

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Débora Penélope de Carvalho Queiroz

**FATORES ASSOCIADOS À NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO DE HIPERTENSOS EM UMA CIDADE DO INTERIOR DO
BRASIL**

GOIÂNIA

2016

Débora Penélope de Carvalho Queiroz

**FATORES ASSOCIADOS À NÃO ADEÇÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO DE HIPERTENSOS EM UMA CIDADE DO INTERIOR DO
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Teoria, métodos e processos de cuidar em saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vanessa da Silva Carvalho Vila

GOIÂNIA

2016

Débora Penélope de Carvalho Queiroz

**FATORES ASSOCIADOS À NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO DE HIPERTENSOS EM UMA CIDADE DO INTERIOR DO
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em 05 de fevereiro de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Vanessa da Silva Carvalho Vila
Presidente da banca - PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Ana Luiza Lima Sousa
Membro Efetivo, Externo ao Programa UFG

Prof.^a Dr.^a Priscila Valverde de Oliveira Vitorino
Membro Efetivo, Interno ao Programa - PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida da Silva Vieira
Membro Suplente, Interno ao Programa - PUC Goiás

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre iluminar meu caminho e por sempre estar ao meu lado, dando força, perseverança, coragem e ânimo, mesmo quando todas as circunstâncias são desfavoráveis...

À prof. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila, minha orientadora, sempre muito presente durante a execução de todas as etapas desse trabalho, me auxiliando com seu incentivo, suas sugestões, críticas, e que, soube compreender os momentos difíceis que enfrentei durante esse período. Obrigada pelas orientações não só para o desenvolvimento deste estudo, mas também para a vida.

Aos professores do Mestrado em Atenção à Saúde, por contribuírem na construção da base teórica dessa pesquisa e para a minha formação como pesquisadora.

Ao prof. Donald E. Morisky, que nos auxiliou em todos momentos em que tivemos dúvidas.

À minha mãe e minha irmã Luzia, que torcem pelo meu sucesso e se orgulham com as minhas conquistas...muito obrigada por tudo!

Ao meu namorado, que sempre me auxiliou e soube compreender minhas ausências, angústias, ansiedades e expectativas durante esse período. Obrigada por estar sempre ao meu lado!

Agradeço a colaboração da acadêmica Mirele Resende Machado, pelo seu auxílio na coleta de dados.

Aos portadores de hipertensão arterial, razão da realização desse estudo, pelo consentimento e pela colaboração em participar dessa pesquisa. Estejam certos de que o objetivo principal deste trabalho é tentar melhorar o cuidado oferecido a todos vocês...

À Secretaria de Saúde e aos funcionários do ambulatório de hipertensão, por me concederem a oportunidade de realizar a pesquisa, disponibilizando informações e o espaço físico necessário.

Enfim, agradeço a todos os demais que, direta ou indiretamente, contribuíram para que essa pesquisa chegasse ao final. Muito obrigada!

RESUMO

QUEIROZ, D.P.C. **Fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso de hipertensos em uma cidade do interior do Brasil.** 2016. 87f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2016.

Trata-se de um estudo transversal analítico com o objetivo de analisar os fatores associados à não-adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas com hipertensão, atendidas em um serviço de referência, em um dos municípios da microrregião do Sudoeste de Goiás, Brasil. A casuística foi de 249 pessoas, com idade de 18 anos ou mais e com diagnóstico de hipertensão arterial, confirmado há pelo menos um ano. A avaliação da adesão foi realizada por meio da Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 itens. Os dados foram coletados de dezembro de 2014 a agosto de 2015, por meio de análise de prontuário e entrevistas individuais e estruturadas. Procedeu-se a análise descritiva das variáveis relacionadas à condição socioeconômica, de saúde, à interação com a equipe de profissionais e ao sistema de saúde, ao tratamento medicamentoso. Para identificar os fatores associados à não adesão, foi realizada a análise de regressão logística do tipo uni e multivariada. Na análise de regressão logística multivariada, foram utilizadas somente as variáveis independentes que apresentaram $p < 0,2$ na análise univariada. A média da idade foi de $60,5 \pm 11,09$. A maioria era do sexo feminino, 73,9% cursaram até o ensino fundamental, 42,2% trabalhavam, 49,4% pertenciam a classe C e 69,8% possuíam companheiro(a). Evidenciou-se que 72,7% foram diagnosticados há mais de 10 anos e 49,8% estavam com a pressão arterial não controlada. Os anti-hipertensivos mais prescritos foram a hidroclorotiazida e losartana. A média do número de medicamentos e de comprimidos utilizados foi de 2,8 e 4,12, respectivamente. A prevalência de não adesão foi de 63,4%. Verificou-se a associação da não adesão com a presença de efeitos indesejados (OR=5,54; IC95%: 1,91 – 16,05), a interrupção do tratamento pelos efeitos indesejados (OR=2,37; IC95%: 1,29 – 4,36). Os resultados indicaram alta prevalência de não adesão, que esteve associada a fatores relacionados ao tratamento medicamentoso.

Palavras-chave: Hipertensão; Adesão à medicação; Autorrelato.

ABSTRACT

QUEIROZ, D.P.C. Factors associated with non-adherence to drug therapy among hypertensive patients in a Brazilian rural town. 2016. 87p. Dissertation (Health Attention Master Program) – Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia, 2016.

This is an analytical cross-sectional study conducted to identify the factors associated with non-adherence to drug therapy in hypertensive patients cared for at a reference service in a town belonging to the microregion of Southwestern Goiás, Brazil. The case-by-case assessment involved 249 people, aged 18 and older, with a confirmed high blood pressure diagnosis for at least a year. Treatment adherence was assessed using the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). The data were collected from December 2014 to August 2015 through analysis of medical records in addition to individual and structured interviews, followed by a descriptive analysis of the variables related to the patients' socioeconomic status, health, interaction with the staff and health care system, drug therapy, as well as variables related to the patients. In order to identify the factors associated with non-adherence to drug therapy, a univariate logistic regression analysis was conducted. All the independent variables that presented $p < 0.2$ on the univariate analysis entered into a multivariate logistic regression analysis. The average age was 60.5 ± 11.09 . The majority were females, 73.9% were not educated beyond elementary school, 42.2% were employed, 49.4% were working class individuals and 69.8% had a partner. The study demonstrated that 72.7% were diagnosed over 10 years ago and 49.8% presented uncontrolled blood pressure. The antihypertensive drugs most commonly prescribed were hydrochlorothiazide and losartan. The average amount of pills taken was 2.18 and 4.12, respectively. Prevalence of non-adherence was 63.4%. The factors that remained associated with nonadherence were: undesired effects (OR=5,54; IC95%: 1,91 – 16,05) and suspension of treatment due to these undesired effects (OR=2,37; IC95%: 1,29 – 4,36). The results indicate high prevalence of non-adherence, which was associated with drug therapy factors.

Keywords: Hypertension; Medication Adherence; Self-report.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1 -	Principais fatores que contribuem para o aumento da pressão arterial e suas complicações.....	16
Figura 2 -	Fluxograma para o tratamento da hipertensão arterial.....	18
Figura 3 -	Ilustração do processo de adesão aos medicamentos e o processo de manejo da adesão	23
Figura 4 -	Fatores que influenciam a adesão.....	24

Quadros

Quadro 1 -	Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).....	17
Quadro 2 -	Variável de desfecho.....	34
Quadro 3 -	Variáveis de exposição	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das respostas dos oito itens da Escala de Adesão Terapêutica MMAS-8. Jataí, Goiás, 2014 (n=249).....	40
Tabela 2 -	Comparação entre as características socioeconômicas e a adesão ao tratamento medicamentoso, segundo a MMAS-8, Jataí, Goiás, 2014,(n=249).....	41
Tabela 3 -	Comparação entre as variáveis relacionadas às condições gerais de saúde dos hipertensos e a adesão ao tratamento medicamentoso, segundo a MMAS-8, Jataí, Goiás, 2014 (n=249)	43
Tabela 4 -	Comparação entre as características do tratamento medicamentoso dos hipertensos e as categorias de adesão segundo a MMAS-8, Jataí, Goiás, 2014 (n=249).....	45
Tabela 5 -	Comparação entre os fatores relacionados ao paciente e as categorias de adesão da MMAS-8. Jataí, Goiás, 2014 (n=249).....	46
Tabela 6 -	Comparação entre as variáveis relacionadas à interação com a equipe de profissionais e o sistema de saúde dos hipertensos e as categorias de adesão da MMAS-8. Jataí, Goiás, 2014 (n=249).....	47
Tabela 7 -	Análise univariada de regressão logística da adesão ao tratamento medicamentoso em relação às variáveis em hipertensos. Jataí, Goiás, 2015.....	48
Tabela 8 -	Análise multivariada de Regressão Logística da não-adesão a terapêutica medicamentosa em relação as variáveis em hipertensos. Jataí, Goiás, 2015.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de desenvolvimento humano
IMC	Índice de massa corpórea
MEMS	<i>Medication Event Monitoring System</i> (Sistema de Monitoramento de Medicamentos)
MMAS-8	<i>Morisky Medication Adherence Scale</i> (Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 itens)
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PIB	Produto Interno Bruto
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i> (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	Objetivo geral	14
2.2	Objetivos específicos	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	Hipertensão arterial: aspectos epidemiológicos, clínicos e o tratamento medicamentoso	15
3.2	Adesão: aspectos conceituais e fatores associados	20
3.3	Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso.....	26
4	MATERIAL E MÉTODO	30
4.1	Tipo de estudo	30
4.2	Local do estudo	30
4.3	Participantes do estudo	30
4.3.1	População	30
4.4	Coleta de dados	31
4.5	Instrumentos de coleta de dados	32
4.5.1	Formulário estruturado	32
4.5.2	Instrumento para investigação da adesão	32
4.6	Variáveis de estudo	33
4.7	Análise dos dados	37
4.8	Aspectos éticos	38
5	RESULTADOS	39
6	DISCUSSÃO	49
7	CONCLUSÃO.....	53
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICES	67

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	67
Apêndice B - Instrumento de coleta de dados.....	70
ANEXOS	80
Anexo A - Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 itens.....	80
Anexo B - Pedido de autorização da utilização da Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 itens	81
Anexo C - Parecer consubstanciado do CEP.....	85

1 INTRODUÇÃO

A adesão terapêutica é definida como “o grau em que o comportamento de uma pessoa coincide com as recomendações de um profissional de saúde, em relação à tomada de medicamentos, seguimento de uma dieta ou mudanças no estilo de vida” (WHO, 2003, p.3).

Trata-se de um indicador multidimensional que pode estar associado a fatores relacionados à doença (ausência de sintomas), ao paciente (crenças e valores pessoais, interferência de amigos /familiares), ao tratamento (complexidade do esquema terapêutico, reações adversas, custo das medicações), ao nível socioeconômico (baixa escolaridade e renda) e aos serviços de saúde (inacessibilidade, mecanismos inadequados de acompanhamento, fragilidade no relacionamento entre profissional e paciente) (WHO, 2003).

Os desvios de adesão podem ser: intencionais, quando o paciente rejeita o diagnóstico, as recomendações ou a prescrição do profissional de saúde ou não-intencionais, relacionados ao esquecimento ou outra razão de caráter psicológico, bem como fatores clínicos que impeçam o paciente de seguir o regime terapêutico (BLASCHKE et al., 2012; HO et al., 2009).

As evidências científicas comprovam que os portadores de doenças crônicas têm dificuldade em aderir aos esquemas terapêuticos recomendados, pois verifica-se que as taxas de adesão dessas pessoas, normalmente são mais baixas quando comparadas aos pacientes em condições agudas (DIMATTEO, 2004; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Entre os agravos crônicos não transmissíveis que requerem o uso contínuo de medicamentos, está a hipertensão arterial sistêmica (HAS), reconhecida como o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, em decorrência da sua alta prevalência e da dificuldade em se estabelecer o diagnóstico precoce e o tratamento (WHO, 2013; WHO, 2014).

Apesar das evidências científicas apontarem para a urgente necessidade de ações para o controle da pressão arterial, observa-se uma elevada proporção de hipertensos que estão em tratamento medicamentoso e não conseguem controlar a pressão arterial (WHO, 2014).

No Brasil, as pesquisas indicam uma grande variação das taxas de controle, estimando que aproximadamente 50% dos hipertensos tratados estariam expostos

às complicações da doença, pelo descontrole dos níveis pressóricos. Esse quadro é ainda mais grave para os hipertensos com risco cardiovascular adicional (PINHO, PIERIN, 2013; ROSÁRIO et al., 2009).

Esse fato gera um elevado custo para o Sistema Único de Saúde (SUS) e um grande problema para as pessoas que poderão enfrentar disfunções severas relacionadas às complicações da HAS com possíveis repercussões na saúde e qualidade de vida (IBRAHIM; DAMASCENO, 2012; MANSUR; FAVARATO, 2012; PINHO; PIERIN, 2013; SCHMIDT et al., 2011).

A hipertensão arterial foi responsável por 9,4 milhões de mortes no mundo, segundo levantamento da Organização Mundial da Saúde, realizado em 2010 (WHO, 2014). No Brasil, a doença atinge 30% da população adulta brasileira, chegando a mais de 50%, na terceira idade (PICON et al., 2012; PICON et al., 2013)

Um estudo realizado no Brasil indica que, o custo anual estimado para o tratamento da hipertensão arterial, no sistema público de saúde, foi de 398,9 milhões de dólares e representou 1,43% dos gastos totais do SUS. No setor privado, o custo anual estimado foi de 272,7 milhões de dólares (DIB et al., 2010).

Entre as estratégias implementadas pelo governo brasileiro para o enfrentamento das doenças crônicas, inclui-se a oferta gratuita de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial. Em março de 2011, o programa Farmácia Popular/Saúde Não Tem Preço iniciou a distribuição de medicamentos e mais de 17.500 farmácias privadas já estão cadastradas no programa, disponibilizando gratuitamente esses medicamentos (BRASIL, 2011).

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), identificou, em nível nacional, as prevalências de acesso a medicamentos por diferentes fontes de obtenção, entre as quais as farmácias credenciadas ao Programa Farmácia Popular do Brasil. Revelou que 94% dos hipertensos com pelo menos 20 anos de idade utilizam medicamentos indicados pelo médico para tratamento da hipertensão arterial, e que 57,8% tiveram acesso aos medicamentos prescritos por meio dos programas estabelecidos no SUS (BRASIL, 2014).

Embora as estatísticas apresentem um acesso razoável aos medicamentos no setor público, os estudos que investigam a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em diferentes níveis de atenção à saúde, apontam dificuldades dos hipertensos para aderir ao tratamento medicamentoso de maneira regular e

sistemática (GIROTTTO et al., 2013; MAGNABOSCO et al., 2015; OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; RAYMUNDO; PIERIN, 2014; REMONDI et al., 2014).

Os protocolos de acompanhamento e monitoramento da HAS enfatizam a importância da avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso, por meio da utilização de ferramentas de investigação simples, rápidas, econômicas e não invasivas, que possam proporcionar um parecer, em tempo real, a respeito do comportamento aderente do paciente ou as possíveis razões para a não adesão (OBRELI-NETO et al., 2012; OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

Entre os estudos desenvolvidos no Estado de Goiás, identificou-se que a prevalência da hipertensão arterial variou de 22,4% a 80,4% (CARNELOSSO et al., 2010; FERREIRA et al., 2010; JARDIM et al., 2007; PEIXOTO et al., 2008). No entanto, poucos estudos tiveram como objetivo principal a avaliação do nível de adesão ao tratamento medicamentoso e a verificação dos fatores associados (CHINEM et al., 2013; RIBEIRO, 2010; SOUSA et al., 2015).

Nesse contexto, os pesquisadores ressaltam a necessidade de ampliar o escopo de compreensão dessa problemática em diferentes municípios do Estado de Goiás, bem com apontar caminhos para o estabelecimento de novas hipóteses e soluções para auxiliar na detecção de possíveis falhas na atenção à saúde das pessoas (CHINEM et al., 2013; RIBEIRO, 2010; SOUSA et al., 2015).

Além disso, as conclusões poderão ser extrapoladas para outros serviços especializados de atendimento à HAS e, conseqüentemente, proporcionar a melhoria das condições de saúde da coletividade. Assim, a questão norteadora do estudo foi: *Qual é o nível de adesão terapêutica e os fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso dos hipertensos em um ambulatório de média complexidade do SUS?*

Os resultados de uma avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso poderão contribuir para que os profissionais de saúde e gestores possam compreender os desafios e as dificuldades associadas à não adesão terapêutica e, possibilitarão o delineamento de estratégias de atuação que resultem, na adequação do regime terapêutico ao estilo de vida de cada pessoa, além de subsidiar a implementação de programas apropriados para educação em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar os fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas com hipertensão atendidas em serviço de referência.

Objetivos Específicos

- Descrever as variáveis socioeconômicas, relacionadas às condições de saúde, ao tratamento medicamentoso, ao sistema de saúde e as variáveis relacionadas aos pacientes;
- Verificar o nível de adesão dos participantes ao tratamento medicamentoso;
- Comparar as variáveis socioeconômicas, relacionadas às condições de saúde, ao tratamento medicamentoso, ao sistema de saúde e as variáveis relacionadas aos pacientes com as categorias de adesão.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Hipertensão arterial: aspectos epidemiológicos, clínicos e a terapêutica medicamentosa

A HAS é caracterizada pelo aumento persistente da pressão arterial (PA) acima dos limites considerados normais, ou seja, valores iguais ou superiores a 140 mmHg para pressão arterial sistólica (PAS) e/ou valores iguais ou superiores a 90 mmHg, para pressão arterial diastólica. Em caso de pacientes com alto risco cardíaco (comorbidades associadas), a sistólica e a diastólica devem estar abaixo de 130 e 80, respectivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; WHO, 2013).

A prevalência global da HAS, em pessoas acima de 18 anos, é de aproximadamente 22%. A maior prevalência foi encontrada na África (30%) e a menor, no continente americano (18%). Em geral, os homens apresentaram maior prevalência de HAS (24%) do que as mulheres (20,5%) (WHO, 2014; WHO, 2015).

Uma meta-análise que abrangeu estudos brasileiros realizados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, estimou que a prevalência da HAS no Brasil sofreu uma redução de 6% nas últimas três décadas, porém, o país permanece com uma taxa elevada (aproximadamente 30%). Entre os idosos, esse valor chega a atingir 68% (PICON et al., 2012; PICON et al., 2013).

Segundo dados do IBGE, a análise por Grandes Regiões mostrou que a proporção de pessoas com idade ≥ 18 anos, que referem diagnóstico de hipertensão é menor nas Regiões Norte (14,5%) e Nordeste (19,4%). A Região Sudeste possui a maior proporção (23,3%), sendo que as Regiões Sul e Centro-Oeste apresentam proporções de 22,9% e 21,2%, respectivamente (IBGE, 2013).

Embora o conhecimento científico sobre a HAS tenha apresentado grande desenvolvimento nas últimas décadas e apesar de existirem diversos medicamentos eficazes para o tratamento da HAS disponíveis no mercado, o controle dos níveis pressóricos permanece insatisfatório. O número de pessoas com hipertensão não controlada ($PAS \geq 140$ mmHg e/ou $PAD \geq 90$ mmHg) aumentou de 605 milhões para 978 milhões, entre 1980 e 2008 (DANAELI et al., 2011; SOUZA et al., 2014; WHO, 2013; WHO, 2014).

No Brasil, uma revisão sistemática identificou diferentes estudos de base populacional, em que o índice mais elevado de controle foi de um estudo multicêntrico em 100 municípios (57,6%) e na cidade de São José do Rio Preto, em São Paulo (52,4%). Os menores percentuais, em torno de 10%, foram identificados em microrregiões do Rio Grande do Sul e no município de Tubarão, em Santa Catarina (PINHO, PIERIN, 2013).

O *Global Status Report on noncommunicable diseases 2014*, publicado pela Organização Mundial da Saúde, apresenta um diagrama demonstrando as inter-relações entre os principais fatores que contribuem para o aumento da pressão arterial e suas complicações (Figura 1) (WHO, 2014, p.69).

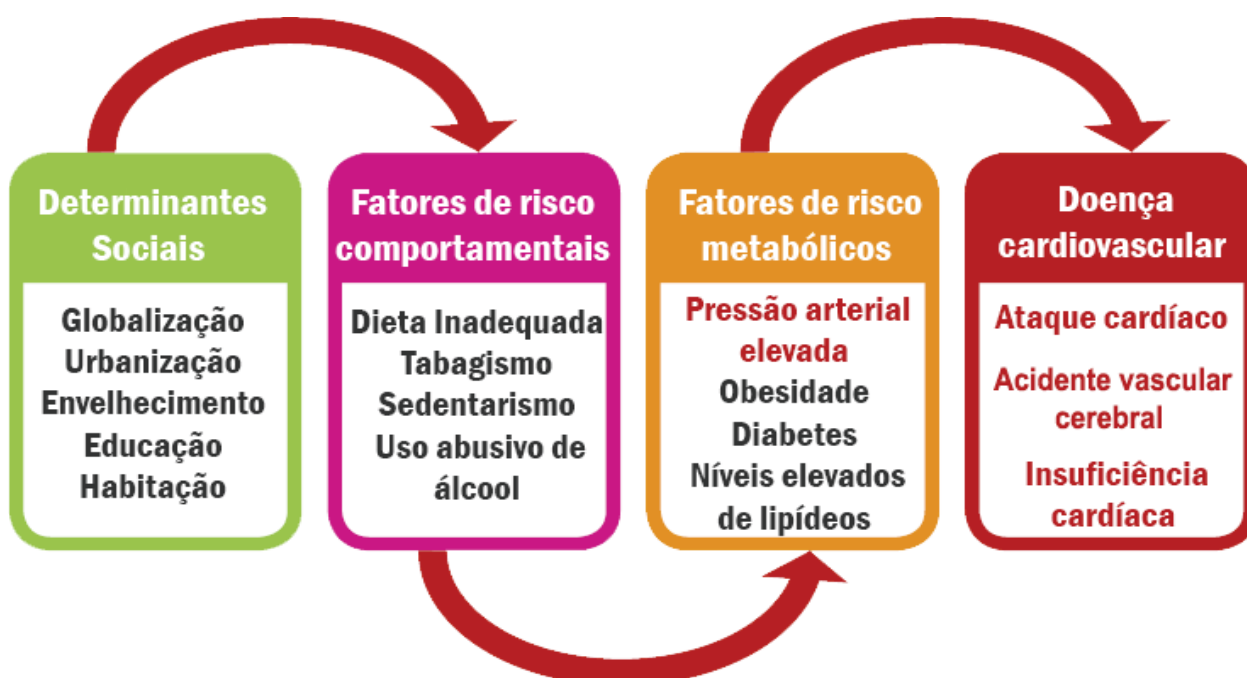


Figura 1 – Principais fatores que contribuem para o aumento da pressão arterial e suas complicações
Fonte: WHO, 2014, p.69.

Por meio desse diagrama pode-se verificar que os determinantes sociais, os fatores de risco comportamentais e metabólicos (entre eles a pressão arterial elevada), estão associados à ocorrência do ataque cardíaco, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca (WHO, 2014).

A hipertensão arterial sistêmica é considerada o principal fator de risco para eventos cardiovasculares, e encontra-se presente em 69% dos pacientes, com um primeiro infarto agudo do miocárdio, em 77% dos indivíduos com um primeiro acidente vascular cerebral e em 74% dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica (ARONOW, 2012).

O diagnóstico da HAS deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões. O quadro a seguir apresenta os valores da classificação da HAS, em pessoas com mais de 18 anos de idade, considerando a medida casual no consultório (SBC; SBH; SBN, 2010).

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

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Fonte: SBC; SBH; SBN, 2010.

O tratamento da hipertensão arterial envolve mudanças no estilo de vida e utilização de medicamentos. Entre essas mudanças, estão o controle do peso, a redução do consumo de álcool, a alimentação equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabagismo. A implantação de políticas públicas que estimulam a adoção de hábitos saudáveis mostrou-se favorável para a redução dos níveis pressóricos em países desenvolvidos nas últimas três décadas (SBC; SBH; SBN, 2010; WHO, 2013; WHO, 2014).

Quanto ao tratamento medicamentoso, devem ser considerados os seguintes aspectos na escolha do (s) anti-hipertensivo (s) empregado (s): eficácia pela via oral; segurança e tolerabilidade; administração em menor número de tomadas possível; não ser obtido pela manipulação; ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, ser considerado em associação para os hipertensos em estágios 2 e 3 e para pacientes com elevado risco cardiovascular, além de apresentar comprovação da redução da morbidade e mortalidade cardiovascular através de ensaios clínicos (SBC; SBH; SBN, 2010).

Atualmente, as classes de anti-hipertensivos disponíveis para o tratamento da HAS são: diuréticos, inibidores adrenérgicos de ação central, alfa e betabloqueadores, vasodilatadores diretos, bloqueadores dos canais de cálcio,

inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II e inibidor direto da renina (SBC; SBH; SBN, 2010).

Em uma meta-análise desenvolvida para comparar os efeitos de todas as classes de anti-hipertensivos, pesquisadores concluíram que as evidências científicas acumuladas até o momento, não permitem a elaboração de uma combinação fixa dos fármacos disponíveis que possa ser utilizada para tratar todos os hipertensos. Para a escolha do tratamento adequado, devem ser consideradas as especificidades de cada medicamento e a condição clínica do paciente (THOMOPOULOS; PARATI; ZANCHETTI, 2015).

A figura 2 apresenta o fluxograma para tratamento da hipertensão arterial (SBC, SBH, SBN, 2010, p.28):

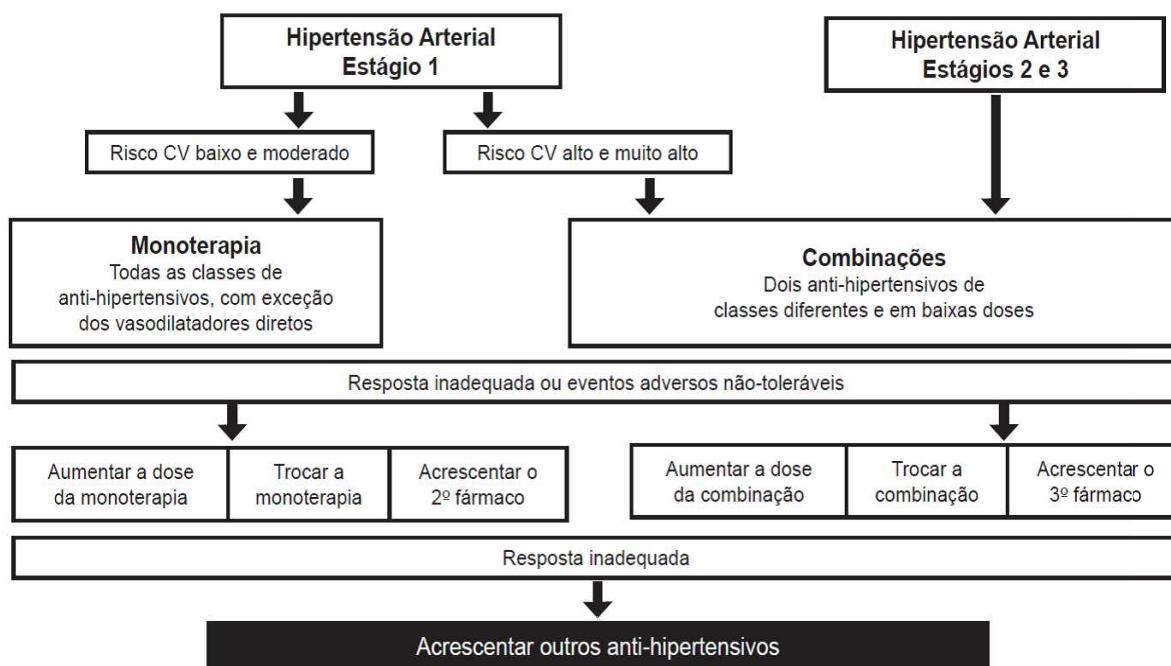


Figura 2 – Fluxograma para o tratamento da hipertensão arterial.

Fonte: SBC; SBH; SBN, 2010

Recentemente, foi publicado um ensaio clínico randomizado que acompanhou o tratamento de 9.361 hipertensos não diabéticos, com elevado risco cardiovascular. Esse estudo concluiu que manter a pressão arterial sistólica abaixo de 120mmHg, diminui a ocorrência de eventos cardiovasculares e a mortalidade. Contudo, também observou-se um aumento de efeitos indesejados nas pessoas cuja meta do tratamento era manter a PAS < 120mmHg (SPRINT RESEARCH GROUP, 2015).

No âmbito do SUS, a Assistência Farmacêutica tem como objetivo primordial garantir o abastecimento contínuo e o uso racional de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mediante os processos de seleção, programação, aquisição, armazenamento, prescrição e dispensação (MARIN et al., 2003).

Para organizar a assistência às pessoas com HAS e Diabetes *Mellitus* (DM), o Ministério da Saúde lançou em 2002, o Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia), visando melhorar a atenção à saúde dos portadores dessas doenças. São prioridades desse plano: a confirmação de casos suspeitos, a elaboração de protocolos clínicos, a garantia da distribuição gratuita de medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulinas e a criação de um Sistema Informatizado, denominado Sis-HiperDia (BRASIL, 2002).

O preenchimento dos dados no Sis-HiperDia fornece aos gestores informações gerais sobre o acompanhamento desses usuários que podem ser utilizadas como subsídios para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos (BRASIL, 2002).

Em relação ao acompanhamento do tratamento medicamentoso da HAS, um protocolo elaborado pelo Ministério da Saúde referente às estratégias para o cuidado dos hipertensos na Atenção Básica, recomenda a aferição semanal da pressão arterial e respectivo registro no prontuário do paciente até a primeira consulta médica de reavaliação do tratamento, que não deverá ultrapassar trinta dias (BRASIL, 2013).

Ao verificar que não houve redução da pressão arterial com o uso da medicação prescrita até a segunda semana de tratamento, a equipe de Enfermagem deverá orientar o paciente para consultar o médico, após certificar-se que o paciente está utilizando corretamente os medicamentos. Caso o paciente esteja utilizando corretamente a medicação, a equipe de Enfermagem deverá refazer a orientação sobre o uso da medicação e continuar monitorando a pressão arterial (BRASIL, 2013).

A consulta médica de reavaliação do tratamento deve verificar se o paciente atingiu a meta pressórica. Caso isso não ocorra, recomenda-se adicionar outro fármaco, aumentar a dose do fármaco prescrito ou substituí-lo quando não houver nenhum efeito, fazendo reavaliações em intervalos mensais até que a meta pressórica seja atingida (BRASIL, 2013).

As pessoas que não estiverem seguindo os tratamentos recomendados, poderão consultar o (a) enfermeiro (a) e/ou o (a) médico (a) para que seja avaliada a motivação para o tratamento e sua capacidade de autocuidado. De acordo com essa avaliação, poderão também ser encaminhadas para receber apoio de outros profissionais (psicólogo, nutricionista, assistente social, educador físico, farmacêutico) ou ser avaliadas por meio de apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2013).

3.2 Adesão: aspectos conceituais e fatores associados

Os registros encontrados na literatura confirmam que a preocupação com a adesão às recomendações terapêuticas data de muito tempo. Há 2400 anos, Hipócrates já enfatizava a importância de observar as falhas do paciente em relação ao que havia sido prescrito (LERNER, 1997).

Em 1882, os pacientes que não aderiam ao tratamento para tuberculose foram rotulados por Robert Koch como descuidados e irresponsáveis. Após a Segunda Guerra Mundial, as pessoas que se recusaram a tomar novos antibióticos para a tuberculose, foram chamadas de “teimosas” (LERNER, 1997).

Há mais de 40 anos, a adesão terapêutica é discutida, contudo, ainda observam-se inconsistências na padronização dos termos empregados para avaliação do comportamento do paciente em relação às recomendações de um profissional de saúde (BERG et al., 2011; BLASCHKE, 2012).

Em 1974, um grupo de cientistas reuniu-se no Canadá para discutir sobre o tema, e o termo *compliance* (empregado na língua inglesa), foi eleito após o debate como aquele que generalizava todo o comportamento relacionado às recomendações de cuidado em saúde. Em 1976, Haynes e Sackett definiram “*compliance*” como a capacidade do paciente em seguir a prescrição médica (GREENE, 2004; HAYNES, SACKETT, 1976).

A palavra inglesa “*compliance*” foi originada do latim “*complire*”, assemelhando-se ao verbo “cumprir” em português. Dessa forma, presume que o paciente siga o tratamento de forma passiva, sem emitir sua opinião. Vários autores consideram esse termo inadequado, pois contraria a conduta ideal, que seria estimular a participação dos pacientes nas decisões sobre seu tratamento (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Posteriormente, Barofsky (1978) fez uma revisão da literatura sobre o desenvolvimento do autocuidado e apresentou três níveis de resposta do paciente às recomendações de cuidados em saúde: *compliance*, *adherence* e *therapeutic alliance*. O primeiro possui conotação de uma ação coercitiva, supõe obediência e cumprimento de regras; *adherence* refere-se à consonância, e *therapeutic alliance*, relaciona-se ao vínculo estabelecido entre profissional e paciente em direção ao autocuidado (BAROFSKY, 1978).

Em 1998, Misselbrook utilizou o termo *concordance* para designar a parceria estabelecida entre o profissional e o paciente para atingir os objetivos do tratamento. Esse termo teria sido introduzido com a implicação de que o clínico e o paciente deveriam entrar em consenso quanto à terapêutica (ARONSON, 2007).

Pesquisadores ressaltam que é preciso ter cautela ao utilizar o termo “*concordance*” como sinônimo de “*compliance*”, pois este se refere ao comportamento quanto à tomada de medicamentos e “*concordance*” diz respeito à natureza da interação entre o clínico e o paciente (BELL et al., 2007)

Em 2003, a Organização Mundial de Saúde (OMS, p.3), adotou o termo “*adherence*” e definiu a adesão como “o grau em que o comportamento de uma pessoa coincide com as recomendações de um profissional de saúde, em relação à tomada de medicamentos, seguimento de uma dieta ou mudanças no estilo de vida.” O termo *adherence* também é derivado do latim “*adhaerere*” que significa aderir a, permanecer constante.

As definições propostas sugerem que o tratamento recomendado pelo profissional de saúde é o mais adequado para a pessoa, sendo assim, o comportamento mais sensato para o paciente seria seguir tais recomendações. Em relação ao cumprimento do tratamento medicamentoso, sabe-se que os profissionais de saúde não conseguem controlar a ingestão diária dos medicamentos pelos pacientes. Portanto, a decisão final sobre cumprir ou não as recomendações transmitidas pelos profissionais será sempre do paciente (STEINER; EARNEST, 2000).

As pesquisas mais recentes utilizam o termo *adherence*, referindo-se à consonância, considerando que as pessoas têm liberdade de escolha e podem optar por seguir ou não determinada recomendação (BOSKOVIC et al., 2013; KRONISH, 2013; MORISKY et al., 2008; ROLNICK et al., 2013).

Por tratar-se de um tema complexo, que pode estar associado a diferentes tipos de comportamento, nenhum termo isolado ou definição contempla toda a sua dimensão. Verifica-se a necessidade de criar um conjunto de regras estabelecidas, visando fornecer definições adequadas e precisas e uma estrutura conceitual que atenda às necessidades da pesquisa e da prática clínica (VRIJENS et al., 2012).

No presente estudo, adotou-se a compreensão da adesão como descrito na revisão sistemática que analisou diferentes definições de adesão conforme a época e a metodologia utilizada. Os especialistas de diferentes países propuseram uma nova taxonomia com o objetivo de aperfeiçoar a conduta, a análise e a interpretação das pesquisas sobre adesão à medicação (VRIJENS et al., 2012).

Esses pesquisadores fizeram uma diferenciação entre os processos que descrevem as ações estabelecidas por meio de uma rotina (adesão à medicação e manejo da adesão) e a disciplina que estuda esses processos (*Adherence-related sciences*) (VRIJENS et al., 2012).

A adesão à medicação consiste no processo em que os pacientes tomam seus medicamentos conforme a prescrição. É constituída por três componentes: início, implementação e interrupção. O processo inicia-se quando a pessoa toma a primeira dose de um medicamento prescrito. Após o início, o processo continua com a implementação do esquema, que abrange desde a primeira até a última dose que a pessoa tomar. Quando as próximas doses prescritas são omitidas e mais nenhuma outra dose é ingerida posteriormente, ocorre a interrupção, que marca o fim do tratamento (VRIJENS et al., 2012).

Persistence é o termo utilizado para designar o tempo entre o início do tratamento e a última dose, que precede a interrupção. A não-adesão pode ocorrer nas seguintes situações: quando o paciente atrasa ou não inicia o tratamento prescrito, quando não utiliza os medicamentos nas doses indicadas e quando interrompe o tratamento precocemente (VRIJENS et al., 2012) (Figura 3).

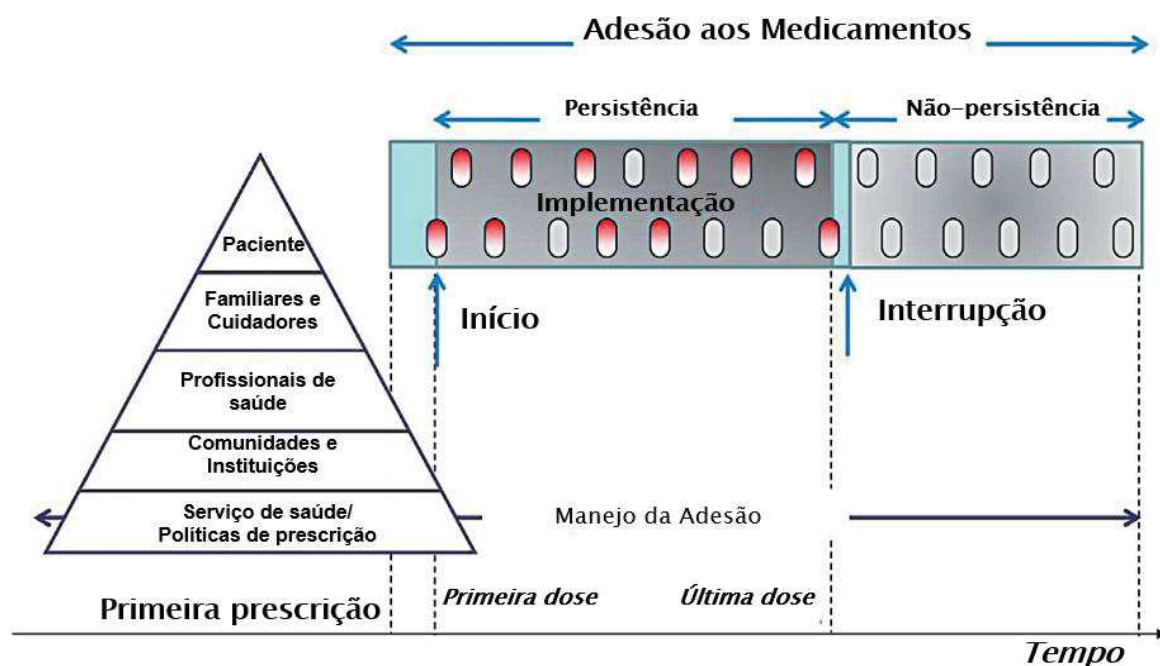


Figura 3 – Ilustração do processo de adesão aos medicamentos e o processo de manejo da adesão
 Fonte: VRIJENS et al, 2012

O manejo da adesão é o processo que envolve o apoio e o monitoramento da adesão dos pacientes por profissionais e pelo sistema de saúde, visando promover o uso racional dos medicamentos e, conseqüentemente, atingir os efeitos desejados com o menor risco possível. Isso requer o envolvimento do paciente, dos familiares e cuidadores no processo de tomada de decisão terapêutica para garantir a efetividade do processo de adesão aos medicamentos (VRIJENS et al., 2012).

As ciências relacionadas à adesão não incluem somente a Medicina, Farmácia, Enfermagem ou Sociologia, mas abrangem todas as disciplinas que buscam compreender as causas ou conseqüências de discordâncias do cumprimento das prescrições (VRIJENS et al., 2012).

A taxonomia proposta por esses pesquisadores não pretende substituir todos os termos utilizados anteriormente, mas procura inserí-los nessa nova forma de abordagem sobre o tema (por exemplo, *concordance* e *therapeutic alliance* seriam considerados como elementos do manejo da adesão). Isso servirá para que os pesquisadores possam utilizar uma linguagem comum para descrever diferentes tipos de estudos (VRIJENS et al., 2012).

Também existe uma discussão na literatura sobre quão fiel ao tratamento um paciente deve ser para ser considerado como aderente. Qual seria a quantidade mínima de medicamento que ele necessita utilizar para obter ganho terapêutico?

Para algumas enfermidades, há um ponto de corte estabelecido, como 80% na HAS e 95% na terapia antirretroviral (CARO et al., 2004; PATERSON et al., 2000; WHO, 2003).

A Organização Mundial de Saúde conceitua a adesão como um fenômeno multidimensional, influenciado por cinco grupos de fatores (Figura 4).

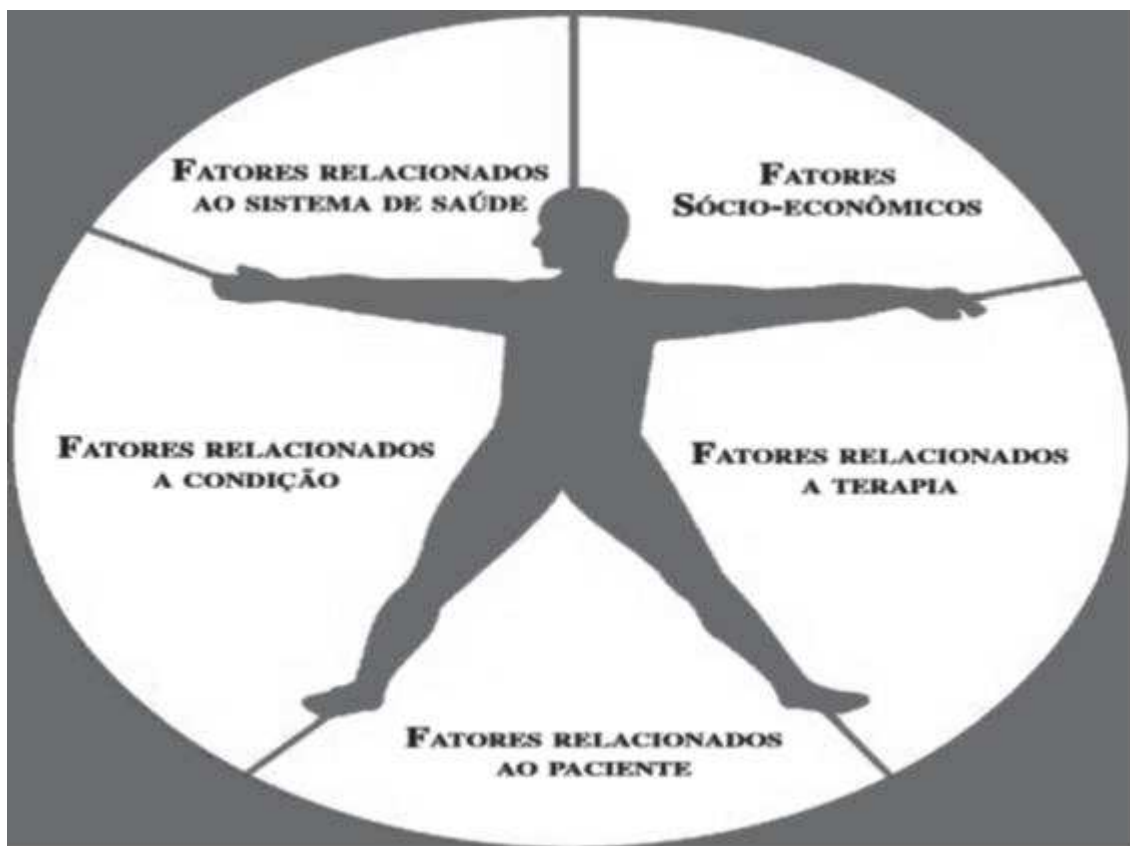


Figura 4 - Fatores que influenciam a adesão
Fonte: WHO, 2003

Em termos dos fatores socioeconômicos, verificam-se maiores taxas de adesão nos países desenvolvidos do que nos países em desenvolvimento, considerando que nesses países, as pessoas com baixo status socioeconômico têm que decidir entre prioridades, muitas vezes optam por outras necessidades em detrimento da aquisição dos medicamentos (KHATIB et al., 2014; MATSUI, 2013; ROLNICK et al., 2013; TAVARES et al., 2013).

O baixo grau de escolaridade é um fator que interfere na adesão, pois dificulta a compreensão das informações transmitidas pelos profissionais de saúde. Além disso, estudos já verificaram que existe relação entre o letramento funcional em saúde e o cumprimento do tratamento medicamentoso, tendo em vista que as pessoas podem ter dificuldades em compreender instruções relacionadas à

utilização dos medicamentos, principalmente aquelas que utilizam vários medicamentos simultaneamente (CARVALHO et al., 2012; MANTWILL; MONESTEL-UMAÑA; SCHULZ, 2015; SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010; WEE; KOH, 2012; ZHANG; TERRY; MCHORNEY, 2014).

Quanto aos fatores relacionados à equipe de profissionais e ao sistema de saúde, existem cinco barreiras principais referentes a: falta conhecimento sobre a adesão; falta de ferramentas clínicas para auxiliar os profissionais na avaliação e intervenção em problemas relacionados à adesão; falta de ferramentas que auxiliem os pacientes a desenvolverem a adaptação do comportamento; falta de provisão de cuidado às doenças crônicas; comunicação deficiente entre os pacientes e os profissionais de saúde (WHO, 2003).

Enquanto um bom relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente pode favorecer a adesão, vários fatores podem prejudicá-la, entre eles: o difícil acesso aos serviços de saúde, as falhas na distribuição de medicamentos, a falta de treinamento dos profissionais, a falta de incentivo ou de monitoramento do desempenho da equipe, as estratégias inadequadas de promoção da saúde, a incapacidade em estabelecer suporte à comunidade, a falta de conhecimento sobre adesão e estratégias eficazes para a sua melhora (COLEMAN et al., 2005; HAYNES et al., 2008; SCHROEDER et al., 2004; SIMONI et al., 2013; WILLIAMS et al., 2008)

Os fatores relacionados à condição de saúde são característicos do tipo de doença que a pessoa apresenta. Alguns determinantes com alto impacto sobre a adesão são aqueles relacionados à presença ou ausência dos sintomas, progressão da doença, bem como a presença de mais de uma doença, como por exemplo, a depressão. O impacto desses fatores pode influenciar a percepção de risco do paciente, o que fará com que ele se preocupe ou não com o cumprimento do tratamento (KROUSEL-WOOD, 2010; MAZZAGLIA et al., 2009; PERREAULT et al., 2012)

Diversos fatores relacionados ao tratamento podem afetar a adesão, entre eles, os mais relatados nas pesquisas científicas são aqueles que se relacionam à duração e complexidade do tratamento medicamentoso, falhas terapêuticas prévias, mudanças frequentes no tratamento, presença de efeitos indesejados, além da disponibilidade de apoio da equipe de saúde sobre como lidar com as dificuldades no seguimento da terapêutica (HEISLER et al., 2008; HEISLER et al., 2010; MATTHES; ALBUS, 2014; SELAK et al., 2014)

Os fatores relacionados ao paciente representam os recursos, conhecimentos, atitudes, crenças, percepções e expectativas do paciente. Esses fatores podem exercer influência de forma negativa: estilo de vida, estresse, baixa motivação, pessimismo, ansiedade devido à complexidade do regime terapêutico, conhecimentos e habilidades inadequadas no manejo de sintomas ligados à doença e ao tratamento, bem como crenças negativas ou baixas expectativas sobre a eficácia do tratamento, descrença no diagnóstico (MACHADO et al., 2012; MARSHALL et al., 2012; NWABUO et al., 2014; PUCCI et al., 2012; ROLNICK et al., 2013).

A aceitação da doença, habilidade para se engajar nos comportamentos necessários para o manejo da doença, bem como expectativas quanto ao desfecho da doença e consequências da não-adesão, interação de maneiras muitas vezes não totalmente entendidas na influência sobre a adesão ao tratamento (WHO, 2003).

3.3 Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso

A investigação da adesão ao tratamento medicamentoso utiliza métodos que são classificados em diretos e indiretos. Todos esses métodos apresentam limitações peculiares, portanto, a literatura é unânime ao enfatizar a inexistência de um “*gold standard*” de avaliação da adesão. Os principais métodos diretos são: a detecção do fármaco ou metabólito em fluidos biológicos, a adição de um marcador e a observação direta do paciente (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

A detecção do fármaco ou de seu metabólito é realizada por meio de técnicas analíticas laboratoriais que utilizam fluidos biológicos do paciente (sangue ou urina) para comprovar se realmente houve a ingestão do medicamento na dose e frequência necessárias (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

A análise bioquímica dos medicamentos requer o conhecimento de parâmetros farmacocinéticos e estes, por sua vez, podem sofrer alterações decorrentes de outros fatores biológicos como, por exemplo, a função hepática. Além disso, o paciente pode utilizar outros medicamentos capazes de provocar interações medicamentosas, que também podem interferir na concentração do medicamento ou de seu metabólito presente nos fluidos biológicos (NOBRE; MION JR., 2013).

A adição de um marcador consiste em administrar um composto atóxico, estável e que apresente correlação linear com a concentração do fármaco que está sendo utilizado pelo paciente para verificar sua presença nos fluidos biológicos. Esse método apresenta aplicações, vantagens e desvantagens semelhantes às do método de detecção do fármaco ou de metabólitos (MILSTEIN-MOSCATI et al., 2000).

Ao realizar a observação direta do paciente, o investigador verifica se o paciente utilizou o medicamento conforme a posologia estabelecida na prescrição. Uma das limitações desse método é a dificuldade de sua aplicação em ambientes ambulatoriais, por não haver um profissional que possa observar a administração de cada dose utilizada pelo paciente. Além disso, o paciente pode simular que ingeriu o medicamento e retirá-lo da boca na ausência do investigador (FARMER, 1999).

Os principais métodos indiretos incluem o controle da retirada de medicamentos na farmácia, a avaliação da resposta clínica, o sistema de monitoramento eletrônico de medicamento (MEMS); a contagem manual de comprimidos, diário do paciente e o autorrelato (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

O registro de retirada dos medicamentos na farmácia verifica se existe conformidade entre o número de dias entre a retirada anterior e a atual retirada de medicamentos com o número de dias que a prescrição médica estima para a retirada anterior e a retirada atual de medicamentos (KROUSEL-WOOD et al., 2009; OBRELI-NETO et al., 2011)

A avaliação da resposta clínica baseia-se no resultado final do tratamento. No caso da hipertensão arterial, o paciente que apresenta níveis pressóricos conforme recomendado, é interpretado como aderente ao tratamento e vice-versa (OIGMAN, 2006).

O MEMS utiliza frascos que registram o número de vezes que o paciente abre e fecha o frasco para retirar os comprimidos diariamente. Os números de abertura e fechamento dessas embalagens são transmitidos por meio de um dispositivo para um computador, que emite um relatório com informações das datas, horários e os intervalos entre todas as “prováveis” tomadas dos medicamentos (GILLESPIE et al., 2011; LYIMO et al., 2011).

A contagem manual de comprimidos verifica se a quantidade restante em cada embalagem dos medicamentos que o paciente utiliza corresponde à quantidade que deveria ter sido utilizada segundo a prescrição médica,

considerando o intervalo de tempo entre a última retirada do medicamento e a data em que é realizada a contagem. Esse método avalia qual foi a quantidade utilizada, mas não como foi utilizada (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

O diário do paciente é um método em que o pesquisador orienta o paciente a efetuar registros diários de todos os eventos relacionados ao uso de medicamentos (quantidade utilizada, reações adversas, entre outros). Esses registros são entregues ao pesquisador em intervalos de tempo, previamente definidos, para que possa analisar as informações contidas no diário (KROUSEL-WOOD et al., 2004; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

O autorrelato pode ser aplicado por meio de questionários estruturados, entrevistas presenciais, via telefônica, ou até mesmo pela internet. É um método amplamente utilizado na prática clínica, devido à sua facilidade de aplicação, baixo custo e por permitir a investigação de uma grande quantidade de pessoas em todos os níveis de atenção à saúde (GARFIELD et al., 2011; NGUYEN; CAZE; COTTRELL, 2013).

O fato de perguntar diretamente ao paciente sobre a forma com que utiliza seus medicamentos possibilita a obtenção de dados adicionais, que de outra maneira não poderiam ser obtidos, tais como: o modo de utilização, os problemas relacionados à adesão, a utilização de tratamentos alternativos (dados estes não disponíveis em bancos de dados de retirada de medicamentos de farmácias, por exemplo). Além disso, caso o paciente relate não adesão à terapia, esse resultado é bastante fidedigno, possuindo um valor preditivo positivo bastante alto (ALGHURAIR et al., 2012; CHAMORRO et al., 2008).

Nguyen e colaboradores (2013) revisaram 43 escalas utilizadas para a aplicação do método do autorrelato, que foram divididas em cinco grupos diferentes, baseadas nas informações que elas procuram obter: o primeiro grupo investigou informações apenas sobre o comportamento diante da utilização de medicamentos e o segundo, além de pesquisar informações sobre o comportamento diante da utilização de medicamentos também investigou as possíveis barreiras relacionadas à adesão. O terceiro grupo fez questionamentos apenas sobre as barreiras relacionadas à adesão, enquanto o quarto grupo investigou as crenças relacionadas à adesão. O quinto grupo buscou informações sobre as crenças e barreiras relacionadas à adesão.

No presente estudo, optou-se por além de pesquisar as informações sobre o comportamento diante da utilização de medicamentos, investigar também as barreiras relacionadas à adesão específicas do paciente. Nesse contexto, adotou-se a medida *self-report* proposta por Morisky, que tem sido mundialmente utilizada para análise da adesão à medicação.

Essa escala foi elaborada e testada em 2008, com a participação de 1.367 hipertensos em um estudo que avaliou a validade preditiva e concorrente da escala de adesão terapêutica de Morisky de 8 itens (MMAS-8) (MORISKY et al., 2008).

A MMAS-8 apresentou consistência interna medida pelo alfa de Cronbach de 0,83, além de maior sensibilidade (93%) e especificidade (53%) em relação à versão original composta por quatro itens, o que garante sua capacidade de identificar pacientes com adesão insatisfatória e que, conseqüentemente, possam apresentar risco de descontrole da pressão arterial (MORISKY et al., 2008).

Esse instrumento tem sido amplamente utilizado e demonstra ser um instrumento confiável de avaliação da adesão terapêutica. Já foi utilizado tanto em países desenvolvidos (Estados Unidos, França) (KORB-SAVOLDELLI et al., 2010; KROUSEL-WOOD et al., 2009), quanto em países em desenvolvimento (Irã, Nigéria, Coréia do Sul, Palestina) (KIM et al., 2014; MOHARAMZAD et al., 2015; OKWUONU et al., 2014; ZYOUD et al., 2013). A escala foi traduzida e validada para a utilização na língua portuguesa brasileira, demonstrou desempenho satisfatório para identificar pacientes não aderentes (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

Os estudos que utilizaram a MMAS-8 apresentaram forte correlação entre a pontuação obtida e medidas objetivas de adesão, como o desfecho clínico. A comprovação da correlação entre o instrumento e o desfecho clínico numa população específica tem benefícios evidentes para sua utilização em pessoas com a mesma condição clínica (NGUYEN; CAZE; COTTRELL, 2013).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal.

4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde do município de Jataí, localizado na região Sudoeste do estado de Goiás, a 300 km de Goiânia, que apresenta um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,75, um produto interno bruto (PIB) de R\$ 2.820.879 mil reais e uma população de 94.890 habitantes, sendo destes, 6.426 indivíduos com mais de 65 anos (ATLAS BRASIL, 2013; IBGE, 2012; IBGE, 2014).

Essa unidade foi escolhida, por ser o único local de referência, nesse município, para o atendimento aos hipertensos que, após atendimento e avaliação clínica nas unidades de atenção básica, apresentaram dificuldade para o controle da pressão arterial e foram encaminhadas para atenção especializada no referido ambulatório. Essas pessoas foram referenciadas para acompanhamento com equipe multiprofissional, constituída por cardiologista, enfermeiro, técnico em enfermagem, nutricionista e psicólogo.

A unidade mantém em funcionamento o Programa de Hipertensão, Programa de Diabetes e o Programa de Saúde do Idoso. Oferta ainda diversificados serviços: verificação da pressão arterial e glicemia capilar, realização de eletrocardiograma e curativos, coleta e entrega de exames laboratoriais, vacinação, agendamento de especialidades, atendimento odontológico, consultas médicas, de enfermagem, nutrição, psicologia e serviço social. Além disso, conta com uma farmácia que dispensa medicamentos para os usuários que são atendidos na unidade, além de atender a população do município em geral.

4.3 Participantes do estudo

4.3.1 População

A população do estudo foi composta por todas as pessoas atendidas pelo cardiologista do ambulatório no ano de 2014 (N = 274). Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: idade \geq 18 anos e diagnóstico de hipertensão arterial confirmado em prontuário há pelo menos um ano, até a data de coleta de dados. Foram registradas 25 perdas (pessoas que mudaram de cidade, apresentaram dificuldade para comunicação e compreensão das perguntas, óbitos e pessoas que recusaram a participar do estudo).

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2014 a agosto de 2015, pela pesquisadora responsável (mestranda) e uma acadêmica de enfermagem previamente treinada. Os dados foram coletados em duas etapas.

A primeira etapa ocorreu de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015. Nessa etapa, as pesquisadoras fizeram o levantamento dos pacientes cadastrados no ambulatório de cardiologia da unidade de saúde do município em estudo e procederam a análise dos prontuários. Para organização das informações, foi elaborado um banco de dados constando dados de identificação e a data da última consulta no ambulatório para a identificação dos potenciais participantes.

Na segunda etapa ocorreu o recrutamento e a realização das entrevistas individuais para aplicação do formulário de coleta de dados. O primeiro contato com o participante ocorreu por via telefônica para verificar a data prevista de seu comparecimento ao serviço de saúde (para consulta médica, de enfermagem ou para retirar medicamentos na farmácia). Nesse momento, foi agendado o dia do encontro com a pesquisadora e/ou sua auxiliar para a realização do processo de consentimento informado.

Esse encontro ocorreu nos consultórios disponíveis na data de coleta de dados, garantindo a privacidade do participante. Como 41 pessoas afirmaram não ter disponibilidade para serem entrevistadas no serviço de saúde, as pesquisadoras foram aos seus domicílios para realizar a entrevista.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individualizadas, conduzidas pela própria pesquisadora e/ou sua auxiliar, com duração de 30 a 60 minutos. As pesquisadoras registraram por escrito todas as informações fornecidas pelos participantes assinalando as opções indicadas como resposta pelo paciente.

4.5 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário estruturado composto de duas seções: (1) dados de identificação, características socioeconômicas, informações sobre a condição de saúde, relacionadas ao sistema de saúde, tratamento medicamentoso e informações relacionadas ao paciente (APÊNDICE A); (2) a Medida do nível de adesão terapêutica por meio da Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 itens (MMAS-8) (ANEXO A).

4.5.1 Formulário estruturado

O instrumento foi elaborado com fundamentação em diferentes estudos que analisaram a adesão terapêutica medicamentosa de pessoas com enfermidades crônicas, especialmente hipertensão arterial (CALIXTO, 2010; MEDEIROS, 2006; PALOTA, 2010) e diabetes mellitus (FARIA, 2008; MATTA, 2010) (APÊNDICE B).

O piloto do questionário foi aplicado no período de 20 de janeiro a 03 de fevereiro de 2015, com 12 pacientes que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa. Os objetivos foram verificar o entendimento do paciente em relação às perguntas, a inteligibilidade e clareza das perguntas elaboradas, a duração da entrevista e demais dificuldades que pudessem ser encontradas pelas pesquisadoras. Apenas uma pergunta foi excluída do questionário (Costuma ingerir alimentos industrializados ou utilizar muito sal na comida?), por verificar que não seria possível avaliar qual a real quantidade ingerida pelo participante para determinar se essa quantidade ultrapassava ou não as recomendações da literatura científica.

4.5.2 Instrumento para investigação da adesão

No presente estudo, utilizou-se a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 itens (MMAS-8) como método para investigação da adesão. A escala contém oito perguntas, sendo sete com respostas fechadas de caráter dicotômico (sim/não) e uma com respostas segundo uma escala de cinco opções: nunca/raramente, poucas vezes, algumas vezes, na maior parte das vezes, sempre. O grau de adesão

terapêutica é determinado a partir da pontuação obtida por meio da somatória de todas as respostas (MORISKY et al., 2008).

Para as questões 1, 2, 3, 4, 6 e 7 é atribuído 1 ponto para respostas negativas e nenhum ponto para respostas afirmativas. O inverso ocorre com a questão 5, em que a resposta afirmativa corresponde a 1 ponto e a resposta negativa corresponde a zero. Em relação à última questão, são atribuídas as seguintes pontuações: nunca/raramente (1 ponto), poucas vezes (0,75 ponto), algumas vezes (0,5 ponto), na maior parte das vezes (0,25 ponto) e sempre (0 ponto). A escala apresenta a seguinte classificação: alta adesão (8 pontos), média adesão (6 a < 8 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos) (MORISKY et al., 2008).

Conforme recomendações do autor para análise estatística, foram considerados não aderentes aqueles pacientes com pontuação menor que 6 na MMAS-8 e considerados aderentes os participantes com pontuação entre 6 e 8 pontos. Essa dicotomização também foi realizada em outro estudo brasileiro (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012)

Nessa escala, considera-se que as respostas negativas estão relacionadas a comportamentos de adesão, considerando que as pessoas geralmente respondem aos questionamentos dos profissionais de saúde de forma positiva, o que pode gerar um viés na pesquisa (MORISKY et al., 2008).

Trata-se de um instrumento com direitos autorais protegidos para qual é obrigatória a solicitação de autorização, bem como pagamento da taxa de utilização de propriedade intelectual que foi realizado mediante contato estabelecido com o autor da versão original (ANEXO B).

4.6 Variáveis de estudo

A avaliação do nível de adesão terapêutica foi considerada variável de desfecho (quadro 2). As variáveis relacionadas à condição socioeconômica, condição geral de saúde, ao sistema de saúde, ao tratamento medicamentoso e aquelas relacionadas aos pacientes foram consideradas variáveis de exposição (quadro 3).

Quadro 2 – Variável de desfecho

VARIÁVEL	Nome	Significado	Categorias	Medida
Adesão ao tratamento medicamentoso	Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 itens	Estabelece três níveis de adesão	Baixa adesão (<6 pontos) Média adesão (6 a <8 pontos) Alta adesão (8 pontos)	Ordinal
	Distribuição das respostas aos itens	Q1 = Esquecer de tomar medicamento	Sim Não	Nominal
		Q2 = Outro motivo para deixar de tomar nos últimos 15 dias	Sim Não	Nominal
		Q3 = Parou de tomar ou diminuiu a dose	Sim Não	Nominal
		Q4 = Esquece de tomar quando viaja ou sai de casa	Sim Não	Nominal
		Q5=Tomou medicamentos ontem	Sim Não	Nominal
		Q6 = Pára de tomar quando pressão está controlada	Sim Não	Nominal
		Q7 = Já sentiu aborrecido por seguir o tratamento	Sim Não	Nominal
Q8 = Com que frequência tem dificuldades para lembrar de tomar medicamentos	Nunca/Raramente Poucas vezes Algumas vezes Na maior parte das vezes Sempre	Ordinal		

Quadro 3 – Variáveis de exposição

VARIÁVEL	Nome	Significado	Categorias	Medida
Variáveis sociodemográficas e econômicas	Sexo		Feminino Masculino	Nominal
	Escolaridade (IBGE)		Até Ensino Fundamental Ensino Médio/Superior	Ordinal
	Cor da pele autorreferida (IBGE)		Branca Parda/Preta	Nominal
	Mora sozinho		Não Sim	Nominal
	Situação conjugal	Com companheiro (morando junto ou casado) Sem companheiro (solteiro, divorciado ou viúvo)	Com companheiro Sem companheiro	Nominal
	Situação ocupacional		Empregado/Autônomo Aposentado/Pensionista Desempregado Do lar	Nominal
	Estrato Sócioeconômico segundo o Critério Brasil 2015 (ABEP,2014)	As classes sociais definidas no Critério Brasil como B1 e B2 e C1 e C2 foram agrupadas como classe B e classe C, respectivamente	A B C D - E	Ordinal

Variáveis relacionadas à condição geral de saúde	Nível de controle da pressão arterial (WHO,2013)	Foi calculada a média das três medidas mais recentes da pressão arterial registrada no prontuário PA sistólica <140 e PA diastólica < 90mmHg ou PA sistólica ≥140 e PA diastólica < 90mmHg Para os diabéticos: PA sistólica <130 e/ou PA diastólica 80mmHg ou PA sistólica ≥130 e/ou PA diastólica 80mmHg	Controlada Não controlada	Ordinal	
	Duração da hipertensão		Até 10 anos Mais de 10 anos Não sabe informar	Ordinal	
	Presença de sintomas da HA	Dor de cabeça		Não Sim	Nominal
		Tontura		Não Sim	Nominal
		Dor no peito		Não Sim	Nominal
		Zumbido no ouvido		Não Sim	Nominal
		Sangramento nasal		Não Sim	Nominal
		Visão embaçada		Não Sim	Nominal
		Problemas renais		Não Sim	Nominal
	Presença de complicações nos últimos doze meses		Não Sim	Nominal	
	IMC (WHO,1998)	Foram considerados os valores de peso e altura mais recentes registrados no prontuário	Sem excesso de peso (< 25 kg/m ²)	Ordinal	
			Com excesso de peso (≥ 25 kg/m ²)		
	Valores dos testes de colesterol (SBC, 2013)	Foram considerados os resultados de exames laboratoriais realizados até 6 meses antes da data da entrevista	HDL Não desejável (≤60) Desejável (>60)	Ordinal	
LDL Não desejável (≥130) Desejável (≤129)					
Colesterol Total Não desejável (≥200) Desejável (<200)					
Presença de outras comorbidades	Diabetes		Não Sim	Nominal	
	Doença cardíaca		Não Sim	Nominal	
	Neoplasia		Não Sim	Nominal	
	Doença respiratória crônica		Não Sim	Nominal	
	Doenças osteomusculares		Não Sim	Nominal	

		Dificuldade visual	Não Sim	Nominal	
		Dificuldade auditiva	Não Sim	Nominal	
	Nº de comorbidades		≤ 2 comorbidades > 2 comorbidades	Ordinal	
	Tabagismo	Autorrelato	Não fumante Fumante atual Ex – fumante	Nominal	
	Consumo de álcool	Autorrelato	Não Sim Ex – etilista	Nominal	
	Prática regular de atividade física	Autorrelato	Não Sim	Nominal	
Variáveis relacionadas ao sistema de saúde		Dificuldade para conseguir consulta médica	Não Sim	Nominal	
		Recebe informações sobre HA e tratamento	Não Sim	Nominal	
		Participação na escolha do tratamento	Não Sim	Nominal	
		Dificuldade para conseguir receita médica	Não Sim	Nominal	
Variáveis relacionadas ao tratamento medicamentoso		Tempo de tratamento medicamentoso	Até 10 anos Mais de 10 anos Não sabe informar	Ordinal	
		Nº de classes de medicamentos utilizadas	<3 anti-hipertensivos ≥3 anti-hipertensivos	Ordinal	
		Nº de comprimidos por dia	≤ 4 comprimidos/ dia > 4 comprimidos/dia	Ordinal	
	Efeitos indesejados		Tosse	Não Sim	Nominal
			Boca seca	Não Sim	Nominal
			Tontura	Não Sim	Nominal
			Azia	Não Sim	Nominal
			Sonolência	Não Sim	Nominal
			Alergia	Não Sim	Nominal
			Edema	Não Sim	Nominal
			Fraqueza	Não Sim	Nominal
			Impotência	Não Sim	Nominal
		Palpitações	Não Sim	Nominal	
		Presença de efeitos indesejados	Não Sim	Nominal	
		Interrupção do tratamento decorrente de efeitos indesejados	Não Sim	Nominal	
		Medicamentos já foram alterados	Não Sim	Nominal	
	Como se sente ao utilizar medicamentos diariamente	Bem Indiferente Ruim	Nominal		
	Recebeu orientações sobre como obter	Não Sim	Nominal		

Variáveis relacionadas ao tratamento medicamentoso (Cont).	O que faz quando não consegue os medicamentos oferecidos pelo SUS	Compra	Não Sim	Nominal
		Fica sem tomar o medicamento até conseguir	Não Sim	Nominal
		Troca por conta própria por outro mais acessível	Não Sim	Nominal
		Consegue emprestado com alguém	Não Sim	Nominal
		Pede para o médico passar outro que esteja disponível	Não Sim	Nominal
		Apoio social	Não Sim	Nominal
		Dificuldade para diferenciar medicamentos	Não Sim	Nominal
		Precisa de auxílio para utilizar os medicamentos	Não Sim	Nominal
Variáveis relacionadas ao paciente	Utiliza plantas medicinais		Não Sim	Nominal
	Opinião pessoal sobre os motivos para a não adesão ao tratamento	Dificuldades para cumprir os horários	Não Sim	Nominal
		Esquecimento	Não Sim	Nominal
		Efeitos indesejados	Não Sim	Nominal
		Sentiu piora da doença	Não Sim	Nominal
		Ausência de sintomas da HA	Não Sim	Nominal
		Viagens	Não Sim	Nominal
		Alto custo do tratamento	Não Sim	Nominal
		Ingestão de bebidas alcólicas	Não Sim	Nominal
		Não encontrar os medicamentos nas farmácias do SUS	Não Sim	Nominal
		Auto-avaliação do estado geral de saúde	Bom Regular Ruim	Ordinal
		Verifica a PA regularmente	Não Sim	Nominal
		Auto-avaliação do controle da PA nos últimos 6 meses	Não Sim	Nominal

4.7 Análise dos dados

Todas as categorias das variáveis foram codificadas e o banco de dados que foi digitado por duas pessoas no programa *Microsoft Excel*® 2013. Este banco foi validado para a análise da consistência interna. Ao detectar-se inconsistências, as

mesmas foram localizadas e as correções devidamente realizadas. Em seguida, a planilha foi exportada para o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS)[®] for Windows versão 22.0

Foram realizadas análises descritivas das variáveis contínuas mediante cálculo dos valores mínimos e máximos, médias, desvios padrão e medianas. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de frequência absolutas e relativas. Para a comparação das proporções das variáveis de exposição e a adesão/não-adesão ao tratamento foi utilizado o teste do qui-quadrado ou, quando necessário, o teste exato de Fisher.

A fim de testar se alguma variável influenciou na não adesão, foi realizada a análise bivariada, para estimativa da razão da probabilidade de um evento ocorrer em dois grupos (Odds Ratio), que avaliou a magnitude da associação (IC 95%). Para todas as análises, foi adotado um nível de significância igual a 0,05.

Utilizou-se a análise de regressão logística, do tipo uni e multivariada para identificar os fatores associados ao grupo com baixa adesão. Na análise de regressão logística multivariada, foram utilizadas somente as variáveis independentes que apresentaram $p \leq 0,20$ na análise univariada.

4.8 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) sob o parecer nº 916.014 e CAAE 38629414.0.0000.0037 (ANEXO C), e obedeceu aos aspectos éticos-legais vigentes na legislação brasileira para pesquisas com envolvimento de seres humanos, conforme regulamentam os dispositivos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por todos os hipertensos que aceitaram participar da pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 Variáveis socioeconômicas, condições de saúde, características do tratamento medicamentoso, variáveis relacionadas ao paciente e ao sistema de saúde

A média da idade foi $60,5 \pm 11,1$ (mínimo: 22; máximo: 89 anos). A maioria era do sexo feminino (71,5%), afirmou possuir companheiro (a) (69,9%) e cursou apenas até o ensino fundamental (78,7%). Entre os participantes, 42,2% trabalhavam e 35,7% eram aposentados ou pensionistas. As cores parda e preta foram autorreferidas por 72,7% dos entrevistados e 49,4% pertenciam à classe C.

Quanto às condições gerais de saúde, verificou-se que 49,8% dos hipertensos estavam com a pressão arterial ≥ 140 e/ou 90 mmHg e 21,7% tiveram complicações nos últimos 12 meses. Todos os participantes referiram pelo menos um sintoma relacionado à HAS, sendo a dor de cabeça (55,8%) e tontura (54,6%), os mais frequentes.

Em relação ao tratamento medicamentoso, verificou-se que os anti-hipertensivos mais utilizados foram: diuréticos - hidroclorotiazida (93,9%), bloqueadores do receptor AT1 de angiotensina II - losartana (74,3%) e betabloqueadores - atenolol (46,5%).

Os participantes tomavam em média por dia $4,1 \pm 1,5$ comprimidos, mínimo de dois e máximo de 10 e a maioria (65,9%) utilizava três ou mais classes de anti-hipertensivos por dia. Mais da metade dos participantes (68,7%) utiliza medicamentos para tratar a hipertensão arterial há mais de 10 anos, 92% já apresentaram efeitos indesejados no decorrer do tratamento e 34,1% já interromperam o tratamento medicamentoso por conta própria devido à ocorrência de efeitos indesejados.

Identificou-se que entre as variáveis relacionadas ao paciente, 64,7% dos participantes avaliaram como “bom” o controle de sua pressão arterial. Em relação ao manejo do tratamento, 24,1% do total de participantes relataram dificuldades para diferenciar os anti-hipertensivos e 20,1% necessitam de auxílio de terceiros para usar os medicamentos prescritos.

5.2 Caracterização do nível de adesão ao tratamento medicamentoso

A avaliação do nível de adesão por meio do MMAS-8 demonstrou que 64,3% dos participantes apresentavam baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Entre os participantes considerados como aderentes, 26,5% apresentavam média adesão, e 9,2%, alta adesão terapêutica. A média do escore obtido foi de 5,14 (IC: 4,35-4,93), mínimo de 1,0 e máximo de 8,0. Evidenciou-se que 62,3% relataram esquecer de tomar os anti-hipertensivos, 36,9% já se sentiram aborrecidos por ter que seguir o plano de tratamento para a pressão alta, 30,1% pararam de tomar ou diminuíram a dose sem avisar o médico, poucas (32,9%) e algumas vezes (31,7%) tiveram dificuldades para lembrar de tomar todos os medicamentos (tabela 6).

Tabela 1 – Distribuição das respostas dos oito itens da Escala de Adesão Terapêutica MMAS-8. Jataí, Goiás, 2014 (n=249).

Itens 1-7	Não		Sim		
	n	%	n	%	
1. Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão?	94	37,7	155	62,3	
2. Pensando nas últimas duas semanas, houve algum dia em que você deixou de tomar o(s) seu(s) medicamento(s) para pressão alta?	216	86,7	33	13,2	
3. Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?	174	69,9	75	30,1	
4. Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos para hipertensão?	164	65,8	85	34,2	
5. Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?	13	5,2	236	94,8	
6. Você às vezes pára de tomar o(s) seu(s) medicamento(s) quando sente que a sua pressão está sob controle?	197	79,1	52	20,9	
7. Para algumas pessoas, tomar medicamento(s) todos os dias é uma grande inconveniência. Você já se sentiu aborrecido em seguir o plano de tratamento para a pressão alta?	157	63,1	92	36,9	
Item 8	Nunca/ Raramente n(%)	Poucas vezes n(%)	Algumas vezes n(%)	Na maior parte das vezes n(%)	Sempre n(%)
8. Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?	71(28,5)	82(32,9)	79(31,7)	15(6,1)	2(0,8)

5.3 Comparação entre as variáveis socioeconômicas, condições de saúde, características do tratamento medicamentoso, variáveis relacionadas ao paciente e ao sistema de saúde com as categorias de adesão

Verificou-se maior proporção de participantes com baixa escolaridade (80,0%) entre as pessoas com baixa adesão ao tratamento medicamentoso ($p < 0,001$).

Tabela 2 – Comparação entre as características socioeconômicas e as categorias de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo a MMAS-8, Jataí, Goiás, 2014 (n=249).

Características socioeconômicas	Total (n=249)		Baixa adesão (n=160)		Média adesão (n=66)		Alta adesão (n=23)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade em anos									
<60	107	43,0	71	44,4	29	43,9	7	30,4	0,44
≥60	142	57,0	89	55,6	37	56,1	16	69,6	
Sexo									
Feminino	178	71,5	118	73,8	45	68,2	15	65,2	0,54
Masculino	71	28,5	42	26,3	21	31,8	8	34,8	
Escolaridade									
Sem instrução	12	4,8	9	5,6	2	3,0	1	4,3	0,00
Fundamental incompleto/completo	184	73,9	128	80,0	49	74,2	7	30,4	
Médio incompleto/completo	40	16,1	20	12,5	10	15,2	10	43,5	
Superior incompleto/completo	13	5,2	3	1,9	5	7,6	5	21,7	
Cor da pele autorreferida									
Branca	68	27,3	38	23,8	21	31,8	9	39,1	0,30
Preta	37	14,9	27	16,9	9	13,6	1	4,3	
Parda	144	57,8	95	59,4	36	54,5	13	56,5	
Mora sozinho									
Não	206	82,7	135	84,4	52	78,8	19	82,6	0,60
Sim	43	17,3	25	15,6	14	21,2	4	17,4	
Situação conjugal									
Com companheiro	174	69,9	116	72,5	41	62,1	17	73,9	0,27
Sem companheiro	75	30,1	44	27,5	25	37,9	6	26,1	
Situação ocupacional									
Empregado/Autônomo	100	40,2	63	63,0	29	29,0	8	8,0	0,38
Desempregado	3	1,2	2	66,7	0	0,0	1	33,3	
Aposentado/Pensionista	98	39,4	60	61,2	26	26,5	12	12,2	
Do lar	48	19,3	35	72,9	11	22,9	2	4,2	
Estrato socioeconômico									
B1/B2	32	12,9	22	13,8	6	9,1	4	17,4	0,43
C1/C2	123	49,4	73	45,6	37	56,1	13	56,5	
D-E	94	37,8	65	40,6	23	34,8	6	26,1	

Teste: Qui-quadrado

A proporção de pacientes que não estavam com a pressão arterial controlada (58,1%), foi maior no grupo de pessoas que com baixa adesão ao tratamento medicamentoso ($p < 0,001$).

Tabela 3 – Comparação entre as condições gerais de saúde dos hipertensos e as categorias de adesão ao tratamento medicamentoso, segundo a MMAS-8, Jataí, Goiás, 2014 (n=249).

Condições gerais de saúde	Total (n=249)		Baixa adesão (n=160)		Média adesão (n=66)		Alta adesão (n=23)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tempo de diagnóstico									
Até 10 anos	64	25,7	37	23,1	20	30,3	7	30,4	0,46
Mais de 10 anos	181	72,7	119	74,4	46	69,7	16	69,6	
Não sabe informar	4	1,6	4	2,5	-	-	-	-	
Controle da PA									
Controlada	125	50,2	67	41,9	39	59,1	19	82,6	p<0,001
Não controlada	124	49,8	93	58,1	27	40,9	4	17,4	
Complicações nos últimos 12 meses									
Não	195	78,3	120	75,0	54	81,8	21	91,3	0,15
Sim	54	21,7	40	25,0	12	18,2	2	8,7	
Presença de outras comorbidades									
≤ 2	158	63,5	98	61,3	39	59,1	21	91,3	0,01
>2	91	36,5	62	38,8	27	40,9	2	8,7	
Índice de massa corporal									
Sem excesso de peso	28	11,2	20	12,5	4	6,1	4	17,4	0,23
Com excesso de peso	221	88,8	140	87,5	62	93,9	19	82,6	
Colesterol total (n=201)									
Desejável	95	47,3	63	48,8	25	46,3	7	38,9	0,72
Não desejável	106	52,7	66	51,2	29	53,7	11	61,1	
HDL (n=190)									
Desejável	17	8,9	11	9,1	5	9,8	1	5,6	0,85
Não desejável	173	91,1	110	90,9	46	90,2	17	94,4	
LDL (n=190)									
Desejável	93	48,9	63	52,1	23	45,1	7	38,9	0,72
Não desejável	97	51,1	58	47,9	28	54,9	11	61,1	
Tabagismo									
Não fumante	138	55,4	84	52,5	41	62,1	13	56,8	0,68
Fumante atual	27	10,8	20	12,5	5	7,6	2	8,7	
Ex-fumante	84	33,7	56	35,0	20	30,3	8	34,8	
Consumo regular de álcool									
Não	199	79,9	126	78,8	53	80,3	20	87,0	0,74
Sim	34	13,7	22	13,8	9	13,6	3	13,0	
Ex-etilista	16	6,4	12	7,5	4	6,1	-	-	
Atividade física regular									
Não	162	65,1	109	68,1	43	65,2	10	43,5	0,06
Sim	87	34,9	51	31,9	23	34,8	13	56,5	

Teste: Qui-quadrado

Entre os hipertensos que com baixa adesão à terapêutica medicamentosa, 96,9% relataram a presença de efeitos indesejados, e 41,3% pararam de tomar o

medicamento em função desses efeitos. Para 95% dessas pessoas, o médico já havia trocado o esquema terapêutico (tabela 4).

Identificou-se maior proporção de baixa adesão entre as pessoas que ficam sem tomar o medicamento até conseguir e conseguem emprestado com amigos e/ou familiares quando há falta de medicamentos na rede pública. A maioria dos participantes com baixa adesão tiveram uma percepção negativa (41,3%) relacionada ao fato de tomarem dois ou mais medicamentos todos os dias ($p < 0,001$).

Tabela 4 - Comparação entre as características do tratamento medicamentoso dos hipertensos e as categorias de adesão ao tratamento, segundo a MMAS-8. Jataí, Goiás, 2014 (n=249).

Características do tratamento medicamentoso	Total (n=249)		Baixa adesão (n=127)		Média adesão (n=90)		Alta adesão (n=32)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tempo de tratamento									
Até 10 anos	74	29,7	46	28,8	22	33,3	6	26,1	0,59
Mais de 10 anos	171	68,7	110	68,8	44	66,7	17	73,9	
Não sabe informar	4	1,6	4	2,5	-	-	-	-	
Nº de classes de medicamentos									
<3 anti-hipertensivos	85	34,1	49	30,6	22	33,3	14	60,9	0,01
≥3 anti-hipertensivos	164	65,9	111	69,4	44	66,7	9	39,1	
Nº de comprimidos/dia									
≤ 4 comp/dia	148	59,4	91	56,9	38	57,6	19	82,6	0,05
> 4 comp/dia	101	40,6	69	43,1	28	42,4	4	17,4	
Presença de efeitos indesejados									
Não	20	8	5	3,1	7	10,6	8	34,8	p<0,001
Sim	229	92	155	96,9	59	89,4	15	65,2	
Parou de tomar o medicamento pelos efeitos indesejados									
Não	164	65,9	94	58,8	47	71,2	23	100	p<0,001
Sim	85	34,1	66	41,3	19	28,8	-	-	
Médico já trocou o esquema									
Não	21	8,4	8	5,0	9	13,6	4	17,4	0,02
Sim	228	91,6	152	95,0	57	86,4	19	82,6	
Como se sente ao tomar 2 ou mais medicamentos ao dia									
Bem	57	22,9	33	20,6	17	25,8	7	30,4	p<0,001
Indiferente	109	43,8	61	38,1	32	48,5	16	69,6	
Ruim	83	33,3	66	41,3	17	25,8	-	-	
Recebeu orientações sobre como obter os medicamentos									
Não	106	42,6	67	41,9	26	39,4	13	56,5	0,34
Sim	143	57,4	93	58,1	40	60,6	10	43,5	
O que faz quando não consegue medicamentos na rede pública									
Compra	226	90,8	145	90,6	61	92,4	20	87,0	0,73
Fica sem até conseguir	28	11,2	26	16,3	2	3,0	-	-	
Troca por conta própria	1	0,4	-	-	1	1,5	-	-	0,24
Consegue emprestado	98	39,4	78	48,8	17	25,8	3	13,0	p<0,001
Pede para o médico passar outro	8	3,2	4	2,5	2	3,0	2	8,7	0,28

Teste: Qui-quadrado

Verificou-se no grupo com baixa adesão que 29,4% tem dificuldade para diferenciar os medicamentos e 56,9% verificam a pressão arterial regularmente, ($p < 0,001$).

Tabela 5 – Comparação entre os fatores relacionados ao paciente e as categorias de adesão ao tratamento, segundo a MMAS-8. Jataí, Goiás, 2014 (n=249).

Fatores relacionados ao paciente	Total (n=249)		Baixa adesão (n=127)		Média adesão (n=90)		Alta adesão (n=32)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Auto - avaliação do estado de saúde									
Bom	127	51,0	80	50,0	30	45,5	17	73,9	0,08
Regular	86	34,5	53	33,1	27	40,9	6	26,1	
Ruim	36	14,5	27	16,9	9	13,6	-	-	
Verifica a PA regularmente									
Não	92	36,9	69	43,1	20	30,3	3	13,0	$p < 0,001$
Sim	157	63,1	91	56,9	46	69,7	20	87,0	
Auto - avaliação do controle da PA (últimos 6 meses)									
Bom	161	64,7	101	63,1	42	63,6	18	78,3	0,43
Regular	59	23,7	38	23,8	16	24,2	5	21,7	
Ruim	29	11,6	21	13,1	8	12,1	-	-	
Apoio de amigos/familiares									
Não	46	18,5	29	18,1	13	19,7	4	17,4	0,95
Sim	203	81,5	131	81,9	53	80,3	19	82,6	
Dificuldade ao diferenciar os medicamentos									
Não	189	75,9	113	70,6	55	83,3	21	91,3	0,02
Sim	60	24,1	47	29,4	11	16,7	2	8,7	
Auxílio para uso de medicamentos									
Não	199	79,9	121	75,6	56	84,8	22	95,7	0,04
Sim	50	20,1	39	24,4	10	15,2	1	4,3	

Teste: Qui-quadrado

Quanto ao sistema de saúde e à interação com a equipe de profissionais, 72,3% dos participantes relataram receber constantemente informações sobre a doença e seu tratamento, sendo o (a) nutricionista e enfermeiro (a) os profissionais que mais fornecem orientações. A maioria afirmou não ter dificuldade para consultar com o médico (90,8%), bem como para obter a receita com os medicamentos necessários ao seu tratamento (85,1%) (tabela 6).

Tabela 6 – Comparação entre as variáveis relacionadas ao sistema de saúde e as categorias de adesão, segundo a MMAS-8. Jataí, Goiás, 2014 (n=249).

Características da interação com a equipe de profissionais e o sistema de saúde	Total (n=249)		Baixa adesão (n=127)		Média adesão (n=90)		Alta adesão (n=32)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Dificuldade para consultar o médico									
Não	226	90,8	142	88,8	61	92,4	23	100	0,18
Sim	23	9,2	18	11,3	5	7,6	0	0	
Recebe informações sobre a HAS e seu tratamento									
Não	69	27,7	43	26,9	20	30,3	6	26,1	0,85
Sim	180	72,3	117	73,1	46	69,7	17	73,9	
Participação na escolha do tratamento									
Não	247	99,2	159	99,4	66	100	22	95,7	0,12
Sim	2	0,8	1	0,6	0	0	1	4,3	
Dificuldade para conseguir receita									
Não	212	85,1	133	83,1	60	90,9	19	82,6	0,30
Sim	37	14,9	27	16,9	6	9,1	4	17,4	

Teste: Qui-quadrado

5.3 Fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso

Considerando que, em nosso estudo, a MMAS-8 identificou uma grande proporção de pacientes com baixa adesão, optou-se por verificar os fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso.

Na análise univariada, houve associação entre a não adesão e as variáveis escolaridade, controle da PA presença de efeitos indesejados, interrupção do tratamento pelos efeitos indesejados, substituição do esquema terapêutico, opinião pessoal sobre ter que tomar dois ou mais medicamentos diariamente, local de obtenção do medicamento (Farmácia da UBS), dificuldade para diferenciar medicamentos, auxílio para uso dos medicamentos, motivos da não-adesão (esquecimento) e o hábito de verificar a PA regularmente (Tabela 7).

Tabela 7 – Análise univariada de regressão logística da adesão ao tratamento medicamentoso em relação às variáveis em hipertensos. Jataí, Goiás, 2015.

Variáveis	Não adesão (pontuação da MMAS<6)		
	p	OR	IC(95%)
Escolaridade	0,302	1,47	0,71 – 3,05
Cor da pele autorreferida	0,082	0,55	0,28 – 1,08
Tempo de diagnóstico	0,392	0,74	0,38 – 1,47
Presença de complicações	0,647	1,21	0,53 – 2,78
Controle da PA	0,226	0,67	0,35 – 1,28
Atividade física	0,852	0,94	0,50 – 1,79
Dificuldade para consultar médico	0,111	0,36	0,10 – 1,27
Nº de classes de medicamentos utilizadas	0,567	1,21	0,62 – 2,36
Presença de efeitos indesejados	0,009	0,19	0,06 – 0,67
Interrupção do tratamento pelos efeitos indesejados	0,017	0,38	0,17 – 0,84
Médico já trocou o esquema	0,115	0,40	0,13 – 1,25
Como se sente ao tomar 2 ou mais medicamentos todos os dias	0,403	0,83	0,54 – 1,28
Dificuldade para diferenciar medicamentos	0,797	0,86	0,27 – 2,75
Auxílio para uso dos medicamentos	0,417	0,58	0,16 – 2,14
Motivos da não-adesão - Esquecimento	0,555	0,80	0,38 – 1,69
Motivos da não-adesão - Sentiu piora da doença	0,457	1,33	0,63 – 2,84
Verifica a PA regularmente	0,059	1,91	0,98 – 3,73

Teste: Análise de regressão logística

Ao realizar a análise multivariada, verificou-se que a não-adesão foi associada a fatores relacionados ao tratamento medicamentoso (presença de efeitos indesejados, interrupção do tratamento pelos efeitos indesejados).

Tabela 8 – Análise multivariada de Regressão Logística da não-adesão ao tratamento medicamentoso em relação as variáveis em hipertensos. Jataí, Goiás, 2015.

Variáveis	Não adesão		
	p	OR	IC(95%)
Presença de efeitos indesejados	0,002	5,54	1,91 – 16,05
Interrupção do tratamento pelos efeitos indesejados	0,005	2,37	1,29 – 4,36

Teste: Análise de regressão logística multivariada

6 DISCUSSÃO

A prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS identificada nesse estudo (64,3%) encontra-se entre os resultados observados em diferentes municípios brasileiros, que utilizaram o mesmo método de avaliação. Pesquisas realizadas com hipertensos em ambulatórios hospitalares mostraram um percentual de não adesão de 49% no Rio de Janeiro (RJ) (BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008), 51% em São Caetano do Sul, São Paulo (SANTOS et al., 2010), 68,1% em Goiânia, Goiás (SOUSA et al., 2015) e 86,9% em São José do Rio Preto (SP) (DOSSE et al., 2009).

Na atenção primária, as taxas encontradas nos estudos mais recentes foram: 80,3% em Maceió (AL) (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012), 43,4% em Blumenau (SC) (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010), 34,3% em Antônio Prado (RS) (GREZZANA, STEIN, PELLANDA, 2013), 64% em Maringá (PR) (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012); 73,2% em Teresina (PI) (CARVALHO et al., 2012). Em Minas Gerais, dados de pesquisa realizada em dois municípios mostrou índice de não adesão de 50,8%, (MOTTA et al., 2014).

Observa-se que a falta de adesão é um problema prevalente tanto na atenção primária à saúde quanto em serviços de atendimento especializado. Isso demonstra que, independentemente do nível de atenção à saúde, ainda existem fragilidades na assistência aos hipertensos em nosso país.

Nos outros países em desenvolvimento, a avaliação da não adesão ao tratamento da HAS por meio da MMAS-8 apresentou os seguintes índices: Coreia do Sul (32,7%) (KIM et al., 2014), Gana (80,7%) (KRETCHY; OWUSU-DAAKU; DANQUAH, 2014), China (32,6%) (LEE et al., 2013), Irã (54%) (MOHARAMZAD et al., 2015), Nigéria (68,7%) (OKWUONU et al., 2014), Líbano (22,4%) (YASSINE et al., 2015) e Palestina (36,8%) (ZYOUD et al., 2013).

Apesar de já existirem publicações disponíveis contendo orientações para a elaboração de intervenções que possam favorecer a adesão, as elevadas taxas de não adesão demonstram que seus fatores multidimensionais dificultam a implementação de intervenções eficazes para a melhoria dessa problemática (DEMONCEAU et al., 2013; HAYNES et al., 2008; LEGUELINEL-BLACHE et al., 2015; SCHOENTHALER et al., 2015; ZULLIG; PETERSON; BOSWORTH, 2013; WHO, 2003).

Revisões sistemáticas publicadas recentemente concluíram que as intervenções realizadas atualmente para melhorar a adesão ao tratamento das doenças crônicas não têm sido muito eficazes em termos de benefícios clínicos e que as investigações acerca do tema precisam de avanços, incluindo a melhoria da atual concepção sobre as intervenções a longo prazo (COSTA et al., 2015; NIEUWLAAT et al., 2014).

Diversos fatores podem estar envolvidos na falta de adesão às recomendações dos profissionais de saúde. Portanto, é imprescindível que cada profissional identifique, nos pacientes, quais são as variáveis associadas ao não cumprimento das recomendações terapêuticas.

Quanto aos fatores relacionados às condições gerais de saúde, os resultados apontam um grave problema relacionado ao controle da PA, pois uma grande proporção dos pacientes que estava em tratamento (49,8%) apresentou níveis pressóricos acima do recomendado. A não adesão ao tratamento medicamentoso é apontada como o fator que mais contribui para o inadequado controle da PA e configura um grande desafio no tratamento da HAS (KROUSELWOOD et al., 2009; NOBRE, MION JR., 2013).

Apesar da heterogeneidade dos resultados apresentados por diferentes autores, esse índice encontra-se entre os percentuais descritos por outros estudos nacionais. Uma revisão sistemática sobre o controle da pressão arterial em publicações brasileiras identificou diversos índices, variando de 10,1% em Tubarão/SC a 57,6% em um estudo multicêntrico realizado em 100 municípios brasileiros (PINHO, PIERIN, 2013).

Nesse estudo, foram identificados fatores associados ao tratamento medicamentoso, relacionados à presença de efeitos indesejados. Pesquisadores identificaram que esse fator aumenta o risco das pessoas não aderirem ao tratamento (KHAN, SHAH, HAMEED, 2014; YASSINE et al., 2015).

Verificou-se que 69,4% dos pacientes que não aderiram ao tratamento utilizavam três ou mais classes de anti-hipertensivos, fato que pode contribuir para a ocorrência de efeitos indesejados. Um estudo americano realizado com 1.367 hipertensos, identificou que os pacientes que utilizavam mais medicamentos apresentaram maior risco de não aderir ao tratamento (MORISKY et al., 2008).

Uma das estratégias que pode minimizar a ocorrência de efeitos indesejados é a simplificação do regime terapêutico, com o uso de fármacos em combinações de

doses fixas. Estudos anteriores que avaliaram o impacto da utilização de doses fixas no tratamento da HAS, concluíram que existe associação entre a adesão e a simplificação do esquema terapêutico (ASSAWASUWANNAKIT et al., 2015; BLASCHKE et al., 2012; PANJABI et al., 2013; WEBSTER et al., 2016).

Alguns efeitos indesejados provocados pelos anti-hipertensivos assemelham-se a manifestações clínicas típicas de outras doenças, e por isso, demoram a serem identificados. Além disso, em muitos casos, o tratamento dos efeitos indesejados inclui a introdução de novos medicamentos, elevando o risco da cascata iatrogênica (KAISER, LOTZE, SCHÄFER, 2014).

Dessa forma, torna-se evidente a importância da responsabilidade do prescritor em realizar um tratamento individualizado, levando em consideração aspectos como a curva dose-resposta dos diferentes fármacos, idade, a presença de outras comorbidades e de outros fatores de risco, como por exemplo, doença renal crônica (HEISLER et al., 2010; KAISER, LOTZE, SCHÄFER, 2014; MATTHES, ALBUS, 2014; SELAK et al., 2014).

Simplificar um regime terapêutico não consiste somente em diminuir o número de fármacos e suas doses diárias ou indicar apresentações mais adequadas. É também um esforço dos profissionais que assistem o usuário em busca de medidas capazes de tornar a terapia mais fácil, acessível a sua compreensão/capacidade, garantindo que o medicamento seja o instrumento terapêutico com melhor efetividade, eficiência e segurança para o indivíduo.

Verificou-se, que 99,2% dos entrevistados relataram não ter participação nas decisões sobre seu tratamento, o que evidencia fragilidades na relação médico-paciente. Uma meta-análise que avaliou 127 estudos sobre a comunicação entre médicos e pacientes, concluiu que a adesão está fortemente relacionada à maneira como a comunicação é estabelecida entre eles e que as chances de não aderir ao tratamento aumentam 19% quando a comunicação é ruim (ZOLNIERECK; DIMATTEO, 2009).

Wexler et. al (2009) identificaram que 93% dos médicos entrevistados consideram que o controle inadequado da pressão arterial está relacionado ao fato de o paciente não aderir ao tratamento proposto, porém não são analisados quais os motivos que levam à não-adesão.

As deficiências na formação desses profissionais, que é voltada principalmente para diagnosticar doenças, tratar as queixas sintomáticas dos

pacientes e sua falta de treinamento sobre como proceder para atingir as metas terapêuticas, contribuem para que permaneçam com essa mentalidade (KRONISH;LEVENTHAL;HOROWITZ, 2012; WEXLER et al.,2009).

A adesão é um processo dinâmico, que necessita de constante avaliação e monitoramento, não se trata de um problema que uma vez resolvido não necessita ser reavaliado. Deve-se ter em mente um plano de atuação, elaborado com a participação do paciente e com base em suas reais necessidades, que podem sofrer alterações conforme ocorram modificações no seu estado clínico ou em seu contexto de vida.

7 CONCLUSÃO

Entre os entrevistados, a média da idade foi $60,5 \pm 11,1$. A maioria era do sexo feminino (71,5%), com baixa escolaridade, pertencia à classe C e 42,2% exerciam trabalho remunerado. As cores parda e preta foram autorreferidas por 72,7% dos entrevistados.

Quanto às condições gerais de saúde, a maior parte havia recebido o diagnóstico de HA há mais de 10 anos e 49,8% estavam com a pressão arterial não controlada. Mais da metade dos participantes (63,5%) afirmou ter até duas comorbidades, além da hipertensão arterial.

Em relação ao tratamento medicamentoso, predominou a utilização de 3 ou mais classes de anti-hipertensivos por dia (65,9%). Entre os participantes, 92% já apresentaram algum efeito indesejado no decorrer do tratamento e 93,2% afirmaram obter seus medicamentos por meio do Programa Farmácia Popular.

A maioria (72,7%) afirmou que recebia informações sobre a HA e seu tratamento e 90,8% referiu não ter dificuldade para agendar consulta médica. Quase todos os participantes (99,2%) relataram não ter participação na escolha do seu tratamento.

A maioria dos participantes (63,1%) tem o hábito de verificar a PA regularmente, classificou o controle de seus níveis pressóricos como “bom” (64,7%) e também considerou ter um bom estado geral de saúde (51%). Entre os entrevistados, 24,1% afirmaram ter dificuldades para diferenciar os anti-hipertensivos.

Verificou-se que 64,3% dos pacientes apresentavam baixa adesão. Entre os participantes considerados como aderentes, 26,5% apresentavam média adesão, e 9,2%, alta adesão terapêutica. A média do escore obtido pela MMAS-8 foi de $5,14 \pm 1,7$ (IC: 4,35-4,93), mínimo de 1,0 e máximo de 8,0.

Verificou-se maior proporção de participantes com baixa adesão ao tratamento medicamentoso entre as pessoas com baixa escolaridade (80,0%), que não estavam com a pressão arterial controlada (58,1%), que relataram a presença de efeitos indesejados (96,9%) e pararam de tomar o medicamento em função desses efeitos (41,3%). Além disso, observou-se no grupo com baixa adesão que 29,4% dos participantes têm dificuldade para diferenciar os medicamentos e 56,9% verificam a pressão arterial regularmente.

Os fatores associados à não adesão ao tratamento anti-hipertensivo foram: a presença de efeitos indesejados e a interrupção do tratamento pelos efeitos indesejados.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo colocaram em questão a qualidade da atenção à saúde das pessoas com HAS. As políticas públicas vigentes, o acesso do usuário aos serviços de saúde, o trabalho desenvolvido pelos profissionais e gestores influenciam diretamente o processo da adesão.

Pode-se verificar que o modelo de atenção está centrado na doença e que, não existe um planejamento estratégico de acompanhamento e monitoramento que ofereça condições para que o paciente compreenda todas as dimensões relacionadas à enfermidade crônica que vivencia, com vistas a melhorar a adesão aos medicamentos.

De maneira geral, verifica-se uma grande escassez de informações que possibilitariam a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção, por meio de ações interdisciplinares com o objetivo de contribuir para o manejo, o controle da hipertensão arterial e o autocuidado apoiado. Dessa forma, alguns serviços de referência ainda atuam com ineficiência, ineficácia e baixa qualidade.

Sabe-se que o alcance da adesão ao tratamento está diretamente relacionado ao melhor controle da pressão arterial e que resultados insatisfatórios no controle da hipertensão arterial sistêmica levam a complicações secundárias que podem provocar consequências irreversíveis.

Entre todos os fatores investigados, aqueles que mantiveram-se associados à não adesão não se referem apenas ao indivíduo. Isso aponta para a necessidade de que a discussão sobre a não adesão e as formas de lidar com ela contemple também a organização dos serviços de saúde e a atuação dos profissionais.

É importante considerar que, não se trata apenas de garantir o acesso ao medicamento. É imprescindível que as equipes multiprofissionais estabeleçam objetivos focados na adesão, por meio de um processo cooperativo e interdisciplinar. Nesse sentido, os profissionais devem procurar compreender os fatores associados à adesão e atuar junto aos pacientes de maneira construtiva, sem julgamentos, buscando torná-los verdadeiros agentes de seus cuidados.

A adoção de medidas multifacetadas, com o objetivo principal de ajudar os pacientes a aderirem ao tratamento proposto, diminuiria os elevados custos com hospitalizações, gastos com afastamentos e aposentadorias da parcela

economicamente ativa ocasionados por lesões em órgãos alvos e sobretudo, poderia promover a melhoria da qualidade de vida da população hipertensa.

Verificou-se limitações relacionadas às informações clínicas disponibilizadas nos prontuários, o que denota o indevido preenchimento e cumprimento dos protocolos preconizados para a assistência aos hipertensos.

Quanto à metodologia utilizada para avaliação da adesão, é preciso ressaltar que, não há consenso sobre um método para avaliar a adesão que possa ser tomado como padrão-ouro e que a forma de avaliar a adesão deve considerar os recursos disponíveis em cada contexto a ser investigado.

A adesão trata-se de um fenômeno complexo e que demandará dos pesquisadores o estudo cada vez mais ampliado para reflexão global dos fatores que promovem a adesão e que impedem ou prejudicam.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **Journal of Health Sciences Institute**, v. 30, n. 3, p. 255-60, 2012.

ARONOW, W. S. Treatment of systemic hypertension. **American Journal of Cardiovascular Disease**, v. 2, n. 3, p. 160-70, 2012.

ARONSON, J. K. Compliance, concordance, adherence. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 63, n. 4, p. 383-4, 2007.

ASSAWASUWANNAKIT, P. et al. A framework for quantifying the influence of adherence and dose individualization. **Clinical Pharmacology & Therapeutics**, Alexandria, 2015. Doi: 10.1002/cpt.268. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpt.268/abstract>. Acesso em: 19 jan. 2016.

BAROFSKY, I. Compliance, adherence and the therapeutic alliance: Steps in the development of self-care. **Social Science & Medicine**, v.12, n. 5A, p. 369-76, 1978.

BELL, J. S. et al. Concordance is not synonymous with compliance or adherence. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 64, n. 5, p. 710-3, 2007.

BERG, J. et al. Adherence. In: LUBKIN, I. M.; LARSEN, P. D. **Chronic Illness: Impact and Intervention**. Boston: Jones & Bartlett Learning, 2011. cap. 9.

BERTOLDI, A. D. et al. Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines? **Globalization and Health**, v. 8, n. 6, 2012. Doi: 10.1186/1744-8603-8-6.

BLASCHKE, T. F. et al. Adherence to medications: insights arising from studies on the unreliable link between prescribed and actual drug dosing histories. **Annual Review of Pharmacology and Toxicology**, v. 52, p. 275-301, 2012.

BLOCH, K. V.; MELO, A. N.; NOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2979-84, 2008.

BOING, A. C. et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013.

BORGES, J. W. P. et al. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 46, n. 2, p. 487-94, 2012.

BOSKOVIC, J. et al. Patient self-reported adherence for the most common chronic medication therapy. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 41, n. 4, p. 333-5, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARNELOSSO, M. L. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p.1073-80, 2010. Suplemento.

CARO, J. J. et al. The impact of compliance with osteoporosis therapy on fracture rates in actual practice. **Osteoporosis International**, v. 15, n. 12, p. 1003-08, 2004.

CARVALHO, A. L. M. et al . Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1885-92, 2012.

CHAMORRO, M. A. R. et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. **Atención Primaria**, v. 40, n. 8, p. 413-7, 2008.

CHINEM, B. M. et al. Avaliação da adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos não-controlados segundo Teste Morisky-Green em serviço especializado. **Revista Hipertensão**, v. 1, p. 66, 2013. Suplemento.

COLEMAN, E. A. et al. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. **Archives of Internal Medicine**, v. 165, n. 16, p. 1842-47, 2005.

DANAEI, G. et al. National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5.4 million participants. **Lancet**, v. 37, n. 9765, p. 568-77, 2011.

DIB, M. W.; RIERA, R.; FERRAZ, M. B. Estimated annual cost of arterial hypertension treatment in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, n. 2, p. 125-31, 2010.

DIMATTEO, R. M. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. **Medical Care**, v. 42, n. 3, p.200-9, 2004.

DOSSE, C. et al. Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 201-6, 2009.

FARIA, H. T. G. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa**. 2008. 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

FARMER, K. C. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. **Clinical Therapeutics**, v. 21, n. 6, p. 1074-90, 1999.

FERREIRA, C. C. C. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do sistema único de saúde de Goiânia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 5, p. 621-8, 2010.

GARFIELD, S. et al. Suitability of measures of self-reported medication adherence for routine clinical use: a systematic review. **BioMed Central Medical Research Methodology**, v. 11, n. 149, 2011. Doi: 10.1186/1471-2288-11-149.

GILLESPIE, D. et al. The use of the Medication Event Monitoring System (MEMS) for assessing medication adherence for chronic conditions: use and results from a 12 month trial of patients in remission with ulcerative colitis (UC). **Trials**, Londres, v. 12, n. 1, 2011. Doi: 10.1186/1745-6215-12-S1-A130. Suplemento. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3287705/>. Acesso em: 21 jan. 2016.

GIROTTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-72, 2013.

GREENE, J. A. 'Noncompliance' enters the medical literature, 1955-1975. **Social History of Medicine**, v. 17, n. 3, p. 327-43, 2004.

GREZZANA, G. B.; STEIN, A. T.; PELLANDA, L. C. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, n. 4, p. 335-61, 2013.

HAYNES, R. B. et al. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. In: HAYNES R. B., TAYLOR D. W., SACKETT D. L. **Compliance with therapeutic regimens**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1976. p. 49-62.

HAYNES, R. B. et al. Interventions for enhancing medication adherence. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, 2008. Doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3.

HEISLER, M. et al. Study protocol: The Adherence and Intensification of Medications (AIM) study - a cluster randomized controlled effectiveness study. **Trials**, Londres, v. 11, n. 95, 2010. Doi: 10.1186/1745-6215-11-95. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20939913>. Acesso em: 21 jan. 2016.

HEISLER, M. et al. When more is not better: treatment intensification among hypertensive patients with poor medication adherence. **Circulation**, v. 117, n. 22, p. 2884-92, 2008.

HO, P. M. et al. Medication adherence and its importance in cardiovascular outcomes. **Circulation**, v. 119, n. 23, p. 3028-35, 2009.

IBRAHIM, M. M.; DAMASCENO, A. Hypertension in developing countries. **Lancet**, v. 380, n. 9841, p. 611-9, 2012.

JACKEVICIUS, C. A.; LI, P.; TU, J.V. Prevalence, predictors, and outcomes of primary nonadherence after acute myocardial infarction. **Journal of the American Heart Association**, v. 117, n. 8, p.1028-36, 2008.

JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 4, p. 452-7, 2007.

KAISER, E. A.; LOTZE, U.; SCHAFER, H. H. Increasing complexity: which drug class to choose for treatment of hypertension in the elderly? **Journal of Clinical Interventions in Aging**, v. 9, p. 459-75, 2014. Doi: 10.2147/CIA.S40154.

KHAN, M. U.; SHAH, S.; HAMEED, T. Barriers to and determinants of medication adherence among hypertensive patients attended National Health Service Hospital, Sunderland. **Journal of Pharmacy And Bioallied Sciences**, v. 6, n. 2, p. 104-8, 2014.

KHATIB, R. et al. Patient and healthcare provider barriers to hypertension awareness, treatment and follow up: a systematic review and meta-analysis of qualitative and quantitative studies. **Plos One**, v. 9, n. 1, 2014. Doi: 10.1371/journal.pone.0084238.

KIM, J. H. et al. Psychometric properties of a short self-reported measure of medication adherence among patients with hypertension treated in a busy clinical setting in Korea. **Journal of Epidemiology**, v. 24, n. 2, p. 132-40, 2014.

KORB-SAVOLDELLI, V. et al. Validation of a French version of the 8-item Morisky medication adherence scale in hypertensive adults. **Journal of Clinical Hypertension**, v. 14, n. 7, p. 429-34, 2012.

KRONISH, I. M.; LEVENTHAL, H.; HOROWITZ, C. R. Understanding minority patients' beliefs about hypertension to reduce gaps in communication between patients and clinicians. **Journal of Clinical Hypertension**, v. 14, n. 1, p. 38-44, 2012.

KRONISH, I. M.; YE, S. Adherence to cardiovascular medications: lessons learned and future directions. **Progress in Cardiovascular Diseases**, v. 55, n. 6, p. 590-600, 2013.

KROUSEL-WOOD, M. et al. Association of depression with antihypertensive medication adherence in older adults: cross-sectional and longitudinal findings from CoSMO. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 40, n. 3, p. 248-57, 2010.

KROUSEL-WOOD, M. et al. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in hypertensive seniors. **The American Journal of Managed Care**, v. 15, n. 1, p. 59-66, 2009.

KROUSEL-WOOD, M. et al. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. **Current Opinion in Cardiology**, v. 19, n. 4, p. 357-62, 2004.

LEE, G. K. Y. Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a chinese population using morisky medication adherence scale. **Plos One**, v. 8, n. 4, 2013. Doi: 10.1371/journal.pone.0062775.

LERNER, B. H. From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of noncompliance. **Social Science & Medicine**, v. 45, n. 9, p. 1423-31, 1997.

LYIMO, R. A. et al. Measuring adherence to antiretroviral therapy in northern Tanzania: feasibility and acceptability of the Medication Event Monitoring System. **BMC Public Health**, v. 11, n. 92, 2011. Doi: 10.1186/1471-2458-11-92.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBAO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1365-74, 2012.

MAGNABOSCO, P. et al. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 20-7, 2015.

MANSUR, A. D. P.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 2, p. 755-61, 2012.

MANTWILL, S.; MONESTEL-UMAÑA, S.; SHULZ, P.J. The relationship between health literacy and health disparities: A systematic review. **Plos One**, v.10, n.12, 2015. Doi: 10.1371/journal.pone.0145455

MARSHALL, I. J.; WOLFE, C. D. A.; KEVITT, C. M. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. **British Medical Journal**, v. 344, 2012. Doi: 10.1136/bmj.e3953.

MATSUI, D. Medication adherence issues in patients: focus on cost. **Clinical Audit**, v. 5, p. 33-42, 2013.

MATTA, S. R. **Adaptação transcultural de instrumento para medida da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético**. 2010. 88 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

MATTHES, J.; ALBUS, C. Improving adherence with medication: a selective literature review based on the example of hypertension treatment. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 111, n. 4, p. 41-7, 2014.

MAZZAGLIA, G. et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. **Circulation**, v. 120, n. 16, p. 1598-1605, 2009.

MEDEIROS, A. R. C. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em Unidade de Saúde da Família de João Pessoa - PB**. 2006. 181 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MORISKY, D. E. et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. **Journal of Clinical Hypertension**, v. 10, n. 5, p. 348-54, 2008.

NGUYEN, T. M.; CAZE, A.; COTTRELL, N. What are validated self-report adherence scales really measuring? a systematic review. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 77, n. 3, p. 427-45, 2014.

NIEUWLAAT, R. et al. Interventions for enhancing medication adherence. **Cochrane Database of Systematic Review**, v. 11, 2014. Doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub4.

NOBRE, F.; MION JR., D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial**. São Paulo: Leitura Médica, 2013.

NWABUO, C. C. et al. Factors associated with appointment non-adherence among africans-americans with severe, poorly controlled hypertension. **Plos One**, v. 9, n. 8, 2014. Doi: 10.1371/journal.pone.0103090.

OBRELI-NETO, P. R. et al. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 93, n. 4, p. 403-10, 2012.

OBRELI-NETO, P. R. et al. Effect of a 36-month pharmaceutical care program on pharmacotherapy adherence in elderly diabetic and hypertensive patients. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 33, n. 4, p. 642-9, 2011.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 30-4, 2006.

OLIVEIRA-FILHO, A. D. et al. Relação entre a escala de adesão terapêutica de oito Itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 1, p. 649-58, 2012.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **The New England Journal of Medicine**, v. 353, n. 5, p. 487-97, 2005.

PALOTA, L. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista**. 2010. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

PANIZ, V. M. V, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 267-80, 2008.

PANJABI, S. et al. Treatment adherence, clinical outcomes, and economics of triple-drug therapy in hypertensive patients. **Journal of the American Society of Hypertension**, v. 7, n. 1, p. 46-60, 2013.

PATERSON, D. L. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. **Annals of Internal Medicine**, v. 133, n. 1, p. 21-30, 2000.

PEIXOTO, M. R. G. et al. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1323-33, 2008.

PERREAULT, S. et al. Adherence to antihypertensive agents after ischemic stroke and risk of cardiovascular outcomes. **Neurology**, v. 79, n. 20, p. 2037-43, 2012.

PICON, R. V. et al. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. **American Journal of Hypertension**, v. 26, n. 4, p. 541-8, 2013.

PICON, R. V. et al. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **Plos One**, v. 7, n. 10, 2012. Doi: 10.1371/journal.pone.0048255.

PINHO, N. A.; PIERIN, A. M. G. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 3, p. e66-e73, 2013.

PUCCI, N. et al. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 25, n. 4, p. 322-9, 2012.

RAHMAN, A. R. A. et al. Perception of hypertension management by patients and doctors in Asia: potential to improve blood pressure control. **Asia Pacific Family Medicine**, v. 14, n. 2, 2015. Doi: 10.1186/s12930-015-0018-3.

RAYMUNDO, A. C., PIERIN, A. M. G. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 811-9, 2014.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S; SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 126-36, 2014.

RIBEIRO, E. G. **Adesão ao tratamento de portadores de hipertensão arterial**. 2010. 156 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2010.

ROLNICK, S. J. et al. Patient characteristics associated with medication adherence. **Clinical Medicine & Research**, v. 11, n. 2, p. 54-65, 2013.

ROSÁRIO, T. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 6, p. 672-8, 2009.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2389-98, 2010.

SANTOS, B. R. M. et al. Blood pressure levels and adherence to treatment of hypertensive patients, users of a school pharmacy. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 46, n. 3, p. 421-30, 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. In: Victora CG et al. **Saúde no Brasil: a série The Lancet**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 61-74.

SCHROEDER, K.; FAHEY, T.; EBRAHIM, S.; How can we improve adherence to blood pressure – lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials. **Archives of Internal Medicine**, v. 164, n. 7, p. 722-32, 2004.

SELAK, V. et al. Effect of fixed dose combination treatment on adherence and risk factor control among patients at high risk of cardiovascular disease: randomized controlled trial in primary care. **British Medical Journal**, v. 348, 2014. Doi: 10.1136/bmj.g3318.

SIMONI, A. et al. Trials to improve blood pressure through adherence to antihypertensives in stroke/TIA: systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Heart Association**, v. 2, n. 4, 2013. Doi: 10.1161/JAHA.113.000251.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOUSA, A. C. et al. Avaliação de diferentes testes para medida de adesão ao tratamento da hipertensão arterial entre hipertensos diabéticos e não diabéticos. **Revista Hipertensão**, v. 2, p. 66, 2015. Suplemento.

SOUZA, C. S. et al. Controle da pressão arterial em hipertensos do programa HiperDia: estudo de base territorial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 102, n. 6, p. 571-8, 2014.

THE SPRINT RESEARCH GROUP. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. **The New England Journal of Medicine**, v. 373, n. 22, p. 2103-16, 2015.

STEINER, J. F.; EARNEST, M. A. The language of medication-taking. **Annals of Internal Medicine**, v. 132, n. 11, p. 926-30, 2000.

STEWART, K.; NAMARA, K. P.; GEORGE, J. Challenges in measuring medication adherence: experiences from a controlled trial. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 36, n. 1, p.15-9, 2014.

TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, 2013.

THOMOPOULOS, C.; PARATI, G.; ZANCHETTI A. Effects of blood pressure-lowering on outcome incidence in hypertension: 5. Head-to-head comparisons of various classes of antihypertensive drugs - overview and meta-analyses. **Journal of Hypertension**, v. 33, n. 7, p. 1321-41, 2015.

VRIJENS, B. et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 73, n. 5, p. 691-705, 2012.

WEBSTER, R. et al. Effectiveness of fixed dose combination medication ('polypills') compared with usual care in patients with cardiovascular disease or at high risk: A prospective, individual patient data meta-analysis of 3140 patients in six countries. **International Journal of Cardiology**, v. 205, p. 147-56, 2016. Doi: 10.1016/j.ijcard.2015.12.015.

WEE, L. E.; KOH, G. C. Individual and neighborhood social factors of hypertension management in a low-socioeconomic status population: a community-based case-control study in Singapore. **Hypertension Research**, v. 35, n. 3, p. 295-303, 2012.

WEXLER, R. et al. Physician reported perception in the treatment of high blood pressure does not correspond to practice. **BMC Family Practice**, v. 10, n. 23, 2009. Doi: 10.1186/1471-2296-10-23.

WILLIAMS, A.; MANIAS, E.; WALKER, R. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 63, n. 2, p. 132-43, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: WHO, 2003. 191 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014. 280 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A global brief on hypertension**. Geneva: WHO, 2013. 40 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Statistics 2015**. Geneva: WHO, 2015. 161 p.

ZHANG, N.J.; TERRY, A.; MCHORNEY, C.A. Impact of health literacy on medication adherence: A systematic review and meta-analysis. **Annals of Pharmacotherapy**, v.48, n.6, p.741-51, 2014.

ZOLNIEREK, K. B.; DIMATTEO, M. R. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. **Medical Care**, v. 47, n. 8, p. 826-34, 2009.

ZYOUD, S. H. et al. Relationship of treatment satisfaction to medication adherence: findings from a cross-sectional survey among hypertensive patients in Palestine. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 11, n. 191, 2013. Doi: 10.1186/1477-7525-11-191.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) do projeto de pesquisa intitulado “**Prevalência e fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso de hipertensos não controlados**”. Meu nome é Débora Penélope de Carvalho Queiroz, sou a pesquisadora responsável, mestranda em Atenção a Saúde sob a orientação da Prof^a Dr^a Vanessa da Silva Carvalho Vila na Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

O objetivo deste estudo será saber como tem sido para você tomar os medicamentos prescritos para o tratamento e controle da pressão. Também queremos saber o que pode facilitar ou dificultar você a tomar diariamente os medicamentos prescritos pelo médico. Caso você concorde em participar, precisaremos entrevistá-lo para obter informações sobre sua idade, escolaridade, renda financeira, sua condição de saúde e obter algumas informações relacionadas aos medicamentos que você está usando atualmente.

Acreditamos que a entrevista durará aproximadamente 40 minutos. Você é livre para não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, caso não se sinta à vontade para discutir sobre alguma questão. Além disso, poderá retirar o seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer problema e sem nenhum prejuízo ao seu acompanhamento, assistência ou tratamento.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária. A realização dessa pesquisa é importante para que os profissionais de saúde identifiquem as possíveis dificuldades e as ações necessárias para o cumprimento adequado do tratamento medicamentoso. Além disso, poderá contribuir para melhorar as ações necessárias para facilitar o acesso ao medicamento e o melhor acompanhamento de pessoas como você que enfrentam a necessidade de controlar melhor a pressão. Durante o estudo você poderá esclarecer comigo suas dúvidas a respeito do tratamento medicamentoso (posologia, reações adversas, interações medicamentosas, entre outras). Também serão feitas orientações sobre o uso racional de medicamentos.

Consideramos que o estudo oferece riscos mínimos, mas se você sentir algum desconforto, fadiga ou cansaço poderá interromper imediatamente a entrevista. Caso você necessite poderemos encaminhá-lo (a) para assistência imediata, integral e gratuita.

As informações registradas ficarão arquivadas sob a responsabilidade das pesquisadoras responsáveis por um período de cinco anos. Seu nome será mantido em sigilo, e identificado apenas por números para garantir o caráter confidencial das suas informações. Garantimos que qualquer informação obtida por meio dessa pesquisa poderá ser publicada apenas com finalidade científica.

Informamos que você não terá nenhuma despesa, uma vez que todos os gastos previstos serão custeados pelas pesquisadoras, e caso você tenha alguma despesa, será pago pela própria pesquisadora. Não haverá nenhum tipo de privilégio ou gratificação financeira pela sua participação. Caso você se sinta prejudicado, poderá solicitar indenização nos termos da lei e o que for decidido pela justiça será acatado pelas pesquisadoras.

Em caso de dúvida, sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis Mestranda Débora, no telefone: (64) 9905-4690 e Prof^a Dr^a Vanessa, nos telefones: (62) 8132-8200/ (62) 3946-1261. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da

Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, nº 1069, Setor Universitário, Goiânia, Goiás.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre o desenvolvimento da pesquisa, caso concorde em participar, este documento, que está em duas vias, deverá ser assinado e rubricado em todas as páginas. Uma das vias do documento é sua e a outra, das pesquisadoras responsáveis pela realização da entrevista.

Débora Penélope de Carvalho Queiroz
CRF-GO 7108

Eu, _____, RG n° _____, abaixo assinado, discuti com a pesquisadora Débora Penélope de Carvalho Queiroz sobre a minha decisão em participar do estudo "**Prevalência e fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso de hipertensos não controlados**". Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Jataí, ____, de _____, de 201 ____.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da testemunha: _____

Assinatura do responsável pelo estudo: _____

Apêndice B – Instrumento de coleta de dados

Nº do questionário: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Entrevistado (a) (iniciais): _____

Entrevistador : _____

Parte 1 – Características socioeconômicas**1. Data de nascimento:** ____/____/____**2. Sexo:** (1) Feminino (2) Masculino**3. Cor da pele autorreferida:** _____**4. Você mora sozinho?** (1) Sim (2) Não**5. Situação conjugal:** (1) Com companheiro(a) (2) Sem companheiro(a)**6. Qual é a sua ocupação?** _____ (Classificar de acordo com CBO)

(0) Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares

(1) Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes

(2) Profissionais das ciências e das artes

(3) Técnicos de nível médio

(4) Trabalhadores de serviços administrativos

(5) Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados

(6) Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca

(7) Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais

(8) Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais

(9) Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção

7. Situação ocupacional: _____ CBO

(1) Empregado

- (2) Autônomo
- (3) Desempregado
- (4) Aposentado
- (5) Pensionista
- (6) Do lar

8. Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO

	NÃO POSSUI	1	2	3	4+
8.1.Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
8.2.Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos 5 dias por semana					
8.3.Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
8.4.Quantidade de banheiros					
8.5.DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
8.6.Quantidade de geladeiras					
8.7.Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
8.8.Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
8.9.Quantidade de lavadora de louças					
8.10.Quantidade de fornos de micro-ondas					
8.11.Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
8.12.Quantidade de máquinas secadoras de roupas,					

considerando lava e seca					
--------------------------	--	--	--	--	--

9. A água utilizada em seu domicílio é proveniente de?	
9.1	Rede geral de distribuição
9.2	Poço ou nascente
9.3	Outro meio

10. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
10.1	Asfaltada/Pavimentada
10.2	Terra/Cascalho

11. Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.	
11.1	Analfabeto / Fundamental I incompleto
11.2	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
11.3	Fundamental completo/Médio incompleto
11.4	Médio completo/Superior incompleto
11.5	Superior completo

Parte 2 – Informações relacionadas à condição de saúde

12. Valores da pressão arterial nas três últimas consultas (PRONTUÁRIO):

PA	Data da consulta

13. Comparecimento nas consultas médicas em 2014 (PRONTUÁRIO):

Data da consulta	Presente (P) ou Ausente(A)

14. IMC (PRONTUÁRIO): _____ Data: (___ / ___ / ___)

15. Valores dos testes de colesterol (Data do exame mais recente: ____/____/____)

15.1 HDL:

15.2 LDL:

15.3 COLESTEROL TOTAL:

16. Há quanto tempo o médico lhe disse que você tem hipertensão (pressão alta)?
_____anos

(1) Menos de 1 ano (2) De 1 a 5 anos (3) 5 a 10 anos (4) Mais de 10 anos (5) Não sabe informar

17. Além da hipertensão arterial, o Sr(a) tem alguma das seguintes enfermidades:

17.1 Diabetes: (1) Sim (2) Não

17.2 Doença cardíaca: (1) Sim (2) Não

17.3 Neoplasia: (1) Sim (2) Não

17.4 Doença respiratória crônica: (1) Sim (2) Não

17.5 Doenças osteomusculares: (1) Sim (2) Não

17.6 Dificuldade visual: (1) Sim (2) Não

17.7 Dificuldade auditiva: (1) Sim (2) Não

Outras: _____

18. É fumante? (1) Sim (2) Não (3) Ex-fumante

18.1 Se sim, há quanto tempo fuma? _____

18.2 Se é ex-fumante, por quanto tempo fumou? _____

19. Pratica exercício físico? (1) sim (2) não

Se sim, com que frequência? _____

20. Faz uso de bebida alcoólica? (1) sim (2) não (3) ex-etilista

20.1 Se sim, com que frequência? _____

21. Como o Sr(a) avalia seu estado de saúde?

(1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo

22. O Sr(a) costuma verificar a pressão arterial ?

(1) Sim (2) Não

22.1 Se sim, com que frequência? _____

23. Como o Sr(a) avalia o controle da sua pressão arterial nos últimos 6 meses

(1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Pésimo

24. Quais das seguintes complicações a hipertensão (pressão alta) pode lhe trazer?

24.1 IAM (infarto/ataque cardíaco) (1)Sim (2)Não (3)Não sabe informar

24.2 AVC (derrame) (1)Sim (2)Não (3)Não sabe informar

24.3 Insuficiência cardíaca (Cansaço + falta de ar e fraqueza) (1)Sim (2)Não (3)Não sabe informar

24.4 Aterosclerose (Placas de gordura nos vasos sanguíneos) (1)Sim (2)Não (3)Não sabe informar

24.5 Insuficiência renal (Problemas nos rins) (1)Sim (2)Não (3)Não sabe informar

24.6 Retinopatia hipertensiva (Comprometimento ocular) (1)Sim (2)Não (3)Não sabe informar

25. Nos últimos 12 meses, você precisou procurar serviço de emergência (pronto-socorro) ou ser internado por complicação da hipertensão? (1)Sim (2)Não

26. O Sr(a) apresenta algum desses sintoma(s) decorrente(s) da hipertensão arterial?

26.1 Dor de cabeça (1) Sim (2) Não

26.2 Tontura (1) Sim (2) Não

26.3 Dor no peito (1) Sim (2) Não

26.4 Zumbido no ouvido (1) Sim (2) Não

26.5 Sangramento nasal (1) Sim (2) Não

26.6 Visão embaçada (1) Sim (2) Não

26.7 Problemas nos rins (1) Sim (2) Não

27. Qual(is) dessas situações acontecem quando o Sr(a) precisa ir até o serviço de saúde onde realiza o acompanhamento para a HAS ?

27.1 A distância é grande para ir a pé (1) Sim (2) Não

27.2 Necessita de acompanhante (1) Sim (2) Não

27.3 Afazeres domésticos (1) Sim (2) Não

27.4 Não pode faltar o trabalho (1) Sim (2) Não

27.5 Custo financeiro, pois precisa de condução/transporte (1) Sim (2)Não

27.6 Outros: _____

28. O Sr(a) acha difícil conseguir consultar com o médico?

(1)Sim (2)Não

28.1 Se sim, por que? _____

29. O Sr(a) costuma receber informações sobre a hipertensão e seu tratamento?

(1)Sim (2)Não

30. Na sua opinião, qual(is) deste(s) profissionais costuma dar informações sobre a pressão alta e seu tratamento?

30.1 Médico (1)Sim (2)Não

30.2 Enfermeiro (1)Sim (2)Não

30.3 Técnico de enfermagem (1)Sim (2)Não

30.4 Assistente social (1)Sim (2)Não

30.5 Farmacêutico (1)Sim (2)Não

30.6 Psicólogo (1)Sim (2)Não

30.7 Nutricionista (1)Sim (2)Não

30.8 Outros: _____

31. O Sr(a) compreende as explicações fornecidas pelos profissionais de saúde?

(1)Sim (2)Não

Se não, por que? _____

32. O Sr(a) sente confiança/segurança nas informações fornecidas pelos profissionais de saúde?

(1)Sim (2)Não

32.1 Se não, por que? _____

Parte 3 – Variáveis relacionadas ao tratamento medicamentoso

33. Há quanto tempo toma medicamento para tratar a hipertensão (pressão alta)? _____ anos

(1) Menos de 1 ano (2) De 1 a 5 anos (3) 5 a 10 anos (4) Mais de 10 anos (5) Não sabe informar

34. Poderia me mostrar a última prescrição para que eu possa verificar quais são os medicamentos que o Sr (a) faz uso atualmente?

Classe	Nome	Dose	Nºde cp/dia	Nº de vezes ao	Horário

				dia	
1. Diuréticos tiazídicos	1.1. Hidroclorotiazida				
	1.2. Clortalidona				
	1.3. Indapamida				
2. Diuréticos de alça	2.1. Furosemida				
3. Diuréticos poupadores de potássio	3.1. Amilorida				
	3.2. Espironolactona				
4. Betabloqueadores seletivos	4.1. Atenolol				
	4.2. Metoprolol				
5. Agentes alfa e betabloqueadores	5.1. Carvedilol				
6. Betabloqueadores não seletivos	6.1. Propanolol				
7. Antiadrenérgicos de ação central	7.1. Metildopa				
8. Bloqueadores dos canais de cálcio	8.1. Anlodipino				
	8.2. Nifedipino				
	8.3. Verapamil				
9. Vasodilatadores arteriais	9.1. Hidralazina				
10. Inibidores da ECA	10.1. Captopril				
	10.2. Enalapril				
11. Antagonistas do receptor de angiotensina II	11.1. Losartana				

Nº de medicamentos utilizados: _____

Nº de comprimidos/dia: _____

35. O médico pediu a sua opinião quando foi escolher os medicamentos para o seu tratamento? (1)Sim (2)Não

36. Já apresentou algum desses efeitos indesejados com as medicações para HAS?

36.1 Tosse (1) Sim (2) Não

36.2 Boca seca (1) Sim (2) Não

36.3 Tontura (1) Sim (2) Não

36.4 Azia (1) Sim (2) Não

36.5 Sonolência (1) Sim (2) Não

36.6 Alergia (1) Sim (2) Não

36.7 Edema (1) Sim (2) Não

36.8 Fraqueza (1) Sim (2) Não

36.9 Impotência (1) Sim (2) Não

36.10 Palpitações (1) Sim (2) Não

Outro: _____

37. Já parou de tomar algum medicamento quando sentia efeitos indesejados?

(1) Sim (2) Não

38. O médico já trocou os medicamentos que o Sr(a) toma para controlar a pressão alta?

(1) Sim (2) Não

39. O Sr(a) se sente acolhido e/ou incentivado pelo médico para o cumprimento da terapêutica medicamentosa prescrita?

(1) Sim (2) Não

40. O Sr(a) já recusou-se a tomar algum medicamento diretamente para seu médico?

(1) Sim (2) Não

40.1 Se sim, por que? _____

41. Como o Sr(a) se sente ao tomar dois ou mais medicamentos ao dia?(auto-avaliação)

(1) Ótimo (2) Bem (3) Indiferente (4) Ruim (5) Péssimo

42. Em qual dos locais abaixo você consegue obter os medicamentos que utiliza?

42.1 Farmácia da Unidade Básica de Saúde (1) Sim (2) Não

42.2 Farmácia Popular (1) Sim (2) Não

42.3 Farmácia Privada (1) Sim (2) Não

43. O Sr(a) recebeu alguma orientação sobre como obter os medicamentos prescritos?

(1) Sim (2) Não

43.1 Se sim, quem informou? _____

43.2 Quais foram as informações: _____

44. A distribuição de medicamentos em farmácias públicas exige a apresentação da prescrição médica, que vale de 3 a 6 meses. O Sr(a) já teve alguma dificuldade para conseguir a receita dos medicamentos necessários para o seu tratamento?

(1) Sim (2) Não

44.1 Se sim. Quais? _____

45. Quando você não consegue os medicamentos que o governo oferece, o que você faz?

45.1 Compra a medicação (1) Sim (2) Não

45.2 Fica sem tomar o medicamento até conseguir no posto (1) Sim (2) Não

45.3 Troca o medicamento, por conta própria, por outro mais acessível (1) Sim (2) Não

45.4 Consegue emprestado com familiares/amigos (1) Sim (2) Não

45.5 Pede para o médico passar outro que esteja disponível (1) Sim (2) Não

45.6 Outro: _____

46. O Sr(a) utiliza algum tipo de “lembrete” para tomar os medicamentos nos horários certos? (1) Sim (2) Não

46.1. Se sim, qual? _____

47. O Sr(a) recebe apoio de amigos e/ou familiares para cumprir o tratamento médico?

(1) Sim (2) Não

48. O Sr(a) tem dificuldade para diferenciar as embalagens dos medicamentos?

(1) Sim (2) Não

48.1. Se sim, o que acha difícil? _____

49. Como o Sr(a) identifica as medicações?

49.1 Pela cor, tamanho ou forma da medicação (1) Sim (2) Não

49.2 Pela embalagem da medicação (1) Sim (2) Não

49.3 Pelo nome da medicação (1) Sim (2) Não

50. O Sr(a) precisa de ajuda de outra pessoa para tomar os medicamentos?

(1) Sim (2) Não

50.1 Se sim, quem ajuda ? _____

51. O Sr(a) acredita que os medicamentos controlam a sua pressão arterial?

(1) Sim (2) Não

51.1. Se não, por que? _____

52. O Sr(a) usa medicamentos “naturais” (ex: chás, garrafadas) para auxiliar no tratamento da pressão alta?

(1)Sim (2)Não

52.1. Se sim,quais? _____

53. Quando o Sr(a) faz uso de medicamentos “naturais” (ex: chás, garrafadas), deixa de tomar os medicamentos prescritos pelo médico?

(1)Sim (2)Não

54. O fato de utilizar medicamentos para tratamento da hipertensão provoca mudanças em sua rotina diária? (1)Sim (2)Não

54.1. Se sim,quais: _____

55. Na sua opinião, quais são os motivos pelos quais as pessoas deixam de tomar os medicamentos conforme o médico prescreveu?

55.1 Dificuldades para cumprir os horários (1)Sim (2)Não

55.2 Esquecimento (1)Sim (2)Não

55.3 Efeitos indesejados (1)Sim (2)Não

55.4 Sentiu piora da doença (1)Sim (2)Não

55.5 Não ter sintomas da hipertensão (1)Sim (2)Não

55.6 Viagens (1)Sim (2)Não

55.7 Alto custo do tratamento (1)Sim (2)Não

55.8 Ingestão de bebidas alcoólicas (1)Sim (2)Não

55.9 Não encontrar o medicamento nas farmácias do SUS (1)Sim (2)Não

ANEXO A - ESCALA DE ADESÃO TERAPÊUTICA DE MORISKY DE 8 ITENS (MMAS-8)

Você afirmou que está tomando medicamento(s) para hipertensão. Algumas pessoas identificaram vários problemas em relação ao comportamento de tomar medicamentos e estamos interessados nas suas experiências. Não há respostas certas ou erradas. Responda a cada pergunta com base em sua experiência pessoal com o medicamento para a pressão alta.

1) Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão?

(0) Sim (1) Não

2) As pessoas às vezes deixam de tomar seus medicamentos por outras razões, além de esquecimento. Pensando nas últimas duas semanas, houve algum dia em que você deixou de tomar o(s) seu(s) medicamento(s) para pressão alta?

(0) Sim (1) Não

3) Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?

(0) Sim (1) Não

4) Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos para hipertensão?

(0) Sim (1) Não

5) Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?

(0) Sim (1) Não

6) Você às vezes para de tomar o(s) seu(s) medicamento(s) quando sente que a sua pressão está sob controle?

(0) Sim (1) Não

7) Para algumas pessoas, tomar medicamento(s) todos os dias é uma grande inconveniência. Você já se sentiu aborrecido em seguir o plano de tratamento para a pressão alta?

(0) Sim (1) Não

8) Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?

Nunca/ Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maior parte das vezes	Sempre

ANEXO B – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE ADESÃO TERAPÊUTICA DE MORISKY

Mensagem de Impressão do Outlook.com

Página 1 de 3

[Imprimir](#)

[Fechar](#)

Brazil_Re: Requesting permission for using MMAS-8:(Eight-Item Morisky Medication Adherence Scale)

De: **Donald E. Morisky** (dmorisky@ucla.edu)
 Enviada: segunda-feira, 27 de outubro de 2014 13:06:55
 Para: Debora Penelope Carvalho Queiroz (deborapeq@hotmail.com)

12 anexos

MMAS-4 or 8-generic_scale_UPDATED5; Debora Penelope_Brazil_2014_10_27.doc (57,5 KB), Morisky_Ang_Krousel_Wood_Ward_2008_J_Clin_Hyper.pdf (403,6 KB), Translation Protocol MMAS_2013.pdf (451,2 KB), Translation Protocol MMAS_2013.pdf (451,2 KB), Barriers to and Determinants of Medication Adherence in Hypertension Management.pdf (175,0 KB), M_AJMC_09Jan_Krousel_W_59to66.pdf (203,0 KB), Association of Depression with Antihypertension Medication Adherence in Older Adults_2010.pdf (190,2 KB), J Am Geriatric Society. Adverse Effects of CAM_2010.pdf (168,6 KB), Wilke, Muller, Morisky. Toward Identifying Causes of Non-Adherence to Medical Regimens_2011_Value_in_Health.pdf (723,8 KB), The_Eight_Item_Morisky_Medication_Diabetes_Care2010.pdf (205,7 KB), The_Eight_Item_Morisky_Medication_Diabetes_Care2010.pdf (205,7 KB), Article 4_Morisky et al_2011.pdf (64,0 KB)

Greetings **Débora** and thank you for your follow up fax and email re the use of the MMAS-8. I am sorry for the delay in responding but classes just begun and I have been very busy with my graduate students this past week.

I have prepared a waiver of license agreement form for you to sign and return to me for final signature.

The copyrighted MMAS-8 scale is a generic assessment of medication-taking behavior and has been used in a number of health conditions, both chronic and infectious diseases. It is a reliable and valid indicator to assess self reported medication-taking behavior, including several levels of criterion related validity (blood pressure control, HgA1c) discriminant validity (social desirability) and persistence using pharmacy fills as a criterion. The scale is not in the public domain and should not be on the internet without my permission) and can only be used through issuance of a license agreement through the owner/developer. This is the only way the integrity of the scale can be maintained.

The waiver of License Fee Contract and a Copyright Agreement form is for you to fill out and sign and return to me. My only request is that you adhere to the copyright laws, cite our research and provide me with a brief summary of your findings upon completion of your study. I trust that you will abide with these simple guidelines in using the scale and thank you for your interest.

I have also attached recent articles that you can use in your background citing additional levels of criterion-related validity of the MMAS-8. I have attached several articles which provide a historical overview of the development of the MMAS from its original Morisky, Green and Levine scale to the MMAS-4 to its current MMAS-8. I hope you find these articles informative. I would appreciate your thoughts... I also included a paper recently published in which we sampled NEWLY dx patients with diabetes. HgA1c was our outcome measure. Please note that the MMAS-8 is a GENERIC assessment tool and you simply insert the name of your specific health condition in each item that request this information.

If you wish to publish your results, you must adhere to the copyright guidelines in not divulging the scoring criteria, as this is the intellectual property of the developer/owner (myself) and protected under international copyright laws. If you plan on using a translated version of the copyrighted MMAS-8 you MUST use one of our validated translations that have been prepared by the MAPI institute in France, which I have developed through working with an international language institute in Europe who used a very rigorous protocol in the forward and backward translation, using two pairs of native linguistic experts who independently conducted the translation process. I was involved in each stage of the translation process and integrally involved in the face and construct validation of each item at the last stage. Unfortunately there is no waiver for the translation. There is a nominal charge of \$200.00 for obtaining this validated translations. This is the only way that the integrity of the MMAS-8 can be maintained and preserved and it allows investigators from all over the world to use the same standard translation for comparison of research results.. I have attached for your review a copy of the translation protocol. If you wish to use the copyrighted English version of the scale, this is permissible and you must cite our research related to the development and psychometric properties of the MMAS-8. Under no circumstances are you permitted to make your own translation and call it the MMAS-8 as this is a serious violation of International Copyright Laws. I have a validated Portuguese ofr Brazil translation if you wish to purchase please let me know and I can prepare a Translation Fee Invoice that can be paid by credit card or by a bank wire transfer. The translation fee is linked to the waiver of license fee contract and cannot be used in other studies, distributed, placed on the internet or published as this is the intellectual property of the developer and under international copyright protection rights. I do not know how Lyra-Junior permitted you to use this copyright protected intellectual property; as it is a serious violation of international copyright laws. Again, only VALIDATED translations that follow the rigorous standards of the MAPI Institute or Oxford Outcomes Research are permitted for use as the MMAS-8. All other translations are not allowed to be named or referred to as the MMAS-8 adherence scale.

I wish you the very best of success in your adherence research and look forward to working with you. I have attached a recent publication discussing the relationship between adherence behavior and depression as well as articles from our 5-year cohort study of an elderly population with high blood pressure.

Thanks for your interest in our adherence scale and best wishes. I look forward to assisting you in your use of the MMAS-8. Please let me know your payment method so I can provide you with the bank or

Mensagem de Impressão do Outlook.com

Página 3 de 3

PayPal.com instructions. Best of success in your adherence research.

Sincerely,

DMorisky

Donald E. Morisky, Sc.D., M.S.P.H., Sc.M.
Professor and Former Chair
Department of Community Health Sciences
UCLA Fielding School of Public Health
650 Charles E. Young Drive South
Box 951772
46-071 CHS
Los Angeles, CA 90095-1772

email: dmorisky@ucla.edu
Phone: (310) 825-8508
Fax: (310) 794-1805

At 01:42 PM 10/9/2014, Debora Penelope Carvalho Queiroz wrote:

Dear Prof Morisky,

My name is Débora Queiroz. I'm an master student of the Master Program in Health Attention at Pontifical Catholic University of Goiás, Brazil. I am currently studying the adherence to antihypertensive treatment and associated factors among patients in Brazilian Unified Health Care System. As we were looking for possible instruments, we came across your research, and we became very interested in the instrument that you developed and tested.

Therefore, we would like to request your permission to use the Brazilian-Portuguese version of the structured self-report eight-item Morisky Medication Adherence Scale. We would like to affirm our commitment to use it as it was translated by Lyra-Junior, et al, 2014, to maintain the reliability and validity in measuring adherence to antihypertensive treatment, as well as the integrity of all ethical issues related. We would also like to ask for future additional permission, if necessary.

Thank you very much for you kind attention. Looking forward to hearing from you.

Your sincerely,

Débora Penélope de Carvalho Queiroz

Pontifical Catholic University of Goiás (PUC Goiás)
Postgraduate Program Master: Health Attention

[Imprimir](#)[Fechar](#)

RE: Brazil Re: Requesting permission for using MMAS-8: (Eight-Item Morisky Medication Adherence Scale)

De: **Donald E. Morisky** (dmorisky@ucla.edu)
 Enviada: terça-feira, 11 de novembro de 2014 16:44:12
 Para: Debora Penelope Carvalho Queiroz (deborapcq@hotmail.com)
 2 anexos
 MODEL Template for MMAS-8
 Coding_Scoring_Copyright_Agreement_Final_Template_2014_9_18.doc (45,2
 KB) , Invoice_11-11-2014_Débora Penélope de Carvalho
 Queiroz_Portuguese_for_Brazil.doc (49,8 KB)

Thank you Debora for your note and prompt. I will scan your signed contract agreement and co-sign tomorrow and send you this document. In the meantime, I am attaching the validated MMAS-8 adherence instrument, along with scoring and re-coding instructions, psychometric properties, and categorical distribution based on your original study in 2008. I have also attached for your review the Translation Invoice for the validated Portuguese for Brazil translation. Please let me know your mode of payment ---either by bank wire transfer or by credit card via PayPal.com. If you wish to pay by credit card, the bank fee is only \$10 vs. the bank wire transfer which is \$16 on my end and perhaps more on your end. Thank you again for your interest in our adherence research.

You certainly can communicate with me re the evaluation of the MMAS-8, especially validation procedures and possibly biomarkers to assess criterion-related validity.

Best wishes,

Prof. Donald Morisky

Donald E. Morisky, Sc.D., M.S.P.H., Sc.M.
 Professor and Former Chair
 Department of Community Health Sciences
 UCLA Fielding School of Public Health

At 09:22 AM 10/28/2014, Debora Penelope Carvalho Queiroz wrote:

Dear Professor Morisky,

Once again, thank you so much for the great articles you sent me. I am learning a lot about adherence. I would like to move forward and purchase the Brazilian Portuguese version of the document. What is the payment method/process?

I also would like to know if I am allowed to use the license in any other study that I participate in because I am part of a research group.

Finally, if that's ok with you, I would like to exchange ideas via email as I go through my study, in case I come across any questions related to data analysis, etc. I believe that your extensive knowledge and experience would be a great asset to my project.

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM HIPERTENSOS NÃO CONTROLADOS

Pesquisador: Débora Penélope de Carvalho Queiroz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38629414.0.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 916.014

Data da Relatoria: 25/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal analítico que terá como objetivo analisar a adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas com hipertensão atendidas em serviço de referência. Serão convidadas a participar todas as pessoas que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: ter idade > 18 anos; ser hipertenso (PAS >140 mm Hg e PAD > 90 mmHg). Serão excluídas as pessoas que apresentarem dificuldade para comunicação e/ou déficit cognitivo que será avaliado pelo Mini-Mental. Os dados serão coletados, em duas etapas, por meio de análise de prontuário e realização da entrevista com os participantes para obtenção de dados socioeconômicos, dados relacionados à condição de saúde e características da terapia medicamentosa utilizada no tratamento da hipertensão. Para avaliar o nível de adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão, será aplicada a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 itens (MMAS-8).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas com hipertensão atendidas em serviço de referência.

Descrever o perfil socioeconômico, as condições de saúde e as características da terapêutica medicamentosa; Verificar o nível de adesão dos participantes ao tratamento medicamentoso; Analisar a associação entre a adesão ao tratamento medicamentoso com as variáveis

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 916.014

socioeconômicas, relacionadas à condição de saúde, ao esquema terapêutico, à interação com a equipe e variáveis relacionadas aos pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram garantidos os riscos do participante em participar do estudo como a fadiga, o cansaço além de reações emocionais, que poderão ocorrer durante entrevista. No entanto, os pesquisadores informaram que caso isso aconteça, os participantes serão encaminhados imediatamente para assistência imediata, integral e gratuita.

Com relação aos benefícios do estudo, os pesquisadores informaram que serão dados todos os esclarecimentos de possíveis dúvidas que os participantes tenham a respeito de seu tratamento medicamentoso (posologia, reações adversas, interações medicamentosa, entre outras). Também serão feitas orientações sobre o uso racional de medicamentos. E ainda, referem que os resultados obtidos poderão auxiliar na detecção de possíveis falhas na atenção à saúde e subsidiar o planejamento de intervenções eficazes com a finalidade de favorecer a adesão ao tratamento medicamentoso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo está de acordo com as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador atendeu às solicitações previstas na resolução 466/12 nos quesitos referentes aos riscos, benefícios, indenização e ressarcimento. Foi ainda garantido a possibilidade de comunicação com os pesquisadores responsáveis em caso de dúvidas e com o Comitê de Ética (PUC-GO).

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069	CEP: 74.605-010
Bairro: Setor Universitário	
UF: GO	Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512	Fax: (62)3946-1070
	E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 916.014

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação deste, conferida pelo CEP, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. É exigido a entrega do relatório final após conclusão da pesquisa.

GOIANIA, 16 de Dezembro de 2014

Assinado por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br