008).

A função do farmacêutico deve responder às necessidades da sociedade e da própria profissão, desempenhando um papel profissional que restitua a sua responsabilidade direta frente ao paciente. Isso implica que todas as preocupações, expectativas e conhecimentos que tem um paciente sobre sua enfermidade e tratamento farmacológico associado, passam a ser também responsabilidades do profissional (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

A atenção farmacêutica, uma das atividades da assistência farmacêutica, engloba as ações específicas do farmacêutico no contexto de assistência ao paciente, que visam a promoção do uso racional de medicamentos (IVAMA *et al.*, 2002).

Hepler & Strand (1990), definiram a Atenção Farmacêutica como um modelo de prática profissional que atende especificamente às necessidades oriundas da farmacoterapia aplicada ao paciente. A OMS (1993) ampliou esse conceito, incluindo não apenas as atividades do farmacêutico como a prevenção, identificação e resolução dos PRMs, mas também atividades relacionadas com a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Além disso, a atenção farmacêutica compreende a realização do acompanhamento farmacológico do paciente com dois objetivos principais: a)

responsabilizar-se junto com o paciente para que o medicamento prescrito resulte no efeito terapêutico desejado e, b) atentar para que, ao longo do tratamento, as reações adversas aos medicamentos sejam as mínimas possíveis e no caso de surgirem, que se possa resolvê-las imediatamente (Cipolle *et al.*, 2000).

A atenção farmacêutica é a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais sob a ótica da integralidade das ações de saúde (BRASIL, 2002).

Dentro desse conceito, o farmacêutico passa a atuar de forma mais efetiva na assistência ao paciente, sendo de sua responsabilidade zelar pela necessidade, segurança e efetividade da farmacoterapia. Isto se consegue mediante a identificação, resolução e prevenção dos problemas relacionados com medicamentos (BRASIL, 2002). Ao prestar atenção farmacêutica o farmacêutico se responsabiliza em garantir que o paciente possa cumprir os esquemas farmacoterápicos e seguir o plano de assistência, de forma a alcançar os melhores resultados possíveis.

O Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (2002), definiu os componentes da prática profissional para o efetivo exercício da Atenção Farmacêutica que inclui: educação em saúde (promoção do uso racional de medicamentos), orientação farmacêutica, dispensação de medicamentos, atendimento farmacêutico, acompanhamento farmacoterapêutico e registro sistemático das atividades. Em síntese seria a interação direta do farmacêutico com o médico e o paciente, visando uma farmacoterapia racional para a obtenção de resultados definidos e mensuráveis (CAELES *et al.*, 2002; FREITAS, OLIVEIRA, PERINI, 2006).

A atenção farmacêutica domiciliar engloba todas as práticas da atenção farmacêutica no estabelecimento farmacêutico, mas tem como diferencial a realização de um plano de adesão totalmente adaptado aos fatores sociais e familiares em que o usuário está inserido. Assim, o farmacêutico assume papel fundamental na equipe multiprofissional de saúde: a prevenção, identificação e resolução de PRMs, além de ser responsável pelo desenvolvimento de

atividades de orientação dos usuários quanto ao uso de medicamentos, o que possibilita otimizar a adesão à terapia (Comité del Consenso, 2007)

Dados da OPAS (2003), apontam que a mudança comportamental, o fornecimento adequado de informação e capacitação sistemáticas, o apoio ao autogerenciamento, a qualidade na interação profissional de saúde-paciente, a formulação de políticas públicas eficazes e o desenvolvimento de ações comunitárias auxiliam de forma eficiente os indivíduos a modificarem seu comportamento com o objetivo de reduzir os fatores de risco à saúde e diminuir a sobrecarga e as demandas de tratamento para doenças crônicas.

Muitas vezes, no entanto, as orientações para o tratamento envolvem mudanças que interferem no estilo de vida adotado por pessoas com doenças crônicas o que, por sua vez, dificulta a adesão (ORTIZ, ORTIZ, 2007).

A atuação do farmacêutico tem influências positivas no controle da doença, na adesão ao tratamento e na minimização de erros quanto a administração dos medicamentos, já que esse profissional reafirma as orientações quanto ao uso do medicamento de acordo com a prescrição e avalia os aspectos farmacêuticos e farmacológicos que possam representar um dano em potencial para os pacientes em geral e para os idosos em particular (ROZENFELD, 2008).

Estudo realizado por Cardoso *et al* (2013), mostrou-se que atenção farmacêutica domiciliar é muito eficaz na resolução dos problemas apresentados pelos usuários, uma vez que todos os treze Resultados Negativos a Medicamentos (RNM) identificados foram resolvidos em menos de um mês, assim como também foram resolvidos todos os problemas com armazenamento. Ainda os usuários com níveis pressóricos não controlados alcançaram o controle rapidamente após as primeiras intervenções e o mantiveram durante os seis meses de acompanhamento.

O conhecimento e a compreensão do usuário quanto à medicação, através da orientação, associados ao suporte social fornecido pelas pessoas da família e pela equipe de saúde, são as variáveis sociopsicológicas mais importantes para a adesão. Assim, a mudança de atitudes por parte do paciente em relação ao tratamento medicamentoso, depende da informação recebida, do acolhimento e da forma como os pacientes incorporam e refazem o discurso em relação à doença e a medicação (Araújo *et al.*,2008).

Mastroianni *et al.* (2011), demonstraram que os problemas de armazenamento de medicamentos nos domicílios avaliados levavam os usuários a utilizar o medicamento de forma diferente da prescrição, por desacordo posológico ou interrupção do tratamento. Assim, a Atenção Farmacêutica Domiciliar é importante para identificar e resolver estes problemas de tão fácil e simples identificação e resolução, mas que carecem de cuidados em nível de Atenção Primária à Saúde, por não possuir, na maioria das equipes o “olhar” do farmacêutico.

A atenção farmacêutica domiciliar, no contexto interdisciplinar, proporciona a obtenção de resultados ainda mais positivos no controle de doenças crônicas, melhorando a adesão ao tratamento e o conhecimento dos pacientes sobre sua doença. Os resultados da Atenção Farmacêutica domiciliar reforçam a necessidade da presença do farmacêutico nas ações voltadas à Atenção Primária da Saúde (CARDOSO *et al.*, 2013).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto do farmacêutico clínico na adesão ao tratamento farmacológico de pacientes idosos hipertensos na região norte do município de Goiânia-GO.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fazer uma revisão dos estudos sobre a adesão ao tratamento farmacológico em pacientes idosos hipertensos.
- Caracterizar os pacientes idosos hipertensos em duas microáreas da região Norte do município de Goiânia, segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas;
- Avaliar o índice de Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes idosos hipertensos em duas microáreas da região norte do município de Goiânia;
- Correlacionar as variáveis sociodemográficas dos pacientes idosos hipertensos em duas microáreas da região Norte do município de Goiânia com adesão ao tratamento farmacológico.
- Identificar a associação de número de medicamentos utilizados e adesão ao tratamento farmacológico.
- Avaliar a Pressão arterial de Pacientes idosos hipertensos da região norte do município de Goiânia antes e após a intervenção farmacêutica;
- Verificar a influência da adesão ao tratamento farmacológico sobre o controle dos níveis pressóricos dos pacientes idosos hipertensos em duas microáreas da região Norte do município de Goiânia.

3 MÉTODOS

Tese elaborada na modalidade artigo científico, constando de dois artigos. O primeiro foi construído de acordo com as normas da Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica (ANEXO A) e o segundo artigo segue as normas da *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* (ANEXO B).

A tese é constituída de parte dos dados colhidos do projeto Assistência farmacêutica a pacientes idosos hipertensos na Região Norte do Município de Goiânia – Go. Sendo que o material específico sobre Pressão Arterial, medicamentos antihipertensivos, automedicação, Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMS) na região norte do município de Goiânia-GO será parte integrante de outra tese.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Alberto Rassi (HGG)/ Plataforma Brasil, nº 00661912.2.0000.0035 (ANEXO C), e desenvolvido de acordo com as recomendações da Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

3.1 Artigo 1

Trata-se de uma Revisão da literatura, sendo o levantamento realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram pesquisadas as bases de dados da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca *Cochrane*, Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECs) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Além disso, foi realizada busca no *United States National Library of Medicine* (PubMed) e pesquisa manual de referências bibliográficas nos estudos selecionados. A busca foi realizada no período de Janeiro de 2012 a Junho de 2014 selecionando-se estudos publicados no período entre 1979 e 2014. Este corte temporal foi determinado, tendo em vista que os termos “adesão” e “não adesão” surgiram no final da década de setenta.

Utilizando o descritor adesão foi possível encontrar 8053 artigos. Após utilizar os critérios de exclusão (artigo não disponível na íntegra; adesão a tratamento em doenças agudas; amostra em população não idosa; artigos em duplicata) restaram 458 artigos. Com a aplicação dos critérios de inclusão

(adesão a tratamento em hipertensão; período de 1979 a 2014, conceito de adesão, métodos de avaliação da adesão; fatores de adesão/abandono) restaram 274 artigos. A leitura dos resumos permitiu a inclusão de 125 artigos. Com a leitura na íntegra permaneceram no estudo 77 artigos que permitiram estudar o conceito de adesão, os métodos para avaliação da adesão, os fatores de adesão e as causas de abandono. (Figura 1).

A análise desses artigos incluiu as seguintes informações: autores, ano de publicação, tipo de estudo, objetivos, características da amostra, metodologia, instrumento de avaliação da adesão, resultados. Foi realizada concomitantemente, análise crítica dos textos.

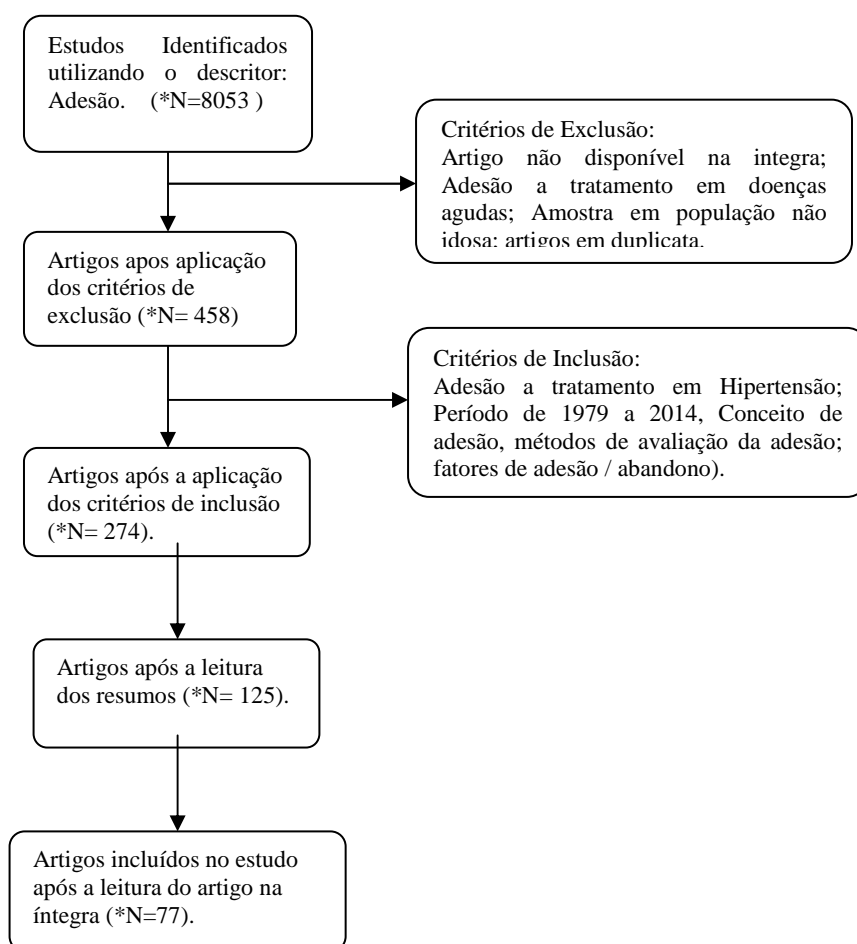


Figura 1 - Processo de seleção dos artigos.
* Número de artigos em cada etapa.

3.2 Artigo 2

3.2.1 Tipo de Estudo

Estudo experimental prospectivo, exploratório, quantitativo.

3.2.2 Local do Estudo

A coleta de dados foi realizada na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) na região norte do município de Goiânia, composta por 4 Equipes de Saúde de Famílias (ESF). As ESF são subdivididas em áreas para facilitar o trabalho dos ACS. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de 800 famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, tratamento de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A ESF conta com a participação de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo e Agentes Comunitários de saúde (ACS), sendo assim o estudo demonstra o impacto do farmacêutico clínico na equipe multiprofissional.

3.2.3 Amostra

Entre as quatro ESF, uma equipe foi escolhida por conveniência pelo fato de os pacientes nela cadastrados não receberem naquele momento qualquer acompanhamento farmacoterapêutico (equipe 11). A equipe selecionada possui 4 microáreas. Foram selecionados pacientes de duas microáreas, sendo denominadas nesse estudo de microárea A e microárea B. Essas duas microáreas foram selecionadas pelo fato de possuir ACS.

A equipe 11 possui 110 pacientes cadastrados. Foram incluídos neste estudo os pacientes com idade maior e/ou igual a 60 anos, pacientes portadores de HAS, pacientes residentes na microárea A e microárea B e pacientes acompanhados pelo ACS. Restando 53 pacientes, sendo 20 pacientes da microárea A e 33 pacientes da microárea B. Foram aplicados os seguintes critérios de exclusão e na microárea A, 01 paciente mudou e 04 pacientes não aceitaram participar. Na microárea B, 10 pacientes mudaram; 07 pacientes não aceitaram participar e 02 pacientes foram a óbito. Assim a

amostra final foi constituída por 26 pacientes, sendo 15 pacientes da microárea A e 11 pacientes da microárea B (Figura 2).

Os pacientes da microárea A são atendidos pelo médico, enfermeiro, ACS e recebem acompanhamento farmacêutico. Os pacientes da microárea B são acompanhados por médico, enfermeiro e ACS, mas não por Farmacêutico. É importante ressaltar que os pacientes das duas microáreas recebem medicamentos na UBSF. Portanto, o que difere entre as duas microáreas (A e B) é apenas a presença do farmacêutico na microárea A.

3.2.4 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão: a) pacientes com idade igual ou superior a 60 anos; b) pacientes que tiveram diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica de acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica, registrado no prontuário médico; c) pacientes residentes na microárea A e B no momento do estudo; d) pacientes acompanhados pelo ACS.

Critérios de Exclusão: a) pacientes que mudaram; b) Pacientes que foram á óbito; d) Pacientes que não aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

3.2.5 Instrumentos

Utilizou-se um questionário para avaliação do perfil sociodemográfico (APENDICE B) capaz de caracterizar os pacientes idosos hipertensos das microáreas A e B da região Norte do município de Goiânia, segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas.

Foi utilizado uma cartilha educativa sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações (APÊNDICE C) pelo farmacêutico para orientar os pacientes da microárea A.

Para a avaliação da adesão ao tratamento farmacológico, foi utilizado o Teste de Morisky, Green, Levine (1986) (ANEXO D). Este teste é composto por quatro perguntas e permite classificar a adesão medicamentosa em três categorias: Adesão Total (todas as respostas negativas, ou seja o paciente obteve pontuação máxima, 4 pontos), Adesão Parcial (pelo menos uma

resposta positiva, ou seja o paciente obteve pontuação de 1 a 3 pontos) e Não Adesão/Abandono (todas as respostas positivas, ou seja o paciente obteve pontuação mínima, 0 pontos).

O Teste de Morisky- Green - Levine é o questionário mais utilizado para detectar adesão/abandono devido a sua praticidade, baixo custo e é aplicado pelo pesquisador em contato direto com o paciente.

Para Avaliar a Pressão arterial de Pacientes idosos hipertensos da região norte do município de Goiânia antes e após a intervenção farmacêutica foi utilizado Protocolo para medida da Pressão de acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (ANEXO E).

3.2.6 Procedimentos

Os pacientes foram selecionados a partir dos seus prontuários do Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) da UBSF. Todas as informações referentes ao prontuário médico foram transcritas para o prontuário farmacêutico (APÊNDICE D). Após a avaliação do prontuário do paciente foi solicitado ao ACS e enfermeiro da equipe o agendamento da visita farmacêutica. As visitas foram realizadas no domicílio do paciente. O prontuário médico do paciente foi identificado com um cartão contendo a seguinte frase: “Paciente em acompanhamento farmacêutico”.

Os pacientes da microárea A e microárea B foram acompanhados durante seis (06) meses após a consulta médica. As visitas foram realizadas no domicílio do paciente, uma vez ao mês, sendo, 30, 60, 90, 120, 150, 180 dias após a consulta médica.

Os pacientes da microárea A receberam a visita domiciliar do farmacêutico uma vez ao mês. Na primeira visita domiciliar (momento inicial), os pacientes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o TCLE (APÊNDICE A). Os pacientes responderam o questionário sobre questões sócio-demográficas (APÊNDICE B) e o teste de avaliação da adesão ao tratamento farmacológico denominado de Teste de Morisky- Green – Levine (ANEXO D). Foi realizada uma entrevista clínica para conhecer as queixas dos pacientes sobre a doença e sobre os medicamentos utilizados. Os medicamentos utilizados pelos pacientes e as recomendações sobre os

medicamentos e as medidas não farmacológicas foram anotadas no relatório de visita (APÊNDICE E) e ainda foi realizada a avaliação da PA (ANEXO E).

Durante a segunda visita domiciliar foi solicitado aos pacientes que mostrasse todos os medicamentos utilizados para a análise farmacoterapêutica. O farmacêutico anotou no prontuário farmacêutico todos os medicamentos utilizados pelo paciente prescritos e não prescritos. Foi realizada avaliação da PA.

Durante a terceira, quarta e quinta visita foi realizada, orientação educacional sobre a HAS e suas complicações (APÊNDICE C) e foi realizada orientação farmacoterapêutica (forma correta de utilização dos medicamentos, formas de armazenamento, riscos da automedicação) e avaliação da PA.

Na sexta visita domiciliar (momento final) os pacientes responderam o teste de avaliação da adesão ao tratamento farmacológico e o farmacêutico realizou avaliação da PA. Os questionários foram preenchidos pelo farmacêutico durante a entrevista com o paciente (Figura 3).

A primeira visita domiciliar realizada pelo farmacêutico teve duração média de 01 hora. Enquanto a segunda, terceira, quarta, quinta e sexta visitas demoraram aproximadamente 30 a 40 minutos.

Para aferição da PA foi utilizado um Esfigmomanômetro Aneróide (Premium – Accumed), conforme recomendação da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2010) (ANEXO E).

Os pacientes da microárea B não receberam a visita do farmacêutico mensalmente. Elas aconteceram 30 dias após a consulta médica (primeira visita), e na sexta visita (após 180 dias). Na primeira visita domiciliar realizada pelo farmacêutico os pacientes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o TCLE (APÊNDICE A). Os pacientes responderam ao questionário sobre questões sociodemográficas (APÊNDICE B), o teste de avaliação da adesão ao tratamento farmacológico denominado de Teste de Morisky- Green – Levine (ANEXO D). Foi realizada a avaliação da PA (ANEXO E). Realizou a anotação de todos os medicamentos utilizados pelo paciente, mas sem que o farmacêutico realizasse qualquer tipo de intervenção.

Na segunda, terceira, quarta e quinta visita os pacientes foram visitados pelo ACS que os orientou sobre a utilização adequada de serviços de saúde,

encaminhando-os ao agendamento de consultas, exames e atendimento odontológico quando necessário.

Na sexta visita o farmacêutico aferiu novamente a PA, os pacientes responderam o teste de adesão ao tratamento farmacológico. A ACS passou por treinamento pela farmacêutica antes de iniciar as coletas de dados (Figura 3).

3.2.7 Análise Estatística

Os dados foram registrados em planilha eletrônica e utilizados para a construção de um banco de dados analisado com a aplicação do programa SPSS versão 20.0.

As variáveis categóricas foram apresentadas em números absolutos e porcentagens e foram descritas com estatística descritiva e análise de associação com aplicação de testes qui-quadrado (χ^2) e tendência. As variáveis quantitativas foram apresentadas e descritas através de suas médias e respectivos desvios padrão. Para a comparação entre as médias foram utilizados os testes paramétricos T- student para amostras relacionadas, quando comparando intra grupo e para amostras independentes quando a comparação foi entre os grupos.

A análise de correlação foi feita com o teste dos sinais de Wilcoxon.

Todos os testes foram realizados considerando um nível de significância de 5% e um intervalo de confiança de 95,0%.

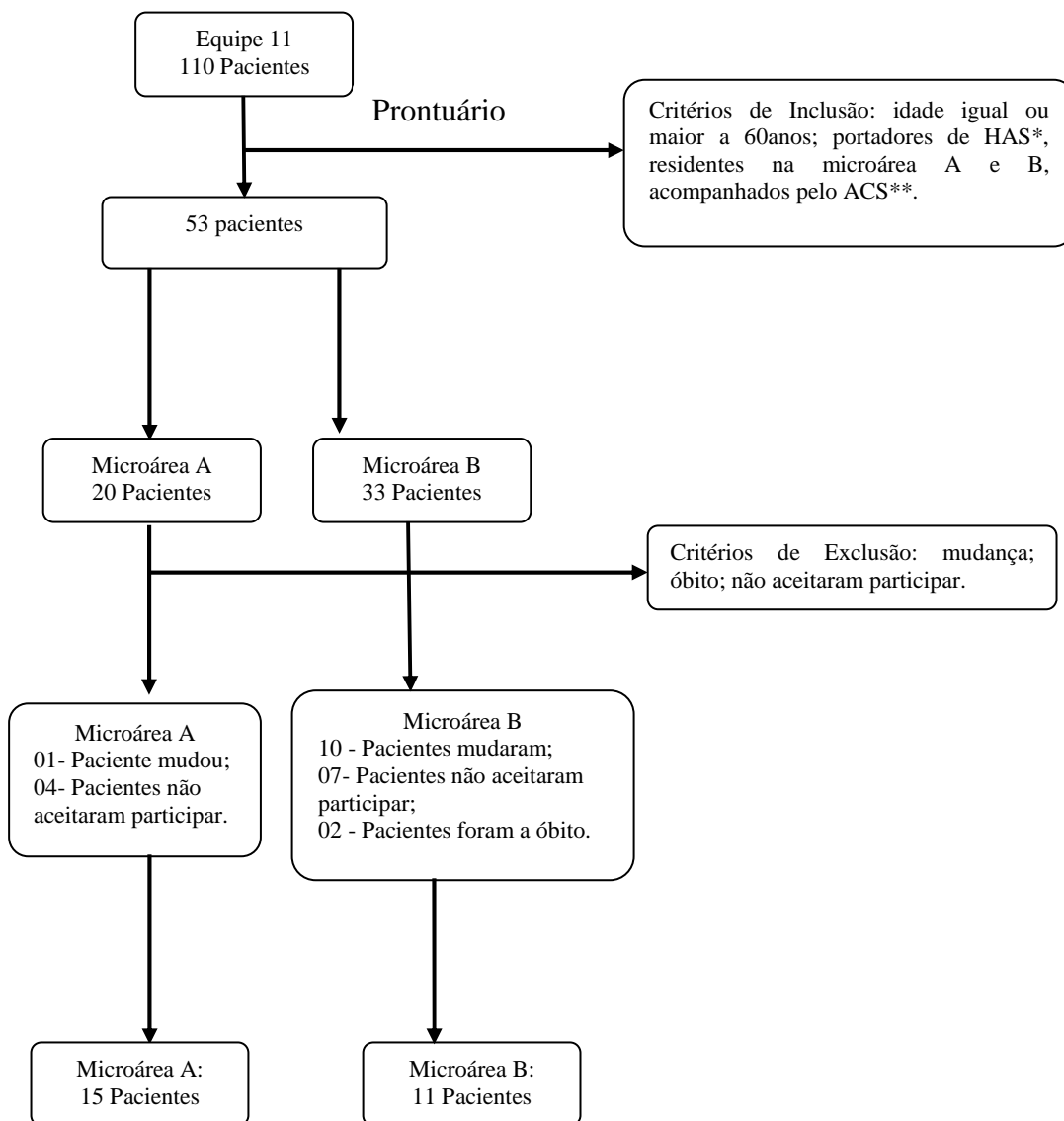


Figura 2 - Seleção de pacientes incluídos no estudo.
 *Hipertensão Arterial Sistêmica; ** Agente Comunitário de Saúde.

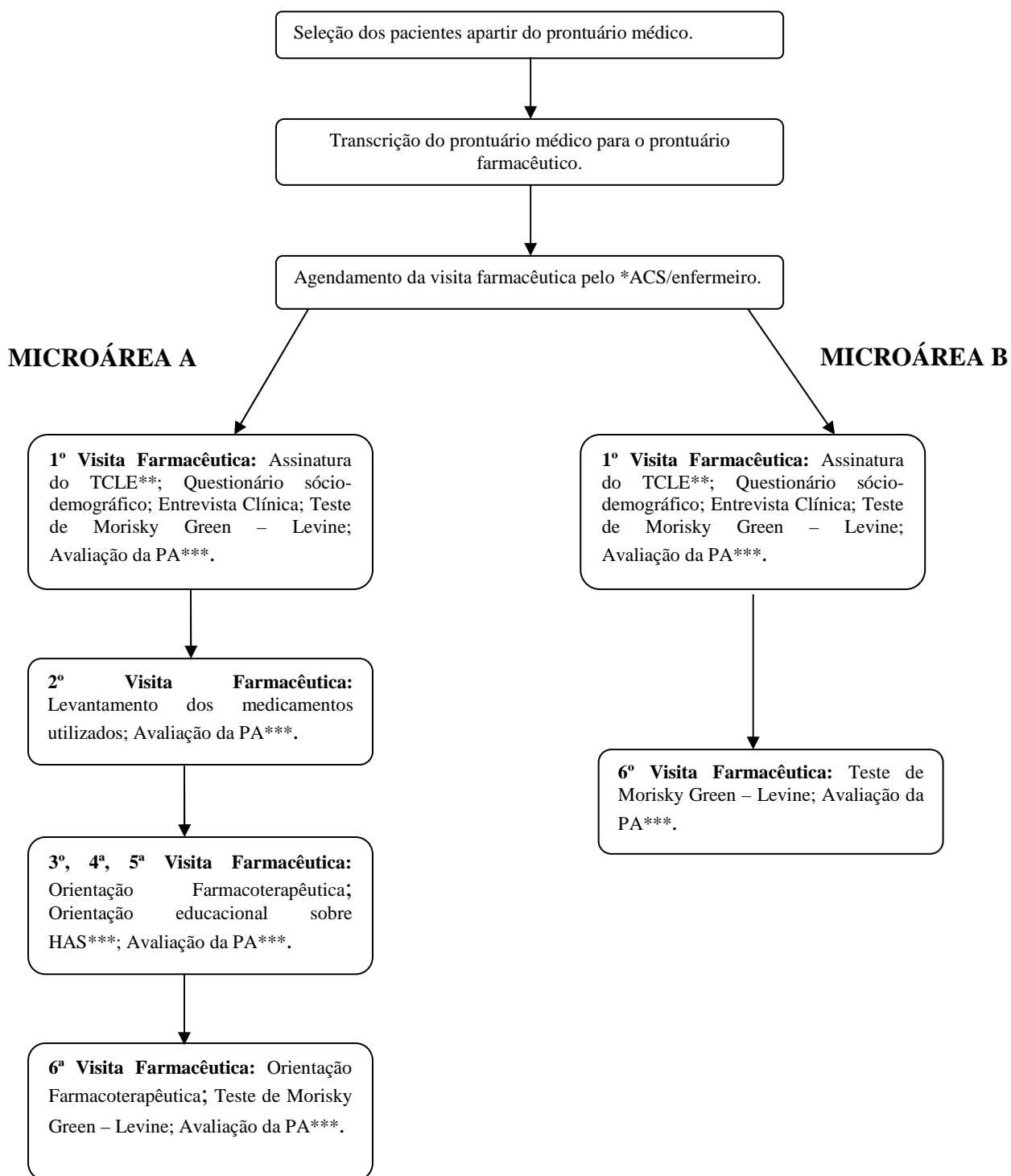


Figura 3 – Atividades desenvolvidas pelo farmacêutico na microárea A e na microárea B. *Agente Comunitário de Saúde; **Termo de Consentimento Livre Esclarecido; ***Pressão Arterial; ****Hipertensão Arterial Sistêmica. Observação: A 2ª, 3ª, 4ª, 5ª vista na microárea B foram realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde.

4 PUBLICAÇÕES

Artigo 1 - RBCM - Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica

ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLOGICO EM IDOSOS HIPERTENSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL TREATMENT IN HIPERTENSIVE ELDERLY: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

JAQUELINE GLEICE APARECIDA DE FREITAS ¹

Professora do curso de Medicina e Farmácia da PUC-GO
Professora do curso de Farmácia da Universidade Estadual de Goiás

SYLVIA ESCHER DE OLIVEIRA NIELSON ²

Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde
Professora/Gestora da Universidade Salgado de Oliveira – Campus - Goiânia

CELMO CELENO PORTO ³

Doutor em Clínica Médica
Professor Emérito da Faculdade de Medicina da UFG.
Professor Orientador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG.

Endereço para correspondência: Departamento de Biomedicina e Farmácia da PUC-GO.
Endereço: Rua 232, N.128, Setor Universitário, Goiânia - GO.
CEP: 74605-140
Fone: (62) 3946-1194/9632-2434.
Email : jggleice@gmail.com.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Os idosos constituem a parte da população que apresenta maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica e utiliza o maior número de medicamentos. Não há consenso sobre a definição e a maneira de avaliar a adesão ao tratamento. Para utilização dos instrumentos disponíveis é necessário espírito crítico, porque os fatores de adesão são complexos e multifatoriais, estando relacionados ao perfil sócio demográfico, ao paciente, ao relacionamento profissional de saúde/paciente, à doença, ao tratamento, ao sistema de saúde, ao uso de substâncias e à problemas sociais. Objetiva-se estudar conceitos, os fatores de adesão e causas de abandono e métodos para avaliação da adesão ao tratamento farmacológico de pacientes idosos hipertensos.

CONTEÚDO: A busca de artigos foi realizada nas bases de dados MEDLINE, LILACS, *Cochrane*, IBECs, SciELO e PubMed, no período 1979 e 2014. A adesão é o comportamento de um paciente diante das recomendações médicas ou de outros profissionais de saúde quanto ao uso de medicamentos, adoção de dietas ou mudanças do estilo de vida. Enquanto a não adesão fica caracterizada pelo não seguimento da prescrição, o que gera um grande problema de saúde pública que pode afetar o indivíduo e a sociedade. Há inúmeros métodos diretos e indiretos para avaliação da adesão/não adesão, sendo que todos os métodos apresentam vantagens e desvantagens.

CONCLUSÃO: A adesão ao tratamento é uma questão complexa, multifatorial, e é fundamental para se obter a redução dos níveis pressóricos e diminuição de complicações em pacientes idosos hipertensos.

Descritores: Hipertensão, Idosos, Adesão, Fatores de adesão, Métodos de Avaliação.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The elderly are the part of the population that has the highest prevalence of systemic hypertension and use the higher number of drugs. There is no consensus on the definition and how to assess treatment adherence. To use the available tools critical sense is needed because the factors of adherence are complex and multifactorial, being related to socio demographic profile, the patient, the relationship health professional / patient, the disease, health system, the use of substance and to social problems. The main purpose is to study concepts, adherence factors and causes of abandonment and methods for assessing adherence of pharmacological treatment of elderly hypertensive patients.

CONTENTS: The article search was conducted in MEDLINE, LILACS, *Cochrane*, IBECs, SciELO and PubMed, between 1979 and 2014. Adherence is the behavior of a patient before the medical recommendations or other health professionals regarding the use of medicines, diets adoption of or changes in lifestyle. While non-adherence is characterized by not following the prescription which generates a major public health problem that can affect the individual and society. There are numerous direct and indirect methods for assessing adherence / non-adherence and all methods have advantages and disadvantages.

CONCLUSION: Treatment adherence is a complex, multifactorial issue and it is essential to obtain the reduction of blood pressure levels and to decrease complications in elderly hypertensive patients.

Keywords: Hypertension, Elderly, Adherence, Adherence factors, Assessment Methods.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento rápido da população brasileira vem sendo enfatizado, particularmente no que se refere às suas implicações clínicas, sociais e da perspectiva de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a faixa etária com 60 anos ou mais, em 1960, representava apenas 5% da população. Enquanto, o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, calcula que o Brasil em 2025 terá a sexta maior população idosa do mundo, com aproximadamente 32 milhões de pessoas¹.

Com o aumento de idosos aumenta a prevalência de doenças crônicas, as maiores causas de morbidade e mortalidade no mundo. Entre essas doenças destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a Diabetes *Mellitus* (DM) e o Acidente Vascular Encefálico (AVE). No Brasil, as doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade, revelando dificuldades em seu controle, sobretudo quando são assintomáticas, como é o caso da HAS².

A HAS é considerada, ao mesmo tempo, uma doença e um fator de risco, diretamente relacionada a doença arterial coronariana e acidente vascular encefálico, representando um grande desafio para a saúde pública, pois as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte no Brasil^{3,4}. A detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares.

Estudos epidemiológicos realizados nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30% na população brasileira, com mais de 50% dos casos em indivíduos entre 60 e 69 anos de idade e cerca de 75% acima de 70 anos³.

O tratamento farmacológico, juntamente com o não farmacológico contribuem para manter os valores da Pressão Arterial (PA) abaixo de 140mmHg para a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e 90mmHg para a Pressão Arterial Diastólica (PAD)^{3,5}.

Estudos sobre adesão ao tratamento da HAS em idosos são relevantes para se conhecer os fatores de adesão ou de abandono, única maneira de intervir sobre eles de maneira eficaz^{6,7}.

Porém, existem poucos estudos com metodologia adequada para identificar os fatores de adesão ao tratamento entre os pacientes hipertensos. Além disso, os estudos muitas vezes não são comparáveis, por abordarem diferentes perfis de indivíduos e utilizarem diferentes métodos para identificar adesão ou abandono⁸.

De acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (VI DBHA)³, pacientes hipertensos que não aderiram ao tratamento com beta-bloqueadores foram 4,5 vezes mais propensos a ter complicações da doença coronária. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a baixa adesão ao tratamento é o principal responsável pela falta de controle da pressão arterial em mais de dois terços dos hipertensos^{8,9}.

O não seguimento adequado ou o abandono das prescrições acarreta aumento no número de hospitalizações, diminuição da eficácia da terapia farmacológica, desenvolvimento de tolerância, aumento dos custos do tratamento, perda da qualidade de vida e da produtividade para o país¹⁰.

A presente revisão teve como objetivo estudar conceitos, os fatores de adesão e causas de abandono e métodos para avaliação da adesão ao tratamento farmacológico de pacientes idosos hipertensos.

Foram utilizados como descritores: Hipertensão arterial sistêmica, Idosos, Adesão, Métodos de Avaliação e Fatores de adesão. Encontrou-se inicialmente 8053 artigos sobre adesão. Foram excluídos os artigos não disponíveis na íntegra, adesão a tratamento em doenças agudas, amostra em população não idosa e artigos em duplicata, ficando 458 artigos. Com a aplicação dos critérios de inclusão (adesão a tratamento em hipertensão; período de 1979 a 2014, conceito de adesão, métodos de avaliação da adesão; fatores de adesão/abandono) restaram 274 artigos. A leitura dos resumos permitiu a inclusão de 125 artigos. Entretanto, com a leitura na íntegra permaneceram no estudo 77 artigos que permitiram estudar o conceito de adesão, os fatores de adesão e as causas de abandono e os métodos para avaliação da adesão.

CONCEITO DE ADESÃO

Existem dificuldades para conceituar adesão, devido a maneira de alguns autores defini-la. Duas definições se destacaram: a primeira proposta em 1979 por Haynes, Taylor, Sackett¹¹, a adesão foi conceituada como: *“as the extent to which a person's behaviour (in terms of taking medications, following diets or executing lifestyle changes) coincides with medical care or health advice”*. Mais de duas décadas depois,

em 2003, a OMS⁹ reproduziu na íntegra a proposta de Haynes, definindo adesão como “*as the extent to which a person's behaviour (in terms of taking medications, following diets or executing lifestyle changes) coincides with medical care or health advice*”. Ambas costumam ser assim traduzidas: “**adesão é o grau em que o comportamento de uma pessoa em relação ao uso de medicamentos, seguimento de dieta ou mudanças de estilo de vida corresponde às recomendações de um profissional da saúde**”.

Como se pode perceber, a tradução literal resulta em uma frase inapropriada à língua portuguesa. Tal fato levou Rezende¹², a propor a seguinte definição: “**Adesão é o comportamento de um paciente diante das recomendações médicas ou de outros profissionais de saúde quanto ao uso de medicamentos, adoção de dietas ou mudanças do estilo de vida**”.

Cumpram ressaltar que a língua inglesa utilizam -se duas expressões referentes à adesão, *adherence* e *compliance*, que têm significados diferentes. *Compliance* pode ser traduzido como “obediência” e pressupõe um papel passivo do paciente, enquanto *adherence* seria utilizado para identificar uma escolha livre de se adotar ou não uma determinada recomendação. Com este entendimento o papel do paciente seria o de sujeito ativo, que participa e assume responsabilidade sobre seu tratamento. Aliás, Paulo e Zanini¹³, em vista da dificuldade de traduzir a palavra *compliance*, optaram por utilizar o termo em inglês, significando obediência participativa do paciente à prescrição e propuseram a seguinte definição para *compliance*: “*cumprimento estrito pelo paciente da prescrição médica, entendendo por prescrição não apenas os medicamentos, mas, também, todos os demais cuidados ou providências recomendadas*”

Em 2003, Leite & Vasconcelos¹⁴, tentaram introduzir um valor na conceituação de adesão que ficaria assim: “**Adesão é a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento**”. Apresentam uma fórmula para calcular o percentual de adesão, baseada na utilização de medicamentos e que corresponderia à proporção de comprimidos consumidos, dividida pelos comprimidos prescritos. Seriam considerados não-aderentes os pacientes que consomem menos que 80% ou mais que 120% da dose prescrita. Esta proposta não é prática e é pouco utilizada.

Com relação à não adesão, Rocha e col¹⁵, diferenciam dois conceitos: aderir ao tratamento e descontinuar o tratamento. Não aderir deixa implícito a possibilidade de continuação do tratamento, uma vez que a exclusão de um determinado medicamento

pode ser uma situação permanente ou temporária. Descontinuar significa cessar a utilização do medicamento.

Cumprir ressaltar, por fim, que a definição de adesão é indissociável do conceito de autonomia, pois, na verdade, o que os profissionais de saúde fazem ao paciente é uma proposta, cabendo a ele aceitá-la ou não. Adesão, portanto, dependeria de uma decisão do paciente após esclarecido dos objetivos da prescrição.

FATORES DE ADESÃO E CAUSAS DE ABANDONO

Como se pode verificar no Quadro1, há inúmeras variáveis relacionadas à adesão ou ao abandono, sendo um processo complexo e multifatorial com fatores relacionados ao perfil sócio demográfico, ao paciente, ao profissional de saúde, ao relacionamento do profissional de saúde/paciente, à doença, ao tratamento, ao serviço de saúde, ao uso de substâncias, aos problemas sociais^{9,14, 16-52}. Em cada um dos fatores, por sua vez, há condições que caracterizam a complexidade, não havendo estudos que auxiliem na compreensão da situação, justificada pela inexistência de métodos práticos, objetivos e abrangentes para avaliar a adesão à terapêutica medicamentosa^{9,14}.

A existência de fatores da não adesão ou abandono não está relacionada apenas ao ato de não tomar o medicamento prescrito, mas inclui também erros no cumprimento do esquema terapêutico, tais como redução da dose ou ingestão excessiva⁴⁷.

O fenômeno da não adesão ou abandono é universal, observado em países ricos e pobres, em algum grau, mesmo para doenças com potencial risco de vida⁹. De acordo com a OMS (2003), aproximadamente 50 a 70% dos pacientes não aderem ao tratamento prescrito.

Adesão inadequada ao tratamento farmacológico deve ser identificada por profissionais de saúde principalmente quando se refere aos idosos com o objetivo de conhecer os fatores que a provocaram para se tomar medidas adequadas. Quando os medicamentos são tomados em desacordo com a posologia prescrita podem ocasionar alterações de vários tipos: redução de benefícios, aumento dos riscos, ou ambos, o que contribui para o aumento dos custos dos serviços de saúde.

Conhecer as causas de não adesão é importante para que os profissionais de saúde possam conscientizar os pacientes sobre a necessidade do seguimento correto da terapia prescrita, condição necessária para obtenção do benefício esperado.

MÉTODOS PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO

Apesar de existirem várias estratégias para avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão, não se conseguiu até hoje um método que pudesse ser considerado “padrão ouro”. O desenvolvimento de um instrumento específico para medir a adesão ao tratamento da hipertensão, que levasse em conta sua multidimensionalidade, enfocando domínios relevantes dessa doença e os inúmeros fatores presentes, pode facilitar a detecção e aferição do cumprimento da terapêutica prescrita⁵³, que poderia resultar em controle adequado da pressão arterial.

MÉTODOS DIRETOS

Os métodos diretos propõem a quantificação do fármaco no sangue ou seus metabólitos na urina. Possuem a vantagem de permitir a determinação da concentração do medicamento. Porém, a análise laboratorial não está disponível em prática diária, pois é dispendiosa, requer amostras de diferentes fluidos do organismo e pode ser afetada por fatores biológicos. Possuem custo elevado, sendo pouco prático, pois necessitam de infraestrutura laboratorial^{54,55}.

Outro método direto se baseia na utilização de um composto traçador associado ao medicamento em uso, representado por uma substância inócua ao organismo e que facilite a identificação do fármaco no organismo. Através deste método é possível realizar análise semi-quantitativa do nível e local de ação do medicamento. Mas também apresenta desvantagens como a dificuldade de combinar, difícil execução no caso de múltiplas drogas, como ocorre no tratamento farmacológico da HAS. Requer amostra de fluidos corporais (sangue, urina) e possui custo elevado^{54,55}.

Outra limitação dos métodos diretos é o fato de avaliarem apenas o uso recente do medicamento, não permitindo, portanto, avaliar o comportamento de adesão do paciente entre os intervalos de coleta de seus fluidos biológicos para análise. O paciente pode simular um comportamento de adesão, utilizando os medicamentos conforme o regime terapêutico prescrito nos períodos próximos às datas nas quais se fará a coleta das amostras para análise⁵⁶.

Para Delgado & Lima⁵⁷, os métodos diretos que se baseiam em marcadores bioquímicos são pouco práticos, sua interpretação é complexa e não estão disponíveis para boa parte dos medicamentos.

MÉTODOS INDIRETOS

Inúmeros métodos indiretos têm sido propostos para avaliar adesão ao tratamento; entre eles é possível destacar: relato do paciente, avaliação pelo médico, diário do paciente, contagem de comprimidos, reabastecimento de comprimidos, monitorização eletrônica da medicação, resposta clínica e entrevista clínica⁵⁷.

O relato do paciente apresenta como principal vantagem a facilidade de aplicação, sendo possível estimar as barreiras de adesão. Porém, Oigman¹⁷ acredita que este método pode superestimar a taxa de adesão⁵⁴.

A avaliação do médico quanto à adesão, baseada no resultado final do tratamento é de fácil e rápida aplicação, baixo custo e alta especificidade. Mas apresenta como desvantagens a baixa sensibilidade e a possibilidade de superestimar a adesão⁵⁴.

O diário do paciente é um método barato, sendo uma alternativa interessante para serviços de saúde que atendem a um número elevado de pacientes e que dispõem de recursos e financeiros reduzidos. Além disso, o ato de registrar diariamente os eventos relacionados ao uso de medicamentos pode apresentar efeito positivo no comportamento de adesão. Uma limitação do diário do paciente é que este método requer grande participação do paciente, o que pode ser influenciado por fatores como analfabetismo, esquecimento de registrar as informações (idosos comumente esquecem de registrar informações) e motivação do paciente⁵⁸.

A contagem de comprimidos verifica o grau de coincidência entre a quantidade de comprimidos utilizada pelo paciente em um determinado intervalo de tempo e a quantidade que deveria ter sido utilizada neste intervalo de tempo (de acordo com o regime terapêutico prescrito). Para isto, é efetuada a contagem manual dos comprimidos restantes no frasco de cada medicamento, comparando com o regime terapêutico prescrito^{56,59}. Este método é uma alternativa de fácil aplicação e pouco onerosa. Contudo, Asplund, Danelson, Ohman⁶⁰; Gallagher e col⁶¹; Inui e col⁶², previnem que a contagem de comprimidos também podem apresentar falhas, como a não identificação quando o indivíduo utilizou a quantidade correta de comprimidos em intervalos inadequados, ou seja, este método avalia a quantidade de comprimidos utilizada, mas não como foi utilizada. Além disto, é necessário que o paciente colabore e guarde as embalagens dos medicamentos para que o profissional de saúde realize a contagem^{56,63}.

Para Oigman⁵⁴, o método da contagem dos comprimidos precisa de pelo menos duas visitas ao doente, e admite também que o doente pode mentir quando lhe é questionado sobre uso de medicamentos.

O reabastecimento de comprimido é um método que avalia a adesão pela periodicidade com que os pacientes retiram seus medicamentos em farmácias. É um método de fácil aplicação e baixo custo⁶⁴. Entretanto, o fato do paciente retirar o medicamento com regularidade, não significa que ele use o medicamento conforme a prescrição médica⁶⁵.

Outro método indireto é a mensuração eletrônica: também chamado Sistema de Monitoramento de Eventos de Medicação (MEMS), que é realizada pela utilização de uma caixa de medicamentos equipada com um microchip na tampa, o qual registra a data e a hora de cada abertura. Cada abertura é considerada como sendo a ingestão de uma dose. Os dados são transferidos a um computador usando o aplicativo indicado. Uma ressalva deve ser considerada: a possibilidade de abertura do frasco sem a tomada da medicação².

A resposta clínica ou desfecho clínico, como por exemplo a normalização dos níveis da pressão arterial, considerando não-aderente quem apresentasse uma pressão sistólica igual ou maior a 140mmHg e pressão diastólica acima de 90mmHg⁶⁵, possui como vantagem a facilidade de aplicação e baixo custo. Porém há uma grande limitação, pois a resposta clínica não está necessariamente relacionada a adesão de um determinado medicamento. Além disso, este critério pressupõe que o tratamento é sempre eficaz, o que não é verdade⁵⁴.

Os instrumentos de avaliação mais utilizados são os baseados na entrevista clínica e consistem em solicitar ao paciente que responda algumas perguntas, previamente definidas⁶⁶.

Neste grupo incluem-se os vários testes: Teste de Haynes e Sackett, Teste de Batalla, Teste de Morisky, Green e Levine, Teste de Hermes, Breve Questionário de Medicamentos (BMQ), Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), Teste de Herrera Caranza, Teste de Aderência (SMAQ), Questionário de Adesão a Medicamentos - Qualiaids (QAM-Q – QUALIAIDS) e Escala de Adesão aos Medicamentos de Morisky (MMAS-8). Estes testes, apesar da baixa sensibilidade, são os mais utilizados por apresentarem custo relativamente baixo, facilidade de aplicação em grandes populações e por serem um reflexo da conduta do paciente em relação à prescrição que recebeu⁶⁷⁻⁶⁹.

Em 1979, Haynes, Taylor, Sackett¹, no mesmo artigo em que definiram a adesão, propuseram uma única pergunta para avaliar a adesão ao uso de um anti-hipertensivo, assim expressa: “*Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) teve dificuldade para tomar seus remédios da pressão?*” Se a resposta fosse afirmativa o paciente seria considerado não aderente. É fácil deduzir a imprecisão deste método, que foi logo abandonado. Seu registro justifica-se por ser a primeira tentativa de avaliar a adesão.

Em 1984, o Teste de Batalla⁷⁰, foi utilizado na avaliação de pacientes hipertensos, é fácil de aplicar por tratar-se de perguntas que analisam o grau de conhecimento que o paciente tem de sua enfermidade. As perguntas são: 1) *A Hipertensão arterial é uma enfermidade para toda a sua vida?* ; 2) *Pode se controlar a Hipertensão Arterial com dieta e medicação?* ; 3) *Cite dois ou mais órgãos que podem sofrer danos por ter a pressão arterial elevada.* Essas perguntas poderiam ser modificadas para serem aplicadas a outras enfermidades. A fragilidade deste método é a ausência de correlação entre o nível de conhecimento do paciente sobre sua doença e a motivação para utilizar os medicamentos.

Em 1986, Morisky, Green e Levine⁷¹, propuseram um teste também denominado Escala de Adesão aos Medicamentos de Morisky (MMAS), no qual a adesão é avaliada pela aplicação de um questionário com quatro perguntas, sendo que uma resposta afirmativa a qualquer uma delas classifica o indivíduo como não-aderente. As perguntas são as seguintes: 1) *Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?* 2) *Você, as vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu medicamento?* 3) *Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio?* 4) *Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?*

Este teste é o mais utilizado no Brasil, provavelmente por ser um instrumento simples para estimar a adesão ao tratamento de pacientes hipertensos. Pode ser utilizado para avaliação da adesão ao tratamento de outras doenças crônicas⁷². No estudo original de Morisky, Green, Levine, em 1986, observou-se que 75% dos pacientes hipertensos apresentaram alto escore na escala de quatro itens, depois de dois anos de acompanhamento. Além disso tiveram sua pressão arterial sob controle adequado no quinto ano de seguimento, em comparação com 47% sob controle no quinto ano para aqueles pacientes com escores inferiores⁷¹.

Em 1999, o Teste de Hermes⁷³, embora mais complexo que o MMAS para avaliação de pacientes hipertensos, é também aplicável a qualquer doença crônica. Consiste de oito perguntas: 1) *Você pode me dizer qual o nome do medicamento que*

toma para pressão arterial sistêmica? (SIM /NÃO);2) Quantos comprimidos do medicamento você deve tomar por dia? (SABE/NÃO SABE); 3) Alguma vez você já se esqueceu de tomar o medicamento? (NUNCA/ ÀS VEZES, MUITAS VEZES/ SEMPRE); 4) Nas últimas semanas quantos comprimidos não tomou? (0-1/2 ou mais); 5) Toma o medicamento na hora indicada? (SIM/NÃO); 6) Já deixou de tomar o medicamento em alguma ocasião porque se sentiu pior tomando? (NÃO/SIM); 7) Quando se encontra bem se esquece de tomar o medicamento? (SIM/NÃO); 8) Quando se encontra mal se esquece de tomar o medicamento? (SIM/NÃO). Interpreta-se os resultados da seguinte maneira: as questões 1,3,4 e 8 são valoráveis e são aderentes os pacientes que somam 3 a 4 pontos.

Em 1999, o Questionário Breve de Adesão à Medicação (BMQ), que é um instrumento proposto para avaliar a adesão de pacientes diabéticos. Além de extenso, requer um nível sociocultural médio ou superior para sua compreensão, portanto apresenta limitação que impede sua aplicação em todos os pacientes incluindo os idosos hipertensos⁷⁴.

Em 2001, Delgado e Lima⁵⁷ construíram uma medida de adesão aos tratamentos medicamentosos, que intitularam de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) constituída por 7 itens. Os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados do Teste de Morisky,Green , Levine (1986). Este teste baseia-se em sete perguntas: 1) *Você alguma vez se esquece de tomar seu remédio?*; 2) *“Você, às vezes, é descuidado para tomar seu remédio?”*; 3) *“Quando você se sente melhor, às vezes, você pára de tomar seu remédio?”*; 4) *“Às vezes, se você se sente pior quando toma o remédio, você pára de tomá-lo?”*; 5) *Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para sua doença , por sua iniciativa, após ter se sentido pior?*; 6) *Alguma vez interrompeu a terapia para sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?*; 7) *Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma razão que não seja a indicação do médico?* . O nível de adesão é obtido somando os valores de cada item e dividindo o valor total pelo número de itens, em ambos, os valores mais elevados significam maior nível de adesão⁶³.

Em 2001, Herrera Caranza⁷⁵ propuzeram um teste constituído de quatro perguntas, cujo foco é a compreensão da prescrição e dos possíveis resultados: 1) *Você sabe para que o médico prescreveu tal medicamento;* 2) *Você gostaria de saber como se sente depois de terminar por completo seu tratamento?* 3) *Você sabe como tem que*

tomar seu medicamento? 4) Já levou ao conhecimento do seu médico o término do medicamento? Nesse caso, os resultados obtidos através da interpretação do questionário pode revelar a incapacidade do paciente entender o que lhe foi prescrito dificultando o uso correto do medicamento.

Em 2002, Knobel e col⁷⁶ descreveram o Questionário Simplificado para Adesão a Medicamentos (SMAQ), validado para a população espanhola que consta de seis perguntas: 1) *Algumas vezes você esquece de tomar o medicamento? SIM/NÃO*; 2) *Toma sempre os medicamentos na hora adequada? SIM/NÃO*; 3) *Alguma vez deixa de tomar os medicamentos quando se sente mal? SIM/NÃO*; 4) *Esqueceu de tomar o medicamento durante o final de semana? SIM/NÃO*; 5) *Na última semana quantas vezes não tomou a última dose? NENHUMA, 1-2, 3-5, 3-10, MAIS QUE 10*; 6) *Desde a última visita quantos dias completos não tomou o medicamento?*

Em 2008, Helena, Nemes, Eluf-neto, construíram um teste denominado Questionário de Adesão a Medicamentos - Qualiaids (QAM-Q – QUALIAIDS)¹⁶, desenvolvido para avaliar o uso de medicamentos anti- hipertensivos (se o indivíduo toma e o quanto toma de seus medicamentos), o processo (como ele toma o medicamento no período de sete dias, se pula doses, se toma de modo errado, se faz “feriados”). É constituído de três perguntas: 1) *“Nos últimos sete dias, em quais dias da semana o senhor não tomou ou tomou pelo menos um comprimido desse remédio?”* (Assinalar os dias da semana informados pelo entrevistado); 2) *“Nestes dias quantos comprimidos o senhor deixou de tomar ou tomou a mais”* (Assinalar os comprimidos não tomados ou tomados a mais nos horários correspondentes); 3) *“ Como estava sua pressão na última vez que o senhor a mediu?”*¹⁶.

Em 2008, Morisky e col⁷⁷, propuzeram a Escala de Adesão aos Medicamentos de Morisky (MMAS-8). A MMAS-8 compreende as quatro perguntas do teste inicial da Escala de Morisky (1986), acrescidas de quatro questões: *“5) Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para sua doença , por sua iniciativa, após ter se sentido pior?; 6) Alguma vez interrompeu a terapia para sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?; 7) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por alguma razão que não seja a indicação do médico?; 8) Alguma vez sentiu dificuldade de lembrar de tomar os medicamentos para sua doença inflamatória intestinal?”*. Cada pergunta teria seis alternativas, pontuadas de 1 a 6: sempre (1), quase sempre(2), com freqüência(3), por vezes(4), raramente(5), nunca(6). Através dessa escala seria possível classificar a adesão em baixa (menor que 6 pontos), média (entre 6 e 7 pontos) e alta (8 pontos).

Assim, observa-se que a avaliação da adesão ao tratamento farmacológico não é uma tarefa fácil. Cada método de quantificação da adesão (direto ou indireto) descrito na literatura tem sua limitação, sem haver um método ideal.

CONCLUSÃO

Em primeiro lugar, cumpre destacar que há várias denominações para conceituar adesão, dificultando a sua padronização. Por exemplo: o diferente significado de *compliance* e *adherence* utilizado pelos pesquisadores americanos. O termo adesão é o mais indicado, é entendida como papel ativo do paciente que participa e assume responsabilidade sobre seu tratamento.

Propõe-se uma tradução mais adequada para o conceito de adesão proposta pela OMS, que ficaria assim: adesão é o grau em que o comportamento de uma pessoa em relação ao uso de medicamentos, seguimento de dieta ou mudanças de estilo de vida corresponde às recomendações de um profissional da saúde.

A complexidade de fatores que interferem na adesão ou abandono do tratamento dificulta a criação de métodos de avaliação que seja prático, abrangente e de baixo custo.

Os métodos indiretos baseados de entrevista clínica são os mais utilizados. Baseiam - se em perguntar sobre seu nível de adesão ao tratamento. Entretanto, a eficácia do método depende, em grande parte, da habilidade do entrevistador na hora de fazer as pergunta e na identificação na prática clínica de indivíduos que se beneficiariam de estratégias para aumento da adesão.

Pode – se concluir que não basta fazer o diagnóstico e propor esquemas de tratamento. É preciso compreender os fatores que impedem o paciente de seguir as recomendações dos profissionais de saúde. Somente assim, será possível intervir com eficácia, obtendo-se aumento na taxa de adesão do paciente idoso ao tratamento antihipertensivo, uma das principais formas de controle adequado dos níveis pressóricos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Ministério da Saúde; Brasília, 2010.

2. Santos MVR, Oliveira DC, Arraes LB, *et al.* Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clin Med* 2013; 11(1):55-61.
3. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica. Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC; Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH, 2010.
4. Eid LP, Nogueira MS, Veiga EV, *et al.* Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de *Morisky-Green*. *Rev Eletr Enf* 2013;15(2):362-7.
5. Daniel ACQG, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein* 2013; 11(3): 331-7.
6. Bem AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saud Pub* 2012; 46(2):279-89.
7. Grezzana G.B, Stein AT, Pellanda LC. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial por Meio da Monitoração Ambulatorial de 24 Horas. *Arq Brasil Cardiol.* 2013;100(4):355-361.
8. Barbosa RGB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Rev Bras Hipertens* 2006;13:35-38.
9. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*, 2003.
10. Lessa I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1): 39-46.
11. Haynes RB, Taylor DW, Sackett ED. *Compliance in Health Care*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1979: 1-7.
12. Rezende JM. *Linguagem Médica*, 1nd ed, Ed. Velpes, 2011.
13. Paulo LG, Zanine AC. *Compliance Sobre o encontro paciente médico*. Ipex Editora, 1997.
14. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2003; 8(3):775-782.
15. Rocha CH, Oliveira SAP, Ferreira C, *et al.* Adesão a prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2008, 13 (3):703-710.
16. Alves AB, Calixto AATF. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *J Health Sci Inst* 2012; 30(3):255-60.

17. Andrade DMC, Costa DMN, Valente GSC, *et al.* Adesão ao tratamento do *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica: um enfoque nas relações de gênero. *Rev enferm UFPE on line* 2011; 5(10): 2359-67.
18. Barreto MS, Marcon SS. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Texto Contexto Enferm* 2014; 23(1): 38-46.
19. Brito RS, Santos DLA. Percepção de homens hipertensos e diabéticos sobre a assistência recebida em Unidade Básica de Saúde. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]* 2011; 13(4): 639 – 47.
20. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(7): 1885-1892.
21. Carvalho Filha SSF, Nogueira LT, Viana LMM. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. *Ver Rene* 2011; 12:930-6.
22. Coutinho FHP, Souza IMC. Percepção dos indivíduos com hipertensão arterial sobre sua doença e adesão ao tratamento medicamentoso na estratégia de saúde da família. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2011; 35 (2): 397-411.
23. Daniel ACQG, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein* 2013; 11(3): 331-337.
24. Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV *et al.* Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; 17(2).
25. Dourado CS, Macêdo-Costa KNF, Oliveira JS, *et al.* Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. *Maringá* 2011; 33 (1): 9-17.
26. Figueiredo NN, Asakura L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paulista de Enfermagem* 2010; 23(6): 782-787.
27. Franceli AB, Figueiredo AS, Fava SMCL. Hipertensão arterial: desafios e possibilidades na adesão do tratamento. *Revista Mineira de Enfermagem* 2008;12.
28. Gilsogamo CA, Oliveira JC, Teixeira JCA, *et al.* *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 2010; 4(15):179-188.
29. Guedes MVC, Araujo TL, Lopes MVO, *et al.* Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2011;64(6):1038-1042.
30. Lima TM, Meiners MMMA, Soler O. Treatment adherence profile of hypertension patients from the Municipal Health Unit of Fátima, City of Belém, Pará, Amazônia, Brazil. *Rev Pan-Amaz Saude*, 2010;1(2):113-120.

31. Manfroi A, Oliveira FA. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro* 2006; 2(7).
32. Marques EIW, Petuco VM, Gonçalves CBC. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. *RBCEH* 2010; 7(2): 267-279.
33. Mendes LVP, Luiza VL, Campos MR. Rational use of medicines by individuals with diabetes mellitus and arterial hypertension in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(6):1673-1684.
34. Mendonça LBA, Lima FET, Oliveira SKP. Acidente Vascular Encefálico como complicação da Hipertensão Arterial: Quais são os fatores Intervenientes? *Esc Anna Nery* 2012;16 (2):340-346.
35. Monteiro CFS, Fé, LCM, Moreira MAC, *et al.* Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. *Esc. Anna Nery [online]* 2011;15 (1):90-95.
36. Moreira AKF, Santos ZMSA, Caetano JA. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2009;19(4):989-1006.
37. Oliveira TL, Miranda LP, Fernandes PS, *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paulista de Enfermagem* 2013;26(2):179-184.
38. Peixoto C, Prado CHO, Rodrigues CP, *et al.* Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(4):317-321.
39. Reiners AAO, Seabra FMF, Azevedo RCS, *et al.* Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. *Cienc Cuid Saude* 2012;11(3):581-587.
40. Ribeiro KSQS, Farias DAA, Lucen EMF, *et al.* Avaliação da Adesão e Vínculo aos Serviços de Saúde de Hipertensos Acometidos por Acidente Vascular Cerebral em Municípios da Paraíba. *R bras ci Saúde* 2012;16(2):25-34.
41. Ribeiro EG, Costa Neto SB. Análise dos Indicadores Relacionados ao Grau de Adesão ao Tratamento de Portadores de Hipertensão Arterial. *Revista Psicologia e Saúde* 2011; 3(1): 20-32.

42. Rodrigues F, Moreira J, Souza OS, *et al.* O funcionamento e a adesão nos grupos de hipertensão no município de Criciúma: uma visão dos coordenadores. *Rev. Saúde Públ.* 2012; 5(3):44-62.
43. Sanchez CG, Pierin AMG, Mion Jr D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(1):90-8.
44. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, *et al.* Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2007; 16(2):263-70.
45. Silva EAC; Oliveira LM; Resende SG, *et al.* Avaliação do impacto da dispensação orientada sobre a adesão farmacoterapêutica de pacientes hipertensos. *Rev. Bras. Farm.* 2008;89(4).
46. Silva CS, Paes NA, Figueiredo TMRMC. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária a Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2013;47(3):584-590.
47. Valle EA, Viegas EC, Castro CAC, *et al.* A adesão ao tratamento. *Rev Bras Clin Ter* 2000;26 (3):83-6.
48. Reiners AAO; Azevedo RSS; Vieira MA *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2008, 13 (2):2299-2306.
49. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013;18 (6):1763-1772.
50. Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, *et al.* Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 27(2).
51. Gusmão JL, Mion JR D. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1): 23-25.
52. Caprara A, Rodrigues J, Montenegro BJ. Building the relationship: medical doctors and patients in the Family Medicine Programme of Ceará, Brasil. *Congress Challenges of Primary Care-Oriented Health Systems: Innovations by Educational Institutions, Health Professions and Health Services*, Londrina, 2001.
53. Helena ETS, Nemes MIB, Eluf-neto J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev Saúde Publica* 2008; 42(4):764-7.

54. Oigman W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens* 2006;13(1):30-34.
55. Bastos-Barbosa RG, Ueta J, Santos LAC, *et al.* Avaliação da adesão medicamentosa em idosos hipertensos em serviço ambulatorial de geriatria. *Hipertens* 2005;8 (30).
56. Obreli-Neto PR, Baldoni AO, Guidoni CM, *et al.* Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Rev Bras Farm* 2012;93(4):403-410.
57. Delgado A.B, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psic Saúde & Doenças* 2001;2 (2):81-100.
58. Krousel-Wood M, Thomas S, Muntner P, *et al.* Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Curr Opin Cardiol* 2004;19(4):357-362.
59. Márquez-Contreras E. Evaluación del incumplimiento em la práctica clínica. *Hipertensión* 2008; 25(5): 205-213.
60. Asplund J, Danelson M, Ohman, P. Patients compliance in hypertension. The importance of number of tablets. *BJCP* 1984; 17: 547-552.
61. Gallagher EJ, Viscoli CM, Horwitz RI. The relationship of treatment adherence to the risk of death after myocardial infarction in women. *JAMA* 1993; 270:742-4.
62. Inui TS, Carter WB, Pecorado RE. Screening for noncompliance among patients with hypertension: Is self-report the best available measure? *Medical Care* 1981; 19:1061-1064.
63. Osterberg L, M.D., Blaschke T. Adherence to Medication. *N. Engl J Med* 2005;5(4): 353.
64. Martins ALT, Baldoni AO, Freitas O, *et al.* Análise do perfil dos usuários de hidroclorotiazida assistidos no Sistema Único de um município de São Paulo – Brasil. *Rev Bras Farm* 2011; 92(4): 373-377.
65. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):279-289.
66. MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, *et al.* Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? *Drugs Aging* 2005; 22(3):231-255.
67. Chamorro E, Garcia-Jimenez A. Busquets G, *et al.* Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España* 2009;11(4):183-191.

68. Moreira TMM, Araújo TL. Verificação da eficácia de uma proposta de cuidado para aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Acta Paul Enferm* 2004;17(3):268-277.
69. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciênc. saúde coletiva* 2010;15(3):3507-3515.
70. Batalla MC, Blanquer L A, Ciurana MR, *et al.* Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos . *Aten Primaria* 1984;1(4):185-91.
71. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24(1):67-74.
72. Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC, *et al.* Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2012;99(1):636-641.
73. Jabary NS, Castrodeza J, Monfa JM, *et al.* Validación de un nuevo test para determinar el cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos: test Hermes. *Hipertensión* 1999;16:298-303.
74. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, *et al.* The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns* 1999;37(2):113-24.
75. Carranza J. El incumplimiento terapéutico como problema relacionado con medicamentos diferenciado. *Pharm Care Esp* 2001;3:446-8.
76. Knobel H, Alonso J, Casado JL, *et al.* Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS* 2002;16:605-13.
77. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, *et al.* Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens* 2008;10(5):348-54.

QUADRO 1 – FATORES DE ADESÃO E CAUSAS DE ABANDONO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

DOMÍNIOS	FATORES	REFERÊNCIAS	RESULTADOS
Relacionados ao perfil sócio demográfico	Sexo	LIMA, MEINERS, SOLER, 2010; ANDRADE <i>et al.</i> , 2011; CARVALHO <i>et al.</i> , 2012 ; GIROTTTO <i>et al.</i> , 2013.	Para Lima, Meiners, Soler (2010) e Andrade <i>et al</i> (2011), os homens apresentam maior dificuldade de aderir aos medicamentos. Para Carvalho <i>et al</i> (2012) e Girotto <i>et al</i> (2013), não há diferença na adesão em relação ao sexo.
	Idade	GILSOGAMO <i>et al.</i> , 2010; LIMA, MEINERS, SOLER, 2010; CARVALHO <i>et al.</i> , 2012 ; GIROTTTO <i>et al.</i> , 2013	Gilsogamo <i>et al</i> (2010), Carvalho <i>et al</i> (2012) e Lima, Meiners, Soler (2010), afirmam que não há diferença na adesão de acordo com a idade. Girotto <i>et al</i> (2013), afirmam que a adesão é maior entre indivíduos de maior idade.
	Estado civil	LIMA, MEINERS, SOLER, 2010; CARVALHO <i>et al.</i> , 2012 ; MENDONÇA, LIMA, OLIVEIRA, 2012.	Lima, Meiners, Soler (2010) e Carvalho <i>et al</i> (2012), não encontram diferença na adesão de acordo com o estado civil. Mendonça, Lima, Oliveira (2012), afirmam que hipertensos casados apresentam maior chance de adesão.
	Escolaridade	CARVALHO <i>et al.</i> , 2012 GIROTTTO <i>et al.</i> , 2013 SILVA <i>et al.</i> , 2013	Para Carvalho <i>et al</i> (2012) e Silva <i>et al</i> (2013), não há associação entre escolaridade e adesão. Girotto <i>et al</i> (2013), afirmam que a maior escolaridade está relacionada a maior adesão.
	Morar sozinho ou acompanhados	CINTRA, GUARIENTO, MIYASAKI, 2010.	A adesão é maior em indivíduos que moram acompanhados.
	Nível socioeconômico	MARQUES, PETUCO, GONÇALVES, 2010; CINTRA, GUARIENTO, MIYASAKI, 2010; GUEDES <i>et al.</i> , 2011.	Quanto maior a condição socioeconômica maior será a adesão.
	Profissão	ALVES, CALIXTO, 2012.	Pacientes aposentados e do lar apresentam maior adesão.
	Relacionados ao paciente	Percepção da doença	MARQUES, PETUCO, GONÇALVES, 2010.
Conhecimento da doença e tratamento		FRANCELI; FIGUEIREDO; FAVA, 2008; FIGUEIREDO, SAKURA, 2010.	A falta de conhecimento do paciente sobre a doença influencia negativamente na adesão.
Experiência da família com a doença		SARAIVA <i>et al.</i> , 2007	Quanto maior a experiência da família e envolvimento da família com o doente maior será a adesão.
Motivação		DOURADO <i>et al.</i> , 2011	Quanto maior a motivação maior será a adesão.
Automedicação		MARQUES, PETUCO, GONÇALVES, 2010. MENDES, LUIZA, CAMPOS, 2014.	A automedicação reduz a adesão.
Comparecimento a consulta		DOSSE <i>et al.</i> , 2009. RIBEIRO, COSTA NETO, 2011; MENDES, LUIZA, CAMPOS, 2014.	O comparecimento a consulta aumenta a adesão.
Esquecimento do		CINTRA, GUARIENTO,	Quanto maior o esquecimento menor a

	medicamento	MIYASAKI, 2010; GUEDES <i>et al.</i> , 2011 ; DOURADO <i>et al.</i> , 2011.	adesão
	Cumprimento das normas do serviço de saúde	GIROTTO <i>et al.</i> , 2013	O maior cumprimento as normas do serviço de saúde está relacionado a maior adesão.
	Percepção quanto á eficácia do tratamento	MOREIRA, SANTOS, CAETANO, 2009; COUTINHO, SOUZA, 2011.	A percepção do paciente quanto à eficácia do tratamento pode levar a aumento na adesão.
	Entendimento sobre a Prescrição	MARQUES, PETUCO, GONÇALVES, 2010; BASTOS – BARBOSA <i>et al.</i> , 2012.	Quanto maior o entendimento da prescrição maior será a adesão.
	Autocuidado	DANIEL, VEIGA, 2013; BARRETO, MARCON, 2014.	O autocuidado contribui com a adesão ao tratamento.
Relacionados ao relacionamento profissional de saúde/paciente	Comunicação do profissional	BRITO, SANTOS, 2011; ALVES, CALIXTO, 2012; MENDONÇA, LIMA, OLIVEIRA, 2012; MENDES, LUIZA, CAMPOS, 2014.	A falta de comunicação adequada entre o paciente e o profissional sobre a doença interfere negativamente na adesão.
	Confiança do paciente no profissional	MARQUES, PETUCO, GONÇALVES, 2010; ALVES, CALIXTO, 2012.	Quanto maior a confiança do paciente no profissional maior será a adesão.
Relacionados á doença	Problemas de saúde associados	SANCHEZ , PIERIN, MION Jr, 2004 ; LIMA, MEINERS, SOLER, 2010 ; CARVALHO <i>et al.</i> , 2012 ;	A associação de problemas de saúde é um dos fatores de não adesão.
	Presença de Sintomas	DOURADO <i>et al.</i> , 2011; COUTINHO, SOUSA, 2011.	A ausência de sintomas diminui a adesão.
Relacionados ao tratamento	Número de medicamentos	LIMA, MEINERS, SOLER, 2010; CINTRA, GUARIENTO, MIYASAKI, 2010; GUEDES <i>et al.</i> , 2011; RIBEIRO <i>et al.</i> , 2012; BASTOS – BARBOSA <i>et al.</i> , 2012; MENDONÇA, LIMA, OLIVEIRA, 2012.	Quanto maior o número de medicamentos, maior será a dificuldade do paciente de aderir ao tratamento
	Efeitos adversos	LIMA, MEINERS, SOLER, 2010; BASTOS – BARBOSA <i>et al.</i> , 2012.	Quanto mais efeitos adversos menor será a adesão.
	Custo dos medicamentos	MANFROI, OLIVEIRA, 2006; CINTRA, GUARIENTO, MIYASAKI, 2010.	O custo elevado dos medicamentos diminui a adesão.
	Uso diário dos medicamentos	GUEDES <i>et al.</i> , 2011; DANIEL, VEIGA, 2013.	O uso diário de medicamentos diminui a adesão.
Relacionados ao serviço de saúde	Acolhimento do paciente na unidade	BRITO, SANTOS, 2011.	O acolhimento do paciente na unidade de saúde favorece a adesão.
	Localização da Unidade	RODRIGUES <i>et al.</i> , 2012 MENDONÇA, LIMA, OLIVEIRA, 2012.	A não proximidade da unidade de saúde da residência do paciente dificulta a adesão ao tratamento
	Burocracia	SILVA <i>et al.</i> , 2013.	Quanto maior a burocracia menor a adesão ao tratamento farmacológico.
	Aquisição dos medicamentos	CINTRA, GUARIENTO, MIYASAKI, 2010.	A dificuldade de aquisição do medicamento diminui a adesão.

		CARVALHO FILHA, NOGUEIRA, VIANA, 2011. ALVES, CALIXTO, 2012.	
	Organização do serviço de saúde	OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2013; SILVA <i>et al.</i> , 2013.	A maior organização do serviço de saúde está relacionado a maior adesão.
	Visitas domiciliares	MARQUES, PETUCO, GONÇALVES, 2010; RIBEIRO <i>et al.</i> , 2012.	As visitas domiciliares dos profissionais de saúde aos usuários favorecem a adesão.
	Crédito serviço de saúde	RIBEIRO <i>et al.</i> , 2012; RODRIGUES <i>et al.</i> , 2012.	Quanto maior o crédito do paciente no serviço de saúde maior a adesão.
	Dispensação orientada (Supervisão)	SILVA <i>et al.</i> , 2008.	A dispensação orientada aumenta a adesão ao tratamento farmacológico.
Relacionados ao uso de substâncias	Alcoolismo	PEIXOTO <i>et al.</i> , 2010; MONTEIRO <i>et al.</i> , 2011; REINERS <i>et al.</i> , 2012 ; BASTOS- BARBOSA <i>et al.</i> , 2012 ; CARVALHO <i>et al.</i> , 2012 ; GIROTTO <i>et al.</i> , 2013.	A maior adesão está associada a não ingestão regular de bebidas alcoólicas.
	Tabagismo	GIROTTO <i>et al.</i> , 2013.	O tabagismo não interfere na adesão
	Drogas ilícitas	CARVALHO <i>et al.</i> , 2012 ;	A utilização de drogas ilícitas (maconha) diminui a adesão.
Relacionados aos problemas sociais	Influência dos amigos/vizinhos/grupos de educação	ALVES, CALIXTO, 2012.	A influência dos amigos/ vizinhos e participação dos grupos Hiperdia aumentam a adesão.
	Apoio da família	MARQUES, PETUCO, GONÇALVES, 2010; RIBEIRO, COSTA NETO, 2011; ALVES, CALIXTO, 2012; BARRETO, MARCON, 2014.	O apoio familiar aumenta a adesão.

O IMPACTO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES IDOSOS HIPERTENSOS

THE IMPACT OF CLINICAL PHARMACIST IN ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF ELDERLY HIPERTENSE PATIENTS

***JAQUELINE GLEICE APARECIDA DE FREITAS¹**

Professora do curso de Medicina e Farmácia da PUC-GO
Professora do curso de Farmácia da Universidade Estadual de Goiás

SYLVIA ESCHER DE OLIVEIRA NIELSON²

Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde
Professora/Gestora da Universidade Salgado de Oliveira – Campus - Goiânia

CELMO CELENO PORTO³

Doutor em Clínica Médica
Professor Emérito da Faculdade de Medicina da UFG.
Professor Orientador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG.

*Endereço para correspondência: Departamento de Biomedicina e Farmácia da PUC-GO. Endereço: Rua 232, N.128, Setor Universitário, Goiânia - GO.

CEP: 74605-140

Fone: (62) 3946-1194/9632-2434.

Email : jggleice@gmail.com.

RESUMO

A adesão ao tratamento farmacológico em pacientes idosos é um dos principais fatores para controle da hipertensão arterial sistêmica. Este estudo objetivou avaliar o impacto do farmacêutico clínico na adesão ao tratamento farmacológico de pacientes idosos hipertensos. Trata-se de um estudo prospectivo, exploratório e quantitativo com 26 pacientes idosos hipertensos acompanhados em duas microáreas durante seis meses na região norte do município de Goiânia-GO. Os pacientes da microárea A receberam acompanhamento farmacêutico e pacientes da microárea B receberam apenas a visita do agente comunitário de saúde. Nas duas microáreas foram realizadas avaliação do perfil sociodemográfico, avaliação da adesão ao tratamento farmacológico e medida da

pressão arterial dos pacientes no início e no final do estudo. Os pacientes da microárea A e B são semelhantes de acordo com as características sociodemográficas. No início do estudo a adesão ao tratamento farmacológico e a pressão arterial teve a mesma distribuição nas duas microáreas. Ao final a microárea A apresentou aumento do número de pacientes com adesão total e houve redução significativa dos níveis tensionais. Portanto, através da intervenção farmacêutica foi possível aumentar a adesão ao tratamento farmacológico com redução significativa dos níveis tensionais.

Unitermos: Idoso, Hipertensão, Adesão, Atenção farmacêutica.

ABSTRACT

Adherence to pharmacotherapy in elderly patients is a main factor to control Hypertension. This study aims to evaluate the impact of the clinical pharmacist in the pharmacological treatment of elderly hypertensive patients. This is a prospective, exploratory and quantitative study of 26 elderly hypertensive patients in two microareas e followed for six months in the northern city of Goiânia-GO. The patients of micro area A were followed by the pharmacist and patients of micro area B were visited by community health agent. In both micro areas assessment of sociodemographic profile, evaluation of pharmacological treatment adherence and measurement of blood pressure of patients in the beginning and in the end of patients were carried out. Patients of the micro areas A and B are similar in sociodemographic characteristics. At the beginning of the study the adherence to pharmacological treatment and blood pressure had the same distribution in the two microareas. At the end, the micro area A presented an increase in the number of patients with total adherence e there was a significant reduction in the blood pressure levels. Therefore, through pharmaceutical intervention, it was possible to improve adherence to drug treatment with significant reduction of the blood pressure levels.

Uniterms: Elderly; Hypertension; Adherence; Pharmaceutical Care.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento rápido da população brasileira vem sendo ultimamente enfatizado, particularmente no que se refere às suas implicações clínicas sociais e em termos de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1960, a faixa etária com 60 anos ou mais representava apenas 5% da população, enquanto as projeções indicam que em 2025 o Brasil terá a sexta maior população idosa

do mundo, com aproximadamente 32 milhões de pessoas (BRASIL, 2010; DRAGANOV, LIMA, BARBOSA, 2010).

Os idosos convivem com vários problemas crônicos de saúde, os quais afetam a capacidade funcional, o que justifica uma maior procura e mais utilização de serviços de saúde, bem como a um elevado consumo de medicamentos. A grande maioria, ou seja mais de 85% dos idosos, no Brasil, apresenta pelo menos uma doença crônica e cerca de 15% tem pelo menos cinco, entre as quais destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), *Diabetes Mellitus* (DM), artrose, osteoporose e obesidade, quase todas exigindo uso contínuo de medicamentos (NOVAES, 2007).

A proporção de brasileiros com diagnóstico de HAS cresceu de 21,5%, em 2006, para 24,4%, em 2009. A capital brasileira com maior índice de hipertensos foi o Rio de Janeiro (28%), enquanto entre as capitais Palmas apresentou o menor índice (14,9%). Goiânia ficou em 15ª posição com um índice de 21,2% de hipertensos. O percentual de hipertensos não passa de 14% na população até os 34 anos; de 35 aos 44 anos sobe para 20,9%; salta para 34,5%, dos 45 aos 54, e para 50,4%, dos 55 aos 64 anos. A proporção de mulheres (27,2%) é maior que entre homens (21,2%). Em 2010, mais de 30 milhões de brasileiros apresentam elevação da pressão arterial (BRASIL, 2010).

A HAS representa o mais importante fator de risco isolado de mortalidade e o principal fator de risco modificável para Doença Cardiovascular (DCV) (OMS, 2002), principal causa de morte no Brasil. Acidentes vasculares encefálicos, ataques isquêmicos, infartos agudos do miocárdio, insuficiência cardíaca, aneurismas, insuficiência renal e morte súbita estão direta ou indiretamente relacionados à HAS (VI DBHA, 2010). Portanto, é fácil perceber a importância de ações direcionadas à prevenção e adequado tratamento da Pressão Arterial (PA) elevada. Ademais, a HAS tem impacto social e econômico elevado, pois, acomete pessoas em plena fase produtiva da vida, provocando afastamentos do trabalho, aposentadorias precoces, tempo de internação prolongado, principalmente quando o controle da Pressão Arterial é insatisfatório (MOUSINHO, MOURA, 2008).

O uso inapropriado de medicamentos por idosos, assim como a falta de adesão, vem se tornando um grave problema, tanto do ponto de vista médico quanto econômico. O conhecimento do perfil de utilização de medicamentos pela população idosa é fundamental para o delineamento de estratégias de prescrição racional de fármacos (FLECK, CHACHAMOVICH, TRENTINI, 2003).

O farmacêutico, ao integrar uma equipe multiprofissional de atenção à saúde, pode atuar na Assistência Farmacêutica, com o objetivo de reduzir os fatores modificáveis para Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs). Desde o surgimento da farmácia e, posteriormente, após a concepção de atenção farmacêutica, o que se busca é desenvolver uma prática de farmácia, focada no paciente (FRANCA –FILHO, 2008; BRASIL, 2002).

Hepler & Strand (1990), definiram a Atenção Farmacêutica como um modelo de prática profissional que atende especificamente às necessidades oriundas da farmacoterapia aplicada ao paciente.

A OMS (1993) ampliou esse conceito, incluindo não apenas as atividades do farmacêutico como a prevenção, identificação e resolução dos Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs), mas também atividades relacionadas com a prevenção de doenças e promoção da saúde.

A atenção farmacêutica é a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais sob a ótica da integralidade das ações de saúde (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 1998; BRASIL, 2002).

Dentro desse conceito, o farmacêutico passa a atuar de forma mais efetiva na assistência ao paciente, sendo de sua responsabilidade zelar pela necessidade, segurança e efetividade da farmacoterapia. Isto se consegue mediante a identificação, resolução e prevenção dos problemas relacionados com medicamentos. Ao prestar atenção farmacêutica o farmacêutico se responsabiliza em garantir que o paciente possa cumprir os esquemas farmacoterápicos e seguir o plano de assistência, de forma a alcançar os melhores resultados possíveis (BRASIL, 2002).

A atenção farmacêutica domiciliar, por sua vez, proporciona a obtenção de resultados positivos na redução da Pressão Arterial (PA), pelo aumento na adesão ao tratamento e melhor conhecimento dos usuários sobre sua doença (CARDOSO *et al.*, 2013). E um dos resultados mensuráveis da Atenção Farmacêutica é o aumento da adesão ao tratamento farmacológico (RENOVATO, TRINDADE, 2004).

A OMS (2003), conceitua a adesão como “grau em que o comportamento de uma pessoa em relação ao uso de medicamentos, seguimento de dieta ou mudanças de estilo de vida corresponde às recomendações de um profissional da saúde”.

A não adesão dos idosos ao regime terapêutico pode ter graves consequências médicas e econômicas, representadas por diminuição da eficácia dos medicamentos, progressão e agravamento da doença, com aparecimento de complicações, aumento do número de hospitalizações, de despesas médicas, e de prestação de cuidados no domicílio (HUTCHINSON *et al.*, 2006).

A adesão é uma condição multidimensional e multifatorial, compreendendo fatores relacionados à equipe de atenção à saúde, ao sistema de saúde, as condições econômicas e sociais, às características da doença, à terapêutica em si além de inúmeros fatores relacionados ao paciente (OMS, 2003).

Avaliar a adesão ao tratamento não é uma tarefa fácil em função da complexidade dos aspectos envolvidos e da inexistência de um método padronizado; vale dizer que não existe um “padrão – ouro” para medida da adesão (SANTA HELENA, NEMES, ELUF-NETO, 2008; SANTOS *et al.*, 2013).

Este estudo tem por objetivo avaliar o impacto do farmacêutico clínico na adesão ao tratamento farmacológico de pacientes idosos hipertensos.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo experimental prospectivo, exploratório, quantitativo, realizado na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) na região norte do município de Goiânia. Foram selecionados pacientes de duas microáreas pelo fato de não receberem qualquer acompanhamento farmacoterapêutico e de possuir Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo denominadas nesse estudo de microárea A e microárea B.

Os pacientes foram selecionados a partir dos prontuários médicos do Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) da UBSF. Foram incluídos neste estudo os pacientes com idade maior e/ou igual a 60 anos, pacientes portadores de HAS, pacientes residentes na microárea A e microárea B e pacientes acompanhados pelo ACS. Foi aplicado os seguintes critérios de exclusão: pacientes que mudaram; pacientes que foram a óbito e pacientes que não aceitaram participar da pesquisa. Assim a amostra final foi constituída por 26 pacientes, sendo 15 pacientes da microárea A e 11 pacientes da microárea B.

Os pacientes da microárea A são atendidos pelo médico, enfermeiro, ACS e receberam acompanhamento farmacêutico. Os pacientes da microárea B são acompanhados por médico, enfermeiro e ACS, mas não por Farmacêutico.

Para a avaliação da adesão ao tratamento farmacológico, foi utilizado o Teste de Morisky, Green, Levine (1986). Este teste é composto por quatro perguntas e permite classificar a adesão medicamentosa em três categorias: Adesão Total (todas as respostas negativas, ou seja o paciente obteve pontuação máxima, 4 pontos), Adesão Parcial (pelo menos uma resposta positiva, ou seja o paciente obteve pontuação de 1 a 3 pontos) e Não Adesão/Abandono (todas as respostas positivas, ou seja o paciente obteve pontuação mínima, 0 pontos).

Para Avaliar a Pressão arterial de Pacientes idosos hipertensos da região norte do município de Goiânia antes e após a intervenção farmacêutica foi utilizado Protocolo para medida da Pressão de acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial⁵.

Os pacientes da microárea A e microárea B foram acompanhados no domicílio durante seis (06) meses após a consulta médica. As visitas foram realizadas uma vez ao mês.

Os pacientes da microárea A durante a primeira visita domiciliar (momento inicial) foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Os pacientes responderam ao questionário sobre questões sócio-demográficas e o Teste de Morisky- Green – Levine. Foi realizada uma entrevista clínica para conhecer as queixas dos pacientes sobre a doença e sobre os medicamentos utilizados. E ainda foi realizada a avaliação da PA.

Durante a segunda visita domiciliar foi solicitado aos pacientes que mostrasse todos os medicamentos utilizados para a análise farmacoterapêutica. O farmacêutico anotou no prontuário farmacêutico todos os medicamentos prescritos e não prescritos utilizados pelo paciente. Foi realizado avaliação da PA.

Durante a terceira, quarta e quinta visita foi realizada orientação educacional sobre a HAS e suas complicações e foi realizado orientação farmacoterapêutica (forma correta de utilização dos medicamentos, formas de armazenamento, riscos da automedicação) e avaliação da PA.

Na sexta visita domiciliar (momento final) os pacientes responderam o teste de Morisky, Green, Levine e o farmacêutico realizou avaliação da PA. Os questionários foram preenchidos pelo farmacêutico durante a entrevista com o paciente.

Os pacientes da microárea B não receberam a visita do farmacêutico mensalmente. As visitas do farmacêutico aos pacientes aconteceram 30 dias após a consulta médica (primeira visita), e na sexta visita (após 180 dias). Na primeira visita domiciliar realizada pelo farmacêutico os pacientes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o TCLE. Os pacientes responderam ao questionário sobre questões sócio-demográficas e o teste de Morisky-Green-Levine. Foi realizada a avaliação da PA. Realizou a anotação de todos os medicamentos utilizados pelo paciente, mas sem que o farmacêutico realizasse qualquer tipo de intervenção.

Na segunda, terceira, quarta e quinta visita os pacientes foram visitados pelo ACS que orientou os pacientes sobre a utilização adequada de serviços de saúde, encaminhando-os ao agendamento de consultas, exames e atendimento odontológico quando necessário. Na sexta visita o farmacêutico avaliou novamente a PA e os pacientes responderam o teste de Morisky, Green, Levine.

Os dados foram registrados em planilha eletrônica e utilizados para a construção de um banco de dados analisado com a aplicação do programa SPSS versão 20.0.

As variáveis categóricas foram apresentadas em números absolutos e porcentagens e foram descritas com estatística descritiva e análise de associação com aplicação de testes qui-quadrado (χ^2). As variáveis quantitativas foram apresentadas e descritas através de suas médias e respectivos desvios padrão. Para a comparação entre as médias foram utilizados os testes paramétricos T- *student* para amostras relacionadas, quando comparando intra grupo e para amostras independentes quando a comparação foi entre os grupos.

Todos os testes foram realizados considerando um nível de significância de 5% e um intervalo de confiança de 95,0%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Alberto Rassi (HGG)/ Plataforma Brasil, nº 00661912.2.0000.0035, e desenvolvido de acordo com as recomendações da Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como se pode observar, na TABELA I, os pacientes das microáreas A e B são semelhantes quanto as características sociodemográficas. Houve predomínio de pacientes do sexo feminino, idade entre 60 a 69 anos, ensino fundamental/médio, com

renda de 2 a 4 salários mínimos, casado, cor branca e aposentado. Os pacientes relataram não utilizar bebidas alcoólicas, não praticar atividade física e não fazer restrição de sal/açúcar.

TABELA I– Distribuição das variáveis sociodemográficas segundo as microáreas, Goiânia - GO, 2013. (n=26)

	MICROÁREAS				p*
	A		B		
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	6	40,0	3	27,3	0,402
Feminino	9	60,0	8	72,7	
Faixa etária					
60 a 69 anos	6	40,0	7	63,6	0,311
70 a 79 anos	7	46,7	4	36,4	
80 e mais	2	13,3	0	-	
Escolaridade					
Analfabeto	7	46,7	1	9,1	0,089
Alfabetizado	4	26,7	2	18,2	
Ensino Fundamental/médio	4	26,7	8	72,7	
Renda (SM)					
1 salário mínimo	4	26,7	6	54,5	0,285
2 a 4 salários mínimos	10	66,7	5	54,5	
Mais de 5 salários mínimos	1	6,7	0	45,5	
Situação conjugal					
Casado	11	73,3	5	45,5	0,155
Viúvo	4	26,7	4	36,4	
Separado Solteiro	0	-	2	18,2	
Cor					
Branca	10	66,7	10	90,9	0,197
Pardo/Negro	5	33,3	1	9,1	
Ocupação					
Aposentado	9	60,0	6	54,5	0,313
Do lar	5	33,3	2	18,2	
Outros (artesão, comerciante, servente)	1	6,7	3	27,3	
Uso de bebidas alcoólicas					
Não	15	100,0	11	100,0	-
Sim	-	-	-	-	
Prática de atividade física					
Não	5	33,3	2	18,2	0,658
Sim	10	66,7	9	81,8	
Restrição alimentar (Sal/açúcar)					
Não	7	46,7	6	54,5	0,196
Sim	8	53,3	5	45,5	

* Teste χ^2

Para Lessa (2001), a magnitude da hipertensão arterial varia amplamente na dependência dos atributos biológicos e demográficos das populações, do estilo de vida predominante em cada uma delas, do ambiente físico e psicossocial e até das características da organização dos serviços de saúde e provavelmente, das interações entre esses vários elementos.

Com relação ao sexo, este estudo verificou que 66% dos pacientes eram do sexo feminino, o que está de acordo com os dados da literatura que demonstra predomínio das mulheres entre os pacientes hipertensos idosos atendidos no nível de atenção primária à saúde (SANCHEZ, PIERIN, MION, 2004; GIROTTO *et al.*, 2009; GOMES, SILVA, SANTOS, 2010). De acordo com a VIDBHA (2010), a prevalência de hipertensão entre homens e mulheres é semelhante, embora mais elevada para homens até a quinta década e para mulheres a partir da sexta década.

Existe relação direta da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (VIDBHA, 2010). Estudo sobre Hipertensão arterial em idosos no Município de Campinas, São Paulo, verificou-se que a maioria dos hipertensos estavam na faixa etária entre 60 a 69 anos (ZAITUNE *et al.*, 2006), sendo a mesma faixa etária encontrada nesse estudo.

Rufino, Drummond, Moraes (2012), realizaram estudo em uma unidade básica de saúde da família no interior da cidade de São Paulo, em que se verificou que o nível de escolaridade não influenciou na adesão ao tratamento, pois a maioria dos pacientes apresentou nível fundamental/ nível médio. Mas pode ser um fator relevante ao se notar uma dificuldade em entender a prescrição dos medicamentos e seus efeitos, aumentando assim o risco de complicações. Para Nascente (2010), a baixa escolaridade está associada às maiores taxas de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a HAS.

Com relação a renda familiar, este possui um papel importante na vida das pessoas podendo determinar as condições de saúde, visto que aqueles com melhores condições têm maior acesso a informações, melhor entendimento da condição clínica o que poderia resultar em maior adesão ao tratamento. Logo se mostra taxas mais altas de doenças cardiovasculares em grupos com nível sócio econômico mais baixo (COSTA *et al.*, 2007; PIRES, MUSSI, 2008; CIPULLO *et al.*, 2010). Assim, o nível socioeconômico mais baixo está associado a maior prevalência de HAS e de fatores de risco para elevação da pressão arterial, além de maior risco de lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares (VIDBHA, 2010).

Castoldi *et al* (2010), avaliaram as fichas do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* (HIPERDIA) da Unidade de Saúde de Diamantino-MT e encontraram que 61,8% dos pacientes idosos eram casados/união estável. Para Esperandio *et al* (2013), idosos não casados apresentaram maior prevalência de hipertensão em relação aos casados.

Com relação à variável cor, a VIDBHA (2010) afirma que as mulheres afrodescendentes apresentam alto risco de hipertensão, sendo de até 130% em relação às mulheres brancas. Sendo que nesse estudo a maioria dos idosos hipertensos possui cor branca.

A profissão/ocupação está relacionada com a elevação da pressão arterial, sendo que os índices mais baixos de pressão arterial ocorrem no grupo socialmente mais privilegiado e os que nunca trabalharam ocupam uma posição intermediária em relação à prevalência de hipertensão (CASTOLDI *et al.*, 2010).

Combater a hipertensão é prevenir o aumento da PA pela redução dos fatores de risco em toda a população e nos grupos com maior risco de desenvolver a doença. Indivíduos que desempenham atividades ocupacionais consideradas estressantes e muitas vezes sobrecarregadas são mais propensos a HAS (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Os principais fatores ambientais modificáveis da HAS são os hábitos alimentares inadequados, principalmente ingestão excessiva de sal e baixo consumo de vegetais, sedentarismo, obesidade e consumo exagerado de bebidas alcoólicas, podendo-se obter redução da pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular controlando esses fatores (VIDBHA, 2010).

Para um controle adequado da doença, é necessário, além do uso de medicamentos, mudança no estilo de vida, com redução dos fatores de risco cardiovascular, tais como: excesso de peso, sedentarismo, elevado ingestão de sal, assim como de bebidas alcoólicas e tabaco (VIDBHA, 2010; CHAVES *et al.*, 2008).

O consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a PA. O efeito varia com o gênero, e a magnitude está associada à quantidade de etanol e à frequência de ingestão. O efeito do consumo leve a moderado de etanol não está definitivamente estabelecido. Verifica-se redução média de 3,3 mmHg (2,5 a 4,1 mmHg) na Pressão Arterial Sistólica (PAS) e 2,0 mmHg (1,5 a 2,6 mmHg) na Pressão Arterial Diastólica (PAD) com a redução no consumo de etanol (VIDBHA, 2010).

O consumo abusivo de álcool também provoca direta ou indiretamente custos altos para o sistema de saúde, pois as morbidades desencadeadas por ele são caras e de difícil manejo. Além disso, a dependência do álcool aumenta o risco para transtornos familiares (COSTA *et al.*, 2007).

Há uma relação inversa entre o grau de atividade física e a incidência de HAS; ou seja, à medida que se intensifica a atividade física, tem-se como efeito a redução dos níveis pressóricos. Em estudo realizado com 220 pacientes idosos de uma Unidade de Saúde de Niterói-RJ, 54% não praticam atividade física ou a fazem raramente (TEIXEIRA *et al.*, 2006). Todo adulto deve realizar pelo menos 30 minutos de atividades físicas moderadas de forma contínua ou acumulada em pelo menos 5 dias da semana (VIDBHA, 2010).

A atividade física reduz a incidência de HAS em indivíduos pré-hipertensos além de reduzir a mortalidade e os riscos de desenvolver doenças cardiovasculares. Outro benefício da atividade física é reduzir a mortalidade por problemas cardiovasculares, independentemente da PA e de outros fatores de risco, havendo fortes evidências de que a atividade física diminua a PA, predizendo um envelhecimento mais saudável (COSTA *et al.*, 2007; Ávila *et al.*, 2010).

O excesso de consumo de sódio contribui para a ocorrência de hipertensão arterial. A relação entre aumento da pressão arterial e avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal. População que consome alimentos com reduzida quantidade de sódio tem menor prevalência de HAS e a pressão arterial não se eleva com a idade. Em população urbana brasileira, foi identificada maior ingestão de sal nos níveis socioeconômicos mais baixos (VIDBHA, 2010).

Ao avaliar a adesão ao tratamento farmacológico verificou – se a mesma distribuição na microárea A e microárea B no início do estudo. No momento final houve mudança na distribuição da Taxa de Adesão somente na microárea A, passando de 66,7% com adesão total no início para 87,5%. Apesar de ter sido identificada maior proporção de adesão total a diferença não foi significativa. Na microárea B não houve alteração na adesão (TABELA II).

TABELA II - Distribuição da análise de adesão segundo classificação dos tipos de comportamento no momento inicial e final do estudo.

	MOMENTO INICIAL							MOMENTO FINAL							p*
	Adesão Total		Adesão Parcial		Abandono			Adesão Total		Adesão Parcial		Abandono			
	n	%	n	%	n	%	p*	n	%	n	%	n	%		
Microárea A	2	66,7	11	55,0	2	66,7	0,879	7	87,5	8	44,4	-	-	0,084	
Microárea B	1	33,3	9	45,0	1	33,3		1	12,5	10	55,6	-	-		
Total	3	11,5	20	76,9	3	11,5		8	30,8	18	69,2	-	-		

* Teste X^2

Estudos demonstram que a atenção farmacêutica é importante para aumentar a adesão ao tratamento farmacológico. Amarante *et al* (2010), realizaram uma pesquisa com 27 pacientes, de ambos os sexos, com faixa etária entre 40 e 70 anos ou mais. Os pacientes foram divididos em grupo controle e teste, ambos responderam ao questionário de adesão no início e no final do estudo. Ao comparar os resultados da adesão obtidos para os grupos teste (acompanhamento farmacoterapêutico) e controle no início do estudo evidenciou – se que a adesão nos dois grupos eram estatisticamente iguais. Os pacientes do grupo teste ao final desse período apresentaram aumento da adesão. Assim as intervenções farmacêuticas foram efetivas no sentido de aumentar a adesão no grupo que recebeu acompanhamento farmacoterapêutico.

Portanto, a atenção farmacêutica domiciliar, no contexto interdisciplinar, proporciona a obtenção de resultados positivos no controle de doenças crônicas, melhorando a adesão ao tratamento. Assim torna clara a importância das ações da Atenção Farmacêutica voltadas à Atenção Primária da Saúde com foco às ações e domicílio, a partir da formação à atuação do profissional farmacêutico (CARDOSO *et al.*, 2013).

Através deste estudo não foi possível verificar correlação entre as variáveis sociodemográficas com adesão ao tratamento farmacológico.

Para identificar a associação de número de medicamentos utilizados e adesão ao tratamento farmacológico, os pacientes foram separados em dois grupos de acordo com o número de medicamentos antihipertensivos (Grupo de pacientes que utilizavam até dois antihipertensivos e o grupo de pacientes que utilizavam mais de três

antihipertensivos) e foi possível verificar que não houve associação entre adesão e a quantidade de antihipertensivos utilizados pelos pacientes.

No início do estudo, os pacientes das microáreas A e B apresentavam valores médios de PAS semelhantes ($p > 0,05$). No final do estudo houve redução significativa nos valores de PAS na microárea A (18,7mmHg) quando comparado com a microárea B (3,7mmHg). No início, os pacientes das microáreas A e B apresentavam valores médios de PAD semelhantes ($p > 0,05$). Os participantes da microárea A reduziram a PAD de 85,3 para 73,3 mmHg e esta redução foi significativa. Assim, houve maior redução nos valores de PAS e PAD na microárea A do que na microárea B. Essa redução dos valores de PAS e PAD no final do estudo na microárea A aconteceu devido a intervenção farmacêutica realizada (TABELA III).

TABELA III – Distribuição das médias de Pressão arterial Sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD) no momento inicial e final segundo as microáreas. Goiânia, 2013.

Microáreas	PAS			PAD		
	Inicial	Final	p*	Inicial	Final	p*
A (n=15)	146,0 (±20,6)	127,3 (±23,1)	0,006	85,3 (±14,1)	73,3 (±10,5)	0,003
B (n=11)	136,4 (±20,1)	132,7 (±19,5)	0,655	84,6 (±13,7)	84,1 (±12,0)	0,911
Total	141,9 (±20,6)	130,0 (±21,4)	0,018	85,0 (±13,6)	77,9 (±12,2)	0,015

* Teste T-student para amostras pareadas (intra grupos: antes e depois) e teste T-student para amostras independentes para comparar entre grupos (A e B).

Estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde da região norte do município de Goiânia - Go, com 11 indivíduos hipertensos, que receberam seguimento farmacoterapêutico por um período de 3 meses, com idade dos pacientes variando entre 47 e 73 anos apresentou resultados divergentes, pois através da intervenção farmacêutica não houve alterações importantes nos níveis pressóricos e adesão a farmacoterapia antihipertensiva. Mas, não é possível fazer correlação com este estudo, pois não separou os pacientes acima de 60 anos de idade, além de ser um tempo de acompanhamento de 3 meses (MARTINS *et al.*,2012).

Porém, alguns autores demonstraram resultados semelhantes ao encontrado neste estudo. De acordo com ROBINSON *et al* (2010), 50% dos pacientes normalizaram seus níveis pressóricos após a assistência farmacêutica em comparação com apenas 22% dos pacientes que receberam cuidado usual em seguimento de 12 meses.

A intervenção do profissional farmacêutico promove o aumento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo melhorando de forma consistente o controle da PA dos pacientes em ambos os sexos (KNORS, ARAUJO, 2008).

Para avaliar o efeito da intervenção farmacêutica em pacientes idosos com hipertensão foram acompanhados 30 pacientes idosos atendidos na farmácia de uma unidade primária de saúde no município de Ribeirão Preto (SP), Brasil. Os pacientes receberam acompanhamento durante 12 meses. No início do estudo, somente 5 pacientes apresentaram controle da PA e após a intervenção farmacêutica 13 pacientes apresentaram controle dos níveis pressóricos (LYRA *et al.*, 2007).

Estudo realizado com 31 idosos hipertensos acompanhados pelo farmacêutico realizou a anotação retrospectiva das aferições pressóricas, a fim de avaliar se houve melhora no controle da HAS de idosos com o serviço de Atenção Farmacêutica. Através desta pesquisa observou-se redução dos níveis das PAS e Pressão Arterial Média (PAM) atribuída ao projeto de Atenção Farmacêutica (acompanhamento e orientação na administração dos medicamentos nessa população) da Universidade Feevale (REINHARDT *et al.*, 2012):

De uma amostra de 108 indivíduos hipertensos, não-controlados nas medidas de consultório, na Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) de 24 horas e em tratamento farmacológico, 53 pacientes foram randomizados para o grupo intervenção e 55 para o grupo controle. Os pacientes do grupo de intervenção receberam Atenção Farmacêutica, além do tratamento convencional com a equipe médica, enquanto os pacientes do grupo controle receberam apenas o tratamento convencional. O tempo de seguimento foi de apenas 2 meses, sendo que, nesse período, os pacientes compareceram a consultas no dia da randomização e no sétimo, trigésimo e sexagésimo dias após a mesma. Tanto os pacientes do grupo intervenção quanto do grupo controle apresentaram redução nas PAS e PAD pela MAPA. Houve tendência de maior redução da pressão arterial, particularmente da PAD nos pacientes submetidos à intervenção farmacêutica (FUCHS, MAXIMILIANO, 2009).

Assim, muitos autores evidenciaram um aumento nas taxas de controle da PA através da estratégia de intervenção farmacêutica que é capaz de otimizar o uso de

medicamentos, reduzir os sintomas causados pela terapia medicamentosa e consequentemente melhora das condições de saúde dos pacientes idosos (LYRA *et al.*, 2008; ROZENFELD, 2008).

Foi realizado um estudo de correlação da adesão ao tratamento farmacológico e níveis pressóricos dos pacientes da microárea A, porém não observou associação entre os valores pressóricos e adesão. Esse fato deve ser devido ao número relativamente reduzido de pacientes, considerado uma limitação do estudo. O número de pacientes deve ser justificado pelo fato da intervenção ser direta e exigir a presença do farmacêutico no domicílio do paciente.

Dessa forma, as intervenções educativas e as orientações farmacêuticas, dentro do serviço de Atenção Farmacêutica são capazes de melhorar a adesão ao tratamento em cerca de 70% dos casos e auxiliar na redução da PA (URQUHART, 2000, CASTRO *et al.*, 2006; LYRA *et al.*, 2007; SOUZA *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2008; GREEN *et al.*, 2008; BEZERRA, SILVA, CARVALHO, 2009).

O vínculo existente entre a equipe de saúde e os pacientes, é um importante caminho para gerar a motivação destes e de melhorar a adesão ao tratamento indicado (GIROTTI, 2008).

Nesse sentido, é importante uma boa relação entre a equipe de saúde para uma orientação personalizada capaz de adequar os medicamentos aos hábitos de vida. Assim a atuação do farmacêutico tem influências positivas no controle da PA e adesão ao tratamento já que ele reafirma as orientações quanto ao uso do medicamento de acordo com a prescrição e avalia os aspectos farmacológicos que possam representar um dano em potencial para o idoso.

CONCLUSÕES

Os pacientes idosos representam uma parcela significativa da população brasileira e merece destaque por ser o grupo mais medicalizado da sociedade em virtude do número de doenças crônicas. O idoso ainda apresenta alteração da farmacocinética e farmacodinâmica que pode contribuir com a não adesão ao tratamento medicamentoso.

Estudar o papel do farmacêutico clínico na adesão ao tratamento de pacientes idosos hipertensos é de grande relevância médica e social assim como do ponto de vista de saúde coletiva. A intervenção farmacêutica é capaz de melhorar o cuidado ao paciente e permite a avaliação da qualidade por meio de indicadores (avaliação da

adesão e níveis pressóricos), os quais podem ser utilizados para demonstrar a contribuição do farmacêutico na assistência, reforçar aos profissionais a importância desse cuidado e comparar os dados com outras instituições.

Os estudos sobre intervenção farmacêutica, em pacientes idosos hipertensos são escassos, tanto no Brasil como em outros países. A intervenção do farmacêutico no controle da HAS tem mostrado resultados positivos na redução dos níveis pressóricos. Um dos resultados mensuráveis da Atenção Farmacêutica é o aumento da adesão ao tratamento farmacológico, a qual por sua vez, pode ser um ponto decisivo no controle dos níveis tensionais.

Para o efetivo acesso das pessoas aos medicamentos prioritários ao seu tratamento, por meio de serviços farmacêuticos, é indispensável uma equipe profissional qualificada. Sendo assim através deste trabalho fica demonstrado aos outros profissionais amplos e sólidos conhecimentos que lhes possibilitem compreender a saúde em seus aspectos históricos, biológicos, psicossociais, culturais e socioeconômicos, valorizando as interfaces dos conhecimentos e técnicas que formam a base das profissões relacionadas à promoção da saúde e prevenção das doenças.

Os resultados deste estudo favorecem a continuação da formação cultural e profissional através do estímulo ao desenvolvimento científico e o pensamento reflexivo. A assistência farmacêutica é mais que uma atividade profissional, é uma possibilidade de intervenção e de mudança na vida do paciente desmotivado pela sua doença.

O presente trabalho tem como limitação o número relativamente reduzido de pacientes, que deve ser justificada pelo fato da intervenção ser direta e exigir a presença do farmacêutico no domicílio do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, L.C.; SHOJI, L.S.; BEIJO, L.A.; LOURENÇO, E.B.; MARQUES L.A.M. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, v. 31, n.3, p. 209-215, 2010.

ÁVILA, A.; TAVARES, A.; MACHADO, C.A.; CAMPANA, E.M.G.; LESSA, I.; KRIEGER, J.E.; SCALA, L.C.; NEVES, M.F.; SILVA, R.C.G.; SAMPAIO, R.; FUCHS, S. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 17, n. 1, p.7-10, 2010.

BEZERRA, D.S.; SILVA, A.S.; CARVALHO, A.L.M. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus* em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, BRASIL. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, v. 30, n. 1, p.57-61, 2009.

BRASIL. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Ministério da Saúde; Brasília, 2010.

BRASIL. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.

CARDOSO, C.K.; MALHEIROS, R.T.; TORRES, O.M.; SILVEIRA, M.P.T. Atenção farmacêutica domiciliar: série de casos de usuários do programa práticas integradas em saúde coletiva *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, v. 34, n.2, p.263-268, 2013.

CASTOLDI, E.B.; OLIVEIRA, G.P.; RÉGIS, M.A.; SILVA D.A. Prevalência de fatores de risco em hipertensos de uma unidade de saúde de Diamantino-MT. *Revista Matogrossense de Enfermagem*, v. 1, n. 1, p. 57-62, 2010.

CASTRO, M.S.; FUCHS, F.; SANTOS, M.C.; MAXIMILIANO, P.; GUS, M.; MOREIRA, L.B.; FERREIRA, M.C. Pharmaceutical Care program for patients with uncontrolled hypertension: report of a double-blind clinical trial with ambulatory blood pressure monitoring. *Am J Hypertens.*, v. 19, n. 5, p.528-33, 2006.

CHAVES, D.B.R.; COSTA, A.G.S.; OLIVEIRA, A.R.S.; OLIVEIRA, T.C.; ARAUJO, T.L.; LOPES, M.V.O. Fatores de risco para hipertensão arterial: investigação em motoristas e cobradores de ônibus. *Rev. enferm.*, v.16, n. 3, p.370-6, 2008.

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. El Ejercicio de la Atención Farmacéutica. Madrid: McGraw-Hill, 1998. 352 p.

CIPULLO, J.P.; MARTIN, J.F.P.; CIORLIA, L.A.S.; GODOY, M.R.P.; CAÇÃO, J.C.; LOUREIRO, A.A.C.; CESARINO, C.B.; CARVALHO A.C.; CORDEIRO J.A.; BURDMANN, E.A. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.94, n.4, 2010.

COSTA JSD DA, BARCELOS FC, SCLOWITZ ML, SCLOWITZ IKT, CASTANHEIRA M, OLINTO MTA, MENEZES AMB, GIGANTE DP, MACEDO S, FUCHS, S.C. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores de risco associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio grande do sul, Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 88, n.1, p.56-65, 2007.

DRAGANOV, P.V.; LIMAL, D.; BARBOSA, J.M. Health indicators of elders assisted by the community health under-graduate nursing programe of a university in sao bernardo do campo. *R. pesq.: cuid. fundam.*, v.2, n.3, p.1029-1038, 2010.

ESPERANDIO, E.M.; ESPINOSA, M.M.; MARTINS, M.S.A.; GUIMARÃES, L.V.; LOPES, M.A.L.; SCALA, L.C.N. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v.16, n.3, p. 481-493, 2013.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M. Projeto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2003; 37(6):793-9.
FRANCA FILHO, J. B. Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. *Rev. Bras. Cienc. Farm.*, v.44,n.1, p.105-113, 2008.

FUCHS, D.F.; MAXIMILIANO, P.C. Determinação da efetividade da atenção farmacêutica em pacientes hipertensos não-controlados: um ensaio clínico randomizado [dissertação].Porto Alegre: Universidade do Rio Grande do Sul, 2009.

GIROTTO, E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S.; RIDÃO, E.G. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. *Acta Scientiarum.*, Maringá, v.3, n.1, p. 77-82, 2009.

GIROTTO, E. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2008.

GREEN, B.B.; COOK, A.J.; RALSTON, J.D.; FISHMAN, P.A.; CATZ, S.L.; CARLSON, J.; CARRELL, D.; TYLL, L.; LARSON, E.B.; THOMPSON, R.S. Effectiveness of Home Blood Pressure Monitoring, Web Communication, and Pharmacist Care on Hypertension Control: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, v. 299, n. 24, 2008.

HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical care . *American Journal of Hospital Pharmacy*, v. 47, p. 533-543, 1990.

HUTCHINSON, L. C.; JONES, S. K.; WEST, D.S.; WEI, J. Y. Assessment of Medication Management by Community-Living Elderly Persons with Two Standardized Assessment Tools: A Cross-Sectional Study. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, v.4, n. 2, p.144-153, 2006.

KNORS, D.; ARAUJO, B.V. Atenção Farmacêutica em pacientes idosos hipertensos: uma experiência em Tucunduva-RS. *Rev. Bras. Farm.*, v.89, n. 4, 2008.

LESSA I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipertens.*, v.8, p.383-92, 2001.

LYRA JR., D.P.; ROCHA, C.E.; ABRIATA, J.P.; GIMENES, F.R.E.; GONZALES, M.M.; PELÁ, I.R. Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly brazilian outpatients. *Patient Educ Couns.*, v.68, p.186-92, 2007.

LYRA JÚNIOR, D.P.; MARCELLINI, P.S.; PELÁ, I.R. Effect of pharmaceutical care intervention on blood pressure of elderly outpatients with hypertension. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v.44, n. 3, 2008.

MARTINS, B.P.R.; AMARAL, R.G.; LIMA, D.M.; AQUINO, A.T.; PROVIN, M.P. Pharmaceutical Care for hypertensive patients provided within the Family Health Strategy in Goiânia, Goiás, Brazil. *Braz. J. Pharm. Sci.*, São Paulo, v. 49, n. 3, 2013.

MOUSINHO, P. L. M; MOURA, M.E.S. Hipertensão arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. *Saúde Coletiva*, v.5, n. 1, p. 212-216, 2008.

NASCENTE, F.M.N. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2010.

NOVAES, M.R.C.G. Assistência farmacêutica ao idoso: uma abordagem multiprofissional. Brasília: Thesaurus, 2007. 43-56 p.

OMS. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. n.5, Ginebra, 2002.

OMS. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action, 2003.

OMS. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de la Reunión de la OMS. Tokio, 1993.

PIRES, C.G.S. ; MUSSI, F.C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Cien Saude Colet.*, v.13, n.2, p. 2257-2267, 2008.

REINHARDT, F.; ZIULKOSKI, A.N.; ANDRIGHETTI, L.H.; PERASSOLO, M.S. Acompanhamento farmacoterapêutico em idosos hipertensos residentes em um lar geriátrico, localizado na Região do Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul. *Rev. bras. geriatr. Gerontol.*, v.15, n.1, p.109-117, 2012.

RENOVATO, R.D.; TRINDADE, M.F. Atenção Farmacêutica na hipertensão arterial em uma farmácia de Dourados, Mato Grosso do Sul. *Infarma*, v.16, p.11-12, 2004.

ROBINSON, J.D.; SEGAL, R.; LOPEZ, L.M.; DOTY, R.E. Impact of a pharmaceutical care intervention on blood pressure control in a chain pharmacy practice. *Ann Pharmacother.*, v.44, n.1, p. 88-96, 2010.

ROZENFELD, S. Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, p.561-568, 2008.

RUFINO, D.B.R.; DRUMMOND, R.A.T.; MORAES, W.L.D. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde. *J Health Sci Inst.*, v.30, n.4, p.336-42, 2012.

SANCHEZ, C.G.; PIERIN, A.M.G.; MION JR, D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP*, v.38, n. 1, p. 90-8, 2004.

SANTA HELENA, E.T; NEMES, M.I. B; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev Saúde Pública*, v.42, n.4, p. 764-7, 2008.

SANTOS, M.V.R.; OLIVEIRA, D.C.; ARRAES, L.B.; OLIVEIRA, D.A.G.C.; MEDEIROS, L.; NOVAES, M.A. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clin Med.*, v.11, n. 1, p.55-61, 2013.

SILVA, A.S.; LYRA JR, D.P.; MUCCINI, T.; GUERRA NETO, P.G.S.; SANTANA, D.P. 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, n. 3, p.255-8, 2008.

SOUZA, W.A.; TOLEDO, J.C.Y; MENDES, G.B.T.; SABHA, M.; MORENO JR, H. Effect of pharmaceutical care on blood pressure control and health-related quality of life in patients with resistant hypertension. *Am J Health Syst Pharm.*, v.64, p. 1955-61, 2007.

TEIXEIRA, E.R.; LAMAS, A.R.; COSTA, E.S.J.; MATOS, R.M. O ESTILO DE VIDA DO CLIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E O CUIDADO COM A SAÚDE. *Esc Anna Nery R Enferm.*, v.10, n. 3, p. 378 – 84, 2006.

URQUHART, J. Erratic patient compliance with prescribed drug regimens: target for drug delivery systems. *Clin Pharmacol Ther.*, v.67, p.331-4, 2000.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica. Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC; Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH, 2010.

ZAITUNE, M.P.A.; BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.2, 2006.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar o papel do farmacêutico clínico na adesão ao tratamento de pacientes idosos hipertensos é de grande relevância científica e social para a saúde coletiva. A intervenção farmacêutica é capaz de melhorar o cuidado ao paciente e permite a avaliação da qualidade de atenção a saúde por meio de indicadores, os quais podem ser utilizados para demonstrar a contribuição do farmacêutico nas equipes de saúde, reforçar aos profissionais a importância desse cuidado e comparar os dados com outras instituições, visando melhoria de processos.

Os pacientes idosos representam uma parcela significativa da população brasileira e merece destaque por ser o grupo mais medicalizado da sociedade em virtude do número de doenças crônicas de que padecem. O idoso ainda apresenta alteração da farmacocinética e farmacodinâmica que pode contribuir com a não adesão aos tratamentos medicamentosos.

A participação do farmacêutico no controle da hipertensão tem mostrado resultados positivos, reduzindo custos, melhorando prescrições, controlando a possibilidade de reações adversas e promovendo, através das técnicas de Atenção Farmacêutica e seguimento farmacoterapêutico com redução dos níveis pressóricos. Além disso, um dos resultados mensuráveis da Atenção Farmacêutica é o aumento da adesão ao tratamento farmacológico.

A atenção farmacêutica é um conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Há várias etapas que envolvem a atenção farmacêutica que vai desde a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

Os estudos sobre atenção farmacêutica, no mundo, em pacientes idosos hipertensos são escassos. Porém, as intervenções farmacêuticas têm mostrado resultados positivos tais como: redução de custos, controle de

reações adversas, promoção do aumento da adesão do paciente ao tratamento e redução dos níveis pressóricos.

A adesão ao tratamento medicamentoso é de suma importância para que os pacientes idosos hipertensos consigam alcançar sucesso no tratamento. A adesão é uma relação colaborativa entre o paciente e os profissionais de saúde. A não adesão é um grave problema de saúde pública e é uma questão complexa e multifatorial.

No Brasil, a Atenção Farmacêutica é uma área ainda incipiente. A falta de um modelo que a norteie é um dos fatores que tem dificultado sua evolução. Este modelo deve ser construído de forma multiprofissional e suas estratégias devem ser adequadas às necessidades do sistema e dos usuários.

Não há consenso sobre definição e a maneira de avaliar a adesão ao tratamento. Para utilização dos instrumentos disponíveis é necessário espírito crítico, porque os fatores de adesão são complexos e multifatoriais, estando relacionados ao paciente, à doença, ao tipo de tratamento e ao sistema de saúde. A adesão ao tratamento é fundamental para se tirar o máximo proveito das intervenções terapêuticas disponíveis que podem resultar na diminuição de complicações e redução da morbi-mortalidade.

O segundo artigo aprofundou os conhecimentos sobre o tema e trouxe novas informações. Com relação às variáveis sociodemográficas pode verificar: a) 66% dos pacientes idosos hipertensos eram do sexo feminino; b) 57,5% estavam entre 60 a 69 anos, 42% tinham de 70 a 79 anos e 0,5% apresentam mais de 80 anos de idade; c) 31% eram analfabetos, 22% eram alfabetizados, 47% dos pacientes apresentavam ensino fundamental/médio; d) 39% possuíam renda familiar de 1 Salário Mínimo, 58% de 2 a 4 salários mínimos e 3% mais de cinco salários mínimos; e) 62% eram casados, 31% eram viúvos, 7% separados/ solteiros; f) 77% eram brancos, 23% pardos ou negros; g) 58% dos idosos eram aposentados, 27% do lar e 15 % possuíam outras ocupações; h) 100% não utilizavam bebidas alcoólicas, i) 74% não praticavam atividade física; j) 50% dos idosos não faziam restrição de sal/açúcar.

Com relação a adesão ao tratamento medicamentoso os resultados indicaram: a) a adesão teve a mesma distribuição nas duas microáreas no início do estudo; b) ao final do estudo a microárea A apresentou mudança na taxa de adesão passando de 66,7% com Adesão total para 87,5% ao final; na

microárea B não houve alteração; c) não houve relação de adesão com variáveis sociodemográficas; d) não houve associação entre adesão e a quantidade de antihipertensivos utilizados pelos pacientes.

Através da avaliação da PA pode verificar a) a PAS e PAD no início do estudo eram semelhantes nas duas microáreas; b) ao final do estudo os pacientes da microárea A apresentaram redução significativa dos valores de PAS e PAD.

Para o efetivo acesso das pessoas aos medicamentos prioritários ao seu tratamento, por meio de serviços farmacêuticos, é indispensável uma equipe profissional qualificada. Sendo assim através deste trabalho pude demonstrar aos outros profissionais amplos e sólidos conhecimentos que lhes possibilitem compreender a saúde em seus aspectos históricos, biológicos, psicossociais, culturais e socioeconômicos, valorizando as interfaces dos conhecimentos e técnicas que formam a base das profissões relacionadas à promoção da saúde e prevenção das doenças.

Pode se observar que pacientes que receberam a visita farmacêutica apresentaram aumento na adesão ao tratamento e redução da PAS e PAD demonstrando que o farmacêutico é um profissional importante na equipe de saúde.

O presente trabalho tem como limitação o número relativamente reduzido de pacientes, que deve ser justificada pelo fato da intervenção ser direta e exigir a presença do farmacêutico no domicílio do paciente.

Mesmo assim, este trabalho foi muito importante, pois irá favorecer a continuação da formação cultural e profissional através do estímulo ao desenvolvimento científico e o pensamento reflexivo. A assistência farmacêutica hoje, para mim é mais que atividade profissional, é uma possibilidade de intervenção e de mudança na vida do paciente desmotivado pela sua doença. Desejo através da formação multiprofissional, criar uma aproximação entre a cultura acadêmica e o mercado de trabalho.

A oportunidade de realizar esta pesquisa sobre as nuances paciente - medicamento também foi fator preponderante neste trabalho. Além disso, foi possível uma integração com profissionais da saúde e formação multidisciplinar capaz de estabelecer propostas que venham melhorar as ações de assistência farmacêutica, sendo o paciente e o serviço de saúde os principais beneficiados.

Longe de ter a pretensão de descortinar a complexidade da relação paciente – medicamento - profissional de saúde, mas desejosa por contribuir com os estudos já existentes e principalmente por oferecer subsídio para farmacêuticos e outros profissionais da área médica é que realizei com afincos este trabalho.

REFERÊNCIAS

AMARANTE L.C.; SHOJI L.S.; BEIJO L.A.; LOURENÇO E.B; MARQUES L.A.M. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v.31, n.3, p. 209-215, 2010.

ARAÚJO ALA, PEREIRA LRL, UETA JM, FREITAS O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**. 13(Sup):611-7, 2008.

BATTAGLIOLI-DENERO, A. M. Strategies for improving patient adherence to therapy and long-term patient outcomes. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 18, 2007.

BRAND FN, SMITH RT & BRAND PA. Effect of economic barriers to medical care on patient's noncompliance. **Public Health Reports**, v. 92, p.72-78,1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Ministério da Saúde; Brasília, 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. bras. saúde mater. infant.**, Recife, v.3, n.1, p.113-125, 2003.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 1886/G.M. de 18 de dezembro de 1997. Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

_____. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF, 2006a.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. 2012. Disponível em <http://hiperdia.datasus.gov.br/>.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 10 dez. 1998.

_____. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta Brasília, 24 p, 2002.

_____. Constituição (1998) Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília DF. Senado 1998.

_____. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.

CAELLES N, IBÁÑEZ J, MACHUCA M, MARTÍNEZ-ROMERO F, FAUS MJ. Entrevista farmacêutico-paciente en el Programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico. **Pharmaceutical Care España.**, v.4., p. 55-59, 2002.

CARDOSO CK, MALHEIROS RT, TORRES OM, SILVEIRA MPT. Atenção farmacêutica domiciliar: série de casos de usuários do programa práticas integradas em saúde coletiva **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v.34, n.2, p. 263-268, 2013.

CARLOS ICC. O sistema integral de assistência farmacêutica no Ceará. In: Bonfin JRA, Mercucci VL. A construção da política de medicamentos. São Paulo: Hucitec e Sobravime; 1997. p. 107.

CHESNEY, M. Adherence to HAART regimens. **Patient Care and STDs**, v.17, n.4, p.169-177, 2003.

CINTRA, F.A; GUARIENTO, M.E.; MIYASAKI,L.A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p.3507-3515, 2010.

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. **El Ejercicio de la Atención Farmacéutica**. Madrid: McGraw-Hill, 1998. 352 p.

COELHO EB, NOBRE F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens.**, v.13, n.1,p. 51-54, 2006.

Comité del Consenso: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica., Universidad de Granada (España), Grupo de Investigación en Farmacología, Universidadde Granada (España), Fundación Pharmaceutical Care España, Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC). Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (RNM) y Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm.* 2007;48(1):5-17.

COSTA JSD DA, BARCELOS FC, SCLOWITZ ML, SCLOWITZ IKT, CASTANHEIRA M, OLINTO MTA, MENEZES AMB, GIGANTE DP, MACEDO S, FUCHS SC. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores de risco associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio grande do sul, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, .v. 88, n.1, p.56-65, 2007.

DAMASCENO PDL; LIMA NM; LUCENA LS; VASCONCELOS SMM; MOREIRA TMM. Estudo da adesão ao tratamento farmacológico da Hipertensão Arterial. **REPM.**, v. 2, n.4, p. 41 – 48, 2008.

DANIEL ACQG, VEIGA EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein.**, v.11, n.3, p.331-7, 2013.

DOWELL J & HUDSON H. A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care Family. **Practice**, v. 14, n. 5, p.369-375,1997.

DRAGANOV P.V., LIMAL.D., BARBOSA J.M. Health indicators of elders assisted by the community health under-graduate nursing programe of a university in sao bernardo do campo. **R. pesq.: cuid. fundam. Online.**, v.2, n.3, p.1029-1038, 2010.

EID LP, NOGUEIRA MS, VEIGA EV, CESARINO JE, ALVES LMM. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de *Morisky-Green*. **Rev. Eletr. Enf.**, v.15, n.2, p.362-7, 2013.

FLECK M.P.A., CHACHAMOVICH E., TRENTINI C.M. Projeto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.6, p. 793-9, 2003.

FLORES ML, MENGUE SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Rev. Saude Publica.**, v.39, n.6, 2005.

FRANCA FILHO, J. B. Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, vol.44, n.1, p. 105-113, 2008.

FREITAS E.L., OLIVEIRA RD., PERINI E. Atenção Farmacêutica Teoria e Prática: um Diálogo Possível? **Acta Farm. Bonaerense**, v. 25, n.3, p. 447-53, 2006.

GABARRÓ M. El cumplimiento terapêutico. **Pharm Care Esp.**, v.1, p. 97-106, 1999.

GIROTTO E, SELMA MAFFEI DE ANDRADE, MARCOS APARECIDO SARRIA CABRERA, TIEMI MATSUO. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1763-1772, 2013.

GREEN BB, COOK AJ, RALSTON JD, FISHMAN PA, CATZ SL, CARLSON J, CARRELL D, TYLL L, LARSON EB, THOMPSON RS. Effectiveness of Home

Blood Pressure Monitoring, Web Communication, and Pharmacist Care on Hypertension Control: A Randomized Controlled Trial. **JAMA**, v 299, n. 24, 2008.

GREZZANA G.B, AIRTON TETELBON STEIN, LÚCIA CAMPOS PELLANDA. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial por Meio da Monitoração Ambulatorial de 24 Horas. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, 2013. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br>. Acesso em: 27/12/2013.

GREZZANA GB, STEIN AT, PELLANDA LC. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial por Meio da Monitoração Ambulatorial de 24 Horas. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 100, n.4, p.335-361, 2013.

GUS, I. *et al.* Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.5, n.83, p.424-428, nov. 2004.

HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical care . **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, p. 533-543, 1990.

HUTCHINSON, L. C., JONES, S. K., WEST, D. S. & WEI, J. Y. Assessment of Medication Management by Community-Living Elderly Persons with Two Standardized Assessment Tools: A Cross-Sectional Study. **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy**, v.4, n.2, 144-153, 2006.

INGARAMO RA, VITA N, BENDERSKY M, ARNOLT M, BELLIDO C, PISKORZ D, *et al.* Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). **Rev Fed Arg Cardiol.**, v.34, p.104-11, 2005.

IVAMA, A.M.; NOBLAT, L.; CASTRO, M.S.; JARAMILLO, N.M.; OLIVEIRA, N.V.B.V.; RECH, N. **Atenção Farmacêutica no Brasil: Trilhando Caminhos: Relatório 2001-2002**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de saúde, 46 p., 2002a.

JARDIM VB.P.C, JARDIM VST. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens.**, v.13, n.1, p.26-29, 2006.

JESUS, S.E. AUGUSTO MAO, GUSMÃO J, JÚNIOR DM, ORTEGA K, PIERIN AMG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paul Enferm.**, v.21, n1, p.59-65, 2008.

JOYCE-MONIZ, L., BARROS, L. *Psicologia da Doença*. Porto: Edições Asa, 2005.

KNORS D & ARAUJO B.V. Atenção Farmacêutica em pacientes idosos hipertensos: uma experiência em Tucunduva-RS. **Rev. Bras. Farm.**, v.89, n.4, 2008.

KURITA GP, PIMENTA CAM. Compliance with the treatment of chronic pain and health control locus. **Rev Esc Enferm USP.**, v.38, n.3, p.254-61, 2004.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.775-782, jul./set. 2003.

LEITE-CAVALCANTI, Christiane *et al* . Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Rev. salud pública**, Bogotá , v. 11, n. 6, Dec. 2009.

LESSA I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens.**, v.3, n. 1, p. 39-46, 2006.

LESSA I, FONSECA J. Raça e aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol.**; v.68, p.443-9, 1997.

LIU, L. L., & PARK, D. C. Aging and medical adherence: The use of automatic processes to achieve effortful things. **Psychological and Aging.**, v. 19, n.2, p.318-325, 2004.

MACHADO MC, PIRES CGS, LOBÃO WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 5, p.1365-1374, 2012.

MACIEL IC, ARAÚJO TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev Latinoam Enferm.**, v.11, n.2, p.45-9, 2003.

Mastroianni PC, Lucchetta RC, Sarra JR, Galduróz JCF. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** 29(5):358-64, 2011.

MÉTRY, J.M.; MEYER, U. (Eds.). Drug regimen compliance: issues in clinical trial and patient management. [S.l.]: Wiley, 1999.

MOREIRA TMM, ARAÚJO TL. Verificação da eficácia de uma proposta de cuidado para aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm.**, v.17, n.3, p.268-277, 2004.

MORISKY DE, ANG A, KROUSEL-WOOD M, WARD HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. **J Clin Hypertens.**, v.10, n.5, p.348-54, 2008.

MORISKY DE, GREEN LW, LEVINE DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, v.24, n.1, p.67-74, 1986.

MOUSINHO, P.L. M; MOURA, M.E.S. Hipertensão arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. **Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 212-216, 2008.

MURRAY, M. D., MORROW, D. G., WEINER, M., CLARK, D. O., TU, W., DEER, M. M., BRATER, D. C., & WEINBERGER, M.. A conceptual framework to study medication adherence in older adults. **American Journal of Geriatric Pharmacotherapy**, v. 2, n.1, 36-43, 2004.

NOVAES M.R.C.G. **Assistência farmacêutica ao idoso: uma abordagem multiprofissional**. Brasília: Thesaurus, 2007. Cap. 2, p. 43-56.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales**, n.5, Ginebra, 2002.

_____. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action, 2003.

_____. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de la Reunión de la OMS. Tokio, 1993.

_____. Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital, 2005.

_____. The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance an essential tool. Geneva: World Health Organization; 2006.

OLIVEIRA, P.A.R.; DE MENEZES, F.G. Atenção Farmacêutica a pacientes hipertensos. *Revista Eletrônica de Farmácia* Vol. X (1), 51 - 68, 2013.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE- OPAS. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Brasília, 375p, 2003.

ORTIZ, M. & ORTIZ, E *Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica*. *Rev Méd Chile*, 135, 647-652, 2007.

PEIXOTO MRG.; MONEGO TE; ALEXANDREVP; SOUZA RGM, MOURA EC.: Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n.6, 2008.

PEREIRA, LRLP., FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil **Rev. Bras. Ciências Farmacêuticas** v. 44,n.4, out.dez., 2008.

PIRES CGS, MUSSI FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Cien Saude Colet**; v.13, n2, p. 2257-2267, 2008.

PORTELA AS, LEAL AAF, WERNER RPB, SIMÕES MOS, MEDEIROS ACD. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 31(1):09-14, 2010.

PRADO JC JR, KUPEK E, MION D JR. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. **J Hum Hypertens.**, v.21, n.7, p.579- 84, 2007.

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

ROCHA CH, ANA PAULA SUEIRO DE OLIVEIRA, CAROLINE FERREIRA, FABIANA TÔRRES FAGGIANI, GUILHERME SCHROETER, ANTÔNIO CARLOS ARAÚJO DE SOUZA, GERALDO ATTILIO DECARLI, FERNANDA BUENO MORRONE, MARIA CRISTINA WERLANG. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup), p.703-710, 2008.

ROZENFELD, S. Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão. **Revista Ciência ; Saúde Coletiva**, v. 13, supl., p. 561-568, 2008.

SANTA HELENA, E.T; NEMES, M.I. B; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não adesão ao tratamento com medicamentos. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.4, p. 764-7, 2008.

SANTOS MVR, DINALDO CAVALCANTI DE OLIVEIRA, LUANA BORGES ARRAES, DANIELLE A.G. C. OLIVEIRA, LUZIDALVA MEDEIROS, MAGDALA DE ARAÚJO NOVAES. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v.11, n.1, p.55-61, 2013.

SARTOR, V.B. A assistência farmacêutica e a estratégia saúde da família: em busca da integralidade da atenção à saúde no curso de especialização em saúde da família/modalidade residência – UFSC. 2004. 142f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização *Lato Sensu* em Saúde da Família). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SOUZA W.K,S.B, JARDIM P.C.B.V, BRITO, L.P, ARAÚJO F.A., SOUZA A.L.L. Automedida da Pressão Arterial para o Controle das Cifras Tensionais e para a Adesão ao Tratamento. **Arq Bras Cardiol**, v.98, n.2, p.167-1, 2012.

STANTON AL. Determinants of adherence to medical regimens by hypertensive patients. **Journal of Behavioral Medicine**, v.10, n.4, p. 377-394. 1987.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC; Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH, 2010.

VIKTIL KK, BLIX HS, MOGER TA, REIKVAM A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. **J Clin Pharmacol.**, v. 63, n.2, p.187–95, 2006.

WAJNGARTEN, M. O coração no idoso. **Jornal Diagnósticos em Cardiologia.**, n. 43, ago/Set., 2010.

YIANNAKOPOULOU ECH, PAPADOPULOS JS, COKKINOS DV, MOUNTOKALAKIS TD. Adherence to treatment antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. **Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.**, v.12, p.243-9, 2005.

ANEXOS / APÊNDICES

ANEXO A

A RBCM é uma Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica que tem por objetivo publicar artigos que contribuam para o conhecimento médico. Não serão aceitos artigos já publicados em outros periódicos. Todos os trabalhos submetidos serão enviados para 2-4 revisores, solicitados a devolver a avaliação em 30 a 40 dias. Após o recebimento dos pareceres os autores têm 10 dias de prazo para responderem a revisão.

Os artigos sem resposta no prazo de seis meses deverão ser resubmetidos à nova avaliação, caso sejam reapresentados.

A periodicidade da revista é **BIMESTRAL**.

A revista acolhe publicação de Editoriais, Artigos Originais, Artigos de Revisão, Relatos de Casos, Correlação Anatomoclínica, Cartas ao Editor, Resenhas de Livros e Notícias e Pontos de Vista. Poderão ser aceitos artigos de autores nacionais publicados no exterior, na forma em que ele se encontra. Trabalhos de outra natureza poderão ser aceitos para publicação, dependendo da avaliação do Conselho Editorial.

Aos autores são solicitadas as garantias que nenhum material infrinja direito autoral existente, ou direito de

uma terceira parte.

INFORMAÇÕES GERAIS

Os artigos poderão ser enviados para o e-mail: revista@ sbcm.org.br, exceto o documento de Cessão de Direitos Autorais disponível no portal: <http://www.sbcm.org.br>, devidamente assinado pelo(s) autor(es), que deverá ser encaminhado por correio convencional para o endereço da Sociedade (Rua Botucatu, 572 - Conj. 112 – Vila Clementino – 04023-061 São Paulo, SP, Telefone (11) 55724285, Fax (11) 5572-2968. No corpo do e-mail deve constar a exclusividade para publicação na Rev Bras Clin Med, caso o artigo seja aprovado. Os artigos podem ser enviados em português, inglês ou português. Os autores têm a responsabilidade de declarar conflitos de interesse financeiros e outros; bem como agradecer todo o apoio financeiro ao estudo.

Aprovação para Publicação:

Quando aceitos, estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações de padronização editorial, que não alterem o estilo do autor. Eventuais modificações na forma, estilo ou interpretação só ocorrerão após prévia consulta. Quando não aceitos, os artigos serão devolvidos com a justificativa do Editor.

Correção Final:

Os artigos para publicação serão encaminhados ao autor em PDF, para as correções cabíveis e devolução no menor prazo possível. Se houver atraso na devolução da prova, o Editor reserva-se o direito de publicar, independentemente da correção final.

Será enviado ao autor cujo endereço eletrônico foi indicado para correspondência, ficando o mesmo responsável pela apreciação final da matéria, estando os demais de acordo com a sua publicação.

NORMAS AOS AUTORES

Formas de Apresentação dos Trabalhos:

Título:

O título do artigo deve ser curto, claro e conciso para facilitar sua classificação. Quando necessário, pode ser usado um subtítulo. Deve ser enviado em português e inglês.

Autor(es):

O(s) nome(s) completo(s) do(s) autor(es), a qualificação e afiliação de cada autor, endereço, fone e e-mail do autor correspondente. Indicar o local onde o estudo foi realizado. Agradecimentos a outros colaboradores poderão ser contemplados no final, antes das referências.

Resumo:

Deverá conter no máximo 250 palavras e elaborado de forma estruturada. Para artigos originais destacar: Justificativa e Objetivos, Método, Resultados e Conclusão. Para os relatos

de casos: Justificativa e Objetivos, Relato do Caso e Conclusão. Para artigos de revisão destacar: Justificativa e Objetivos, Conteúdo e Conclusão. Para todos os artigos, indicar os Descritores. Recomenda-se a utilização do DECS – Descritores em Ciência da Saúde da Bireme, disponível em <http://decs.bvs.br/Summary>:

Deverá conter no máximo 250 palavras e elaborado de forma estruturada.

Para artigos originais destacar: Background and Objectives, Method, Results e Conclusion.

Para os relatos de casos: Background and Objectives, Case Report e Conclusion. Para artigos de revisão destacar: Background

and Objectives, Contents e Conclusion. Para todos os artigos, indicar os Keywords, Recomenda-se a utilização do DECS – Descritores em Ciência da Saúde da Bireme, disponível em <http://decs.bvs.br/>

Texto:

Iniciar o texto de acordo com o tipo de artigo. Em artigos originais deve-se informar no MÉTODO o nº do processo do Comitê ou Comissão de Ética da Instituição.

Referências:

A RBCM adota as “Normas de Vancouver”, disponível em <http://www.icmje.org>, como referência para a veiculação de seus trabalhos. Use as abreviações de revistas encontradas no Index Medicus/MedLine. As referências devem ser dispostas no texto em ordem sequencial numérica, sendo obrigatória a sua citação, sobrescrita e sem parêntesis. Evitar a citação do nome do autor em destaque. Não se recomenda a citação de trabalho não publicado ou apresentado em Eventos Médicos. Referências com mais de cinco anos, de livros texto e resumo de congressos, devem limitar-se às que são fundamentais. Incluir referências acessíveis aos leitores. Quando a citação for de artigo já aceito para publicação, incluir “em processo de publicação”,

IV NORMAS AOS AUTORES

indicando a revista e o ano. Comunicações pessoais não são aceitas. Devem ser citados até três autores e, a seguir, *et al.*

Observe alguns exemplos:

Revistas:

1. Posma DM, Bill D, Parker RJ, *et al.* Cardiac pace makers: current and future status. *Curr Probl Cardiol* 1999;24(2):341-420.

2. Maron KJ, Proud I, Krev B. Hypertrophic cardiomyopathy. *Ann Intern Med* 1996;124(4):980-3.

Livro:

1. Doyle AC, (editor). *Biological mysteries solved*, 2nd ed. London: Science Press; 1991. p. 5-9.

Capítulo de Livro:

1. Lachmann B, van Daal GJ. Adult respiratory distress syndrome: animal models, In: Robertson B, van Golde LMG, (editors). *Pulmonary surfactant*. 2nd ed. Amsterdam: Elsevier; 1992. p. 635-63.

Artigo de suplemento:

1. Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, *et al.* Prevention of venous thromboembolism: the Seventh ACCP Conference. *Chest* 2004;126(Suppl 3):338S-40.

Artigo com errata publicado:

1. Síndrome compartimental abdominal. *Rev Bras Clin Med* 2009;7(5):313-321. [errata em: *Rev Bras Clin Med* 2009;7(6):360].

Ilustrações:

É obrigatória a sua citação no texto. Enumerar gráficos, figuras, tabelas e quadros em algarismos arábicos. Deverão conter título e legenda. Indicar no texto o local preferencial de entrada de cada ilustração (Entra Figura x, por exemplo). Usar fotos em branco e preto. O mesmo resultado não deve ser expresso por mais de uma ilustração. Sinais gráficos e siglas utilizadas nas tabelas ou gráficas devem ter sua correlação mencionada no rodapé.

Uso de Recursos Digitais:

Texto em formato DOC (Word); gráficos em barras ou linhas, deverão ser encaminhados em Excel (extensão XLS) (gráfico 1, por exemplo), fotos ou outras figuras deverão ser digitalizadas com resolução mínima de 300 DPI, em formato JPEG. Não inserir ilustrações no corpo do texto, cada ilustração deve ter arquivo individual. O nome do arquivo deve expressar o tipo e a numeração da ilustração (Gráfico 1, Figura 1, Tabela 2, por exemplo). Títulos e legendas das

ilustrações, devidamente numerados, devem estar no arquivo de texto. Cópias ou reproduções de outras publicações serão permitidas apenas mediante a anexação de autorização expressa da Editora ou do Autor do artigo de origem. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):

Os pacientes têm direito à privacidade que não deve ser infringida, sem consentimento livre e esclarecido. A identificação de informação, incluindo iniciais dos nomes dos pacientes, número de registro do hospital, não deve ser publicada através de descrições no texto, fotos ou qualquer outra modalidade, a menos que ela seja essencial para os propósitos científicos e o paciente (ou responsável) forneça o TCLE por escrito para publicação.

Ética:

Ao relatar experimentos com seres humanos, indique se os procedimentos seguidos estão de acordo com os padrões éticos do Comitê responsável pela experimentação humana (institucional ou regional) e com a Declaração de Helsinque de 1975, tal como revista em 2000.

Registro de Ensaio Clínico:

A RBCM respeita as políticas da Organização Mundial de Saúde e da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE- International Committee of Medical Journal Editors) para registro de estudos clínicos, reconhecendo a importância dessas iniciativas para a disseminação internacional de informações sobre pesquisas clínicas com acesso aberto. Assim, a partir de 2012, terão preferência para publicação os artigos ou estudos registrados previamente em uma Plataforma de Registros de Estudos Clínicos que atenda aos requisitos da Organização Mundial de Saúde e da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas. A lista de Plataforma de Registros de Estudos Clínicos se encontra no site <http://www.who.int/ictcp/en>, da *International Clinical Trials Registry Platform* (ICTRP). Entre elas está o Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC), que é uma plataforma virtual de acesso livre para registro de estudos experimentais e não experimentais realizados em seres humanos, em andamento ou finalizados, por pesquisadores brasileiros e estrangeiros, que pode ser acessada no site <http://www.ensaiosclinicos.gov.br>. O número de registro do estudo deve ser publicado ao final do resumo.

Uso de Abreviações:

O uso de abreviações deve ser mínimo. Quando expressões extensas devem ser repetidas, recomenda-se que suas iniciais maiúsculas as substituam após a sua primeira menção no texto. Esta deve ser seguida das iniciais entre parênteses. A qualidade das figuras e gráficos é de responsabilidade dos autores

ANEXO B



ISSN 1984-8250 *versão impressa*

ISSN 2175-9790 *versão on-line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

[Escopo e política](#)

[Forma e preparação de manuscritos](#)

[Envio de manuscritos](#)

Escopo e política

Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences tem por finalidade publicar os seguintes tipos de publicação: **Artigos originais** relacionados com as áreas de conhecimento das Ciências Farmacêuticas; **Trabalhos de atualização ou de revisão**, que serão incluídos quando solicitados a especialistas pela Editoria Científica ou Editoria Associada ou quando submetidos em forma de Abstract para avaliação quanto ao interesse. Ressalta-se a necessidade de se incluir visão crítica dos autores, inserindo os seus trabalhos no tema e avaliando-os em relação ao estado de arte no País;

Notas Prévias relativas a novas metodologias e resultados parciais, cuja originalidade justifique a publicação rápida. Nesse caso, o limite é de 2.000 palavras, excluindo-se, tabelas, figuras e referências. Podem-se incluir, no máximo, uma figura, uma tabela e 10 referências;

Resenhas elaboradas por especialistas segundo sugestão da Editoria Científica ou Editoria Associada.

Suplementos temáticos e aqueles relativos a eventos científicos podem ser publicados mediante aprovação prévia da Editoria Científica e/ou Editoria Associada.

Trabalhos relacionados a pesquisas com humanos ou animais devem, obrigatoriamente, incluir o parecer de aprovação dos respectivos Comitês de Ética.

Os manuscritos que não atendam às instruções não serão avaliados. Os trabalhos elaborados por especialistas nacionais e estrangeiros devem ser apresentados em língua inglesa, ser originais e inéditos e destinar-se, exclusivamente, ao **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. Os manuscritos submetidos ao periódico que atenderem as “Instruções aos autores” são encaminhados para avaliação por revisores especialistas no tema abordado. Após a revisão, cujo caráter anônimo é mantido durante todo o processo, os manuscritos são enviados à Editoria Associada e ao Editor Científico, que decidirão sobre a publicação. Manuscritos recusados, passíveis de reformulação, poderão ser re-submetidos após reestruturação, como novo trabalho, iniciando outro processo de avaliação.

Manuscritos condicionados à reestruturação serão reavaliados pelos revisores. Manuscritos enviados aos autores para revisão devem retornar à Editoria dentro de, no máximo, dois meses, caso contrário terão o processo encerrado. Todas as revisões dos manuscritos deverão ser acompanhadas de carta especificando as alterações efetuadas no documento original. Essas mudanças devem, também, ser indicadas diretamente no manuscrito. Manuscritos aceitos e publicados são de propriedade da Revista, ficando os direitos autorais a ela reservados. A declaração de responsabilidade e transferência dos direitos autorais será encaminhada juntamente com o manuscrito, devendo retornar no prazo estipulado.

Forma e preparação de manuscritos

ESTRUTURA

Cabeçalho: constituído por: Título do trabalho, que deve ser breve e indicativo da exata finalidade do trabalho; Autor(es) por extenso, indicando a(s) instituição(ões) a(s) qual(is) pertence(m) mediante números. O autor para correspondência deve ser identificado com asterisco, fornecendo o endereço completo, incluindo o eletrônico. Estas informações devem constar na margem esquerda do texto e logo após a filiação.

Resumo: deve apresentar a condensação do conteúdo, expondo metodologia, resultados e conclusões, não excedendo 200 palavras.

Unitermos: devem representar o conteúdo do artigo, evitando-se os de natureza genérica. Observar o limite máximo de 6(seis) unitermos.

Resumo em português: deve ser apresentado junto ao resumo em inglês e ser antecedido do título do artigo em português. O conteúdo deve e acompanhar o resumo em inglês.

Unitermos em português: devem acompanhar os unitermos em inglês e estar abaixo do Resumo.

Introdução: deve estabelecer com clareza o objetivo do trabalho e sua relação com outros trabalhos no mesmo campo. Extensas revisões de literatura devem ser substituídas por referências aos trabalhos bibliográficos mais recentes, nos quais tais revisões tenham sido apresentadas.

Material e Métodos: a descrição dos métodos usados deve ser breve, porém suficientemente clara para possibilitar a perfeita compreensão e repetição do trabalho. Processos e Técnicas já publicados, a menos que tenham sido extensamente modificados, devem ser apenas referidos por citação. Estudos em humanos e em animais devem, obrigatoriamente, fazer referência à aprovação do Comitê de Ética correspondente.

Resultados e Discussão: deverão ser apresentados de forma concisa e em ordem lógica. Tabelas ou figuras, quando possível, devem substituir o texto, na apresentação dos dados. Sempre que pertinente, fornecer as faixas, desvios padrão e indicar as significâncias das diferenças entre os valores numéricos obtidos. A discussão deve se restringir ao significado dos dados obtidos e resultados alcançados, procurando, sempre que possível, relacionar sua significância em relação a trabalhos anteriores da área. Especulações que não encontram justificativa para os dados obtidos devem ser evitadas. É facultativa a apresentação desses itens em separado.

Conclusões: quando pertinentes, devem ser fundamentadas no texto.

Agradecimentos: devem constar de parágrafo à parte, antecedendo as referências bibliográficas, e ser compatíveis com as exigências de cortesia e divulgação.

Referências bibliográficas: devem ser organizadas de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT NBR-6023, ordenadas alfabeticamente no fim do artigo incluindo os nomes de todos os autores. **A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. Para exemplos, consultar o site www.bcq.usp.br.**

APRESENTAÇÃO DOS ORIGINALS

Os trabalhos devem ser apresentados em lauda padrão (de 30 a 36 linhas com espaço 1,5), utilizando o programa Word for Windows. Os trabalhos, acompanhados de carta de encaminhamento assinada por todos os autores, devem ser enviados, apenas por via eletrônica.

Informações Adicionais:

Citação bibliográfica: As citações bibliográficas devem ser apresentadas no texto pelo(s) nome(s) do(s) autor(es), com apenas a inicial em maiúsculo, seguidas do ano de

publicação. No caso de haver mais de três autores, citar o primeiro e acrescentar a expressão *et al.* Caso haja mais de uma citação com mesmos autores e mesmo ano de publicação, diferencia-las com letras minúsculas junto ao ano.

Ilustrações: As ilustrações (gráficos, tabelas, fórmulas químicas, equações, mapas, figuras, fotografias) devem ser incluídas no texto, o mais próximo possível das respectivas citações. Mapas, figuras e fotografias devem ser, também, apresentados em arquivos separados e digitalizadas em formato TIF ou JPG com resolução de 300 dpi.

Cada fascículo da BJPS reproduzirá, na capa, figura escolhida de um dos trabalhos. As tabelas devem ser numeradas consecutivamente em algarismos romanos e as figuras em algarismos arábicos, seguidos do título. As palavras TABELA e FIGURA devem aparecer em maiúsculas apenas no título ou na legenda, respectivamente. Legendas e títulos devem acompanhá-las nos arquivos separados, assim como no texto.

Nomenclatura: pesos, medidas, nomes de plantas, animais e substâncias químicas devem estar de acordo com as regras internacionais de nomenclatura. A grafia dos nomes de fármacos deve seguir, no caso de artigos nacionais, as Denominações Comuns Brasileiras (DCB) em vigor, podendo ser mencionados uma vez (entre parênteses, com inicial maiúscula) os registrados.

Envio de manuscritos

ENVIO DE MANUSCRITOS

Os trabalhos devem ser enviados, apenas por via eletrônica. Utilize o correio eletrônico através do endereço eletrônico: bjps@usp.br e envie junto à mensagem os arquivos necessários: arquivo em Word for Windows do trabalho, cópia eletrônica da de Ca rta de encaminhamento assinada por todos os autores e os arquivos das figuras em JPEG.

Informações adicionais:

Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences

Divisão de Biblioteca e Documentação do Conjunto das Químicas/USP

Serviço de Publicações e Circulação

Av. Prof. Lineu Prestes, 950

Caixa Postal 66083

05314-970 - São Paulo - SP - Brasil

Contato telefônico:

Tel: +55 11 3091.3804 FAX: +55 11 3812.8194

E-mail: bjps@usp.br

ANEXO C

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital Geral de Goiania ((HGG))

PROJETO DE PESQUISA

Título: IMPACTO DA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DE PACIENTES IDOSOS NA REGIÃO NORTE DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA

Área Temática:

Pesquisador: Sylvia Escher de Oliveira Nielson

Versão: 2

Instituição:

CAAE: 00861912.2.0000.0035

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 39834

Data da Relatoria: 18/06/2012

Apresentação do Projeto:

É um trabalho para avaliar o impacto da intervenção farmacêutica no controle da pressão arterial sistêmica em pacientes idosos.

Trata-se de um estudo observacional prospectivo, exploratório, quantitativo, e será realizado na região norte de Goiânia, com 83 pacientes hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA na Unidade Básica de Estratégia de Saúde da Família (UBSF) no Guanabara I.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o impacto da intervenção farmacêutica no controle da Pressão Arterial Sistêmica em pacientes idosos na região norte do município de Goiânia -GO.

Objetivo Secundário:

1. Identificar os medicamentos utilizados pelos idosos; 2. Analisar os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs); 3. Identificar as causas de não adesão ou abandono do tratamento farmacológico; 4. Investigar os fatores de adesão do tratamento farmacológico; 5. Correlacionar as variáveis sócio demográficas com o uso dos medicamentos utilizados, com os fatores de adesão e as causas de abandono do tratamento farmacológico; 6.

Avaliar o impacto da intervenção farmacêutica no controle dos níveis tensionais de idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos incluem constrangimento ou desconforto durante o preenchimento do questionário, e serão amenizados por meio da privacidade durante a realização do questionário e pela garantia de seu anonimato.

Benefícios:

Os benefícios envolvem contribuição para aumentar o conhecimento sobre o uso de medicamentos e adesão a terapia medicamentosa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um trabalho com significativo valor científico que poderá trazer benefícios ao sujeito de estudo e servindo como referência na aplicação de seus resultados para a população em geral.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo

Recomendações:

ANEXO E

PROTÓCOLO PARA MEDIDA DA PA (VI diretrizes brasileiras de hipertensão arterial Sistêmica, 2010)

A medida da PA pode ser realizada pelo método indireto, com técnica auscultatória e com uso de esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneróide devidamente calibrados, ou com técnica oscilométrica pelos aparelhos semi-automáticos digitais de braço validados, estando estes também calibrados.

1-Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos cinco minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento. Certificar-se de que o paciente NÃO: está com a bexiga cheia, praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos, fumou nos 30 minutos anteriores.

2-Posicionamento do paciente:

Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Para a medida propriamente:

- 1.Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida, selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço
- 2.Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital
- 3.Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial
- 4.Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica
- 5.Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva
- 6.Inflar rapidamente até ultrapassar em 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação
- 7.Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo)

8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco, seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação
9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff)
10. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa
11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero
12. Sugere-se esperar em torno de 1 minuto para nova medida, embora esse aspecto seja controverso
13. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente
14. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço no qual a pressão arterial foi medida.

Abaixo seguem os valores de referência da medida da Pressão Arterial segundo a VI Diretriz de Hipertensão (2009).

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

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

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: "Impacto da intervenção farmacêutica no controle da pressão arterial sistêmica de pacientes idosos na região norte do município de Goiânia".

Orientador: Prof. Dr. Celmo Celeno Porto

Pesquisadora Responsável: Sylvia Escher de Oliveira Nielson e Jaqueline Gleice Aparecida de Freitas

Nome do Sujeito de pesquisa: _____

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente de uma pesquisa intitulada: "Impacto da intervenção farmacêutica no controle da pressão arterial sistêmica de pacientes idosos na região norte do município de Goiânia".

Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Após ser esclarecido sobre as informações referentes a pesquisa, e no caso de aceitar fazer parte do estudo como sujeito de pesquisa, assine ao final deste documento, que está em duas vias e que também será assinado pela Pesquisadora Responsável, ficando uma via com você e a outra com a Pesquisadora. Em caso de qualquer dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a Pesquisadora Responsável Sylvia Escher de Oliveira Nielson nos telefones 3524-1885, 9978-6129 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Goiânia, situado na Avenida Anhanguera, 5º andar, telefone 3201-8217.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o impacto da intervenção farmacêutica no controle da Pressão Arterial Sistêmica de pacientes idosos.

Você foi selecionado para participar desta pesquisa através dos prontuários médicos cadastrados no Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) da Unidade Básica de Saúde da Família - Guanabara 1 (UBSF).

Durante a pesquisa você será acompanhado pela farmacêutica Sylvia Escher de Oliveira Nielson e Jaqueline Gleice Aparecida de Freitas que prestará a "Atenção Farmacêutica" e fará acompanhamento farmacoterapêutico (orientação sobre a utilização dos medicamentos prescritos pelo médico) após sua primeira consulta médica na unidade de saúde. As consultas farmacêuticas ocorrerão no seu domicílio, 01(uma) vez ao mês. A primeira visita domiciliar para a sua consulta farmacêutica ocorrerá 30 dias após a consulta médica. As consultas farmacêuticas domiciliares serão realizadas 30, 60, 90, 120, 150, 180, 210, 240, 270, 300 e 365 dias após a consulta médica, sendo que os procedimentos que serão realizados pela farmacêutica serão os mesmos em todas as visitas.

Durante as visitas feitas pela farmacêutica serão detectados os "Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM's) (exemplos: problemas relacionados a adesão, efetividade e segurança), que serão estudados, avaliados, e relatados para a equipe da "Estratégia Saúde da Família" (ESF).

Nas visitas domiciliares a farmacêutica irá avaliar a sua "Pressão Arterial Sistêmica" (P.A) e a sua glicemia (concentração de açúcar no sangue), pois embora você possa apresentar glicemia compensada, poderá apresentar a P.A descompensada, quando for simultaneamente diabético e hipertenso. Essas avaliações serão realizadas pela farmacêutica na primeira visita domiciliar (30 dias) e nas demais visitas, até a última visita.

Para aferição da PA será utilizado o Esfigmomanômetro Aneróide (Premium – Accumed), e a aferição será realizada conforme recomendações da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2010). O procedimento é rápido e indolor. Antes da aferição da Pressão arterial você deverá ficar em repouso por pelo menos cinco minutos em ambiente calmo. Não poderá conversar durante a medição (dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento), deverá estar com a bexiga vazia, não pode ter praticado exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, não pode ter ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos ou ter fumado nos 30 minutos anteriores.

Para a dosagem da glicemia será utilizado uma lanceta (descartável) e fita reagente, e a dosagem será realizada conforme recomendação da VI Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2008. O procedimento é rápido e a dor é mínima, não oferecendo nenhum risco a sua saúde. Será feita, com a lanceta descartável, uma punção (pequena perfuração) na lateral de um dos dedos das mãos retirando uma gota de sangue que será colocada na tira reagente.

As medidas aferidas serão registradas no Prontuário farmacêutico que será utilizado em todas as visitas.

Você receberá na primeira visita, na 6ª e última visita questionários para serem preenchidos referentes a sua dieta, a prática de atividade física, sobre o conhecimento que você possui sobre sua doença e sobre a orientação referente aos medicamentos prescritos pelo médico (farmacoterapia), com questionamentos sobre: esquece de tomar medicamento?, já parou por conta própria?, já interrompeu o tratamento em função da falta de medicamentos na unidade?); sendo que os dados fornecidos serão posteriormente avaliados como componentes da pesquisa.

No momento das visitas serão anotados pela farmacêutica todos os medicamentos que você apresentar, os prescritos e não prescritos pelo médico. Durante a execução da pesquisa, após a avaliação de PRM's, a pesquisadora poderá sugerir intervenções referentes a duplicidade medicamentosa, dose equivocada, frequência inadequada e outras, que você poderá seguir ou não, tendo livre opção de escolha.

Você estando de acordo, poderão ser encaminhadas sugestões aos clínicos para que sejam feitas intervenções médicas; intervenções estas que serão avaliadas e julgadas pela equipe médica que será quem irá definir se uma adequação da terapia se faz necessária. Caso a pesquisadora ache necessário, será encaminhada uma carta de comunicação ao médico sugerindo a sua reavaliação clínica. As alterações na terapia que forem propostas pelo clínico serão anotadas no relatório de visita.

Você está previamente convidado a participar de uma orientação educacional constituída de palestras mensais que serão ministradas pela farmacêutica Sylvia Escher de O. Nielson e Jaqueline Gleice Aparecidas de Freitas, na Igreja Jesus Bom Pastor, localizada em frente a UABSF - Guanabara 1, ao grupo de pacientes selecionados, e também está convidado a participar de um lanche comunitário que ocorrerá após as palestras, sem nenhum custo para você. A palestrante falará sobre sua doença (hipertensão e diabetes), sobre os medicamentos que utiliza para a doença, os cuidados necessários para manter o controle dos níveis glicêmicos e pressóricos e reforçará a importância da utilização correta dos medicamentos e da adesão às práticas preconizadas no manejo farmacológico.

Os riscos aos quais você estará submetido ao aceitar participar da pesquisa são mínimos e incluem: constrangimento ou desconforto durante o preenchimento do questionário (que serão amenizados por meio da privacidade durante a realização

do questionário e pela garantia de seu anonimato) e durante a punção digital para testar a glicemia você sentirá o desconforto da picada.

Os benefícios que você terá por sua participação nesta pesquisa serão: sua contribuição para aumentar o conhecimento sobre o uso de medicamentos e adesão a terapia medicamentosa, e melhora de sua qualidade de vida a partir do conhecimento que você obterá através da participação nas palestras. Ainda, as sugestões de intervenções realizadas pelo farmacêutico, quando for necessário, poderão servir para evitar que você faça uso irracional de medicamentos.

Os dados coletados serão utilizados somente para a elaboração de Trabalhos de Pós Graduação, a serem publicados em revistas ou apresentadas em eventos científicos, sendo resguardados o seu anonimato e o sigilo de seus dados. Seu nome e informações pessoais não serão revelados em nenhum momento desta pesquisa e, como garantia de seu anonimato, seu nome será substituído por números. Apenas os pesquisadores terão acesso aos dados colhidos, que serão arquivados em ambiente seguro, sob responsabilidade da pesquisadora participante, por um período de cinco anos, sendo posteriormente destruídos por incineração.

Você não receberá nenhum tipo de remuneração e sua participação não implicará em nenhum custo para você em nenhuma fase da pesquisa. Você poderá desistir de sua participação a qualquer momento, conforme lhe for conveniente, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de seu acompanhamento/assistência/tratamento. Sua recusa de participação não implicará em nenhum tipo de punição.

♦ Nome e Assinatura do Pesquisador Responsável _____
Goiânia ____/____/____

SENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de
prontuário ou n.º de matrícula _____, abaixo
assinado, concordo em participar do estudo "Impacto da intervenção farmacêutica no controle da pressão arterial sistêmica de pacientes idosos na região norte do município de Goiânia", como sujeito de pesquisa. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Sylvia Escher de Oliveira Nielson e Jaqueline Gleice Aparecida de Freitas sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: _____/____/____/____

Nome: _____

Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar:

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

BLOCO 1 : Dados básicos

- 1 NOME: _____
- 2 Sexo: Masculino () Feminino ()
- 3-Idade
60 a 69 anos () 70 a 79 anos () \geq 80 anos
- 4- Situação conjugal: Casado () Viúvo () Solteiro () Separado ()
- 5- Cor: () branca () negra () amarela () outra
- 6-Profissão: _____
- 7-Nível de Escolaridade:
Alfabetizado () Não alfabetizado () Nível fundamental () Nível médio ()
Nível superior ()
- 8-Renda familiar mensal em salários mínimos:
1 Salário mínimo () Entre 2 e 4 salários mínimos () Acima de 4 salários
mínimos ()
- 9-Possui cuidador? Sim () Não ()
Quem? _____
- 10-Possui plano de saúde? Sim () Não ()
Qual? _____
-
-

BLOCO 2: Dados relativos ao serviço de saúde

- 1-Número de consulta (s) médica(s) nos últimos 12 meses:
Nenhuma () 1 a 2 consultas () 3 a 4 consultas () \geq 5 consultas
- 2- Local da consulta:-----
- 3- Local onde obtém os medicamentos que utiliza:
() SUS () Drogarias e farmácias particulares () outros
- 4- Compreende a prescrição médica?
Sim () Não ()
- 5- Em caso de negativa na pergunta anterior, o esclarecimento é feito por qual
profissional? Médico () () farmacêutico () enfermeiro () outros
- 6- Lê a Bula? Sim () Não ()
- 7- Hospitalização no último ano? Sim () Não ()
- 8- Procurou por atendimento de emergência durante o ano? Sim () Não ()
Quantas vezes _____

O QUE É HIPERTENSÃO?

Hipertensão ou “Pressão Alta” significa que a pressão dentro das artérias de uma pessoa subiu e está se mantendo acima do nível considerado normal. Para entendermos melhor, podemos comparar o coração e os vasos a uma torneira aberta ligada a vários esguichos. Ao fecharmos a ponta dos esguichos, a pressão irá subir. Da mesma maneira, quando o coração bombeia o sangue e os vasos estão estreitados, a pressão dos vasos aumenta.



Uma pressão máxima maior do que 140 mmHg ou pressão mínima maior do que 90 mmHg é considerada “pressão alta”.



O QUE CAUSA HIPERTENSÃO?

- Idade
- Cor
- Genética
- Sedentarismo
- Doenças do coração
- Problemas nas artérias
- Diabetes
- Problemas nos rins
- Elevação do colesterol e triglicédeos
- Hábitos como fumo e alcoolismo
- Excesso de peso (obesidade)
- Estresse.



QUAIS AS CONSEQUÊNCIAS DA HIPERTENSÃO?

- Acidente vascular encefálico (AVE);
- Insuficiência cardíaca e infarto;
- Insuficiência renal;
- Trombose;
- Dificuldade visual.



Pressão alta tem cura?

- A pressão alta é uma doença crônica e dura a vida toda. Ela pode ser controlada, mas não curada.
- Na maioria das vezes, não se conhece o que causa a pressão alta nem como curá-la, mas é possível controlar a doença.



COMO TRATAR A HIPERTENSÃO?

O tratamento para pressão alta dura a vida toda. Deve ser feito com remédios para controlar a pressão e com hábitos de vida saudáveis. Diminuir a ingestão de sal e bebidas alcoólicas, controlar o peso, fazer exercícios físicos, evitar o fumo e controlar o estresse.



Como saber se a pressão é alta?

A maioria das pessoas que têm pressão alta não se queixa de nada. Quem tem pressão alta pode sentir, dor de cabeça, tontura e mal-estar. A única maneira de saber se a pressão está normal é medi-la. O ideal é medir a pressão pelo menos a cada seis meses ou com intervalo máximo de um ano, para logo fazer o diagnóstico.

APÊNDICE D

PRONTUÁRIO FARMACÊUTICO Acompanhamento Farmacoterapêutico/ ATENFAR

Nome: _____ Data da Entrevista: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____
Data de nasc: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

História médica (enfermidades, hospitalizações, cirurgias, dietas, exercícios).

Diabetes tipo 1 () **Diabetes tipo 2** ()

PA: _____ **Glicemia:** _____ **Colesterol total:** _____ **HDL:** _____ **LDL:** _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Circunferência Abdominal: _____ Tabaco:

Sim () Não () Bebidas alcoólicas: Usa () Não usa ()

Atividade física: Pratica () Não pratica ()

Qual? Caminhadas diárias() Caminhadas 3 X por semana() Academia () Outros()

Dieta: Sim () Não () Qual? _____

OBS: Cada medicamento utilizado pelo paciente deverá ser preenchido em formulários distintos.

PERGUNTAS SOBRE OS MEDICAMENTOS UTILIZADOS-

1-Está tomando medicamento no momento?	Forma Contínua () Forma Esporádica()
2. Quem prescreveu o medicamento?	Médico () Outros () Quem? _____
3. Para que toma este medicamento?	_____
4-Desde quando está tomando o medicamento?	_____
5. Como está se sentindo com o uso deste medicamento?	Bem () Mal ()
6. Quanto toma de medicamento?	
7. Como toma?	Com estômago vazio () Com estômago cheio () Horário:-----
8. Até quando tem que tomar o medicamento?	-----
9. Tem alguma dificuldade para tomar o medicamento?	Sim () Não () Qual?-----
10-Você nota algo diferente quando toma o medicamento?	Sim () Não () O que?-----

APÊNDICE E

RELATÓRIO DE VISITA

Paciente: _____ Data:-----

PA: _____ Glicemia: _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Circunferência Abdominal: _____

Descrição da visita:

QUADRO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Nome do medicamento	Local da obtenção do medicamento	Dose.	Posologia	Tempo de uso	Indicação	Prescritor	Apresentação do receituário

Recomendações para próxima visita/observações. (ANOTAR TODOS OS MEDICAMENTOS USADOS PELO PACIENTE):

OBS: Cada medicamento utilizado pelo paciente deverá ser preenchido em formulários distintos.

ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

Orientação da Terapia

Paciente:

Médico:

Farmacêutico: _____ Data:

	MANHÃ	TARDE	NOITE
MEDICAMENTOS	06 07 08 09 10 11	12 13 14 15 16 17 18	19 20 21 22 23 24
Marque com X após tomar o medicamento	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31