

**DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA E FARMÁCIA
CURSO DE FARMÁCIA**

Franciele Bernardy Wesendonck

**ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO
FARMACOLÓGICO DE HIPERTENSOS USUÁRIOS DO PROGRAMA “AQUI
TEM FARMÁCIA POPULAR” EM UMA FARMÁCIA COMUNITÁRIA DE
ARROIO DO TIGRE - RS**

Santa Cruz do Sul
2019

Franciele Bernardy Wesendonck

**ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO
FARMACOLÓGICO DE HIPERTENSOS USUÁRIOS DO PROGRAMA “AQUI
TEM FARMÁCIA POPULAR” EM UMA FARMÁCIA COMUNITÁRIA DE
ARROIO DO TIGRE - RS**

Trabalho de Curso a ser apresentado à disciplina
de Trabalho de Curso II, do Curso de Farmácia
da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Paula Helfer
Schneider

Santa Cruz do Sul
2019

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) trata-se de uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) de alta prevalência e, assim sendo, refere-se a um problema de saúde pública, pois é um grande fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias e corresponde à maior parte das taxas de morbimortalidade da população brasileira. A HAS não tem cura, mas possui tratamento e pode ser facilmente controlada através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, vale ressaltar o quão é importante uma farmacoterapia adequada e adesão ao tratamento farmacológico para o controle desta doença. No que diz respeito a medidas farmacológicas, atualmente, o programa “Aqui tem Farmácia Popular” garante a gratuidade de parte dos medicamentos utilizados para o controle da HAS, facilitando a aquisição dos mesmos, propiciando de certa forma, a adesão. Por outro lado, medidas não farmacológicas são tão eficientes quanto as farmacológicas e englobam adoção de hábitos de vida saudáveis, como não ser fumante ou etilista e adotar o consumo de frutas, verduras, legumes e prática de atividades físicas regularmente. Considerando a magnitude desta doença e suas consequências à longo prazo e que ainda há poucos estudos no município de Arroio do Tigre neste sentido, o presente projeto de pesquisa teve como objetivo avaliar qual a prevalência de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico (considerando variáveis como tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, hábitos alimentares, terapias complementares, dentre outros) de hipertensos atendidos pelo programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em uma farmácia comunitária no município de Arroio do Tigre. Para tanto, foi realizado um estudo transversal com 75 hipertensos que retiraram seus medicamentos anti-hipertensivos através do programa "Aqui Tem Farmacia Popular" e que concordaram participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no período de março a julho de 2019, estudo este que verificou a prevalência da adesão ao tratamento através de um instrumento de pesquisa que foi um questionário, além do Teste de Morisky-Green. Os resultados mostraram que 77,3% dos entrevistados não aderiam ao tratamento medicamentoso; 76% não aderiam ao tratamento não medicamentoso e 58% não aderiam nenhuma das terapias, sendo farmacológica e não farmacológica. Conclui-se com este estudo que os profissionais de saúde, especialmente o farmacêutico, devem realizar intervenções como o acompanhamento farmacoterapêutico e a educação em saúde ao paciente hipertenso, conhecendo a realidade e as características de cada paciente, a fim de aumentar as taxas de adesão ao tratamento, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida destes pacientes.

Palavras-chave: Adesão ao Tratamento, Farmacêutico, Hipertensão Arterial Sistêmica.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo geral.....	8
2.2 Objetivos específicos.....	8
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	9
3.2 Epidemiologia	11
3.3 Tratamento.....	12
3.3.1 Tratamento farmacológico.....	13
3.3.1.1 Diuréticos.....	13
3.3.1.2 Inibidores Adrenérgicos.....	15
3.3.1.3 Betabloqueadores.....	15
3.3.1.4 Alfabloqueadores	16
3.3.1.5 Vasodilatadores Diretos	16
3.3.1.6 Antagonistas dos Canais de Cálcio	16
3.3.1.7 Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA).....	17
3.3.1.8 Bloqueadores dos Receptores AT1 da Angiotensina II.....	17
3.3.1.9 Inibidores Diretos da Renina.....	18
3.3.2 Tratamento não farmacológico	18
3.3.2.1 Controle do peso	18
3.3.2.2 Adoção de hábitos alimentares saudáveis	19
3.3.2.3 Redução do consumo de bebida alcoólica	20
3.3.2.4 Abandono ao tabagismo.....	20
3.3.2.5 Prática de atividade física regular	21
3.3.2.6 Terapias complementares	21
3.4 Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”	22

3.5 Adesão ao tratamento.....	23
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	26
4.1 Tipo de estudo.....	26
4.2 Local do estudo e amostra.....	26
4.3 Considerações éticas.....	26
4.4 Critérios de inclusão.....	27
4.5 Critérios de exclusão.....	27
4.6 Riscos e Benefícios.....	27
4.6.1 Riscos.....	27
4.6.2 Benefícios.....	27
4.7 Coleta De Dados.....	27
4.7.1 Instrumento.....	28
4.8 Estudo piloto.....	28
4.9 Análise de dados.....	29
4.10 Divulgação dos resultados.....	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS.....	56
REFERÊNCIAS.....	57
ANEXOS.....	66
ANEXO A – Concordância do local de pesquisa.....	66
ANEXO B - Parecer Consubstanciado Do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP....	67
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	71
ANEXO D – Questionário.....	74
ANEXO E – Normas para Submissão de Artigos Científicos Revista Infarma – Ciências Farmacêuticas.....	78

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) compõem um conjunto de condições crônicas que, geralmente, passam por um processo de cuidado contínuo, mas nem sempre levam a cura. Podem ser determinadas por diversos fatores, sejam eles sociais ou individuais, sendo que, os principais fatores de risco para as DCNT's são o excesso de peso, dependência química (tabaco, álcool ou de outras drogas), inatividade física e má alimentação. As DCNTs constituem um problema de saúde de grande magnitude, sendo as responsáveis, no ano de 2015, por cerca de 51,6% do total de óbitos da população de 30 a 69 anos no Brasil. Neste contexto, está inserida a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), caracterizada por níveis pressóricos acima de 140/90 milímetros de mercúrio (mmHg). É uma DCNT de alta prevalência, cujos fatores de risco e complicações representam parte da totalidade de doenças do mundo, e, no cenário brasileiro, são responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade da população. É uma doença que não tem cura, mas há tratamento e pode ser controlada através de medicações e adoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2005; BRASIL, 2013; MS, 2018).

O sucesso do tratamento depende fundamentalmente da participação e envolvimento do paciente, visto que, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a adoção de hábitos de vida saudáveis são as principais condições para a redução e controle dos níveis pressóricos. Porém, apesar do rápido e grandioso desenvolvimento da indústria farmacêutica, a qual coloca à disposição dos médicos fármacos altamente seguros e bem tolerados, que permitem o controle eficaz da HAS em praticamente 80% dos pacientes, o controle da doença ainda não é adequado e continua sendo um fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias (NOBRE; PIERIN; MION JUNIOR; 2001; BRASIL, 2013; BURNIER, 2017).

O controle da HAS é o maior desafio para os profissionais de saúde, pois para que estes possam atuar de maneira eficaz, fazendo com que o paciente siga corretamente o esquema terapêutico, requer destes profissionais a compreensão de que a adesão ao tratamento é algo complexo e que pode ser influenciada por diversos fatores, os quais estão relacionados ao usuário, ao tratamento, a doença, o meio social e cultural em que está inserido, e assim, ressaltando a importância de explorar as crenças dos pacientes em relação à sua doença e tratamento (NOBRE; PIERIN; MION JUNIOR; 2001; REINERS et al., 2012; ROSABAL et al., 2016). Desta forma, entende-se que a atuação do profissional farmacêutico é imprescindível, visto que, uma das atribuições clínicas do

farmacêutico previstas na RDC 585 de 2013 é, justamente, a avaliação e acompanhamento da adesão dos pacientes ao tratamento, e a realização de ações que visem a sua promoção (BRASIL, 2013). Ainda, no que diz respeito ao farmacêutico clínico, ele é um profissional que possui uma filosofia de atenção farmacêutica, a qual combina a orientação com o conhecimento especializado, visando à obtenção de resultados clínicos positivos ao paciente. Este profissional trabalha visando a promoção da saúde através de diretrizes terapêuticas baseadas em evidências, intervindo e contribuindo, quando necessário, no que diz respeito à aspectos técnicos e econômicos das prescrições médicas (MARTINBIANCHO, ZUCKERMANN, ALMEIDA, 2013).

Neste sentido, considerando que a HAS é um problema de saúde pública e como ainda há poucos estudos no município de Arroio do Tigre relacionados à este tema, este projeto de pesquisa buscou avaliar qual a prevalência de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico (considerando variáveis como tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, hábitos alimentares, terapias complementares, dentre outros) de hipertensos atendidos pelo programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em uma farmácia comunitária no município de Arroio do Tigre e quais fatores influenciam esta adesão, traçando assim, um perfil de pacientes que mais aderem ao tratamento da HAS, seja ele medicamentoso ou não.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar prevalência de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de pacientes hipertensos usuários do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em uma farmácia em Arroio do Tigre – RS e seus fatores associados.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar a prevalência de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da população de hipertensos usuários do Programa “Aqui tem Farmácia Popular” em Arroio do Tigre – RS;
- Descrever os fatores sociodemográficos, econômicos e comportamentais relacionados à adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

As DCNT correspondem, atualmente, por mais de 70% das causas de morte no Brasil, sendo um problema de saúde pública de maior relevância, pois gera perda da qualidade de vida, incapacidades e limitações dos pacientes acometidos com estas doenças. Ainda, costuma-se crer que as mortes por DCNT acometem somente a população idosa, no entanto, cerca de 16 milhões de mortes relacionadas à doença ocorrem a cada ano em populações menores de 70 anos de idade. Neste sentido, a HAS trata-se de uma DCNT controlável, mas, se não for abordada de forma adequada, gera um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) (WHO, 2005; IBGE, 2014), tendo em vista que, no ano de 2013, ocorreram cerca de 1.138.670 óbitos, sendo que destes, cerca de 29,8% foram decorrentes de DCV (MALACHIAS et al., 2016). É notável, cada vez mais, a forte associação de DCNT, como é o caso da HAS, com fatores de risco para seu desenvolvimento, as quais incluem casos de hipertensão na família, hábitos alimentares não saudáveis envolvendo, principalmente, o excesso de sal e consumo excessivo de bebidas alcoólicas, obesidade, hipercolesterolemia, tabagismo, períodos de estresse, sedentarismo, dentre outros (IBGE, 2014; SBC, 2018).

O sangue de todo ser humano está sob pressão, caso contrário, não haveria circulação sanguínea, no entanto, se a pressão arterial (PA) está muito alta, ela acaba lesionando as paredes das artérias. Neste sentido, a HAS é desencadeada quando a força da contração do coração e das paredes das artérias, as quais tem finalidade de gerar o impulso para bombear o sangue para todo o corpo e assim fornecer oxigenação, chamada de PA, está acima do limite que se encontra dentro da normalidade, frequentemente associada ao aumento da resistência vascular periférica. No entanto, a grande maioria dos pacientes com hipertensão inicial não apresenta sintomas atribuíveis a PA alta (HART; SAVAGE; 2000; COLINDRES; HINDERLITER; 2005; SBC, 2018). A classificação de HAS tem sido frequentemente retificada e, de acordo com definição de hipertensão de estágio 1, a qual é a primeira classificação de hipertensão, considerada como leve, valores de pressão arterial sistólica (PAS) ou pressão arterial diastólica (PAD) na faixa de ≥ 140 mmHg ou ≥ 90 mmHg, respectivamente, considera-se hipertensão, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva,

tornando assim, quase 50% dos adultos de diversos países do mundo hipertensos (KOHLMANN JR et al., 1999; BRASIL, 2006; MICHEL, HOFFMAN, 2011; MALACHIAS et al., 2016; WHELTON et al., 2018). Os mecanismos patogênicos mais frequentemente encontrados referentes à HAS são ativação inapropriada do sistema renina-angiotensina, diminuição da excreção renal de sódio ou aumento na atividade do sistema nervoso simpático (SNS), sendo causas individuais ou em combinação. Estas causas podem ser genéticas ou ambientais, neste sentido, podem ser citadas a ingestão excessiva de sódio, obesidade e estresse (COLINDRES; HINDERLITER; 2005).

O diagnóstico da HAS baseia-se em medidas repetidas e reproduzíveis da PA, e ele serve para prever as consequências do distúrbio para o paciente, e raramente inclui um relato sobre a causa da doença. A detecção e o diagnóstico da HAS iniciam com a medida exata da PA, visto que, o esfigmomanômetro calibrado e validado juntamente com a utilização da técnica correta é imprescindível. A aferição da PA pode ser realizada no próprio consultório, pelo médico de qualquer especialidade ou demais profissionais de saúde habilitados e capacitados, ou fora dele, visto que, a monitorização da PA a domicílio por 24 horas pode ser útil à pacientes com a “Síndrome do Jaleco Branco”. Em uma primeira avaliação, as medidas devem ser aferidas em ambos os braços e, se caso houver diferença significativa, utiliza-se como referência o braço com maior valor para as medidas posteriores. Caso a PA inicial seja menor que 130/85mmHg, deve-se reavaliar no prazo de um ano e sugerir mudanças nos hábitos de vida; 130-139/85-89mmHg, reavalia-se em 6 meses juntamente com a insistência nas mudanças de hábitos; 140-159/90-99mmHg deve-se confirmar em dois meses e considerar a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA)/Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA); 160-179/100-109mmHg confirma-se em um mês e considera-se MAPA/MRPA; valores maiores ou iguais a 180/110mmHg requerem intervenção medicamentosa imediata ou reavalia-se em uma semana (COLINDRES; HINDERLITER; 2005; SBC, 2010; MALACHIAS et al., 2016; KATZUNG; TREVOR; 2017).

A Auto Medida da Pressão Arterial (AMPA) pode ser realizada pelo próprio paciente ou por familiares e não pelo profissional de saúde em seu consultório. Esta medida fornece uma fonte de informação adicional. A MRPA é realizada pelo próprio paciente ou profissional capacitado, no domicílio ou no trabalho, com equipamentos validados e calibrados. A MAPA é a monitorização da PA de 24h, a qual permite o registro da PA durante um dia todo enquanto o paciente realiza sua rotina habitual,

sendo muito vantajosa no sentido de verificar a PA durante o período de sono (SBC, 2010).

3.2 Epidemiologia

A epidemiologia é um tipo de estudo capaz de auxiliar na compreensão dos fatores de risco envolvidos em diversas doenças, bem como, estimular a formação de estratégias preventivas a fim de evitar complicações e eventos adversos associados, em vista disso, embora existam diversos fatores de risco para eventos cardiovasculares como tabagismo, hipercolesterolemia, diabetes, estresse e sedentarismo, a PA elevada destaca-se entre todos. Em todo o mundo, a PA mal controlada é considerada um grande fator de risco que pode levar ao óbito, isto, pois, o rápido desenvolvimento pelo qual o mundo está passando gera uma mudança epidemiológica e, levando em consideração o crescimento econômico, a urbanização e a mudança de estilo de vida, a HAS está aumentando em questão de prevalência (KUMAR, 2013; SBC, 2018). Em um estudo que englobou os países de língua portuguesa, destacou-se que dentre os principais fatores de risco para as DCVs, a HAS é uma das mais relevantes, sendo que, em 1990, as DCVs eram as principais causas de morte apenas no Brasil e em Portugal e em 2016, tornou-se a principal causa de morte também em Cabo Verde, São Tomé e Príncipe Timor-Leste (NASCIMENTO et al., 2018).

Desta maneira, a HAS pode e deve ser sim considerada um problema de saúde pública, pois, como citado anteriormente, ela é a principal causa de doenças cardíacas e vasculares no Brasil e no mundo (SBC, 2018), tendo em vista que, no ano de 2004, do total de 58,8 milhões de mortes, 7,5 milhões (12,8%) foram ocasionadas pela HAS em países com todos os grupos de renda, sendo alta, média e baixa renda (WHO, 2009). Cerca de 30% dos adultos de todo o mundo apresentam elevação da PA, e segundo as estatísticas mundiais de saúde do ano de 2012, a prevalência de HAS em homens e mulheres são de 29,2 e 24,8%, respectivamente, e ainda, estima-se que menos de 10% dos pacientes expostos ao risco de desenvolver a doença estejam em tratamento correto e contínuo (KUMAR, 2013, SBC, 2018). Segundo Whelton, et al. (2018), a prevalência de pressão alta em adultos, a qual foi baseada em 2 medidas de PAS/PAD limiares, sendo elas ≥ 130 mmHg e 80 mmHg e ≥ 140 mmHg e 90 mmHg, em geral, é maior na primeira faixa citada (equivalendo a 46% da população estudada), sendo que desta,

encontra-se mais prevalente em homens (48%), com idade igual ou superior a 75 anos (79%) e caracterizados quanto à raça como população negra não-hispânica (59%).

Estima-se que cerca de 66 milhões de brasileiros possuam diagnóstico prévio de alguma DCNT, sendo que, a HAS foi a mais referida dentre os entrevistados, com prevalência de 21,4% na população maior de 18 anos de idade, o que somam, aproximadamente, 31 milhões de indivíduos (MALTA et al., 2015) e ainda, prevê-se que cerca de 90% dos homens e mulheres que não são hipertensos aos 55 ou 65 anos, desenvolverão HAS até os 80-85 anos de idade (SESSO, 2002). Estima-se que, cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras da doença, tornando-a cada vez mais precoce (BRASIL, 2006).

A prevalência de HAS no Rio Grande do Sul (RS), segundo estudos de Gus, et al (2004), manteve-se constante nos últimos anos com singela melhora no reconhecimento da mesma (75% dos hipertensos entrevistados reconheciam sua doença, visto que, anos atrás, em Porto Alegre, a prevalência era de 57,7%), em contrapartida, os níveis de controle da HAS não apresentaram crescimento, pois 80% dos hipertensos que responderam a pesquisa não estavam com a PA controlada. Já em outro estudo que incluiu 1.968 habitantes da cidade de Pelotas, região Sul do RS, encontrou-se prevalência de 23,6% de HAS, considerando-se PAS e PAD de 160/95mmHg, caso fosse considerada 140/90mmHg a prevalência observada seria maior, cerca de 37,2% (COSTA et al., 2007).

3.3 Tratamento

O objetivo do tratamento da HAS é encontrar medicamentos funcionais e que sejam bem tolerados associados a outras medidas não farmacológicas como, por exemplo, a redução do peso e da ingestão de álcool. O manejo adequado da HAS requer tratamento farmacológico e intervenções não farmacológicas, sendo que ambas possuem efeito positivo no manejo da doença. A terapia farmacológica é indicada quando as modificações no estilo de vida não são suficientes para atingir a PA ideal (HART; SAVAGE; 2000; COLINDRES; HINDERLITER, 2005; MAHMOOD et al., 2018).

3.3.1 Tratamento farmacológico

O principal objetivo associado ao tratamento da HAS é a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular do paciente, visto que, as medidas de tratamento farmacológico incluem agentes anti-hipertensivos que promovem a redução de níveis pressóricos e de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Sendo assim, o medicamento deve ser eficaz por via oral, bem tolerado e permitir a administração em menores doses diárias possíveis, preferencialmente em posologia de dose única/dia. As classes de medicamentos anti-hipertensivos para uso clínico englobam os diuréticos, inibidores adrenérgicos (ação central – agonistas alfa-2 centrais, betabloqueadores – bloqueadores beta-adrenérgicos, alfabloqueadores – bloqueadores alfa-1 adrenérgicos), vasodilatadores diretos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II e inibidores diretos da renina. Vale lembrar que qualquer classe de anti-hipertensivo disponível comercialmente pode ser utilizada no tratamento da HAS, desde que, sejam observadas as indicações e contraindicações, mas, infelizmente, todos os medicamentos utilizados podem causar efeitos colaterais desagradáveis. (HART; SAVAGE; 2000; BRASIL, 2006; SBC, 2010). Segundo estudos, os medicamentos anti-hipertensivos mais prescritos são o Captopril (correspondente a 65% das prescrições), Hidroclorotiazida (44,4%) e Propranolol (28,4%), considerando tanto a monoterapia quanto as interações entre dois ou mais agentes farmacoterapêuticos, mas, a monoterapia da HAS deve ser enfatizada, visto que a adesão do paciente torna-se melhor, o custo é menor, bem como, os efeitos colaterais (LINARELLI et al., 2012; KATZUNG; TREVOR; 2017).

3.3.1.1 Diuréticos

Uma estratégia inicial para o manejo da HAS era alterar o equilíbrio do íon sódio pela restrição de sal na dieta, posteriormente, esta alteração foi possibilitada através do desenvolvimento de fármacos ativos por via oral. Os diuréticos têm sido as drogas mais usadas no tratamento anti-hipertensivo há mais de anos e possuem um papel vital nesse sentido. Eles formam um grupo de agentes utilizados para ajustar a volemia e/ou a composição dos líquidos corporais em várias situações clínicas, como é o caso da HAS. O conhecimento dos locais de ação desta classe de medicamentos é de suma

importância, pois melhora a compreensão de seus aspectos clínicos e farmacológicos, sendo que, o principal local de ação desta droga é o néfron e o efeito anti-hipertensivo desta classe se dá pelo aumento da excreção de praticamente todos os eletrólitos como o sódio (Na^+), potássio (K^+), cálcio (Ca^+), magnésio (Mg^{2+}), cloro (Cl^-), bicarbonato (HCO_3^-) e fosfato (PO_4^{3-}), bem como a taxa de fluxo de urina e, neste contexto, apresentam um papel muito importante no manejo terapêutico da HAS. Nas primeiras semanas de tratamento, diminui-se a quantidade de líquido no espaço extracelular, e após cerca de 4-6 semanas, quando este volume circulante se normaliza, o medicamento age reduzindo a resistência vascular periférica. Portanto, estas drogas, em baixas doses, são eficazes no mecanismo anti-hipertensivo, com boa tolerabilidade e poucos efeitos adversos, reduzindo a mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC), especialmente em idosos. Esta classe de medicamentos está historicamente dividida em quatro subclasses, definidas por um mosaico de ideais como local de ação, eficácia, estrutura química, semelhança de ação com outros diuréticos, tendo em vista que cada classe atua sobre cada um dos quatro segmentos do túbulo renal (JACKSON, 1996; HART; SAVAGE; 2000; LOPES; MARTINELLI; 2010; SBC, 2010; MICHEL, HOFFMANN, 2011; REILLY, JACKSON, 2011; ALMEIDA et al., 2017).

Diuréticos benzotiazídicos possuem função de aumentar a excreção de Cloreto de Sódio (NaCl), independentemente da função da anidrase carbônica. Eles, juntamente com seus similares, em baixas doses, são prescritos para o tratamento da HAS, sendo que, em associação a diuréticos de alça, visam controlar o edema e a PA. Os principais representantes desta classe de medicamentos são a Hidroclorotiazida e a Clortalidona, sendo que as doses diárias de ambos os medicamentos não devem ultrapassar 25mg, pois as tiazidas possuem seu efeito máximo em doses baixas. Doses elevadas são desnecessárias para a monoterapia da HAS e provavelmente não são seguras (JACKSON, 1996; SBC, 2010; REILLY, JACKSON, 2011).

Os diuréticos de alça ou diuréticos de alta potência são chamados assim, pois atuam inibindo o sintransporte de íons sódio, potássio e de cloro ($\text{Na}^+-\text{K}^+-2\text{Cl}^-$) no ramo ascendente da Alça de Henle, eliminando o sódio e a água pelos rins de forma mais eficaz quando comparados aos diuréticos tiazídicos. No entanto, possuem eficácia limitada, pois o ramo ascendente espesso tem uma maior capacidade de reabsorção e assim, reabsorve grande parte do material rejeitado. São alguns exemplos desta classe a Furosemida, Bumetanida e o Ácido Etacrínico (JACKSON, 1996; HART; SAVAGE; 2000; REILLY, JACKSON, 2011).

Os poupadores de potássio ou, também chamados de antagonistas dos receptores mineralocorticóides, como o próprio nome já sugere, são destinados a prevenir a perda excessiva de potássio. São diuréticos que provocam singelo aumento na excreção de NaCl, mas, possuem pouca eficácia na diurese. No entanto, quando combinados à tiazídicos ou diuréticos de alça, tornam-se vantajosos no sentido de prevenção e tratamento da hipopotassemia. Amilorida, Triantereno e a Espironolactona são exemplos desta classe de medicamentos (JACKSON, 1996; HART; SAVAGE; 2000; SBC, 2010; REILLY, JACKSON, 2011).

3.3.1.2 Inibidores Adrenérgicos

Seu efeito hipotensor é modesto, visto que, seu mecanismo de ação se dá pela estimulação dos receptores alfa-2 adrenérgicos pré-sinápticos localizados no Sistema Nervoso Central (SNC), diminuindo o tônus simpático por ação antagonista nos receptores pré-sinápticos alfa-2-adrenérgicos e imidazólicos do SNC. Em pacientes com HAS moderada a grave, os esquemas farmacoterapêuticos mais efeitos incluem um fármaco que iniba a função do SNS. Mas, o efeito anti-hipertensivo desta classe, se usado isoladamente, pode ser limitado pela retenção renal de sódio e expansão do volume sanguíneo, portanto, os agentes simpaticoplégicos são mais eficazes quando utilizados em combinação a um diurético (MAGALHÃES, 2010; SBC, 2010; KATZUNG; TREVOR; 2017).

3.3.1.3 Betabloqueadores

Depois dos diuréticos tiazídicos, esta classe tem sido o segundo grupo mais comumente prescrito para o tratamento anti-hipertensivo. A redução da PA com betabloqueadores é geralmente proporcional ao nível de PA inicial, sendo que estes podem ser muito úteis como monoterapia. No entanto, na HAS grave, somente são eficazes quando associados a diuréticos ou outras drogas. Em 2 a 3 semanas observa-se o efeito máximo, lembrando que se deve evitar a suspensão brusca da droga especialmente em pacientes isquêmicos (HART; SAVAGE; 2000; MAGALHÃES, 2010).

O mecanismo anti-hipertensivo dos betabloqueadores é dado pelo bloqueio da transmissão de mensagens nervosas do tronco cerebral para a bainha do músculo espiral

ao redor das pequenas artérias e assim, reduzindo o débito cardíaco (HART; SAVAGE; 2000). São muito eficazes no tratamento da HAS e englobam efeitos como redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e redução das catecolaminas nas sinapses nervosas. Estes medicamentos, especialmente os betabloqueadores de primeira e segunda geração, são totalmente contraindicados à pacientes com asma brônquica, DPOC e bloqueio atrioventricular (SBC, 2010).

3.3.1.4 Alfabloqueadores

São drogas que bloqueiam os receptores alfassimpáticos, ocasionando uma poderosa vasodilatação arterial, contudo, o bloqueio não seletivo dos receptores alfa-1 e alfa-2 produz taquicardia reflexa, retenção de sódio e água, limitando seu uso crônico como recurso terapêutico da HAS. O tratamento com alfabloqueadores deve ser associado a outros medicamentos anti-hipertensivos como diuréticos e/ou betabloqueadores, pois seu efeito na redução da PA, em longo prazo, é discreto. Vale lembrar que, por causar tolerância pode, conseqüentemente, acarretar o aumento da dose progressivamente. Melhora discretamente o metabolismo de lipídios e glicídios. Tendo em vista isto, estas drogas podem ser úteis em combinação a outras quando não se consegue uma monoterapia eficaz (MAGALHÃES, 2010; SBC, 2010).

3.3.1.5 Vasodilatadores Diretos

Todos os vasodilatadores úteis no tratamento da HAS possuem o mecanismo anti-hipertensivo ocasionado através do relaxamento da musculatura lisa das arteríolas, que, conseqüentemente, gera vasodilatação e diminuição da resistência vascular periférica. São prescritos em associação a diuréticos e/ou fármacos betabloqueadores, pois seu uso como monoterapia é contraindicado devido a determinadas reações adversas. Seus representantes são a Hidralazina e o Minoxidil (MAGALHÃES, 2010; SBC, 2010; KATZUNG; TREVOR; 2017).

3.3.1.6 Antagonistas dos Canais de Cálcio

Estes medicamentos impedem a transferência de íons cálcio para as membranas das células, principalmente no coração e nas artérias, reduzindo a PA principalmente

por mecanismos de dilatação das pequenas artérias. A indicação desta classe de medicamentos como monoterapia e em dose única tem sido otimizada para o tratamento crônico da HAS. Pode ser dividida em três subclasses: Fenilalquilaminas, Benzotiazepinas e Diidropiridinas (HART; SAVAGE; 2000; MAGALHÃES, 2010; SBC, 2010).

3.3.1.7 Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA)

Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina são o principal grupo de anti-hipertensivos que foram recentemente introduzidos. Essas drogas desencadeiam um grande avanço no tratamento da HAS, sendo que, a partir do surgimento dos primeiros compostos houve uma vasta expansão no conhecimento do sistema renina-angiotensina. A Angiotensina II é um importante regulador da função cardiovascular, sendo que, o mecanismo anti-hipertensivo desta classe de medicamentos se dá através da Inibição da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), impossibilitando a modificação da Angiotensina I em Angiotensina II na circulação sanguínea e em tecidos, estreitando os vasos sanguíneos. Se os vasos sanguíneos estão relaxados, a PA é reduzida e mais sangue rico em oxigênio chegará ao coração. Esta classe de medicamentos também diminui a quantidade de sal e água no corpo, o que colabora no efeito anti-hipertensivo. Os principais representantes desta classe de medicamentos são o Captopril e o Enalapril, que, usados combinadamente ou como monoterapia, são muito eficazes na redução da PA de pacientes hipertensos, sendo bem tolerados e particularmente úteis no tratamento da HAS em pacientes menores de 40 anos (OATES, 1996; HART; SAVAGE; 2000; MAGALHÃES, 2010; SBC, 2010; NETTO et al, 2017).

3.3.1.8 Bloqueadores dos Receptores AT1 da Angiotensina II

É uma classe de medicamentos muito eficaz no tratamento da HAS, pois agem no sentido de contrapor a ação da Angiotensina II por intermédio do bloqueio de seus receptores AT1. Ao prevenir os efeitos da Angiotensina II, esses agentes relaxam o músculo liso, promovendo a vasodilatação, aumento da excreção renal de sal e de água, redução do volume plasmático e redução da hipertrofia celular. Losartana e Valsartana são exemplos desta classe de anti-hipertensivos, sendo que, sua principal vantagem é

seu uso em pacientes que têm tosse seca decorrente do tratamento com os IECA (OATES, 1996; HART, SAVAGE, 2000; MAGALHÃES, 2010; SBC, 2010).

3.3.1.9 Inibidores Diretos da Renina

É uma nova classe de fármacos que age inibindo diretamente a ação do Sistema Renina Angiotensina em sua origem, e, conseqüentemente, diminui a formação de Angiotensina II. Estão sendo aguardados resultados no que dizem respeito ao impacto desta classe de fármacos na morbimortalidade cardiovascular e renal, e, atualmente, o Alisquireno, aprovado em 2007 pelo *Food and Drug Administration* (FDA), é o único medicamento desta classe disponível para uso clínico (SBC, 2010; HILAL-DANDAN, 2011; MICHEL, HOFFMAN, 2011).

3.3.2 Tratamento não farmacológico

O tratamento não farmacológico para a redução da PA é, em geral, aconselhável como terapia inicial para o tratamento dos pacientes com PAD na faixa de 90 a 95mmHg. Além disso, essas abordagens aumentam a eficácia da terapia farmacológica nos pacientes com níveis mais elevados de pressão sanguínea, permitindo que o paciente participe ativamente no tratamento de sua doença (OATES, 1996). Achados em um estudo de revisão indicam que a adesão ao tratamento não farmacológico de pacientes com HAS melhora a qualidade de vida do paciente em geral, bem como, o domínio físico (SOUZA, BORGES, MOREIRA, 2016).

3.3.2.1 Controle do peso

O mecanismo através do qual a obesidade causa HAS é enigmático, mas a secreção aumentada de insulina na obesidade poderia resultar em aumento insulino-mediado da reabsorção tubular renal de íons sódio (Na^+) e na expansão do volume extracelular. Estima-se que, cerca de 20 a 30% da prevalência da doença é explicada pelo sobrepeso, sendo este, um grande fator de risco para a HAS (BRASIL, 2006). Há estudos (FEIJÃO et al., 2005) que associam fortemente a massa corporal com a elevação da PA, associação esta que independe de sexo, idade, renda familiar, escolaridade ou ocupação.

Já em outro estudo, o qual avaliou adolescentes obesos distribuídos entre as cinco macrorregiões do Brasil, demonstrou prevalência de HAS mais elevada, contabilizando 28,4% da população estudada, quando comparados aos adolescentes com sobrepeso (15,4%) e eutróficos (6,3%), sendo que, a fração de HAS atribuível à obesidade foi de 17,8% (BLOCH et al., 2016). Em outra pesquisa, a qual analisou indivíduos de três faixas etárias (adolescentes, adultos e idosos), no que diz respeito ao estado nutricional, notou-se que a prevalência de HAS foi crescente conforme o aumento do excesso de peso, em números, 36,8% dos obesos foi diagnosticado com HAS, tendo 5,08 vezes mais razão de prevalência de ter a doença do que indivíduos eutróficos (ZANGIROLANI et al., 2018). Em vista disso, devem ser criadas estratégias de prevenção primária para estes pacientes, sendo que, a redução de peso seria a principal estratégia, pois ela pode reduzir substancialmente a prevalência de HAS. Uma combinação de exercícios físicos aeróbicos e aconselhamento nutricional ajudam o paciente na luta sob o controle de peso (OATES, 1996; BRASIL, 2006; BLOCH et al., 2016).

3.3.2.2 Adoção de hábitos alimentares saudáveis

Hábitos alimentares estão intimamente ligados ao controle da HAS, sendo que uma dieta balanceada é imprescindível. Esta deve ser basicamente com mínima ingestão de sódio (<2,4g/dia, equivalente a 6g de cloreto de sódio), poucas quantidades de gorduras saturadas, trans e colesterol e mínimas porções de alimentos ricos em açúcar ou muito calóricos. Recomenda-se que as refeições sejam baseadas em alimentos como frutas, verduras, legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados. Embora nem todos os pacientes hipertensos respondam à restrição de sal, esta intervenção é benigna e pode ser facilmente praticada como abordagem inicial em todos os pacientes com hipertensão branda, visto que, o alto consumo de sal é considerado preditivo às DCVs (OATES, 1996; HART; SAVAGE; 2000; BRASIL, 2006; MAHMOOD et al., 2018). Segundo o estudo de Molina et al. (2003), a ingestão de sal mostrou-se vigorosamente associada ao nível socioeconômico dos entrevistados, e explica, parcialmente, a alta prevalência de HAS em classes econômicas mais baixas. Já em outro estudo, o qual associou a prevalência de PA elevada em crianças com o consumo de sódio, percebeu-se que a ingestão de sal encontra-se acima dos níveis recomendados, principalmente pelo consumo de produtos enlatados, sendo uma porta de

entrada para as DCNTs desde muito cedo (COSTA; MACHADO; 2010). Um estudo que visou substituir o sal comum pelo sal light enriquecido com potássio, visto que ele possui aproximadamente 67% menos sódio que o sal comum, mostrou-se muito eficiente na redução da PA de pacientes hipertensos, tendo em vista este resultado, a implementação em longo prazo desta medida não farmacológica pode ser benéfica no que diz respeito à redução da HAS e, até mesmo, a mortalidade por DCV (BARROS et al., 2015)

3.3.2.3 Redução do consumo de bebida alcoólica

O mecanismo que eleva a pressão sanguínea envolve o aumento do transporte de Ca^{+} nas células musculares lisas vasculares (OATES, 1996). Estudos observacionais relacionam o alto consumo de bebida alcoólica com a elevação da pressão arterial, sendo assim, recomenda-se limitar a ingesta a menos de 30mL/dia para homens e 15mL/dia para mulheres, sendo que, pacientes que não se enquadrarem nestes limites, sugere-se o abandono total do consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2006). Em um estudo que avaliou o consumo de álcool por idosos com HAS em Minas Gerais – Brasil, pôde-se constatar que a maioria dos entrevistados tem baixo risco para consumo de bebidas alcoólicas, no entanto, 6% apresentaram consumo de risco, 2% consumo nocivo e 2,7% dos idosos entrevistados demonstraram provável dependência ao consumo de álcool, sendo assim, segundo o estudo, os homens são mais propensos a apresentar consumo ou dependência de álcool que as mulheres (DULLIUS et al., 2018).

3.3.2.4 Abandono ao tabagismo

Tendo em vista que, o risco associado ao tabagismo é relacionado ao número de cigarros fumados e a profundidade pela qual a fumaça é inalada, pacientes hipertensos fumantes devem ser estimulados incansavelmente a abandonar este hábito, via aconselhamento e/ou medidas terapêuticas de suporte. No entanto, o tabagismo por si próprio não causa hipertensão, mas ele é um grande fator de risco para a coronariopatia (OATES, 1996; BRASIL, 2006). Em um estudo realizado em um colégio no Paraguai sobre fatores de risco à DCV, ao qual se englobou adolescentes maiores de 15 anos que frequentavam o ensino médio, associou-se fortemente o tabagismo e o alcoolismo, sendo que 6,8% dos adolescentes responderam que já fumaram, e deste número, 66%

correspondiam ao sexo feminino, concluindo-se que devem ser criadas estratégias de saúde e educação para que estes jovens incluam hábitos saudáveis em suas vidas, mudando assim, comportamentos na idade adulta e retardando o aparecimento de DCVs (DELOR; DUARTE; LÓPEZ; 2017).

3.3.2.5 Prática de atividade física regular

Atividades físicas regulares, de intensidade moderada, pelo menos 150 minutos por semana (equivalente há 30 minutos realizados em 5 dias da semana), proporcionam a diminuição da PA, sendo que há evidências de que a prática de exercícios físicos a longo prazo diminuem em 100mmHg a PAD, aproximadamente a mesma diminuição proporcionada pelos medicamentos anti-hipertensivos, além disso, promovem a redução do risco de doença arterial coronária e AVCs, auxiliando ainda no controle do peso. Também ajudam a reduzir os níveis de colesterol LDL (lipoproteínas de baixa densidade) e VLDL (lipoproteína de densidade muito baixa), ambos considerados prejudiciais, e reduzem os níveis de fibrinogênio, que se trata de um fator formador de coágulo encontrado no sangue (HART; SAVAGE; 2000; BRASIL, 2006). O tratamento não farmacológico por meio do exercício físico, quando comparado ao tratamento farmacoterapêutico, possibilita idêntico controle da PAS e PAD, bem como, melhor percepção da qualidade de vida (BUNDCHEN; SCHENKEL; DE CARVALHO; 2012).

3.3.2.6 Terapias complementares

A prevalência do uso de Terapias Complementares (TC) pode ser atribuída à inclusão ou não destas terapias no sistema de saúde de cada país, disponibilidade e acessibilidade. Consideram-se a homeopatia e a acupuntura as TC mais utilizadas no tratamento anti-hipertensivo. Segundo estudo envolvendo 387 hipertensos, 20,7% utilizavam TC, sendo somente de um tipo e com frequência ocasional, sendo a fitoterapia a mais citada (85%), seguida da acupuntura (7,5%), mas não houve mensurações do efeito anti-hipertensivo do último TC citado. Os fitoterápicos mais utilizados pelos pacientes entrevistados são o chá de capim limão, folha de chuchu, chá de erva-doce e florais de Bach (HART; SAVAGE; 2000; MANTOVANI et al., 2016). Há também a auriculoterapia e, segundo estudos, há demonstração da eficácia da terapia

auricular em 75% dos pacientes estudados, demonstrando ser um excelente recurso na redução da PA (STEFANELLO, 2017).

3.4 Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”

O Programa Farmácia Popular do Brasil, criado no ano de 2004 pela Lei nº 10.858 e regulamentado pelo Decreto nº 5.090 do mesmo ano, teve como objetivo fornecer à população mais uma forma para a aquisição de seus medicamentos. Primeiramente, funcionava em conjunto aos governos estaduais, prefeituras municipais e instituições públicas e estava sob responsabilidade da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Mais tarde, no ano de 2006, o Ministério da Saúde, via Portaria nº 491, expandiu o Programa Farmácia Popular do Brasil, recebendo o nome de “Aqui tem Farmácia Popular” (ATFP), e assim, adotou-se o sistema de copagamento, os quais garantiam medicamentos para o tratamento de diabetes e HAS até 90% mais baratos (MS, 2018).

Em 2007, ampliou-se o elenco de medicamentos ofertados pelo programa, sendo inclusos os anticoncepcionais através da Portaria nº 1.414. Em 2010, foram inclusas a Insulina Regular e a Sinvastatina por meio da Portaria nº 947. Em outubro do mesmo ano, por intermédio da Portaria nº 3.219, foram adicionados medicamentos para o tratamento de osteoporose, rinite, asma, glaucoma, Parkinson e ainda, foram inclusas fraldas geriátricas para idosos com incontinência urinária. A partir de 2011, passou-se a disponibilizar medicamentos para o controle de HAS e de diabetes sem custo para seus usuários, sendo denominado “Saúde Não tem Preço” (SNTP) assegurada pela Portaria nº 184 do mesmo ano. Ainda em 2011, no mês de junho, o Ministério da Saúde iniciou a disponibilização de medicamentos para o controle da asma por meio do SNTP, sendo que eram três medicamentos disponíveis em oito apresentações, sendo totalmente gratuitos (MS, 2018).

Entre os anos de 2006-2014 gastou-se cerca de R\$ 7,9 bilhões com os medicamentos no ATFP. Identificou-se um grande padrão de crescimento tanto na expansão de estabelecimentos credenciados (superior a 1.000%), como no volume dos gastos com pagamentos realizados pelo Ministério da Saúde ao setor privado do ATFP de 4.278%, apontando assim, grande ampliação do programa a partir da associação com o comércio varejista farmacêutico. Ocorreram algumas oscilações nos gastos com ATFP no período estudado, com uma interrupção na tendência de crescimento nos volumes

dispendidos em 2010. No entanto, no ano seguinte, com a introdução da isenção de copagamento para anti-hipertensivos e antidiabéticos, os gastos ascenderam fortemente (183%), coincidindo com o intenso incremento dos dispêndios, e assim mantiveram tendência de forte crescimento (SILVA; CAETANO; 2018).

3.5 Adesão ao tratamento

Tratamentos eficazes se caracterizam por um conjunto onde meios terapêuticos são explorados, o regime é negociado, a adesão é discutida e o acompanhamento é planejado, visto que, a adesão ao tratamento requer que o paciente concorde com as recomendações do profissional de saúde e para isso, uma boa comunicação entre paciente e profissional se faz indispensável para uma prática clínica conveniente (WHO, 2003). Neste sentido, os principais fatores que influenciam a adesão encontram-se idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde (NOBRE; PIERIN; MION JÚNIOR; 2001).

Quando a PA não diminui mesmo com a associação de até três medicamentos, incluindo um diurético, os profissionais de saúde são confrontados com duas questões: o paciente não adere à terapia ou o paciente não utiliza as medicações como recomendado? E, na ausência de ferramentas para verificar a adesão, o médico acaba aumentando a dose do medicamento, ou ainda adicionando outro fármaco para alcançar o objetivo, tornando a má adesão um sério problema. A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo é uma situação inegável, sendo que, um aspecto importante a ser considerado relaciona-se à coincidência da prescrição médica com o comportamento do paciente, tendo em vista que, o controle inadequado da PA está frequentemente associado à falta de adesão, gerando assim, uma das batalhas mais custosas direcionadas aos profissionais de saúde, que devem definir estratégias e aperfeiçoar recursos para que o paciente hipertenso não perca a motivação e abandone o tratamento (NOBRE; PIERIN; MION JÚNIOR; 2001; BRASIL, 2006; BURNIER, 2017).

A adesão ao tratamento pode ser avaliada por métodos diretos e indiretos, sendo que, os métodos indiretos mais utilizados são questionários validados e relatórios dos usuários. Dentre os questionários validados, merece destaque o Teste de Morisky-Green (BORGES, et al. 2014). Segundo resultados de Morisky, et al (2008), um dos métodos utilizados para verificar a adesão ao tratamento do paciente é, como já citado

anteriormente, o Teste de Morisky-Green, método este que é validado, muito simples e prático para uso clínico. Este instrumento de coleta de dados pode ser utilizado para identificar e monitorar a adesão ao tratamento medicamentoso, bem como, identificar pacientes com possíveis problemas de adesão. Este teste fornece também dados relacionados ao comportamento do paciente, os quais podem estar relacionados à adesão, fornecendo informações que podem ser úteis aos prestadores de cuidado, influenciando-os à fornecer reforços ao paciente para que tome medidas positivas.

Segundo o estudo de Giroto et al. (2013), o qual analisou a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de 356 hipertensos, 9% foram considerados não aderentes, 32% parcialmente aderentes e 59% foram considerados aderentes ao tratamento, visto que, os principais motivos para a não adesão encontrados foram esquecimento (32,2%), achar que a PA estava controlada (21,2%), efeitos adversos ao medicamento (13,7%), ou por não apresentar sintomas (11%), revelando a necessidade de estabelecer medidas para que o hipertenso compreenda a sua doença e a importância de cumprir as medidas terapêuticas indicadas. Resultados estes, compatíveis com o estudo de Remondi, Cabrera, Souza (2014), o qual avaliou a não adesão de pacientes com DCNT, verificando que, 45,9% dos entrevistados declarou descuidar-se do horário em que tomam os medicamentos. A interrupção do tratamento ao sentir-se melhor foi relatada por 19,7% e a de interromper o uso do medicamento por sentir-se pior por cerca de 25,3%.

Outro estudo mostrou que o pouco conhecimento da HAS e seu tratamento farmacológico, bem como, tratamento farmacoterapêutico complexo, aumentam, respectivamente, em até 2,1 e 1,9 vezes a chance do paciente não aderir corretamente à terapia medicamentosa indicada (BARRETO; REINERS; MARCON; 2014). O estudo de Saccomann, Neta, Martins (2015) revelou que homens tendem a não ter tanto cuidado quanto a administração da medicação quanto às mulheres; os pacientes que trabalham se esquecem de tomar a medicação com mais frequência que aqueles que não trabalham ou são do lar; aqueles pacientes que não seguem a dieta são mais descuidados quando a administração do medicamento quando comparados aos que seguem a dieta; pacientes que nunca fumaram possuem maior índice de adesão ao tratamento quando comparados aos fumantes ou que já fumaram; e aqueles que não são etilistas tendem a serem mais cuidadosos ao tomar a medicação, não param de tomar o medicamento quando se sentem melhor e possuem maior relação com a adesão ao tratamento.

Segundo estudo realizado na Palestina, o qual observou que os pacientes hipertensos que possuíam a maior taxa de adesão ao tratamento farmacológico eram os que estavam satisfeitos com seu tratamento anti-hipertensivo, e, em contrapartida, os pacientes com baixa satisfação eram os mais propensos a possuírem menor adesão, concluindo assim, que a aderência à farmacoterapia está intimamente ligada à satisfação de cada paciente com seu tratamento (SA'ED et al., 2013).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal que verificou a prevalência da adesão ao tratamento através de um instrumento de pesquisa. Este estudo foi realizado com hipertensos, adultos de ambos os sexos e que usufruíram do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em uma farmácia da cidade de Arroio do Tigre.

4.2 Local do estudo e amostra

Segundo o IBGE, a população arroio-tigrense estimada para o ano de 2018 é de 13.332 habitantes, sendo que, o último censo realizado no ano de 2010 indicou 12.648 habitantes (IBGE, 2018). O estudo foi realizado na FM Comércio de Medicamentos LTDA, conveniada à Rede de Farmácias Associadas, localizada na Rua Castelo Branco, 473, Centro da cidade de Arroio do Tigre. A população alvo foi constituída por hipertensos atendidos pelo Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, sendo que, em agosto de 2018, foram atendidos 1.136 pacientes através do programa. Para tanto, a amostra pretendida foi formada por 75 pacientes.

4.3 Considerações éticas

Foi solicitada autorização ao proprietário da farmácia para que o estudo possa ser conduzido no local (ANEXO A). Posteriormente a esta autorização, o projeto foi submetido ao CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul, atendendo a Resolução 466/12 (ANEXO B) Após aprovação do CEP a pesquisa foi realizada. Os participantes foram informados do estudo, quanto a seus direitos e compromissos, assegurados do completo sigilo das informações coletadas, por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os quais optaram pela participação ou não da pesquisa.

4.4 Critérios de inclusão

Foram inclusos nesta pesquisa 75 indivíduos hipertensos, adultos maiores de 18 anos, usuários do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” FM Comércio de Medicamentos LTDA e que aceitaram participar do estudo. Os pacientes selecionados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa pacientes que se recusaram a responder ao questionário, com impossibilidade de comunicação ou com déficit cognitivo.

4.6 Riscos e Benefícios

4.6.1 Riscos

O risco possível está relacionado ao desconforto perante as respostas durante a aplicação do instrumento de avaliação, no caso, o questionário.

4.6.2 Benefícios

O benefício deste estudo é a verificação da efetividade do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, conhecer o perfil sociodemográfico dos hipertensos atendidos, formando assim um conjunto de dados úteis para a drogaria do sentido de aperfeiçoamento do atendimento, bem como, possíveis projetos de educação em saúde futuros, visando à promoção da adesão ao tratamento e consequentemente aumentando a qualidade de vida destes hipertensos.

4.7 Coleta De Dados

Hipertensos usuários do programa “Aqui Tem Farmácia Popular” que chegaram à farmácia foram abordados e convidados a participar da pesquisa voluntariamente. Estes foram esclarecidos sobre a existência da pesquisa e seus objetivos, bem como, tiveram a liberdade de escolher entre participar ou não, sendo que a rejeição não implicou em

nenhum dano. Em caso de aceite, o paciente assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C), sendo que uma via ficou com o entrevistado e a outra com o entrevistador, e, posteriormente respondeu um questionário, o qual foi respondido apenas uma vez. O questionário continha perguntas abertas e fechadas, abrangendo variáveis relacionadas aos entrevistados, sendo que a entrevistadora leu as questões para o entrevistado e este as respondeu, sem qualquer influência da entrevistadora. A entrevista aconteceu em cerca de 30 minutos e ocorreu no período de março à julho do ano de 2019.

4.7.1 Instrumento

O instrumento de coleta de dados se baseou em um questionário (ANEXO D). As variáveis presentes neste questionário foram sociodemográficas (sexo, cor da pele ou raça, situação conjugal, onde reside, com quem reside, se possui plano de saúde), econômicas (ocupação, renda, auxílio de um programa social), hábitos de vida (tabagismo, bebidas alcoólicas, consumo de frutas, verduras e legumes, consumo de sal, peso e altura, atividade física) e referentes à sua doença e relação com a mesma e com as medicações (há quanto tempo foi diagnosticado com HAS, diagnóstico de HAS na família, número de medicações, qual medicamento, dose e dosagem utiliza, se algum medicamento causa desconforto, se consegue tomar o medicamento sozinho, dificuldades encontradas em relação ao medicamento, comorbidades, terapia complementar, há quanto tempo foi a última consulta médica e o motivo), pressão arterial e batimentos cardíacos .

4.8 Estudo piloto

Foi realizado um grupo de estudo piloto, composto por 5 indivíduos que não fizeram parte da análise de dados, com intuito de avaliar a efetividade e viabilidade do instrumento de pesquisa de dados, verificando se os questionamentos estão claros, de fácil entendimento tanto pelo entrevistador quanto pelo entrevistado, o que possibilitou assim, a detecção de possíveis falhas.

4.9 Análise de dados

A análise estatística dos dados se deu por meio do programa Excel, através da inserção dos dados obtidos no programa. Os dados foram analisados pelo programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0. através de médias, desvio padrão e frequências.

4.10 Divulgação dos resultados

A divulgação dos resultados obtidos será por meio do Trabalho de Curso II do Curso de Farmácia da UNISC, sob forma de artigo científico, o qual, posteriormente, será submetido à publicação e apresentado na forma de resumo em congressos. Os dados obtidos também serão apresentados a FM Comércio de Medicamentos LTDA de Arroio do Tigre.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão deste estudo serão apresentados em forma de artigo científico para posterior submissão e publicação. As normas da revista Infarma - Ciências Farmacêuticas encontram-se em anexo (ANEXO E).



Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de hipertensos usuários do programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em uma farmácia comunitária de Arroio do Tigre – RS

Adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment of hypertensive users of the program “Here Has Popular Pharmacy” in a community pharmacy in Arroio do Tigre - RS

Franciele Bernardy WESENDONCK, Ana Paula Helfer SCHNEIDER

Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Av. Independência, 2293. Bairro Universitário, CEP: 96815-900. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: anahelfer@unisc.br

ABSTRACT It is known that the biggest challenge regarding Systemic Arterial Hypertension (HAS) it is adherence to its treatment, whether pharmacological or non-pharmacological. Therefore, a proposal of this study was to investigate socioeconomic, behavioral and health-related aspects and, consequently, the percentage of adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment of 75 hypertensive patients who are used by the "Here Has Popular Pharmacy" Program to purchase their medicines. This is a cross-sectional study conducted in a community pharmacy from March 2019 to July 2019. The instruments used for this data collection were a questionnaire containing open and closed questions, covering variables related to the interviewees, in addition to

the Morisky-Green Test. The results showed that 77.3% of respondents did not adhere to drug treatment; 76% did not adhere to non-drug treatment and 58% did not adhere to any of the therapies, being pharmacological and non-pharmacological. It is concluded with this study that health professionals, especially pharmacists, will perform as pharmacotherapeutic follow-up and health education for hypertensive patients, knowing the reality and characteristics of each patient, an end of increase as treatment adherence rates, consequently improving the quality of life of these patients.

Keywords: Treatment Adherence; Pharmaceutical; Arterial hypertension; Popular Pharmacy Program

RESUMO: Sabe-se que o maior desafio no que diz respeito à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a adesão ao seu tratamento, seja ele farmacológico, quanto não farmacológico. Para tanto, a proposta deste estudo foi investigar aspectos socioeconômicos, comportamentais, de saúde e o percentual de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de 75 hipertensos que utilizaram o Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” para adquirir seus medicamentos. Trata-se de um estudo transversal, realizado em uma farmácia comunitária no período de março/2019 à julho/2019. Os instrumentos utilizados para esta coleta de dados foram um questionário contendo perguntas abertas e fechadas e o Teste de Morisky-Green. Os resultados mostraram que 77,3% (IC95: 67,6 – 87,3%) dos entrevistados não aderiam ao tratamento medicamentoso; 76% (IC95: 66,1 – 85,9%) não aderiam ao tratamento não medicamentoso e 58% não aderiam nenhuma das formas de tratamento. Conclui-se com este estudo que os profissionais de saúde, especialmente o farmacêutico, devem realizar intervenções como o acompanhamento farmacoterapêutico e a educação em saúde ao

paciente hipertenso, conhecendo a realidade e as características de cada paciente, a fim de aumentar as taxas de adesão ao tratamento, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida destes pacientes.

Palavras-chave: Adesão ao Tratamento; Hipertensos; Programa Farmácia Popular.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) compõem um conjunto de condições crônicas que, geralmente, passam por um processo de cuidado contínuo, mas nem sempre levam a cura (1). Podem ser determinadas por diversos fatores, sejam eles sociais ou individuais, sendo que, os principais fatores de risco para as DCNTs são o excesso de peso, dependência química (tabaco, álcool ou de outras drogas), inatividade física e má alimentação (2). As DCNTs constituem um problema de saúde de grande magnitude, sendo as responsáveis, no ano de 2015, por cerca de 51,6% do total de óbitos da população de 30 a 69 anos no Brasil (3). Neste contexto, está inserida a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), caracterizada por níveis pressóricos acima de 140/90 milímetros de mercúrio (mmHg). É uma DCNT de alta prevalência, cujos fatores de risco e complicações representam parte da totalidade de doenças do mundo, e, no cenário brasileiro, são responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade da população. É uma doença que não tem cura, mas há tratamento e pode ser controlada através de medicações e adoção de hábitos saudáveis (1,2).

O sucesso do tratamento depende fundamentalmente da participação e envolvimento do paciente, visto que, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a adoção de hábitos de vida saudáveis são as principais condições para a redução e controle dos níveis pressóricos (1,4). Apesar do rápido e grandioso desenvolvimento da

indústria farmacêutica, que produz medicamentos altamente seguros e bem tolerados, permitindo o controle eficaz da HAS para praticamente 80% dos pacientes, o controle da doença ainda não é adequado e continua sendo um fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias (4,5).

O controle da HAS é o maior desafio para os profissionais de saúde, pois para que estes possam atuar de maneira eficaz, fazendo com que o paciente siga corretamente o esquema terapêutico, requer destes profissionais a compreensão de que a adesão ao tratamento é algo complexo e que pode ser influenciada por diversos fatores; os fatores estão relacionados ao usuário, ao tratamento, a doença, o meio social e cultural em que está inserido, e assim, ressaltando a importância de explorar as crenças dos pacientes em relação à sua doença e tratamento (5,6,7). Desta forma, entende-se que a atuação do profissional farmacêutico é imprescindível, visto que, uma das atribuições clínicas do farmacêutico previstas na RDC 585 de 2013 é, justamente, a avaliação e acompanhamento da adesão dos pacientes ao tratamento, e a realização de ações que visem a sua promoção (8). Ainda, no que diz respeito ao farmacêutico clínico, ele é um profissional que possui uma filosofia de atenção farmacêutica, a qual combina a orientação com o conhecimento especializado, visando à obtenção de resultados clínicos positivos ao paciente. Este profissional trabalha visando a promoção da saúde através de diretrizes terapêuticas baseadas em evidências, intervindo e contribuindo, quando necessário, no que diz respeito à aspectos técnicos e econômicos das prescrições médicas (9).

Neste sentido, considerando que a HAS é um problema de saúde pública e com altas taxas de prevalência e como ainda não houve estudos no município de Arroio do Tigre relacionados à este tema, este projeto de pesquisa buscou avaliar qual a prevalência de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico (considerando

variáveis como tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, hábitos alimentares, terapias complementares, dentre outros) de hipertensos atendidos pelo programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em uma farmácia comunitária no município de Arroio do Tigre.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal em uma farmácia comunitária na cidade de Arroio do Tigre – RS, entre os meses de março à julho de 2019. Foram convidados à participar da pesquisa adultos hipertensos, de ambos os sexos, que utilizam o Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” para aquisição dos seus medicamentos e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A amostra total foi de 75 hipertensos selecionados aleatoriamente.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (Parecer 3.078.348). Hipertensos usuários do programa “Aqui Tem Farmácia Popular” que chegaram à farmácia foram abordados e convidados a participar da pesquisa voluntariamente. Estes foram esclarecidos sobre a existência da pesquisa e seus objetivos, bem como, tiveram a liberdade de escolher entre participar ou não, sendo que a rejeição não implicou em nenhum dano. Em caso de aceite, o paciente assinou o TCLE, sendo que uma via ficou com o entrevistado e a outra com o entrevistador, e, posteriormente respondeu um questionário, o qual foi respondido apenas uma vez. O questionário continha perguntas abertas e fechadas, abrangendo variáveis relacionadas aos entrevistados, sendo que a entrevistadora leu as questões para o entrevistado e este as respondeu, sem qualquer influencia da entrevistadora.

As variáveis presentes neste questionário foram sociodemográficas (sexo, cor da pele ou raça, situação conjugal, onde reside, com quem reside, se possui plano de

saúde), econômicas (ocupação, renda, auxílio de um programa social), hábitos de vida (tabagismo, bebidas alcoólicas, consumo de frutas, verduras e legumes, consumo de sal, peso e altura, atividade física) e referentes à sua doença e relação com a mesma e com as medicações (há quanto tempo foi diagnosticado com HAS, diagnóstico de HAS na família, número de medicações, qual medicamento, dose e dosagem utiliza, se algum medicamento causa desconforto, se consegue tomar o medicamento sozinho, dificuldades encontradas em relação ao medicamento, comorbidades, terapia complementar, há quanto tempo foi a última consulta médica e o motivo), pressão arterial e batimentos cardíacos.

Os dados foram digitados em planilhas do Microsoft Excel e posteriormente analisados pelo programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0. através de médias, desvio padrão e frequências.

RESULTADOS

Dentre os dados coletados nas entrevistas, foram selecionadas algumas variáveis para construir a análise. A descrição das variáveis socioeconômicas, comportamentais (tratamento não farmacológico), de saúde e farmacoterapia dos pacientes envolvidos no estudo está representada nas Tabelas 1, 2 e 3.

Conforme demonstrado na Tabela 1, identificou-se que, dentre os 75 pacientes entrevistados, houve predomínio de idosos – 25 entrevistados possuíam mais de 70 anos de idade (33%), não havendo entrevistados com idade inferior à 30 anos, sendo que o intervalo de 30-39 anos corresponde à 4% (n=3) dos entrevistados, de 40-49 anos corresponde à 10,7% (n=8), de 50-59 anos corresponde à 28% (n=21), de 60-69 anos corresponde à 24% (n= 18), para tanto, a média e o desvio padrão da idade dos

hipertensos entrevistados foi de 62,19 anos +/- 11,53, tendo a idade mínima de 32 e a máxima 85 anos. Mulheres representaram 73,3% da amostra (n=55); a raça branca foi predominante, sendo que 61 entrevistados pertenciam à esta descendência (81,3%); 41 eram casados (54,7%); residindo na zona urbana de Arroio do Tigre somaram 66,7% da amostra, (n=50) e a outra metade (n=25) reside na zona rural; dos quais, a maioria (84%) morava acompanhado, juntamente com familiares e/ou amigos (n=63).

Observou-se que cerca de 57,3% (n=43) dos entrevistados não possuía plano de saúde privado, 51 pacientes (68,0%) declararam-se como aposentado, seguido de 8 (10,7%) entrevistados que trabalhavam na lavoura, 3 (4%) estavam desempregados e apenas 2% (n=2) trabalhavam ou no comércio ou como autônomo; sendo que 76% (n=57) relatou ter rendimentos mensais de 1 a 2 salários mínimos, e, a maioria relata não receber auxílio de programas sociais (94,7%).

Os fatores comportamentais analisados foram tabagismo, etilismo, hábitos alimentares e dieta adequada (hipossódica), considerando não adesão ao tratamento os pacientes que possuíam pelo menos um hábito de vida não saudável. Conforme demonstrado na Tabela 2, foram poucos os entrevistados que relataram o hábito de fumar (10,7%, n=8) ou de ser ex-fumante (16,0%, n=12). Um pouco mais da metade dos entrevistados (72%, n=54) relata não ingerir bebida alcoólica, e, ainda, os que consomem, alegaram ser apenas de 1 a 3 vezes na semana (25,4%, n=19).

Quanto aos hábitos alimentares, apenas 2,7% (n=2) referiram não consumir legumes e vegetais, o restante dos entrevistados consome frutas, legumes e vegetais, sendo de 1 a 3 vezes por semana (17,3 e 14,7%, respectivamente) ou de 4 a 7 vezes na semana (82,7% em ambas as frequências), e, ainda, 40 pacientes (53,3%) relataram possuir dieta hipossódica. Considerando o Índice de Massa Corporal (IMC), que é

definido matematicamente pela fórmula $\text{peso}(\text{kg})/\text{altura}^2(\text{cm})$, estabelecendo assim uma relação peso/altura; com pontos de corte de IMC normal valores entre 18,5 a 25, sobrepeso entre 25 e 30 e obesidade > 30 (10) neste sentido, a maioria dos pacientes foi classificado como sobrepeso (34,7%) ou como obeso (37,3%), mesmo que cerca de 58,7% dos entrevistados alegou realizar atividades físicas.

Quanto a descrição dos fatores relacionados à farmacoterapia dos pacientes entrevistados, notou-se que cerca de 32% (n=24) dos hipertensos foram diagnosticados com a doença há mais de 15 anos, sendo que, a maioria (58,7%, n=44) relatou ter histórico de HAS na família, especialmente em grau de parentesco de primeiro grau, pai e/ou mãe. Ainda na Tabela 3, 26 entrevistados afirmou ter pelo menos uma comorbidade (34,7%), seguido de 30,7% (n=23) que relataram não possuir comorbidades. A maioria (93,3%, n=70) dos hipertensos não faz uso de terapia complementar, apenas 4,0% (n=3) fazem uso de homeopatia e 2,7% (n=2) de floralterapia.

Quanto à autopercepção de saúde, 48% (n=36) consideram sua saúde boa, seguido de 22,7% (n=17) que a considera regular, 10 (13,3%) entrevistados a consideram excelente, 9 (12%) consideram muito boa, e, ainda, 4% (n=3) a consideram ruim. Muitos dos entrevistados (74,7%, n=56) relataram ter consultado com o médico nos últimos 6 meses e 14 relataram ter consultado no último mês (18,7%) especialmente para acompanhamento e controle da HAS (85,3%). Levando em consideração a classificação da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (11), por meio da verificação da pressão arterial, 58,7% dos participantes foram classificados como hipertensos não controlados, pois estavam no grau de Pré-Hipertensão, Hipertensão Estágio 1 ou Estágio 3, enquanto que, 41,3 (n= 31) estavam com a pressão arterial adequada. Dos 75 pacientes entrevistados, nenhum possuía no momento da entrevista

valores de PA na faixa de valores do que se é considerado Hipertensão de Estágio 2. E ainda, considerando como Bradicardia os Batimentos Cardíacos por Minuto (BPM) inferiores a 60; Normal entre 60 – 100 BPM e Taquicardia BPM superiores a 100, a maioria (82,7%, n= 62) dos hipertensos entrevistados estava com os batimentos cardíacos na faixa que se é considerada normal, apenas 3 (4,0%) estavam taquicárdicos e 10 (13,3%) bradicárdicos.

Ainda, no que diz respeito às medicações prescritas para o manejo e controle dos níveis pressóricos elevados que se enquadram no Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, grande parte dos pacientes (n=32) recebeu a prescrição de Losartana 50 mg, seguido de Hidroclorotiazida 25 mg (n=24), Atenolol 25 mg e Enalapril 10 mg (ambos n=19), Captopril 25 mg (n=10) e Propranolol 40 mg (n=5). Estas informações estão dispostas no Gráfico 1.

O Teste de Morisky-Green é amplamente utilizado (considera-se como aderente o entrevistado que respondeu negativo para todas as perguntas e com moderada e baixa adesão os que tiveram pelo menos uma resposta positiva (12), no entanto, há chances de ocorrer impasses no que diz respeito às autoinformações, como, por exemplo, omissões, falha na memória ou na comunicação entrevistadora-entrevistado. Conforme demonstrado no Gráfico 2, o qual apresenta os dados do Teste de Morisky-Green, evidenciou-se a prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso em cerca de 77,3% (IC95: 67,6 - 87,3%) dos entrevistados. Dos 75 entrevistados, mais da metade dos pacientes relataram que, ocasionalmente, esquece-se de tomar suas medicações (62,7%, n=47) e 13 (17,3%) referiram descuido quanto ao horário de tomar a medicação. Ainda, há uma pequena parcela de hipertensos (2,7%, n=2) que deixa de tomar as suas medicações quando estão se sentindo bem, alegando não ser necessário continuar o regime terapêutico; do contrário, 13,3% (n=10) dos pacientes, quando se

sente mal, diz aumentar a posologia prescrita pelo médico cardiologista, os relatos foram de ao invés de tomar um comprimido, tomavam dois.

A prevalência de não adesão ao tratamento não medicamentoso foi de 76,0% (IC95: 66,1 - 85,9%). Consideraram-se como aderente ao tratamento não medicamentoso indivíduos que não fumam, não bebem, fazem atividade física regularmente, consomem frutas, legumes e vegetais todos os dias e ingerem pouco sal. Estes dados estão apresentados no Gráfico 3. Dos 75 hipertensos entrevistados, 41,33% alegaram não praticar exercícios físicos regularmente e, destes, a maioria comentou não ter interesse em começar a prática.

DISCUSSÃO

Os achados desta pesquisa evidenciaram características importantes acerca dos indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), os quais devem ser considerados para análise da adesão ao tratamento. Estimar a adesão e a não adesão à terapia farmacológica não é uma tarefa fácil, mas, as características socioeconômicas e comportamentais possuem um papel indispensável quando se diz respeito ao estudo da população portadora de HAS. Destaca-se novamente que a maior parte dos dados coletados foram autorreferidos, portanto, há chances de erros por parte dos participantes decorrentes de memória ou outras distorções.

Segundo esta pesquisa, a média de idade dos indivíduos hipertensos entrevistados é de 62,19, resultado coincidente com outros estudos também realizados com pacientes hipertensos. Segundo o estudo de Cesarino, et al (2017) (13), o qual avaliou os fatores que influenciam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, a média e o desvio padrão da idade dos entrevistados foi de 64,2 +/- 10,7 anos; semelhante também

a pesquisa de Eid, et al (2013) (14), que analisou a adesão ao tratamento pelo Teste de Morisky-Green, entrevistou pacientes com idade na faixa de 34 a 84 anos, resultado que corrobora com a presente pesquisa, e a média e o desvio padrão da idade foi de 66 +/- 10,4 anos. Pode-se inferir que a média de idade tenha resultado neste valor devido ao aumento da expectativa de vida, reflexo da conduta preventiva de doenças em relação à saúde da população idosa, buscando-se viver mais e com qualidade.

A maior ocorrência de HAS em mulheres (73,3%) deve-se provavelmente ao fato de que, geralmente, o sexo feminino possui maior percepção das doenças e tendência ao autocuidado. Resultado este semelhante à pesquisa de Souza, et al (2018) (15) que estudou 401 hipertensos, sendo que destes, cerca de 70,1% eram do sexo feminino; bem como, semelhante ao estudo de Mendes, Moraes e Gomes (2014), o qual analisou a prevalência de HAS na faixa etária de 65 anos ou mais durante os anos de 2006 a 2010, o qual indicou predomínio significativo da doença no sexo feminino do que no masculino (16). Contudo, esta revisão de dados referente à prevalência da doença em determinado sexo pode ser prejudicada devido à diferentes metodologias utilizadas nas pesquisas para avaliar este parâmetro.

Quanto à raça, estudos (17) revelaram porcentagem aproximada ao da pesquisa em discussão, sendo que de 60 entrevistados, 60% foram considerados brancos; já no estudo de Gomes e Martins, et al (2014) (18), o resultado encontrado foi discordante, sendo que a maior proporção, 70,7% dos hipertensos foram considerados como não brancos, coincidindo com a VI Diretriz de Hipertensão Arterial (11), a qual demonstra que a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos não brancos, devido à fatores genéticos e socioeconômicos.

No que diz respeito à situação conjugal, estudos (19) que avaliaram fatores relacionados à adesão à terapia anti-hipertensiva, encontraram dados de que cerca de 64,7% dos hipertensos é casado e vive junto com o cônjuge, resultado que corrobora com a pesquisa atual. Neste mesmo estudo, no que diz respeito a renda mensal, o resultado também se assemelha, uma vez que os pesquisadores constataram que cerca de 83,7% dos entrevistados possuía renda mensal de até 3 salários mínimos, e o atual estudo constatou de cerca de 84% dos entrevistados possuía renda de até 2 salários mínimos (19).

Vale lembrar que, além da terapia farmacológica, é necessário que o paciente hipertenso realize concomitantemente o tratamento não medicamentoso, ou seja, é desejável que este adote hábitos de vida saudáveis, os quais incluem controle do peso, redução do consumo de alimentos com alto índice de sódio, bem como, bebidas alcoólicas, cessação tabágica e prática regular de exercícios físicos (20). Neste sentido, no que diz respeito à ingestão de bebidas alcoólicas e tabagismo, o resultado do presente estudo é semelhante ao de Hanus, et al (2015) (20), onde apenas 13% dos hipertensos estudados apresentaram consumo de bebidas alcoólicas e 11,1% referiram tabagismo. Este é um fato muito importante no que diz respeito ao controle da PA, pois estes são fatores que aumentam os riscos de doenças cardiovasculares, por exemplo, o etanol estabelece um efeito deletério sobre o sistema cardiovascular, provocando a elevação dos níveis tensionais, particularmente da PAS e prevalência de HAS, e a nicotina estimula a liberação da norepinefrina das terminações nervosas adrenérgicas (21).

Como se pode observar na pesquisa, a grande maioria dos entrevistados referiu ter uma dieta com baixo teor de sódio, rica em frutas, legumes e vegetais, não consumir bebida alcoólica e não ter hábito de fumar, além de grande parte também constatar realizar atividades físicas. Este último item foi o de maior comprometimento no estudo

de outro pesquisador (20), pois mais de 50% dos 432 participantes do estudo não possuíam o hábito de praticar regularmente atividades físicas; semelhante ao estudo de Giroto, et al (2013) (22) onde apenas 17,7% dos hipertensos entrevistados referiram praticar atividade física regularmente. Quanto à dieta, estudos demonstram resultados contrapostos aos deste estudo, isto, pois, este fator apresentou a maior taxa de dificuldade de adesão. Nesta pesquisa, Baldissera, Carvalho e Peloso (2009) entrevistaram 72 hipertensos, dos quais, apenas 2,8% possuíam hábitos alimentares saudáveis, atribuindo como explicação que as restrições parecem “castigos”, tirando-lhes o prazer em degustar certos alimentos; ainda, mencionaram o fator econômico: alguns entrevistados referiram não possuir renda compatível para que pudesse escolher alimentos mais adequados (23).

No que diz respeito à terapia farmacológica, segundo as diretrizes (11), um medicamento, ao ser indicado, deve obedecer à determinados requisitos: deve mostrar capacidade de reduzir a morbimortalidade; ser eficaz por via oral; ser bem tolerado; deve ser usado no menor número de ingestas por dia; deve iniciar-se pela menor dose efetiva; pode ser usado em associação; deve utilizar-se no período de um mês, no mínimo, antes de modificações; e, por último, deve ter controle de qualidade em sua produção. Segundo um estudo realizado na cidade de Ijuí – RS, avaliando as prescrições de pacientes que utilizam o Programa Farmácia Popular, 51,8% adquiriam medicamentos para o tratamento da hipertensão, número este elevado em comparação à outras comorbidades, pois, entende-se que HAS é associada à uma série de doenças cardiovasculares, que contribui para a elevação de morbimortalidades (24). Os resultados encontrados neste estudo foram desiguais aos encontrados em uma pesquisa realizada em um hospital escola, sendo que, o medicamento mais prescrito fora o Captopril (65%), seguido da Hidroclorotiazida (44,4%) e do Propranolol (28,4%). A

Losartana, mais prescrita na pesquisa atual, apresentou-se apenas em 10% das prescrições do estudo comparativo (25).

Como citado anteriormente, evidenciou-se a prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso em cerca de 77,3% dos hipertensos, resultado este semelhante a estudos anteriores (18), o qual encontrou 70,7% de prevalência de baixa adesão à terapia farmacológica no tratamento da HAS, especialmente associada ao esquecimento. Destaque também para o presente estudo aos pacientes que referiram esquecimento regular da ingestão do medicamento, totalizando 62,7% dos hipertensos entrevistados. No entanto, há estudos que utilizaram outro formato de questionário para avaliar a adesão e obtiveram resultados discordantes com o da pesquisa atual. Os pesquisadores utilizaram o Questionário de Não Adesão de Medicamentos da Equipe Qualiaids (QAM-Q), os quais abordam questões como se o indivíduo toma e quando toma seus medicamentos; como ele toma estes medicamentos no período de sete dias e o resultado da adesão baseado na medida da PA – se ela estiver controlada, o resultado é positivo. Através deste método, Barreto, et al (2015) encontraram valores de não adesão à terapia farmacológica em cerca de 42,65% dos hipertensos entrevistados (26).

Quanto à adesão ao tratamento não medicamentoso, 76% dos pacientes deste estudo não aderiam corretamente esta terapia, tendo pelo menos um hábito de vida não saudável, sendo este um resultado aproximado ao estudo de Dosse, et al (2009) (27) o qual verificou que 85,29% dos entrevistados não adere totalmente ao tratamento não medicamentoso. Segundo estudos anteriores (28) quando questionados quanto a quem orientou sobre o tratamento não farmacológico, 71,23% dos hipertensos entrevistados referiram-se ao médico, no entanto, aproximadamente a metade (37%) destes afirmou que o mesmo não questiona sobre o cumprimento desta estratégia de tratamento. Sendo assim, cabe à equipe multiprofissional de saúde (enfermeiros, farmacêuticos,

nutricionistas, educadores físicos e psicólogos) reforçar a adoção de medidas não farmacológicas para o controle da HAS.

Como apresentado nesta pesquisa, há baixa adesão de hipertensos ao tratamento seja ele farmacológico quanto não farmacológico. Dentre os 75 hipertensos entrevistados, 58% não aderiam à terapia farmacológica e a não farmacológica (IC95 = 47,3 a 70,0%), e, justamente a falta de adesão ao tratamento é uma das maiores dificuldades encontradas no atendimento de pacientes com HAS, pois como constatado, a maioria não faz o tratamento correto, e os que ainda fazem, não possuem a pressão arterial em níveis considerados adequados (11,29). No entanto, não é possível avaliar qual o verdadeiro motivo dos níveis pressóricos elevados dos entrevistados, pois a pressão arterial foi verificada apenas uma vez no momento da entrevista. Infere-se que estes resultados podem ser decorrentes da falta de comprometimento ao regime terapêutico, ou, a posologia indicada pelo médico não é eficaz.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo sugerem que há uma lacuna na adesão à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, no entanto, devem ser consideradas as limitações alusivas à seleção dos entrevistados, e neste sentido também se acredita que, sendo o primeiro contato da entrevistadora com o hipertenso, há chances do mesmo ter omitido informações; número de entrevistados; local da coleta, não permitindo generalizar os usuários de outro serviço para adquirir seus medicamentos.

Mesmo assim, os resultados desta pesquisa podem contribuir para que os profissionais de saúde, especialmente os farmacêuticos, definam estratégias e intervenções educativas, como por exemplo, o acompanhamento farmacoterapêutico.

Neste sentido, o paciente criaria um vínculo com o profissional, e assim, possivelmente, poderiam ser identificadas as causas da falta de controle dos níveis pressóricos, permitindo que o paciente conheça melhor sua doença e conseqüentemente contribuindo para o aumento da adesão ao tratamento da HAS.

AGRADECIMENTOS

À FM Comércio de Medicamentos LTDA (Farmácia Associadas) por ceder o local para que as entrevistas pudessem ser realizadas.

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- 3 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sobre a Vigilância de DCNT. 2019.
- 4 Burnier M. Drug adherence in hypertension. *Pharmacological Research*. 2017, v. 125, p. 142-149. DOI: 10.1016/j.phrs.2017.08.015
- 5 Nobre F, Pierin AMG, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. 2001;

6 Reiners AAO, Seabra FMF, Azevedo RC de S, Sudré MRS, Duarte SJH. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. 2013, Cienc. Cuid. Saúde, 11(3), 581-587. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v11i3.165111

7 Pérez RE, Soler SAM, Morales OL. Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. MEDISAN, 20(1): 3-9. 2016.

8 BRASIL. Resolução CFF nº 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do Farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União, v. 29, 2013.

9 Martinbiancho JK, Zuckermann, J, Almeida SM. Farmácia Clínica. In: Santos, L, Torriani, MS, Barros E. Medicamentos na prática da farmácia clínica. Artmed Editora, 2013.

10 MINISTÉRIO DA SAÚDE. IMC em adultos. 2019.

11 Malachias MVB, et al. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol, v. 107, n. 3, p. 1-103, 2016.

12 Ben AJ, Neumann CR, Mengue, SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. 2012, Revista de Saúde Pública, v. 46, p. 279-289.

13 Cesarino EJ, Sigoli PBO, Lourenço VC, Cesarino FT, Andrade CG. Fatores influentes na adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes hipertensos. 2017, Arquivos de Ciências da Saúde, v. 24, n. 1, p. 110-115. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.1.2017.497>.

14 Eid LP, Nogueira MS, Veiga EV, Cesarino EJ, Alves LMM. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green. 2013, Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 15, n. 2, p. 362-7. DOI: 10.5216/ree.v15i2.15599.

15 Souza AO, Ramos RN, Oliveira T, Ramos ERP, Massuda, EM. Adhesion to antihypertensive drug therapy in primary health care in a medium-sized Brazilian city. 2018. Mundo saúde (Impr.), v. 43, n. 1, p. [025-044]. DOI: 10.15343/0104-7809.20194301025044.

16 Mendes GS, Moraes CF, Gomes, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. 2014, Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 9, n. 32, p. 273-278. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)795](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(32)795).

17 Bastos-Barbosa RG., Ferriolli E, Moriguti JC., Nogueira CB., Nobre F, Ueta J, et al . Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. 2012, Arq. Bras. Cardiol. v. 99, n. 1, p. 636-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000054>.

18 Gomes e Martins A, Chavaglia SRR, Ohl RIB, Martins IML, Gamba MA. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. 2014, Acta paul. enferm. São Paulo , v. 27, n. 3, p. 266-272. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400045>.

19 Ferreira FM, Cruz MJB, Santos DF, Linhares MP, Andrade RA. Fatores relacionados à adesão farmacoterapêutica de pacientes hipertensos acolhidos na estratégia de saúde da família. 2013, Revista de APS, v. 16, n. 3.

20 Hanus JS, Simões PW, Amboni G, Ceretta LB, Tuon LGB. Associação entre a qualidade de vida e adesão à medicação de indivíduos hipertensos. 2015, Acta paul.

enferm., São Paulo , v. 28, n. 4, p. 381-387. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500064>.

21 Mantovani MF, Mottin JV, Ulbrich EM, Pinotti S. Caracterização dos usuários e o conhecimento sobre a hipertensão arterial. 2008, Online Braz J Nurs. 7(2): 61-69

22 Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. 2013, Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 1763-1772. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600027>.

23 Baldissera VDA, Carvalho MDB, Peloso SM. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. 2009, Revista gaúcha de enfermagem, v. 30, n. 1, p. 27.

24 Bonotto LF, Colet CF. Farmácia Popular do Brasil em Ijuí: perfil dos usuários e redução de preços dos produtos. 2013, Revista Brasileira de Farmácia, Rio de Janeiro, v. 94, n. 1, p. 41-48.

25 Linarelli MCB, Massarotto AC, Andrade AMGMC, Joaquim AP, Meyes LGC, Guimarães L, Santiago MC, Felipe MB, Lage R. Análise do uso racional de medicamentos anti-hipertensivos utilizados em hospital-escola. 2012, Revista de Ciências Médicas, v. 18, n. 4.

26 Barreto MS, Cremonese IZ, Janeiro V, Matsuda LM, Marcon SS. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. 2015, Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 68, n. 1, p. 60-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680109p>

27 Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, Castedo MCA. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. 2009, Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 17, n. 2.

28 Weber D, Oliveira KR, Colet CF. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. 2014, Rev Bras Hipertens vol. 21(2):114-121.

29 Santos, ZMSA. "Hipertensão arterial–um problema de saúde pública." 2012, Revista Brasileira em Promoção da Saúde 24.4: 285-286.

Tabela 1. Descrição dos fatores socioeconômicos dos hipertensos usuários do Programa “Aqui tem Farmácia Popular” em uma farmácia comunitária – Arroio do Tigre – RS, 2019. (N=75)

Fatores socioeconômicos	N	%
Faixa etária		

30 – 39 anos	3	4,0
40 – 49 anos	8	10,7
50 – 59 anos	21	28,0
60 – 69 anos	18	24,0
≥ 70 anos	25	33,0
Sexo		
Masculino	20	26,7
Feminino	55	73,3
Raça		
Branca	61	81,3
Parda	13	17,3
Negra	1	1,3
Situação conjugal		
Solteiro(a)	3	4,0
União estável	4	5,3
Casado(a)	41	54,7
Viúvo(a)	23	30,7
Divorciado(a)	4	5,3
Reside onde		
Zona Rural	25	33,3
Zona Urbana	50	66,7
Reside sozinho		
Sim	12	16,0
Não	63	84,0
Plano de saúde privado		
Sim	32	42,7
Não	43	57,3
Ocupação		
Agricultura	8	10,7
Autônomo(a)	2	2,7
Comércio	2	2,7
Aposentado(a)	51	68,0
Desempregado(a)	3	4,0
Outro	9	12,0
Renda mensal		
Inferior a 1 salário mínimo	6	8,0
De 1 a 2 salários mínimos	57	76,0
De 3 a 5 salários mínimos	11	14,7
Superior a 5 salários mínimos	1	1,3
Auxílio de Programas Sociais		
Sim	4	5,3
Não	71	94,7

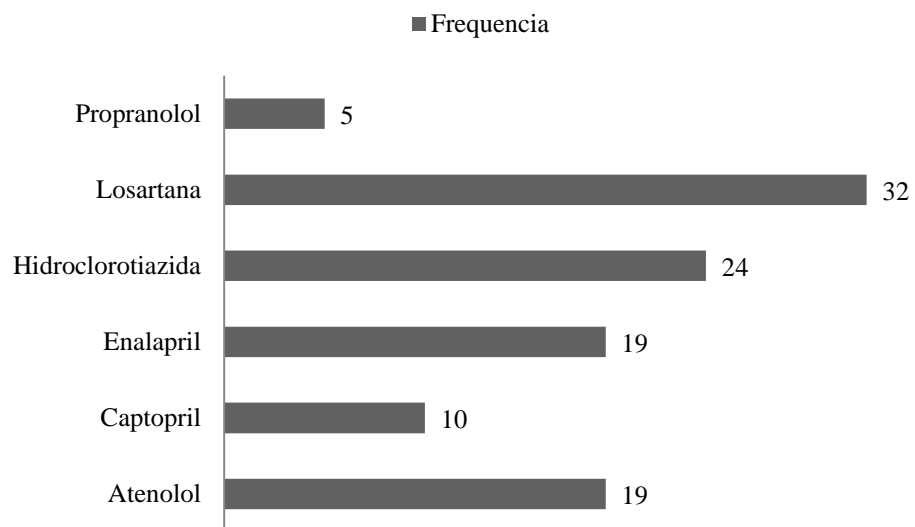
Tabela 2: Descrição das variáveis do tratamento não medicamentoso em hipertensos usuários do Programa “Aqui tem Farmácia Popular” em uma farmácia comunitária – Arroio do Tigre – RS, 2019. (N=75)

Fatores comportamentais	N	%
Fuma ou já fumou		
Sim	8	10,7
Não	55	73,3
Ex fumante	12	16,0
Frequência que costuma ingerir bebida alcoólica		
Não consome	54	72
Ex-etilista	1	1,3
Consome 1 a 3 vezes por semana	19	25,4
Consome 6 a 7 vezes por semana	1	1,3
Come frutas		
Consome de 1 a 3 dias por semana	13	17,3
Consome de 4 a 7 dias por semana	62	82,7
Come legumes e vegetais		
Não consome	2	2,7
Consome de 1 a 3 dias por semana	11	14,7
Consome de 4 a 7 dias por semana	62	82,7
Sal		
Utiliza pouco sal	40	53,3
Utiliza sal moderadamente	29	38,7
Utiliza muito sal	6	8,0
Índice Massa Corporal (IMC)		
Normal	21	28,0
Sobrepeso	26	34,7
Obeso	28	37,3
Realiza atividades físicas		
Sim	44	58,7
Não	31	41,3

Tabela 3: Descrição dos fatores relacionados à saúde e farmacoterapia dos hipertensos usuários do Programa “Aqui tem Farmácia Popular” em uma farmácia comunitária – Arroio do Tigre – RS, 2019. (N=75)

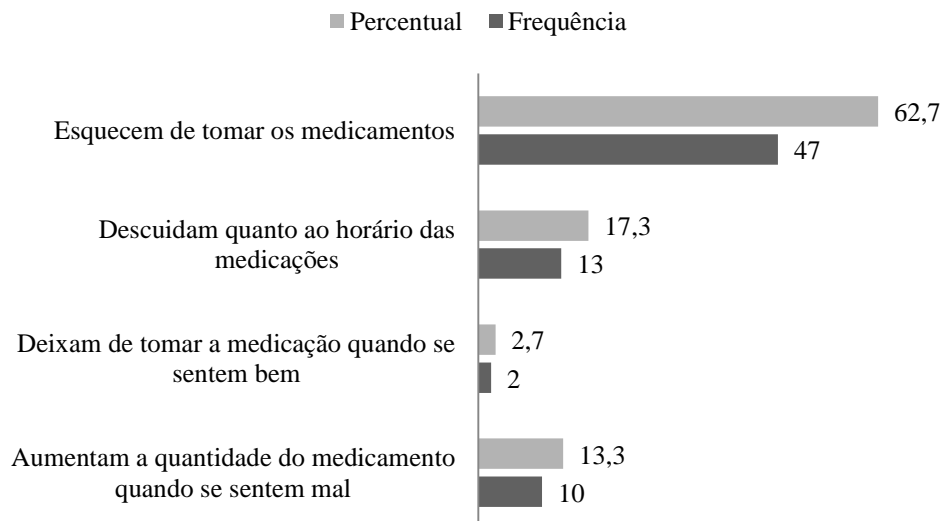
Ha mais de 2 anos	15	20,0
Há mais de 5 anos	16	21,3
Há mais de 10 anos	12	16,0
Há mais de 15 anos	24	32,0
Histórico de HAS		
Sim, pai e/ou mãe	44	58,7
Sim, irmãos	10	13,3
Sim, avós	1	1,3
Não	20	26,7
Comorbidades		
Sim, uma	26	34,7
Sim, duas	21	28,0
Sim, três	5	6,7
Não	23	30,7
Terapia Complementar		
Sim, homeopatia	3	4,0
Sim, floralterapia	2	2,7
Não	70	93,3
Autopercepção de saúde		
Excelente	10	13,3
Muito boa	9	12,0
Boa	36	48,0
Regular	17	22,7
Ruim	3	4,0
Última consulta		
Neste mês	14	18,7
Nos últimos seis meses	56	74,7
No último ano	3	4,0
Há mais de um ano	2	2,7
Motivo(s)		
Exames Gerais	11	14,7
Hipertensão	64	85,3
Pressão Arterial		
Normal	31	41,3
Hipertensão Estágio 1	16	21,3
Hipertensão Estágio 2	26	34,7
Crise Hipertensiva	2	2,7
Batimentos Cardíacos		
Bradycardia	10	13,3
Normal	62	82,7
Taquicardia	3	4,0

Gráfico 1: Distribuição das medicações prescritas aos hipertensos usuários do Programa “Aqui tem Farmácia Popular” em uma farmácia comunitária - Arroio do Tigre – RS, 2019.



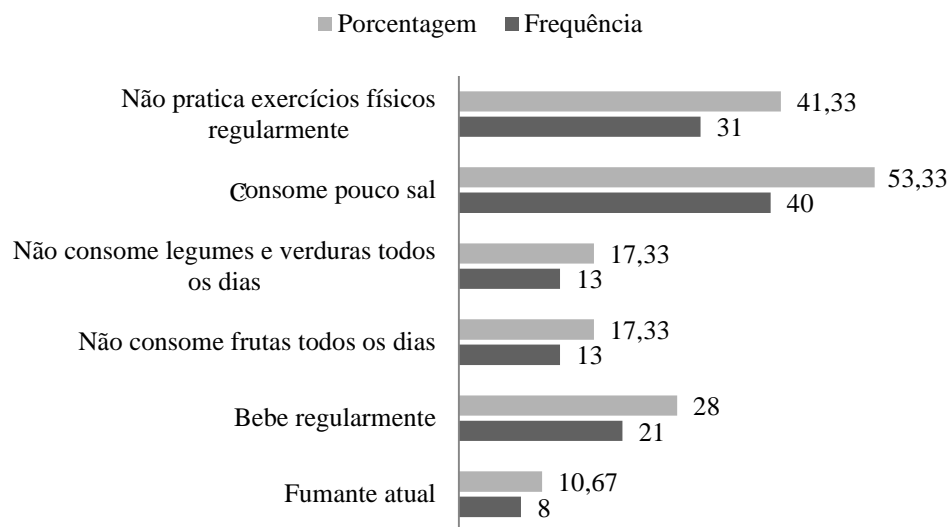
Fonte: Elaborada pela autora.

Gráfico 2: Distribuição dos hipertensos que responderam afirmativamente aos questionamentos do Teste de Morisky-Green. Arroio do Tigre – RS, 2019.



Fonte: Elaborada pela autora.

Gráfico 3: Distribuição dos fatores não farmacológicos dos hipertensos usuários do Programa “Aqui tem Farmácia Popular” em uma farmácia comunitária - Arroio do Tigre – RS, 2019.



Fonte: Elaborada pela autora.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS

Os resultados desta pesquisa mostraram que 77,3% dos entrevistados não aderiam ao tratamento medicamentoso; 76% não aderiam ao tratamento não medicamentoso e 58% não aderiam nenhuma das terapias, sendo farmacológica e não farmacológica. Quanto aos fatores sociodemográficos e comportamentais, após a conclusão desta pesquisa, pode-se inferir que a maior parcela dos entrevistados foram idosos (mais de 70 anos de idade), do sexo feminino, brancos, casados(as), que residem na zona urbana de Arroio do Tigre com algum familiar ou amigo. A maioria é aposentado, com renda aproximada de 1 a 2 salários mínimos e não possuem plano de saúde privado. São poucos os que relataram hábitos não saudáveis como beber ou fumar, no entanto, o consumo de frutas, legumes e vegetais, associado à uma dieta hipossódica correspondeu a maioria dos entrevistados, o item que recebeu maior comprometimento foi o de prática de exercícios físicos regularmente, pois quase a metade dos entrevistados não as faz.

Constata-se então, que há uma alta prevalência de não adesão à terapia farmacológica e não farmacológica dos participantes deste estudo, ou seja, a adesão é insuficiente para reduzir os níveis pressóricos de maneira satisfatória. Para tanto, iniciativas que deem ênfase nos esquemas terapêuticos podem ser analisadas para que o hipertenso conheça sua saúde e conseqüentemente melhore-a, adaptando seus hábitos para a sua realidade. Vale ressaltar que, respeitando o conhecimento e as preferências do hipertenso, a tendência de sucesso pode ser ainda maior. Considerando a Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013, a qual prevê as atribuições clínicas do farmacêutico, cabe ao profissional realizar intervenções e orientações, como por exemplo, ações educativas propondo reeducação alimentar, cessação tabácica e prática regular de exercícios físicos, compactuando com a avaliação periódica dos resultados obtidos, criando um vínculo de confiança com o paciente e aumentando o índice de qualidade dos serviços fornecidos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. M. de et al. Diuréticos: um artigo de revisão. *Revista Científica FAGOC-Saúde*, v. 2, n. 1, p. 78-83, 2017.
- BALDISSERA, V. D.A ; CARVALHO, M. D. de B.; PELLOSO, S. M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. *Revista gaúcha de enfermagem*, v. 30, n. 1, p. 27, 2009. Acesso em: 21/11/2019. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5521>>.
- BARRETO, M. S. et al. Prevalence of non-adherence to antihypertensive pharmacotherapy and associated factors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 1, p. 60-67, 2015. Acesso em: 23/10/2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/en_0034-7167-reben-68-01-0060.pdf>.
- BARRETO, M. S.; REINERS, A. A. O.; MARCON, S. S.. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 3, p. 491-498, 2014. Acesso em: 15/09/2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00491.pdf>.
- BARROS, C. L. de A. et al. Impact of light salt substitution for regular salt on blood pressure of hypertensive patients. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 104, n. 2, p. 128-135, 2015. Acesso em: 21/09/2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v104n2/0066-782X-abc-20140174.pdf>>.
- BASTOS-BARBOSA, R. G. et al . Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo , v. 99, n. 1, p. 636-641, 2012. Acesso em: 21/11/2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2012001000009&script=sci_abstract&tlng=pt>.
- BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, p. 279-289, 2012. Acesso em: 21/11/2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2012nahead/3357.pdf>>.
- BEZERRA, A.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/8502/S0034-71672014000400550.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.
- BLOCH, K. V. et al. ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, n. 1, p. 9s, 2016. Acesso em: 23/09/2018. Disponível em: <<http://www6.enp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/ERICA.pdf>>.
- BONOTTO, L. F.; COLET, C. de F. Farmácia Popular do Brasil em Ijuí: perfil dos usuários e redução de preços dos produtos. *Revista Brasileira de Farmácia, Rio de Janeiro*, v. 94, n. 1, p. 41-48, 2013. Acesso em; 21/11/2019. Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2013-94-1-6.pdf>>.

BORGES, J. W. et al. Indirect methods for assessment of adherence to hypertension treatment: an integrative review. *Journal of Nursing UFPE on line*, v. 8, n. 11, p. 4131-4138. 2014. Acesso em: 12/11/2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10152/10667>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Acesso em: 27/10/2018. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Acesso em: 27/10/2018. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf>

BRASIL. Resolução CFF nº 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do Farmacêutico e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, v. 29, 2013. Acesso em: 27/10/2018. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Hipertensão arterial sistêmica. Brasília: MS, 2006. 51 p. (Cadernos de atenção básica; Programa saúde da família; n. 15). Acesso em: 22/08/2018. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>.

BUNDCHEN, D.; SCHENKEL, I. D. C.; DE CARVALHO, T.. Exercise controls blood pressure and improves quality of life. In: *Circulation*. 530 Walnut ST, Philadelphia, PA 19106-3621 USA: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, 2012. p. E874-E874. Acesso em: 21/09/2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v19n2/en_03.pdf>.

BURNIER, Michel. Drug adherence in hypertension. *Pharmacological research*, 2017. Acesso em: 24/09/2018. Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1043661817310058?token=DD47A36AD3516B3A1E22216CBEA767AB0065CE20EC981402DECE8A0FC7655927DC5B24F5D22D18306B71F908CA29DF2B>>.

CESARINO, E. J. et al. Fatores influentes na adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes hipertensos. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 24, n. 1, p. 110-115, 2017. Acesso em: 21/11/2019. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/497/268>>.

COLINDRES, R. E., HINDERLITER, A. L. Hipertensão. In: RUNGE, Marschall S; GREGANTI, M. Andrew. *Medicina Interna de Netter*. Trad. Jacques Vissoky – Porto Alegre: Artmed, 2005. 1135 pag.

COSTA, F. P.; MACHADO, S. H. O consumo de sal e alimentos ricos em sódio pode influenciar na pressão arterial das crianças?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1383-1389, 2010. Acesso em: 18/09/2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/250028567_O_consumo_de_sal_e_alimentos_ricos_em_sodio_pode_influenciar_na_pressao_artorial_das_crianças/fulltext/03c523d80cf2d448b67b066f/250028567_O_consumo_de_sal_e_alimentos_ricos_em_sodio_pode_influenciar_na_pressao_artorial_das_crianças.pdf?origin=publication_detail>.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2007. Acesso em: 20/09/2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/abc/v88n1/a10v88n1.pdf>>.

DELOR, R. R.; DUARTE, S. E.; LÓPEZ, N. Factores de riesgo cardiovascular en adolescentes de una ciudad del Paraguay. *Acta Médica Colombiana*, v. 42, n. 1, 2017. Acesso em: 21/09/2018. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v42n1/0120-2448-amc-42-01-00030.pdf>>.

DOSSE, C. et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 17, n. 2, 2009. Acesso em: 21/11/2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_10.pdf>.

DULLIUS, A. A. dos S. et al. Alcohol consumption/dependence and resilience in older adults with high blood pressure. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, 2018. Acesso em: 21/09/2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/0104-1169-rlae-26-e3024.pdf>>.

EID, L. P. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 15, n. 2, p. 362-7, 2013. Acesso em: 21/11/2019. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a07.pdf>.

FEIJÃO, A. M. M. et al. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 84, n. 1, p. 29-33, 2005. Acesso em: 18/09/2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n1/23002.pdf>>.

FERREIRA, F. M. et al. Fatores relacionados à adesão farmacoterapêutica de pacientes hipertensos acolhidos na estratégia de saúde da família. *Revista de APS*, v. 16, n. 3, 2013. Acesso em: 21/11/2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15139>>.

GEWEHR, D. M. et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 179-190, 2018. Acesso em: 23/09/2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100179&lang=pt>.

GIROTTI, E. et al . Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013. Acesso em: 15/09/2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27.pdf>>.

GOMES E MARTINS, A. et al . Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 27, n. 3, p. 266-272, 2014. Acesso em: 21/11/2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002014000300266&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 83, n. 5, p. 424-8, 2004. Acesso em: 20/09/2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v83n5/22137.pdf>>.

HART, J. T.; SAVAGE, W. Tudo sobre hipertensão arterial. São Paulo: Organização Andrei, 2000. 324p.

HANUS, J. S. et al . Associação entre a qualidade de vida e adesão à medicação de indivíduos hipertensos. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 28, n. 4, p. 381-387, Aug. 2015 . Acesso em: 18/11/2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002015000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

HILAL-DANDAN, R. Renina e angiotensina. In: *Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica*. 12. ed. AMGH Editora Ltda. 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Brasil/Rio Grande do Sul/Arroio do tigre. Acesso em: 23/09/2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/arroio-do-tigre/panorama>>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013.; 2014. Acesso em: 04/09/2018 Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>.

JACKSON, E. J. Diuréticos. In: HARDMAN, Joel G.; LIMBIRD, Lee E. (Coord.). *Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica*. 9. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1996. 1436 p.

KATZUNG, B. G.; TREVOR, A. J. Farmacologia básica e clínica. 13. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017. Acesso em: 24/09/2018. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=rsw-DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=farmacologia+dos+antihipertensivos&ots=WN3xkPYZq1&sig=RFg0TqyVKiafT-x-Iz3DIYb1OGs#v=onepage&q=HIPERTEnS%C3%A3o&f=false>>.

KOHLMANN JR., O. et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Arquivo Brasileiro Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 247-249, agosto de

1999. Acesso em: 04/09/2018 Disponível em <
<http://www.scielo.br/pdf/abem/v43n4/11750.pdf>>.

KUMAR, J. Epidemiology of hypertension. *Clinical Queries: Nephrology*, v. 2, n. 2, p. 56-61, 2013. Acesso em: 23/08/2018. Disponível em:
<<http://daneshyari.com/article/preview/3107951.pdf>>.

LINARELLI, M. C. B. et al. Análise do uso racional de medicamentos anti-hipertensivos utilizados em hospital-escola. *Revista de Ciências Médicas*, v. 18, n. 4, 2012. Acesso em: 21/11/2019. Disponível em: <<https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/download/635/615>>.

LOPES, A. A.; MARTINELLI, R. Farmacologia dos diuréticos. In: SILVA, P. *Farmacologia*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. xxii, 1325 p.

MAGALHÃES, L. B. N. C. Anti-hipertensivos. In: SILVA, P. *Farmacologia*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. xxii, 1325 p.

MAHMOOD, S. et al. Non-pharmacological management of hypertension: in the light of current research. *Irish Journal of Medical Science (1971-)*, p. 1-16, 2018. Acesso em: 24/09/2018. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11845-018-1889-8>>.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros Cardiologia*, v. 107, n. 3, p. 1-103, 2016. Acesso em: 04/09/2018. Disponível em: <
http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, p. 3-16, 2015. Acesso em: 15/09/2018. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00003.pdf>>.

MANTOVANI, M. F. et al. Caracterização dos usuários e o conhecimento sobre a hipertensão arterial. *Online braz. j. nurs.(Online)*, v. 7, n. 2, 2008. Acesso em: 21/11/2019. Disponível em:
<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1467/348>>.

MANTOVANI, M. F. et al. Utilização de terapias complementares por pessoas com hipertensão arterial sistêmica. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 30, n. 4, 2016. Acesso em: 18/09/2018. Disponível em: <
<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/16982/pdf>>.

MARTINBIANCHO, J. K.; ZUCKERMANN, J.; ALMEIDA, S. M. Farmácia Clínica. In: SANTOS, L.; TORRIANI, M. S.; BARROS, E. *Medicamentos na prática da farmácia clínica*. Artmed Editora, 2013. Acesso em: 27/10/2018. Disponível em: <
<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=GcA3AqAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA4&dq=papel+do+farmaceutico+na+ad>>

es%C3%A3o+ao+tratamento&ots=_wIOU5oIRC&sig=GzBXvI75o__csF32F-gM93vspUE#v=onepage&q=papel%20do%20farmaceutico%20na%20ades%C3%A3o%20ao%20tratamento&f=false>.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014. Acesso em: 21/11/2019. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/795>>.

MENGUE, S. S. et al. Access to and use of high blood pressure medications in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, p. 8s, 2016. Acesso em: 21/09/2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rsp/2016.v50suppl2/8s/en>>.

MICHEL, T.; HOFFMAN, B. B. Tratamento da isquemia miocárdica e da hipertensão. In: *Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica*. 12. ed. AMGH Editora Ltda. 2011.

MOLINA, B. et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, p. 743-750, 2003. Acesso em: 18/09/2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18017.pdf>>.

MORISKY, D. E. et al. “Validade preditiva de uma medida de adesão à medicação em ambiente ambulatorial” *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Connecticut)* vol. 10,5. 2008. Acesso em: 12/11/2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2562622/pdf/nihms52858.pdf>>.

MS – Ministério da Saúde. IMC em adultos. 2019. Acesso em: 21/11/2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/artigos/804-imc/40509-imc-em-adultos>>.

MS – Ministério da Saúde. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - Fatores de Risco. 2018. Acesso em: 27/10/2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/fatores-de-risco>>.

MS – Ministério da Saúde. Sobre a Vigilância de DCNT. 2018. Acesso em: 27/10/2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>>.

MS - Ministério da Saúde. Farmácia Popular - Sobre o programa. 2018. Acesso em: 25/08/2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular/sobre-o-programa>>.

NASCIMENTO, B. R. et al. Cardiovascular Disease Epidemiology in Portuguese-Speaking Countries: data from the Global Burden of Disease, 1990 to 2016. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 110, n. 6, p. 500-511, 2018. Acesso em: 21/09/2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v110n6/0066-782X-abc-110-06-0500.pdf>>.

NETTO, R. O. R. F. et al. Efeitos Colaterais dos Anti-Hipertensivos Mediante a Prática da Atividade Física. *Revista Magsul de Educação Física na Fronteira*, v. 2, n. 3, p. 14-

20, 2017. Acesso em: 24/09/2018. Disponível em: <
<http://bibmagsul.kinghost.net/revista2016/index.php/RevMagEdFis/article/viewFile/411/300>>.

NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos, 2001. 118 p.

OATES, J. A. Farmacos anti-hipertensivos e a terapia farmacológica da hipertensão. In: HARDMAN, J. G.; LIMBIRD, Lee E. (Coord.). *Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica*. 9. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1996. 1436 p.

REINERS, A. A. O. et al. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. *Ciência Cuidado e Saúde*, v. 11, n. 3, p. 581-7, 2012. Acesso em: 23/09/2018. Disponível em: <
<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/16511/pdf>>.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. de. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. 126-136, 2014. Acesso em: 15/08/2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00126.pdf>>.

REILLY, R. F.; JACKSON, E. K. Regulação de função renal e volume vascular. In: *Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica*. 12. ed. AMGH Editora Ltda. 2011.

ROSABAL, E. P. et al. Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. *Medisan*, v. 20, n. 1, p. 3-9, 2016. Acesso em: 23/09/2018. Disponível em: <<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n1/san02201.pdf>>.

SA'ED, H. Z. 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. 1, p. 191, 2013. Acesso em: 21/09/2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4228307/pdf/1477-7525-11-191.pdf>>.

SANTOS, Z. M. S. A. Hipertensão arterial—um problema de saúde pública. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 24, n. 4, p. 285-286, 2012. Acesso em: 21/11/2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/237034447_Hipertensao_arterial_-_um_problema_de_saude_publica>.

SACCOMANN, I. C. R.; NETA, J. G. S.; MARTINS, B. F. Fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso em hipertensos de uma unidade de saúde da família. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 17, n. 1, p. 21-26, 2015. Acesso em: 15/09/2018. Disponível em: <
<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/download/20861/pdf>>.

SBC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Campanha do Departamento de Hipertensão Arterial da SBC. Eu sou 12 por 8. 2018. Acesso em: 25/08/2018. Disponível em: <<http://www.eusou12por8.com.br/>>.

SBC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, et al. VI diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Acesso em: 20/09/2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>>.

SESSO, R. Risco de vida residual para o desenvolvimento de hipertensão em homens e mulheres adultos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 48, n. 4, p. 277-277, 2002. Acesso em: 25/08/2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n4/14168.pdf>>.

SILVA, R. M. da; CAETANO, R. Gastos com pagamentos no Programa Aqui Tem Farmácia Popular: evolução entre 2006-2014. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, p. e280105, 2018. Acesso em: 20/08/2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n1/0103-7331-physis-28-01-e280105.pdf>>.

SOUZA, A. O. et al. Adhesion to antihypertensive drug therapy in primary health care in a medium-sized Brazilian city. *Mundo saúde (Impr.)*, v. 43, n. 1, p. [025-044], 2018. Acesso em: 21/11/2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-40206>>.

SOUZA, A. C. C. de; BORGES, J. W. P.; MOREIRA, T. M. M. Quality of life and treatment adherence in hypertensive patients: systematic review with meta-analysis. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, p. 71, 2016. Acesso em: 23/09/2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2016.v50/71/en>>.

STEFANELLO, T. D. Efeitos da auriculoterapia em pacientes hipertensos. *Revista Uningá*, v. 22, n. 1, 2017. Acesso em: 18/09/2018. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/844/505>>.

WEBER, D.; DE OLIVEIRA, K. R.; COLET, C. F.. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. *Rev. bras. hipertens*, v. 21, n. 2, p. 114-121, 2014. Acesso em: 21/11/2019. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881424/rbh-v21n2_114-121.pdf>.

WHELTON, P. K et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018. Acesso em: 09/08/2018. Disponível em: <<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/HYP.000000000000066>>.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: *World Health Organization*, 2003. 198 p. Acesso em: 07/09/2018. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1>>.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report.. 2005. Acesso em: 15/09/2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001_eng.pdf?sequence=1>.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Risks - Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009. Acesso em: 25/08/2018. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf>.

ZANGIROLANI, L. T. O. et al. Self-reported hypertension in adults residing in Campinas, Brazil: prevalence, associated factors and control practices in a population-based study. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 4, p. 1221-1232, 2018. Acesso em: 24/09/2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n4/en_1413-8123-csc-23-04-1221.pdf>.

ANEXOS
ANEXO A – Concordância do local de pesquisa

Santa Cruz do Sul, 27 de março de 2018.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, CEP-UNISC

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado "Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de hipertensos usuários do programa "Aqui Tem Farmácia Popular" em uma farmácia comunitária de Arroio Do Tigre - RS" desenvolvido pela acadêmica Franciele Bernardy Wesendonck do Curso de Farmácia, da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, sob a orientação da professora Ana Paula Helffer Schneider, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento na FM Comércio de Medicamentos LTDA.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir a Resolução do CNS 468/12 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente,



Fábio Luís Marion

FM Comércio de Medicamentos LTDA

FM COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA
CNPJ: 08.376.030/0001-02
Fone: (51) 3347-0210
Rua Garibaldi, 82005, 47E - Centro
Arroio do Tigre - RS

ANEXO B - Parecer Consubstanciado Do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de hipertensos usuários do programa "Aqui Tem Farmácia Popular" em uma farmácia comunitária de Arroio Do Tigre - RS.

Pesquisador: Ana Paula Helfer Schneider

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04097018.5.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.078.348

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa denominado "Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de hipertensos usuários do programa "Aqui Tem Farmácia Popular" em uma farmácia comunitária de Arroio Do Tigre - RS.", apresentado à disciplina de Trabalho de Curso I, do Curso de Farmácia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, pela acadêmica Franciele Bernardy Wesendonck. A orientadora do projeto é a Profª. Drª. Ana Paula Helfer Schneider do mesmo Curso e Universidade.

O projeto pretende avaliar a prevalência de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de pacientes hipertensos usuários do Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" em uma farmácia em Arroio do Tigre - RS e seus fatores associados.

Objetivo da Pesquisa:

Estão presentes, são claros e exequíveis.

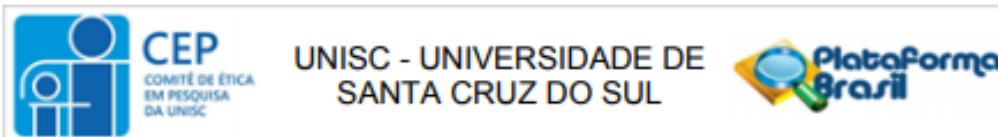
Objetivo Primário:

Avaliar prevalência de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de pacientes hipertensos usuários do Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" em uma farmácia em Arroio do Tigre - RS e seus fatores associados.

Objetivo Secundário:

Verificar a prevalência de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da população

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 3.078.348

de hipertensos usuários do Programa "Aqui tem Farmácia Popular" em Arroio do Tigre – RS;
 Associar quais fatores sociodemográficos, econômicos e comportamentais estão relacionados à adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, verificando se há alguma relação entre eles.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão presentes, redigidos de forma clara.

Riscos:

O risco possível está relacionado ao desconforto perante as respostas durante a aplicação do instrumento de avaliação, no caso, o questionário.

Benefícios:

O benefício deste estudo é a verificação da efetividade do Programa "Aqui Tem Farmácia Popular", conhecer o perfil sociodemográfico dos hipertensos atendidos, formando assim um conjunto de dados úteis para a drogaria do sentido de aperfeiçoamento do atendimento, bem como, possíveis projetos de educação em saúde futuros, visando à promoção da adesão ao tratamento e consequentemente aumentando a qualidade de vida destes hipertensos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

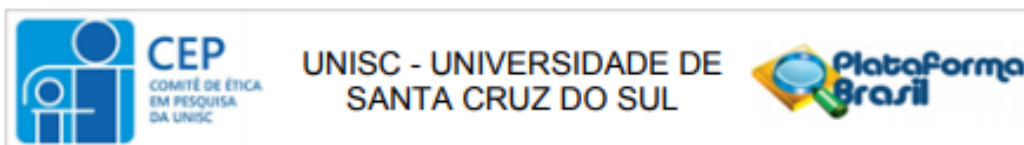
A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) trata-se de uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) de alta prevalência e, assim sendo, refere-se a um grande problema de saúde pública, pois é um grande fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias e corresponde à grande parte das taxas de morbimortalidade da população brasileira. A HAS não tem cura, mas possui tratamento e pode ser facilmente controlada, sendo que,

este tratamento pode ser realizado com medidas farmacológicas ou não farmacológicas, vale ressaltar o quão é importante uma farmacoterapia adequada e adesão ao tratamento farmacológico para o controle desta doença.

Para tanto, será realizado um estudo transversal com 150 hipertensos que retirarem seus medicamentos anti-hipertensivos através do programa "Aqui Tem Farmácia Popular" e que concordarem participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no período de março a julho de 2019, estudo este que verificará a prevalência da adesão ao tratamento através de um instrumento de pesquisa, que será um questionário.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
 Bairro: Universitario CEP: 96.815-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 3.078.348

Carta de apresentação do projeto: ok

Projeto completo: está presente

TCLE: ok

Folha de rosto: ok

Orçamento: ok

Carta de aceite de instituição parceira: ok

Cronograma: ok. Data prevista para coleta de dados: 01.03 a 31.07.19

Recomendações:

Não tem.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apresenta todos os documentos, devidamente preenchidos e assinados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1260752.pdf	06/12/2018 10:02:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC_Franciële_Bernardy_Wesendonck.pdf	05/12/2018 20:28:19	Franciële Bernardy Wesendonck	Aceito
Outros	Carta_para_apresentacao_de_projeto.pdf	05/12/2018 19:47:00	Franciële Bernardy Wesendonck	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	05/12/2018 19:44:25	Franciële Bernardy Wesendonck	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Aceite_Instituicao_Parceira.pdf	05/12/2018 19:39:04	Franciële Bernardy Wesendonck	Aceito
Orçamento	Orcamento_do_projeto.pdf	05/12/2018 19:31:03	Franciële Bernardy Wesendonck	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento.pdf	05/12/2018 19:29:08	Franciële Bernardy Wesendonck	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 3.078.348

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 12 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitario

CEP: 96.815-900

UF: RS

Município: SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO DE HIPERTENSOS USUÁRIOS DO PROGRAMA “AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR” EM UMA FARMÁCIA COMUNITÁRIA DE ARROIO DO TIGRE – RS.****Prezado senhor/Prezada senhora**

O/A senhor/a está sendo convidado/a para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado “Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de hipertensos usuários do programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em uma farmácia comunitária de Arroio Do Tigre – Rs”. Esse projeto é desenvolvido pela acadêmica Franciele Bernardy Wesendonck juntamente com a docente Ana Paula Helfer Schneider, ambas do Curso de Farmácia da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante porque pretende avaliar a prevalência de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de pacientes hipertensos usuários do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em uma farmácia em Arroio do Tigre – RS e seus fatores associados. Para que isso se concretize, o senhor/a será contatado/a pelos pesquisadores para averiguar o tratamento farmacológico e não farmacológico de pacientes hipertensos usuários do “Programa Aqui Tem Farmácia Popular” em uma farmácia comunitária de Arroio do Tigre – Rs através de aplicação de um questionário que irá conter perguntas abertas e fechadas, abrangendo variáveis relacionadas aos entrevistados, sendo que a entrevistadora irá ler as questões para o entrevistado e este as responderá, sem qualquer influencia da entrevistadora, visto que, esta entrevista está prevista para acontecer em cerca de 30 minutos. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam como é o caso, por exemplo, ao que está relacionado ao desconforto perante as respostas durante a aplicação do instrumento de avaliação, no caso, o questionário. Por outro lado, se o senhor/a aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área de atenção e assistência farmacêutica poderão acontecer, tais como a verificação da efetividade do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” além de conhecer o perfil sociodemográfico dos hipertensos atendidos, formando assim um conjunto de dados úteis para a drogaria do sentido de aperfeiçoamento do atendimento, bem como, possíveis projetos de educação em saúde futuros, visando à promoção da adesão ao tratamento e conseqüentemente aumentando a qualidade de vida destes hipertensos.

Para participar dessa pesquisa o senhor/a não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado/a:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é a docente Ana Paula Helfer Schneider (51 99693-8447) e a acadêmica Franciele Bernardy Wesendonck (51 99945-6422). O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável. O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.


Data __ / __ / ____

Local: _____

Nome e assinatura do participante

Franciele Bernardy Wesendonck

ANEXO D – Questionário

	ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO DE HIPERTENSOS USUÁRIOS DO PROGRAMA “AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR” EM UMA FARMÁCIA COMUNITÁRIA DE ARROIO DO TIGRE – RS.
Nome:	
Telefone:	
Coletador:	
Data da Coleta: __/__/____	
1 Data de Nascimento: __/__/____ Idade: (1) 18-29 anos (2) 30-39 anos (3) 40-49 anos (4) 50-59 anos (5) 60-69 anos (6) ≥ 70 anos	
2 Sexo (observar): (1) Masculino (2) Feminino	
3 Cor da pele ou raça (observar): (1) Branca (2) Amarela (3) Indígena (4) Parda (5) Negra	
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	
<AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O(A) SR.(A)>	
4 Qual a situação conjugal do(a) Sr.(a)? (1) Solteiro(a) (2) União estável (3) Casado(a) (4) Viúvo(a) (5) Divorciado(a)	
5 O(a) Sr.(a) reside onde? (1) Zona Rural (2) Zona Urbana	
6 Quantas pessoas residem com o(a) Sr.(a)? ____	
O(a) Sr.(a) reside com quem? (1) Familiares (2) Amigos (3) Sozinho(a) (4) Outros, quem: _____	
7 O(a) Sr.(a) possui plano de saúde? (1) Sim (2) Não	
VARIÁVEIS ECONÔMICAS	
8 Qual a ocupação do(a) Sr.(a)? (1) Agricultura (2) Autônomo(a) (3) Comércio (4) Profissional de saúde (5) Aposentado(a) (6) Desempregado(a) (7) Estudante (8) Outro	
9 Qual a renda mensal do(a) Sr.(a)? (1) Inferior a 1 salário mínimo (2) De 1 a 2 salários mínimos (3) De 3 a 5 salários mínimos (4) Superior a 5 salários mínimos	
10 O(a) Sr.(a) recebe auxílio de algum programa social? (1) Sim (2) Não	
HÁBITOS DE VIDA	
<AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS HÁBITOS DE VIDA DO(A) SR.(A)>	
10 O Sr.(a) fuma? (1) Sim (2) Não (3) Ex-fumante	

Se ex fumante, há quanto tempo o(a) Sr.(a) parou de fumar? ___ anos (00 se menos de um ano)
11 O Sr(a) ingere bebidas alcólicas? (1) Sim (2) Não (3) Ex-etilista Se sim, qual(is) bebidas o(a) Sr.(a) costuma ingerir? (1.1) Cachaça (1.2) Cerveja (1.3) Vinho (1.4) Vodka (1.5) Whisky (1.6) Outros, quais: _____ Se sim, quantas vezes na semana o(a) Sr.(a) costuma ingerir bebidas alcólicas? (1.1) 1 a 3 vezes por semana (1.2) 4 a 5 vezes por semana (1.3) 6 a 7 vezes por semana Se ex etilista, há quanto tempo o(a) Sr.(a) parou de beber? ___ anos (00 se menos de um ano)
12 Quantas vezes por semana o(a) Sr.(a). costuma consumir frutas? (1) Não consome (2) Consome de 1 a 3 dias por semana (3) Consome de 4 a 7 dias na semana
13 Quantas vezes por semana o(a) Sr.(a) costuma consumir legumes e vegetais? (1) Não consome (2) Consome de 1 a 3 dias por semana (3) Consome de 4 a 7 dias na semana
14 Qual a quantia de sal que o(a) Sr.(a) utiliza? (1) Não utiliza sal (2) Utiliza pouco sal (3) Utiliza sal moderadamente (4) Utiliza muito sal
15 Qual o peso do(a) Sr.(a)? _____ kg
16 Qual a altura do(a) Sr.(a)? _____ cm
17 O(a) Sr.(a) costuma realizar atividades físicas? (1) Sim (2) Não Se não, o(a) Sr.(a) tem interesse em iniciar a prática de exercícios físicos? (1) Sim (2) Não Se sim, com que frequência o(a) Sr.(a) pratica exercícios físicos? (1) Pratica exercícios físicos 1 a 3 vezes por semana (2) Pratica exercícios físicos 4 a 6 vezes por semana (3) Pratica exercícios físicos diariamente Se sim, há quanto tempo o(a) senhor(a) realiza regularmente algum tipo de atividade física? ___ anos Se sim, quais exercícios físicos o(a) Sr.(a) pratica? _____
ADESÃO AO TRATAMENTO
<AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA SAÚDE E ADESÃO AO TRATAMENTO>
18 Há quanto tempo o(a) Sr.(a) foi diagnosticado com HAS: (1) Neste ano (2) No último ano (3) Há mais de 2 anos (4) Há mais de 5 anos (5) Há mais de 10 anos (6) Há mais de 15 anos
19 Pensando na sua família há histórico de HAS? (1) Sim (2) Não Se sim, (1.1) Pai e/ou mãe (1.2) Irmãos (1.3) Avós e/ou avôs (1.4) Primos (1.5) Outros, quem: _____
20 Pensando na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, quando o(a) Sr.(a) toma a medicação? (1) Não toma a medicação ou raramente toma (2) Deixa de tomar a medicação quando sente-se bem (3) As vezes toma a medicação (4) Toma quase sempre a medicação (5) Aderente ao tratamento medicamentoso
21 Número de medicações que o(a) Sr.(a) toma por dia: _____ medicações

Medicamento	Dose	Dosagem

22 Algum destes medicamentos causa desconforto ao(a) Sr.(a)? (1) Sim (2) Não

Se sim, quais os remédios que causam problema? E quanto eles incomodam:

Medicamento__: _____ (1) pouco (2) um pouco (3) muito

Medicamento__: _____ (1) pouco (2) um pouco (3) muito

Medicamento__: _____ (1) pouco (2) um pouco (3) muito

Medicamento__: _____ (1) pouco (2) um pouco (3) muito

23 Com relação ao (s) remédio(s) que o(a) Sr.(a) utiliza continuamente, o(a) Sr.(a): a) Toma sozinho b) Precisa de supervisão para assegurar que irá tomar adequadamente seus remédios. c) Os medicamentos são organizados em uma caixa semanalmente d) Alguém deve lhe trazer os medicamentos na hora certa

24 No que diz respeito à problemas que muitos pacientes possuem, quão difícil para o(a) Sr.(a) é:

a) Abrir ou fechar a embalagem (1) Muito difícil (2) Um pouco difícil (3) Não muito difícil

b) Ler o que está escrito na embalagem: (1) Muito difícil (2) Um pouco difícil (3) Não muito difícil

c) Lembrar de tomar todo o remédio: (1) Muito difícil (2) Um pouco difícil (3) Não muito difícil

d) Conseguir o medicamento: (1) Muito difícil (2) Um pouco difícil (3) Não muito difícil

e) Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo: (1) Muito difícil (2) Um pouco difícil (3) Não muito difícil

f) Ler o que está escrito na prescrição do médico: (1) Muito difícil (2) Um pouco difícil (3) Não muito difícil

TESTE DE MORISK

<AGORA, GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE EM TODOS OS MEDICAMENTOS QUE SEU MÉDICO LHE INDICOU E QUE VOCÊ UTILIZA CONTINUAMENTE, ISTO É, PRECISA USAR TODOS OS DIAS (OU QUASE

TODOS) SEM DATA PARA PARAR>

25 O(A) Sr.(a) alguma vez esqueceu de tomar os seus remédios? (1) Sim (2) Não

Se sim, nos últimos quinze dias o(a) Sr(a) deixou de usar algum remédio receitado pelo médico?

(1) Sim (2) Não

26 O(A) Sr.(a), às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar os seus remédios? (1) Sim (2) Não

27 Algumas vezes, quando o(a) Sr.(a) se sente bem, deixa de tomar os seus remédios? (1) Sim (2) Não

28 Algumas vezes, se o(a) Sr.(a) se sentiu mal, aumentou a quantidade de remédio a ser tomado? (1) Sim (2) Não

Teste de Morisky: respostas afirmativas: (0) adesão (1) ≥ 1 não adesão

30 O(a) Sr.(a) possui alguma comorbidade: (1) Sim (2) Não

Se sim, (1.1) Asma/Bronquite (1.2) Depressão/Ansiedade (1.3) Diabetes (1.4) Hipercolesterolemia (1.5) Problemas de circulação ou vasculares (1.6) Tumor ou câncer (1.7) Outros, quais: _____

31 O(a) Sr.(a) faz uso de terapia complementar? (1) Sim (2) Não

Se sim, (1.1) Homeopatia (1.2) Floralterapia (1.3) Acupuntura (1.4) Outros, quais: _____

32 Como o(a) Sr.(a) considera a sua saúde atualmente: (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim

33 Há quanto tempo foi à última consulta do(a) Sr.(a) com o médico? (1) Neste mês (2) Nos últimos 6 meses (3) No último ano (4) Há mais de um ano

34 Por qual(is) motivo(s) foi(ram) a última consulta do Sr(a)?: _____

<AGORA VERIFICAR A PRESSÃO E OS BATIMENTOS CARDÍACOS DO(A) SR.(A)>

35 Pressão Arterial: _____ mm/Hg

36 Batimentos Cardíacos: _____ bpm

ANEXO E – Normas para Submissão de Artigos Científicos Revista Infarma – Ciências Farmacêuticas

Diretrizes para Autores

Instruções para Autores

Infarma - Ciências Farmacêuticas publica artigos originais, revisões da literatura e notas técnicas relacionados às áreas de Ciências Farmacêuticas, nos idiomas inglês, português e espanhol.

Os manuscritos deverão ser submetidos no formato eletrônico da revista.

Cada manuscrito (em arquivo único) deve ser acompanhado de **carta de submissão**, cujo texto deverá ser inserido no espaço "**Comentários para o Editor**", ou como documento suplementar.

Nos comentários para o editor os **autores devem sugerir** o nome de **3 avaliadores**, acompanhado do email para contato de cada um. Contudo, Infarma – Ciências Farmacêuticas reserva o direito de utilizar os avaliadores sugeridos, ou não. **IMPORTANTE:** Os avaliadores sugeridos devem ser doutores e com publicações nos últimos três anos

Os metadados devem ser completamente preenchidos, **inclusive com o endereço completo da instituição de cada autor**. É fortemente recomendado que os autores insiram seu número ORCID. O cadastro pode ser feito em <https://support.orcid.org/hc/en-us>

Preparação de artigo original: Os manuscritos devem ser digitados no editor de texto MS Word (ou Editor equivalente), em uma coluna, usando fonte Times New Roman 12, no formato A4 (210x297mm), mantendo margens laterais de 3 cm e espaço duplo em todo o texto. Todas as páginas devem ser numeradas.

O manuscrito deve ser organizado de acordo com a seguinte ordem: Título, resumo, palavras-chave, introdução, material e métodos, resultados, discussão, agradecimentos, referências, figuras, legendas de figuras e tabelas.

a) **Os autores do documento devem se assegurar que excluam do texto os nomes dos autores e sua afiliação.**

b) Em documentos do Microsoft Office, a identificação do autor deve ser removida das propriedades do documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar

Título do artigo: deve ser conciso, informativo e completo, evitando palavras supérfluas. Os autores devem apresentar versão para o inglês, quando o idioma do texto for português ou espanhol.

Resumo e Abstract: Os artigos deverão vir acompanhados do resumo em português e do abstract em inglês. Devem apresentar os objetivos do estudo, abordagens metodológicas, resultados e as conclusões e conter no máximo **250 palavras**.

Palavras-chave e Keywords: Deve ser apresentada uma lista de 3 a 6 termos, separados por ponto-e-vírgula, indexados em português e inglês, utilizando Tesouro Medline, ou descritores da área da Saúde DeCS Bireme <<http://decs.bvs.br>>.

Introdução: Deve determinar o propósito do estudo e oferecer uma breve revisão da literatura, justificando a realização do estudo e destacando os avanços alcançados através da pesquisa.

Material e Métodos: Todos os materiais e métodos utilizados devem ser descritos. Para a metodologia mais conhecida ou farmacopeica, a descrição deve ser concisa e incluir a referência adequada.

Material biológico: Deve conter, quando apropriado, as informações taxonômicas: família, sinonímia científica e autor. Uma breve descrição da espécie, se necessária, o material estudado, procedência, dados ecológicos e nome da pessoa que fez a identificação. Para material vegetal, devem ser fornecidos dados do exemplar (exsicata) e do herbário ou coleção onde está depositado. Caso seja cultivado, os dados agronômicos devem ser fornecidos.

Quando o material biológico (inclusive mel e própolis) for adquirido no mercado, deve ser providenciada a comprovação de identidade adequada e quando procedente, o perfil químico. Devem ser fornecidos os dados do produto (procedência, lote, etc) e, quando possível, o certificado de análise.

Para extratos brutos deve ser apresentado um perfil cromatográfico ou ser padronizado por um marcador ou um perfil farmacognóstico.

Ensaio com células: Devem ser providenciados os dados de linhagens celulares utilizadas, as condições de cultivo e incubação, bem como as características dos meios de cultura utilizados.

Animais: Devem ser informados: raça, idade, peso, origem, aprovação pelo comitê de ética, etc.

Reagentes: Os reagentes devem ser identificados. O nome genérico deve estar em minúsculas (por exemplo, anfotericina, digoxina). Os fármacos novos ou não comumente utilizados devem ser identificados por seu nome químico (IUPAC). As doses utilizadas devem ser citadas em unidades de massa por quilograma (ex. mg/kg) e as concentrações em molaridade. Para misturas complexas (por exemplo, extratos brutos), devem ser utilizados mg/mL, µg/mL, ng/mL, etc.

As vias de administração devem ser citadas por extenso pela primeira vez, com a abreviação em parênteses. Para citações subsequentes devem ser utilizadas as abreviações: intra-arterial (i.a.), intracerebroventricular (i.c.v.), intragástrica (i.g.), intramuscular (i.m.), intraperitoneal (i.p.), intravenosa (i.v.), *per os* (p.o.), subcutânea (s.c.) ou transdérmica (t.d.).

Caracterização de um composto:

Devem ser seguidos os exemplos abaixo:

MP: 101-103 °C.

$[\alpha]_D^{25} +35,4 (c 1,00, \text{CHCl}_3)$.

R_f : 0,4 (CHCl₃-MeOH, 5:1).

IR (KBr): 3254, 3110, 1710, 1680, 1535, 1460, 970 cm⁻¹.

UV/Vis λ_{max} (MeOH) nm (log ϵ): 234 (3,80), 280 (4,52), 324 (3,45).

¹H RMN (400 MHz, CDCl₃): 1,90 (3H, s, Me), 2,79 (3H, s, COMe), 7,20 (1H, d, $J = 8,1$ Hz, H-7)

¹³C RMN (100 MHz DMSO-d₆): 8,9 (CH₃), 30,3 (CH₂), 51,9 (CH), 169,6 (C).

MS (EI, 70 eV): m/z (%) = 290,2 [M + H⁺] (100), 265,9 (90).

HRMS-FAB: m/z [M + H⁺] calc para C₂₁H₃₈N₄O₈S: 475,529; encontrado: 475,256.

Anal. Calc para C₃₂H₅₀BrP: C, 70,44; H, 9,24. Encontrado C, 70,32; H = 9,43.

RMN de ¹H: para sinais bem resolvidos, fornecer as constantes de acoplamento. Depois de cada deslocamento químico (δ), indicar, entre parênteses o número de hidrogênios, a multiplicidade, as constantes de acoplamento.

RMN de ¹³C: Os dados devem apresentar precisão de 0,01 ppm.

Dados cristalográficos: Se uma representação de estrutura cristalina for incluída (por exemplo, ORTEP), deve ser acompanhada pelos seguintes dados: fórmula, dados do cristal, método de coleta dos dados, métodos de refinamento da estrutura, tamanho e ângulos das ligações.

Estatística: O detalhamento do tratamento estatístico é importante, bem como o programa utilizado. As variações dos dados devem ser expressas em termos de erro padrão e média de desvio padrão. O número de experimentos e réplicas devem ser informados. Se for utilizado mais de um tratamento estatístico isso deve ser claramente especificado.

Resultados: Devem ser apresentados seguindo uma sequência lógica, sendo mencionados somente os dados mais relevantes e a estatística. As tabelas e figuras devem ser identificadas com números arábicos. As figuras devem ser preparadas levando em conta uma largura máxima de 8,2 cm, nos formatos JPEG, JPG, TIFF ou BMP. As tabelas devem ser preparadas como texto, não como imagem, com linhas horizontais e espaçamento 1,5 cm. Uma legenda auto-explicativa deve ser incluída tanto para tabelas quanto para figuras.

Para desenhar estruturas químicas, recomendamos os softwares abaixo. Contudo outros programas, de livre escolha dos autores, podem ser utilizados:

MarvinSketch (para Windows e outros sistemas): <http://www.chemaxon.com/product/msketch.html>

Biovia: <http://accelrys.com/products/collaborative-science/biovia-draw/>

EasyChem for MacOS: http://sourceforge.net/project/showfiles.php?group_id=90102

Os Resultados e Discussão podem ser reunidos (RESULTADOS E DISCUSSÃO)

Figuras, Tabelas e Quadros que não sejam de autoria própria só poderão ser utilizados com o consentimento formal dos detentores dos direitos para publicação.

Discussão: Deve explorar o máximo possível os resultados obtidos, relacionando-os com os dados já registrados na literatura. Somente as citações indispensáveis devem ser incluídas.

Conclusão: Deve conter preferencialmente no máximo 150 palavras mostrando como os resultados encontrados contribuem para o conhecimento.

Agradecimentos: Devem ser mencionadas as fontes de financiamento e/ou indivíduos que contribuíram substancialmente para o estudo.

Referências bibliográficas: Devem ser citadas apenas aquelas essenciais ao conteúdo do artigo. Devem ser alocadas em ordem de citação, de acordo com o estilo Vancouver (numérico, entre parênteses), que pode ser conferido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk7256/>

Nas publicações com até **dez autores**, citam-se **todos**; acima desse número, cita-se o primeiro seguido da expressão et alii (abreviada et al.). O D.O.I., quando disponível, deve ser inserido.

Os títulos de revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus. Consultar a lista de periódicos indexados no Index Medicus publicada no seguinte endereço eletrônico: <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html>.

- Artigos de periódicos: Docherty JR. Subtypes of functional α_1 and α_2 adrenoceptors. Eur J Pharmacol . 1998;361(1):1-15. DOI:10.3409/fb61_1-2.79

Martins MBG, Martins AR, Cavalheiro AJ, Telascrêa M. Caracterização biométrica e química da folha de *Mentha pulegium* x *spicata* (Lamiaceae). Rev Ciênc Farm. 2004;25(1):17-23.

Araujo N, Kohn A, Katz N. Activity of the artemether in experimental *Schistosomiasis mansoni*. Mem Inst Oswaldo Cruz 1991;86(Suppl 2):185-188.

Yue WJ, You JQ, Mei JY. Effects of artemether on *Schistosoma japonicum* adult worms andova. Acta Pharmacol Sin. 1984;5(2 Pt 1):60-63.

- Artigo sem volume e número: Combes A. Etude d'excipients utilisés dans l'industrie pharmaceutique. STP Pharma 1989:766-790.

- Artigo sem autor: Coffee drinking and cancer of the pancreas [editorial]. *Br Med J Clin Res.* 1981;283(6292):628.

Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics.* 2005;115(2 Suppl):519-617. DOI:10.1542/peds.2004-1441.

- Instituição como autor: DPPRG. Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40(5):679-686.

- Instituição como autor e editor: BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 3ª ed. Brasília (DF); 1999.

NICARAGUA. Ministerio de Salud de Nicaragua. Política nacional de salud 1997-2002: descentralización y autonomía. Managua: Ministerio de Salud; 2002.p.42-9.

- Trabalho apresentado em congresso (deverão ser incluídos somente se o artigo não estiver disponível): Alencar LCE, Seidl EMF. Levantamento bibliográfico de estudos sobre doadoras de leite humano produzidos no Brasil. In: 2. Congresso Internacional de Bancos de Leite Humano. 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Harley NH. Comparing radon daughter dosimetric and risk models. In: Gammage RB, Kay SV, editors. *Indoor air and human Health. Proceedings of the Seventh Life Sciences Symposium.* 1984 Oct 29-31; Knoxville, TN. Chelsea, MI: Lewis, 1985:69-78.

- Livros: Goodman LS. *The pharmacological basis of therapeutics.* 2nd. ed. New York: Macmillan. 1955.

Brunton LL, Lazo JS, Parker KL, editors. *Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics.* 11th. ed. Chicago: McGraw-Hill. 2006.

- Capítulos de livros: Laurenti R. A medida das doenças. In: Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade.* São Paulo: Artes Médicas. 1992. p.369-98.

Fisberg RM, Marchioni D, Slater B. Avaliação da dieta em grupos populacionais [online]. In: Usos e aplicações das Dietary Reference Intakes – DRIs ILSI/SBAN; 2001. Disponível em: <http://www.sban.com.br/educ/pesq/LIVRO-DRI-ILSI.pdf>.

- Editores, Compiladores: Dienner HC, Wilkinson M, editors. *Drug induced headache.* New York: Spring-Verlag. 1988.

- Livro em CD-ROM: Martindale: the complete drug reference [CD-ROM]. Englewood, CO: Micromedex. 1999. Based on: Parfitt K, editor.

Martindale: the complete drug reference. London: Pharmaceutical Press; 1999. International Healthcare Series.

- Dissertação e Tese (somente deverão ser incluídas se o artigo não estiver disponível):

Moraes EP. Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul, RS. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2007.

Chorilli M. Desenvolvimento e caracterização de lipossomas contendo cafeína veiculados em géis hidrofílicos: estudos de estabilidade e liberação in vitro [Dissertação]. Araraquara: Faculdade de Ciências Farmacêuticas, UNESP. 2004.

- Documentos legais, Leis publicadas:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 27, de 30 de março de 2007. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados - SNGPC estabelece a implantação do módulo para drogarias e farmácias e dá outras providências. Diário Oficial da União, nº 63, 2 de abril de 2007. Seção 1. p. 62-4.

SP. São Paulo (Estado). Decreto no 42.822, de 20 de janeiro de 1998. Lex: coletânea de legislação e jurisprudência, São Paulo, 1998; 62(3): 217-220.

PMSP. Prefeitura Municipal de São Paulo. Lei Municipal no. 12.623, de 6 de maio de 1998. Proíbe a comercialização de água mineral com teor de flúor acima de 0,8 mg/l no município e dá outras providências. Diário Oficial do Município. 13 maio 1998.

Projetos de lei:

Medical Records Confidentiality Act of 1995, S. 1360, 104th Cong., 1st Sect. (1995). Código de regulamentações federais Informed Consent, 42 C.F.R. Sect. 441.257 (1995).

Patente:

Harred JF, Knight AR, McIntyre JS, inventors. Dow Chemical Company, assignee. Exoxidation process. US patent 3,654,317. 1972 Apr 4.

- Software:

Hintze JL. NCSS: statistical system for Windows. Version 2001. Kaysville, UT: Number Cruncher Statistical Systems; 2002. Epi Info [computer program]. Version 6. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 1994.

EPI Info: a data base and statistics program for public health professionals Version 3.2.2. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2005. [cited 2006 May 30]. Available from: <http://www.cdc.gov/epiinfo/biblio.htm> • website Health on the net foundation.

Health on the net foundation code of conduct (HONcode) for medical and health web sites. [cited 1998 June 30]. Available from: <http://www.hon.ch/Conduct.html>. Hoffman DL. St John's Wort. 1995; [4 screens]. [cited 1998 July 16]. Available from: <http://www.healthy.net/library/books/hoffman/materiamedica/stjohns.htm>.

Preparação de Artigo de Revisão e notas técnicas: Essas contribuições seguem estilo livre segundo os critérios dos autores, *exceto quanto à formatação das referências e citações*.

O artigo de revisão deve conter uma revisão crítica de assunto atual e relevante com base em artigos publicados e em resultados do autor. Deve apresentar resumo na língua em que estiver redigido e um Abstract quando redigido em português ou espanhol.

A nota técnica deve conter a aplicação de uma técnica a uma análise específica ou conter análise objetiva sobre uma política pública ou programa de governo, propondo alternativas para a superação de eventuais gargalos, problemas técnicos, etc.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS.

Citações bibliográficas no texto: Devem ser numeradas na ordem de citação utilizando o formato (número). Ex. Os dados da literatura (1,2)

Ilustrações Figuras: Fotografias, gráficos, mapas ou ilustrações devem ser apresentadas embebidas no texto ou em folhas separadas, no final do manuscrito, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos seguindo a ordem em que aparecem no texto (Os locais aproximados das figuras deverão ser indicados no texto). As legendas correspondentes deverão ser claras, concisas e auto-explicativas. Para figuras e fotografias deverão ser encaminhadas cópias digitalizadas em formato jpg ou tif, com resolução mínima de 300 dpi. Deverão estar em arquivos separados e não inseridas no texto.

Tabelas: Podem ser colocadas no final do manuscrito ou embebidas no texto. Devem complementar e não duplicar as informações do texto. Devem ser auto-explicativas. Elas devem ser numeradas em algarismos arábicos. Um título breve e autoexplicativo deve constar no alto de cada tabela.

Ética: Os pesquisadores que utilizarem em seus trabalhos experimentos com seres humanos, material biológico humano ou animais, devem observar as normas vigentes editadas pelos órgãos oficiais. **Os trabalhos que envolvem experimentos que necessitam de avaliação do Comitê de Ética deverão ser acompanhados de cópia do parecer favorável, enviados como documento suplementar.**

Infarma - Ciências Farmacêuticas segue as recomendações do *Committee on Publication Ethics* (COPE). As Diretrizes do COPE estimulam e incentivam a conduta ética de editores e autores, incentivando a identificação ativa de plágio, mal prática editorial e na pesquisa, fraudes, possíveis violações de ética, dentre outros. Infarma - Ciências Farmacêuticas recomenda que Autores, Revisores e Editores acessem o site <http://publicationethics.org>, onde podem ser encontradas informações úteis sobre ética em pesquisa e em publicações.

Os manuscritos que não estiverem redigidos de acordo com as Instruções aos autores não serão analisados.

Sugere-se, enfaticamente, que autores submetam os manuscritos, previamente à submissão, a programas de detecção de plágio

Crítérios de autoria: A autoria confere crédito e tem importantes implicações acadêmicas, sociais e financeiras. A autoria também implica responsabilidade pelo trabalho publicado. As seguintes recomendações destinam-se a garantir que os contribuintes que fizeram contribuições intelectuais substanciais para um documento recebem crédito como autores, mas também os contribuintes creditados à medida que os autores entendem seu papel em assumir a responsabilidade e ser justificável no manuscrito a ser publicado.

O autor correspondente é aquele que assume a responsabilidade principal pela comunicação com a revista durante a submissão, processo de revisão pelos pares e processo de publicação. É o autor que garante que todos os requisitos administrativos do jornal, como o fornecimento de detalhes de autoria, registro de documentação e aprovação do comitê de ética, e recolhimento de formulários e declarações de conflito de interesse, sejam devidamente preenchidos.

Infarma - Ciências Farmacêuticas recomenda que a autoria seja baseada nos seguintes critérios:

1. Contribuições substanciais para a concepção ou planejamento do trabalho; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho.
2. Redação do trabalho ou revisão crítica do conteúdo intelectual importante.
3. Aprovação da versão final a ser submetida à publicação.
4. O termo de concordância é responsável por todos os aspectos do trabalho para garantir que as questões relacionadas à precisão ou integridade qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas.

Infarma - Ciências Farmacêuticas recomenda que a designação dos autores seja baseada nos seguintes critérios:

1. Todos os autores devem atender a todos os critérios de autoria e, todos aqueles que atenderem aos critérios devem ser identificados como autores.
2. Aqueles que não cumprem os quatro critérios devem ser reconhecidos em agradecimentos.
3. Esses critérios de autoria destinam-se a reservar o status de autoria para aqueles que merecem o crédito e podem assumir a responsabilidade pelo trabalho.
4. Os indivíduos que conduzem o trabalho são responsáveis por identificar quem cumpre esses critérios e, idealmente, deve fazê-lo ao planejar o trabalho, fazendo modificações apropriadas na medida em que o trabalho se desenvolve.

O manuscrito será avaliado por ao menos 3 revisores independentes, que emitirão sua opinião. Contudo os editores reservam o direito de tomar a decisão final e proceder qualquer modificação necessária para ajustar o manuscrito ao estilo de Infarma - Ciências Farmacêuticas.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. **As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.**

1. Os autores leram e seguiram estritamente as orientações para autores de Infarma - Ciências Farmacêuticas
2. A contribuição é original e inédita, não foi publicada ou não está sendo avaliada para publicação por outra revista
3. O arquivo da submissão está em formato .doc, .docx ou .RTF.
4. URL ou D.O.I. para as referências foram informados quando possível.
5. O texto está em espaço duplo; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado
6. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Orientações para Submissão, na página Sobre a Revista.
7. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.
8. Na carta ao Editor foram incluídos 3 nomes com os respectivos email de contato, como sugestão de avaliadores com expertise para analisar o manuscrito. Os avaliadores sugeridos devem ser pesquisadores com produção científica qualificada e que tenham publicado em periódicos avaliados por pares nos últimos três anos.
9. Se pertinente, em material e método foi informado o número do protocolo de aprovação por comitê de ética
10. Os metadados estão completamente preenchidos, com o endereço completo da instituição de cada autor

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. Os autores leram e seguiram estritamente as Diretrizes para autores de Infarma - Ciências Farmacêuticas
2. A contribuição é original e inédita, não foi publicada ou não está sendo avaliada para publicação por outra revista

3. O arquivo da submissão está em formato .doc, .docx ou .RTF.
4. o D.O.I. ou URL para as referências foi informado, quando disponível
5. O texto está em espaço duplo; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL)
6. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
7. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.
8. Na carta ao Editor foram incluídos 3 nomes com os respectivos emails de contato, como sugestão de avaliadores com expertise para analisar o manuscrito.

IMPORTANTE: Os avaliadores sugeridos devem ser doutores e com publicações nos últimos três anos

9. Se pertinente, em material e método foi informado o número do protocolo de aprovação por comitê de ética
10. Os metadados estão completamente preenchidos, com o endereço completo da instituição de origem de cada autor

Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

1. Autores mantém os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.
2. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.
3. Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado (Veja O Efeito do Acesso Livre).