

DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA E FARMÁCIA
CURSO DE FARMÁCIA

Suellen Rosa da Silveira

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM
PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS USUÁRIOS DE UMA FARMÁCIA
EM RIO PARDO - RS

Santa Cruz do Sul

2017

Suellen Rosa da Silveira

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM
PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS USUÁRIOS DE UMA FARMÁCIA
EM RIO PARDO - RS**

Trabalho de Curso apresentado ao Curso de Farmácia da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de bacharel em farmácia.

Orientador: Ana Paula Helfer Schneider

Santa Cruz do Sul

2017

RESUMO

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial são doenças crônicas prevalentes e que mais causam complicações. No controle tanto do diabetes mellitus como da hipertensão arterial, a falta de adesão ao tratamento por parte do paciente é um grande problema encontrado pelos profissionais de saúde. É de extrema importância que se conheça os fatores que podem interferir na adesão do paciente, para que possa ser proposto um esquema terapêutico de acordo com o perfil de cada paciente, com o objetivo de obter resultados positivos quanto ao tratamento. O objetivo deste trabalho foi avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes diabéticos e hipertensos usuários de uma farmácia em Rio Pardo, RS, analisando também o perfil socioeconômico, comportamental e de saúde destes pacientes, estabelecendo a relação entre estes fatores com a adesão ao tratamento medicamentoso, com o propósito de promover a melhor adesão ao tratamento e aumentar a efetividade terapêutica. Foi realizado um estudo transversal, onde foram realizadas entrevistas com 100 pacientes portadores de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial, maiores de 18 anos, atendidos em uma Farmácia em Rio Pardo que estão em tratamento medicamentoso e que aceitaram participar do estudo. Foram estatisticamente associados a não adesão ao tratamento medicamentoso, à realização de consultas nos últimos seis meses 47,9%, pacientes com reumatismo/artrite/artrose 69,2% associada com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, reações adversas provocadas por alguns medicamentos 83,3%, também estão relacionadas com a adesão, diabéticos e hipertensos que referiram ter dificuldade para: ler a embalagem do medicamento 60,6%, para ler a prescrição 51,1%, para lembrar-se de tomar o medicamento 83,3%, para conseguir o medicamento 50% e para tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo 80%. Conclui-se que 40% dos participantes são não aderentes ao tratamento medicamentoso, observou-se também em relação ao perfil dos participantes que os pacientes não aderentes possuem faixa etária mais avançada. Percebe-se uma grande prevalência de fatores de risco modificáveis com associação significativa com a não adesão. É fundamental que os profissionais de saúde forneçam subsídios ao paciente para facilitar sua compreensão quanto ao tratamento adequado para sua condição clínica, para que assim o medicamento necessário possa ser eficaz e efetivo para o paciente e o mesmo possa ter uma boa adesão ao regime terapêutico, garantido assim um bom controle de sua doença e evitando o aparecimento de complicações, devido à falta de adesão. O profissional farmacêutico é de extrema importância neste processo.

Palavras-chave: Adesão. Tratamento Medicamentoso. Hipertensão Arterial. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Diabetes mellitus and hypertension are chronic diseases that are prevalent and cause more complications. In the control of diabetes mellitus and hypertension, the lack of adherence to the treatment by the patient is a big problem found by health professionals. It is extremely important to know the factors that can interfere with the patient's adherence, so that a therapeutic scheme can be proposed according to the profile of each patient, in order to obtain positive treatment results. The objective of this study was to evaluate the adherence to drug treatment in diabetic and hypertensive patients using a pharmacy in Rio Pardo, RS, besides analyzing the socioeconomic, behavioral and health profile of these patients, establishing the relationship between these factors and adherence to treatment with the goal of promoting better adherence to treatment and increasing therapeutic efficacy. A cross-sectional study was carried out in which 100 patients with diabetes mellitus and / or hypertension, aged 18 years or older, attended the Pharmacy in Rio Pardo who were undergoing drug treatment and who accepted to participate in the study. Patients with rheumatism / arthritis / arthritis 69.2% were associated with hypertension and / or diabetes mellitus, adverse reactions caused by certain medications 83.3%, are also related to adherence, diabetics and hypertensives who reported having difficulty reading the packaging of the drug 60.6%, read the 51.1% prescription, to remember to take the medicine 83, 3%, to get the medicine 50% and to take many tablets at the same time 80%. It was concluded that 40% of the participants do not adhere to the drug treatment, it was also observed in relation to the participants' profile that the non-adherent patients have a more advanced age group. There is a high prevalence of modifiable risk factors with a significant association with nonadherence. It is essential that health professionals provide patient subsidies to facilitate understanding of the appropriate treatment for their clinical condition, so that the necessary medication can be effective and effective for the patient and can have a good adherence to the therapeutic regimen. ensuring good control of their disease and avoiding the appearance of complications due to lack of adherence. The pharmacist is extremely important in this process.

Keywords: Accession. Medicinal Treatment. Arterial hypertension. Diabetes Mellitus.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVOS	8
2.1	Objetivo geral.....	8
2.2	Objetivos específicos.....	8
3	REFERENCIAL TEÓRICO	9
3.1	Hipertensão arterial sistêmica	9
3.2	Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial	10
3.3	Diabetes mellitus	12
3.3.1	Diabetes mellitus tipo 1	13
3.3.2	Diabetes mellitus tipo 2	13
3.3.3	Diabetes mellitus gestacional	14
3.4	Tratamento medicamentoso do diabetes mellitus	14
3.5	Adesão ao tratamento medicamentoso	15
3.6	Métodos para avaliação da adesão.....	16
3.6.1	Métodos diretos.....	16
3.6.2	Métodos indiretos	17
3.6.3	Entrevista clínica	17
3.7	Fatores que influenciam a adesão ao tratamento medicamentoso.....	18
3.7.1	Fatores sociais, económicos e culturais.....	18
3.7.2	Fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde.....	18
3.7.3	Fatores relacionados com a doença de base e comorbidade.....	19
3.7.4	Fatores relacionados com o tratamento.....	19
3.7.5	Fatores relacionados com a pessoa doente	19
4	MÉTODO DE PESQUISA	21
4.1	Tipo de estudo	21
4.2	População e amostra.....	21
4.3	Considerações éticas	21
4.4	Crítérios de inclusão e exclusão.....	21

4.4.1 Critérios de inclusão	21
4.4.2 Critérios de exclusão	22
4.6 Coleta de dados	22
4.7 Estudo piloto	23
4.8 Análise dos dados.....	23
4.9 Divulgação dos resultados.....	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
6 CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS	50
ANEXO A - Paracer Consubstanciado do CEP	55
ANEXO B - Normas da Revista	58
ANEXO C - Questionário	65

1 INTRODUÇÃO

Atualmente nas cidades brasileiras, as doenças crônicas não transmissíveis estão causando um grande número de óbitos, dentre estas doenças estão o diabetes mellitus e a hipertensão arterial. No Brasil, aproximadamente 60 a 80% dos casos de diabetes e hipertensão podem ser tratados na rede primária de saúde. Quando se tem a colaboração dos pacientes, medidas preventivas e de promoção da saúde são suficientes, não sendo necessários tratamentos mais complexos (CARVALHO et al., 2012).

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial são considerados doenças de baixa gravidade, porém por serem doenças crônicas e por não apresentarem sintomas específicos, muitas vezes podem ser confundidos com os sintomas de outras doenças, levando o paciente a descobrir a doença tardiamente, também pelo fato de serem fatores de risco para várias morbidades cardiovasculares, o controle destas doenças se torna um grande problema para o sistema público de saúde, gerando grandes danos socioeconômicos para o país (BRASIL, 2002).

Para a resolutividade das doenças cardiovasculares, que são os principais problemas gerados pelo diabetes mellitus e pela hipertensão arterial, simples medidas de prevenção, já são suficientes. Para o paciente ter adesão ao esquema terapêutico proposto pelo profissional da saúde, o mesmo deve estar consciente sobre sua condição clínica e também empenhado em cumprir o tratamento que lhe foi prescrito, já os profissionais de saúde que acompanham este paciente devem sempre esclarecer as dúvidas que vão surgindo, bem como incentiva-los a cumprir o tratamento de forma correta e o apoio por parte dos familiares também é fundamental para garantir uma boa adesão (KLEIN; GONÇALVES, 2005).

A adesão é conceituada de diferentes formas entre os autores, mas na maioria dos casos é considerada como o uso em pelo menos 80% dos medicamentos prescritos, considerando também os horários de administração, e se a dose e o tempo de tratamento estão sendo obedecidos pelo usuário (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

A problemática da não adesão é considerável mundialmente, pois causa danos ao tratamento do paciente, piorando os resultados terapêuticos. Quando o paciente não adere ao tratamento, o mesmo não obtém os resultados necessários para o tratamento da sua condição de saúde e com isto aumentam-se os custos para os sistemas de saúde, que terão que investir mais no tratamento. Nas doenças crônicas, muitos estudos indicam que os pacientes abandonam o tratamento, ou muitas vezes não o iniciam devido ao aparecimento de reações

adversas que consideram desagradáveis ou por não considerarem que o tratamento traga algum benefício (GRANT, 2003; LEITE, 2003).

Os métodos indiretos para avaliar a adesão ao tratamento são considerados fáceis e de baixo custo e por isso tem sido utilizados para verificar o comportamento dos pacientes frente às recomendações prestadas pelos profissionais de saúde. O teste de Morisky-Green é um dos mais utilizados mundialmente para avaliar a adesão de várias doenças crônicas, dentre elas a hipertensão e o diabetes (MORISK et al., 1986).

Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e os fatores que a influenciam em pacientes diabéticos e hipertensos usuários de uma farmácia em Rio Pardo, RS, analisando também o perfil socioeconômico, comportamental e de saúde destes pacientes, estabelecendo a relação entre estes fatores com a adesão ao tratamento medicamentoso.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes diabéticos e hipertensos usuários de uma farmácia em Rio Pardo, RS.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes diabéticos e hipertensos usuários de uma farmácia em Rio Pardo, RS.

- Analisar o perfil socioeconômico, comportamental e de saúde dos pacientes diabéticos e hipertensos usuários de uma farmácia em Rio Pardo, RS.

- Avaliar a relação entre os fatores socioeconômicos, comportamentais e de saúde dos pacientes com a adesão ao tratamento medicamentoso.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica que pode ser causada por vários fatores e é caracterizada por níveis altos e mantidos de pressão arterial, ou seja, considera-se uma pessoa hipertensa quando a pressão arterial se mantém igual ou maior que 140 mmHg para a pressão sistólica e maior ou igual a 90 mmHg para pressão diastólica. A elevação da pressão arterial faz com que o sangue percorra pelos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) com maior pressão, causando lesões, e comprometendo tanto a funcionalidade como a estrutura dos mesmos e elevando assim a possibilidade de ocorrer infarto, acidente vascular encefálico, lesão nos rins, entre outros (SBC; SBH; SBN, 2010).

Em países desenvolvidos e em desenvolvimento cerca de um terço dos adultos estão diagnosticados com hipertensão. Destes pacientes hipertensos, a maioria possui outros fatores de risco associados, como: anormalidades lipídicas, obesidade, diabetes, histórico familiar de eventos cardiovascular precoce e tabagismo. A hipertensão arterial possui abordagens bem definidas tanto para o diagnóstico da doença, quanto para o tratamento, porém menos da metade dos hipertensos fazem o controle adequado da pressão arterial, comprometendo assim o sucesso do tratamento (WEBER et al., 2014).

Em um estudo conduzido por Mengue et al. (2016), a prevalência de hipertensão autorreferida para o Brasil foi de 23,7% e a faixa etária com maior prevalência foi a de 60 anos ou mais. Das pessoas que referiram hipertensão, 93,8% possuíam indicação médica para o tratamento farmacológico da doença. Destas pessoas, no momento da entrevista 94,6% faziam uso dos medicamentos. Com o aumento da idade cresceu o uso de medicamentos. Nas regiões Norte e Nordeste a frequência de uso de medicamentos foi menor, ao contrário das regiões Sudeste e Sul.

A hipertensão arterial sistêmica é diagnosticada através de uma média aritmética, onde são feitas três verificações, cada uma em dias diferentes, com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, após soma-se as três verificações e divide-se por três, sendo constatada hipertensão arterial sistêmica quando a média apresentar valor igual ou superior a 140/90 mmHg. Nos casos de estresse físico, dor, ansiedade, luto, deve-se evitar a verificação da pressão arterial, pois estas situações podem resultar em um valor de pressão arterial elevado (BRASIL, 2013).

A tabela 1 apresenta a relação entre os valores de pressão arterial obtidos em consultório com a classificação com que cada valor corresponde, podendo ser classificada como, normotensão, PA limítrofe e hipertensão arterial sistêmica.

Tabela 1: Classificação da pressão arterial para maiores de 18 anos.

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg)	PRESSÃO DIASTÓLICA (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110

Fonte: SBC;SBH;SBN, 2010

Quando o paciente apresenta pressão arterial ótima, ou seja, menor que 120/80 mmHg, deverá ser feita novamente uma verificação em até dois anos. (BRASIL, 2006). Quando a pressão arterial está com valores entre 130/85 mmHg, as pessoas são classificadas como normotensas e uma vez por ano deve ser feita aferição, com exceção aos pacientes portadores de diabetes mellitus, que devem realizar a verificação da pressão arterial em todas as consultas realizadas (SBC; SBH; SBN, 2010).

Quando a pressão arterial apresentar valores entre 130/85 a 139/89 mmHg, deve ser feita avaliação do paciente para identificação de outros fatores de risco de doenças cardiovasculares. Quando forem identificados estes fatores, deverá se estratificar o risco cardiovascular, bem como se deve verificar a pressão arterial deste paciente em mais duas ocasiões, com intervalo de 7 a 14 dias. Quando o paciente não apresenta fator de risco de doença cardiovascular, o mesmo deverá realizar nova verificação de pressão arterial em um ano. Quando o paciente apresenta pressão arterial classificada como limítrofe, este apresenta grande risco de desenvolver hipertensão arterial sistêmica, portanto, deve adotar hábitos saudáveis (BRASIL, 2013).

3.2 Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial

Para a decisão do início do tratamento com medicação anti-hipertensiva, deve ser levado em consideração à preferência do paciente, bem como sua motivação para mudança dos aspectos comportamentais, seu níveis pressóricos e também quanto ao risco cardiovascular que ele apresenta (BRASIL, 2013).

Para o tratamento medicamentoso são utilizadas várias classes de fármacos que são escolhidos conforme a necessidade de cada pessoa e é feita avaliação da presença de outras patologias, lesão em órgãos-alvo, histórico familiar, idade e gravidez. Pelo fato da doença apresentar característica multifatorial, seu tratamento utiliza-se de associação entre dois ou mais fármacos anti-hipertensivos (BRASIL, 2010).

Qualquer fármaco que faça parte dos grupos de anti-hipertensivos pode ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial, desde que se leve em consideração suas indicações e contraindicações. Estudos com conclusão clinicamente significantes demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, antagonistas de receptores de angiotensina II e com bloqueadores de canais de cálcio, embora seja utilizada associação de anti-hipertensivos na maioria dos estudos (SBC; SBH; SBN, 2010).

Em uma pesquisa realizada por Mion et al. (2001) com médicos, 62%, ou seja a maioria informou que recomenda o tratamento com medidas não farmacológicas para 25% dos pacientes e apenas 17% dos médicos, recomendam este tipo de tratamento para todos os pacientes. As condutas recomendadas pelos médicos para o tratamento não farmacológico foram: dieta hipossódica (55%) e perda de peso (29%), enquanto a prática de exercícios físicos foi recomendada por apenas 8%. Para o tratamento farmacológico foram indicados pelos médicos os seguintes fármacos: diuréticos (53%) e inibidor da ECA (24%). Em hipertensos leves e moderados o tratamento farmacológico é iniciado com a utilização de apenas um fármaco, em 88% das vezes. Quando a monoterapia não é eficaz, 55% dos médicos indica associação de fármacos com diferentes mecanismos de ação e 33% optam pelo aumento da dose da medicação que já faz uso.

A estratégia de tratamento farmacológico inicial para hipertensão arterial estágio 1 e com risco cardiovascular baixo a moderado, é a monoterapia, e as classes de fármacos preferenciais para esta estratégia são: diuréticos, betabloqueadores; bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina e bloqueadores do receptor AT1. Quando a monoterapia não apresentar resultado, deve-se aumentar a dose do medicamento, quando a dose máxima não apresentar efeito, o medicamento deve ser substituído, e se mesmo assim o efeito não for o esperado, deve ser feita a associação com dois ou mais fármacos (SBC; SBH; SBN, 2010).

Pessoas que estão com a pressão arterial classificada como estágio 2, ou seja, apresentam um grande risco cardiovascular, devem iniciar o tratamento medicamentoso desde o diagnóstico de hipertensão arterial, além de buscar medidas não farmacológicas, para que

tenham um estilo de vida saudável, para atingirem a meta pressórica (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008).

É imprescindível manter a adesão continuada ao tratamento. Por mais que se tenham várias abordagens para a adesão ao tratamento, nem sempre o resultado esperado é obtido. A atuação do farmacêutico, em colaboração com os demais profissionais da saúde, oferecendo orientações quanto ao uso correto dos medicamentos, pode ser útil para que se tenha efetividade e segurança no tratamento (CASTRO et al., 2006).

São consideradas modificações comprovadas de redução da pressão arterial: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas e prática de exercícios físicos com frequência (CHOBANIAN et al., 2003). Estas práticas possuem baixo custo para sua realização e o risco é mínimo, além de reduzirem os níveis pressóricos, controlam também os fatores de risco, proporcionam uma maior eficácia do tratamento medicamentoso e diminuem o risco de eventos cardiovasculares (SEGA et al., 2005).

3.3 Diabetes mellitus

O termo “diabetes mellitus” relaciona-se a um transtorno do metabolismo de origem heterogênea, identificado por níveis elevados de glicose no sangue e alterações no metabolismo dos carboidratos, proteínas e gorduras, a qual é causada por defeitos na ação ou na secreção de insulina ou em ambas, impedindo a entrada da glicose nas células para sua metabolização (WHO, 1999).

O diabetes mellitus tem grande relevância, devido sua alta e crescente prevalência e frequentemente está associada à dislipidemia, hipertensão arterial e à disfunção endotelial. O acompanhamento adequado do diabetes no nível de atenção básica reduz os números de hospitalizações, bem como a mortalidade e também as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

O diabetes é uma doença complexa e crônica que requer cuidados médicos contínuos com estratégias multifatoriais de redução de riscos além do controle glicêmico. O contínuo acompanhamento e autogestão do paciente são fundamentais para prevenir complicações agudas e reduzir o risco de complicações em longo prazo (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015).

O diabetes mellitus tipo 2 compreende aproximadamente 90% dos casos de diabetes na população, já o diabetes mellitus tipo I corresponde cerca de 8%. Além desses dois tipos,

existe ainda o diabetes gestacional, que se apresenta como um fator de risco na saúde da gestante e do feto (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

3.3.1 Diabetes mellitus tipo 1

A diabetes mellitus é classificada como “tipo 1” quando ocorre a destruição das células beta que leva a deficiência total de insulina. Este tipo de diabetes é subdividido nos tipos 1A e 1B. Quando a destruição das células beta é causada por processo autoimune, a mesma é classificada como tipo 1A, também conhecida como diabetes mellitus autoimune, que pode ser detectado por autoanticorpos anti-ilhota ou antígenos específicos da ilhota onde fazem parte os anticorpos anti-insulina, antidescarboxilase do ácido glutâmico, antitirosinafosfatases e antitransportador de zinco. Nos fatores ambientais responsáveis pela autoimunidade em pessoas com predisposição genética, estão algumas infecções virais, fatores relacionados à alimentação, e também deficiência de vitamina D. A destruição das células beta é variável, acometendo preferencialmente e de forma mais rápida crianças e de forma lenta e contínua os adultos. Em menor proporção a causa do diabetes mellitus tipo 1 é desconhecida, sendo classificada como tipo 1B, também conhecida como diabetes mellitus idiopático. Neste tipo os marcadores de autoimunidade contra as células beta não estão presentes. Os indivíduos portadores deste tipo de diabetes são susceptíveis a desenvolver cetoacidose e o nível de deficiência a insulina varia (SBD, 2016; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2010).

3.3.2 Diabetes mellitus tipo 2

O diabetes mellitus tipo 2 costuma aparecer vagarosamente, aos poucos sem apresentar sintomas específicos. Acomete na grande maioria adultos que apresentam excesso de peso e que apresentam histórico familiar de diabetes mellitus tipo 2. A expressão “tipo 2” refere-se há um estado de resistência da ação da insulina, associado a uma falha na sua secreção. Depois que é feito o diagnóstico, a doença pode progredir por vários anos antes de ser necessária a utilização da insulina para controle. A utilização de insulina neste tipo de diabetes tem como objetivo obter o controle da hiperglicemia que evolui de forma lenta, podendo não apresentar sintomas durante muitos anos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

3.3.3 Diabetes mellitus gestacional

O diabetes gestacional é uma condição caracterizada por aumento dos níveis de glicose no sangue que é reconhecida pela primeira vez durante a gravidez, este tipo de diabetes não é tão grave quanto o diabetes tipo 1 e 2. Geralmente, o diabetes gestacional se cura logo após o parto, mas pode retornar anos depois (SBD, 2016).

Na grande maioria dos casos a hiperglicemia é revertida após a gravidez, porém cerca de 10 a 63% das mulheres apresentam risco de desenvolverem diabetes mellitus tipo 2 no período de 5 a 16 anos após o parto (KIM et al., 2002).

A identificação do diabetes gestacional deve ser feita já na primeira consulta de pré-natal da gestante (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

As gestantes no primeiro trimestre de gestação, que na primeira consulta pré-natal já preenchem os requisitos para diabetes fora da gestação, serão classificadas como diabetes mellitus tipo 2. Assim como o diabetes mellitus tipo 2, o diabetes mellitus gestacional também pode estar associado com a resistência a insulina e também com a diminuição das células beta (SBD, 2016).

3.4 Tratamento medicamentoso do diabetes mellitus

O tratamento do diabetes mellitus tipo 1 correto envolve manter uma vida saudável e o controle da glicemia, através da administração de insulina, que deve ser prescrita em um esquema intenso, de três a quatro doses diárias, divididas em insulina basal, que é a insulina que cobre as necessidades do organismo entre as refeições e durante a noite e a insulina prandial que é administrada nas refeições em doses fixas ou variáveis de acordo com a quantidade de carboidratos de cada refeição, as doses são reguladas conforme os valores da glicemia capilar, que é realizado pelo menos três vezes ao dia. Esse esquema tem o intuito de evitar possíveis complicações da doença, quando comparado ao esquema tradicional de dosagem diária de insulina (THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS RESEARCH TRIAL GROUP, 1993).

No diabetes mellitus tipo 2, quando as medidas não farmacológicas não são suficientes para o paciente atingir o objetivo glicêmico que são os valores que a equipe médica determina junto com paciente para os períodos diferentes do dia (antes e após as refeições, antes de dormir e durante a madrugada), o tratamento farmacológico inicial de escolha é a metformina. A escolha da metformina como tratamento farmacológico inicial se dá devido ao fato deste

fármaco apresentar-se seguro durante um longo período, além de ter um efeito neutro, auxiliar, na redução de peso, não causar, hipoglicemias e reduzir, eventos macrovasculares. A metformina pode reduzir a ocorrência de infarto agudo do miocárdio em 36% e mortalidade em 32% dos casos (HOLMAN et al., 2008).

Em paciente com diabetes mellitus tipo 2 na grande maioria dos casos é necessária à combinação de mais de um tipo de fármaco, visto que a hiperglicemia neste tipo de diabetes é gradual (NATHAN, 2009).

Aproximadamente metade das pessoas que alcançam o controle da glicemia com apenas um fármaco, necessitam a administração de mais um fármaco após dois anos. Em nove anos, 75% precisam administrar mais de uma medicação para o controle da glicemia (POLONSKY et al., 2011).

Quando o objetivo glicêmico não é atingido após três a seis meses de utilização de metformina, as sulfonilureias podem ser incluídas ao tratamento farmacológico. Quando o paciente apresenta perda de peso e valores mais elevados de glicemia, o que indica que está sendo insuficiente a secreção da insulina, as sulfonilureias podem ser utilizados como primeira opção de tratamento inicial (BRASIL, 2010).

A diabetes mellitus gestacional é tratada inicialmente com a reeducação alimentar, que irá permitir o ganho de peso correto e o controle metabólico. No diabetes mellitus gestacional é fundamental que a gestante acompanhe sua glicemia capilar de 4 a 7 vezes ao dia tanto no período pré como no pós-prandial. Se a glicemia continuar elevada, após duas semanas de dieta (jejum ≥ 95 mg/dl e 1 h pós-prandial ≥ 140 mg/dl, ou 2 h pós-prandiais ≥ 120 mg/dl), o tratamento farmacológico deve ser iniciado (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2000).

Em geral no tratamento farmacológico do diabetes mellitus gestacional são associadas às insulinas humanas de ações intermediária e rápida (SBD, 2016).

3.5 Adesão ao tratamento medicamentoso

A adesão é compreendida como o nível de compatibilidade das ações seguidas pelos pacientes quanto ao seu tratamento com as recomendações e prescrições que foram propostas pelo profissional de saúde (HAYNES et al., 2007).

Para aumentar a taxa de adesão dos pacientes ao seu tratamento é necessário identificar em cada paciente não aderente os fatores que levam ao não seguimento das recomendações e

prescrições feitas pelos profissionais de saúde, para que se possam realizar intervenções com o objetivo de aumentar a taxa de adesão (FREITAS et al., 2015).

No estudo realizado por Tavares et al. (2016), os resultados obtidos indicaram que é baixa a adesão ao tratamento medicamentoso para doenças crônicas no Brasil, e que se tem necessidade de ações multidisciplinares para o enfrentamento desta questão.

A adesão ao tratamento medicamentoso de forma incorreta deve ser identificada pelos profissionais de saúde objetivando tomar conhecimento dos fatores que a provocaram para que possam se realizar medidas adequadas, e para que os profissionais de saúde possam alertar os pacientes sobre a necessidade do seguimento de forma correta ao tratamento prescrito, para que assim possam obter os resultados esperados. Quando os medicamentos são administrados de forma incorreta, ou seja, em desacordo com a posologia prescrita, os benefícios dos medicamentos são reduzidos, aumentando assim o risco ao que o paciente fica exposto, o que pode levar a aumento dos custos dos serviços de saúde (FREITAS et al., 2015).

3.6 Métodos para avaliação da adesão

Os fatores interferentes a adesão ao tratamento são complexos, o que prejudica a elaboração de métodos para avaliar a adesão, que sejam práticos, abrangentes e que possuam baixo custo. Existem duas possibilidades para fazer a avaliação, através dos métodos diretos ou dos métodos indiretos. Os métodos classificados como indiretos, que são realizados através de entrevista clínica, onde se baseiam em perguntas sobre o grau de adesão, são os mais recomendados. Entretanto este método é dependente da habilidade do entrevistador em fazer as perguntas e também na identificação na prática clínica de indivíduos que se beneficiaram de estratégias realizadas para aumentar a adesão ao tratamento (FREITAS, 2015).

3.6.1 Métodos diretos

Os métodos diretos buscam a confirmação da ingestão ou não ingestão do medicamento. Existem duas formas para a realização deste método, sendo elas análise biológica e a adição de um composto traçador associado ao medicamento administrado (OIGMAN, 2006).

Uma das limitações dos métodos diretos é o fato de não possibilitarem a avaliação da conduta do paciente entre os intervalos de coleta dos fluídos biológicos para a realização das análises, pois estes métodos analisam somente a utilização recente do fármaco, portanto pode

sofrer a interferência do comportamento do paciente, pois este perto da realização da coleta para posterior análise pode administrar os medicamentos prescritos cumprindo o regime terapêutico proposto pelo médico, o que pode levar a um resultado de falsa adesão (OBRELI-NETO et al., 2012).

A análise biológica busca quantificar o fármaco ingerido, no sangue, ou através de seus metabólitos na urina. Este método é vantajoso pelo fato de determinar a concentração do medicamento, porém a realização da análise laboratorial possui custo elevado, além de requerer amostras de diferentes fluidos do organismo e ainda pode sofrer interferência de diversos fatores biológicos, como por exemplo, a capacidade do fármaco administrado se ligar as proteínas plasmáticas. Devido estes fatores este tipo de análise não está disponível em prática diária (OIGMAN, 2006).

Os métodos diretos que estão baseados em marcadores bioquímicos, não são práticos, e a análise e interpretação dos resultados é complicada, muitos fármacos não podem ser analisados por este método (DELGADO; LIMA, 2001).

A adição de um composto traçador associado ao medicamento que está sendo utilizado, utiliza-se de um traçador que é composto por uma substância inofensiva ao organismo e que permite a sinalização do fármaco no mesmo. Através deste método realiza-se uma análise semi-quantitativa de como o medicamento está agindo e seu local de ação. Este método também apresenta desvantagens como o fato de requerer fluidos corporais e possui um custo elevado para sua execução. Quando o paciente utiliza vários fármacos, como é o caso do paciente hipertenso e diabético a execução deste método também é dificultada (OIGMAN, 2006).

3.6.2 Métodos indiretos

Existem vários métodos indiretos para avaliação da adesão ao tratamento, como: relato do paciente, avaliação do médico, diário do paciente, contagem de comprimidos, reabastecimento de comprimidos, monitorização eletrônica da medicação, resposta clínica e entrevista clínica (DELGADO; LIMA, 2001).

3.6.3 Entrevista clínica

Vários testes estão incluídos neste tipo de método, dentre eles: Teste de Haynes e Sackett, Teste de Batalla, Teste de Morisky, Green e Levine, Teste de Hermes, Breve

Questionário de Medicamentos (BMQ), Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), Teste de Herrera Caranza, Teste de Aderência (SMAQ), Questionário de Adesão a Medicamentos - Qualiaids (QAM-Q – QUALIAIDS) e Escala de Adesão aos Medicamentos de Morisky (MMAS-8). Estes testes são os mais utilizados, pois apresentam baixo custo para sua execução e são fáceis de aplicar com um grande número de pessoas, representam o comportamento do paciente em relação à conduta terapêutica que lhe foi prescrita (CINTRA, 2010).

No Brasil o teste de Morisky e Green é o mais utilizado, pois é uma ferramenta simples para determinar a adesão ao tratamento de hipertensos e também pode ser utilizado para avaliar a adesão de pacientes que tenham outras doenças crônicas (BASTOS-BARBOSA et al., 2012).

O Teste de Morisky e Green tem o objetivo de conhecer e avaliar os obstáculos que impedem o paciente de ter uma adesão adequada. Inicialmente o teste pode ser utilizado para verificar o grau de adesão do paciente ao regime terapêutico e também seus hábitos de adesão (RAYMUNDO; PIERIN, 2014).

3.7 Fatores que influenciam a adesão ao tratamento medicamentoso

Os fatores que podem interferir na adesão ao regime terapêutico, são divididos em cinco grupos (WHO, 2003).

3.7.1 Fatores sociais, econômicos e culturais

Neste grupo se incluem características do indivíduo como grau de escolaridade, situação profissional, apoio social, condições da moradia, valor do transporte e medicamentos e também as desigualdades sociais. Para Carvalho et al. (2012), e Silva et al. (2013), o grau de escolaridade do paciente não apresenta correlação com a adesão, já para Giroto et al. (2013), se o indivíduo apresenta um grau de escolaridade maior, também terá maior adesão ao seu tratamento. Quanto à profissão, para Alves, Calixto (2012) os pacientes já aposentados apresentam um nível de adesão maior do que os que ainda trabalham.

3.7.2 Fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde

Nestes fatores estão presentes os níveis de desenvolvimento dos serviços de saúde, o

processo de distribuição dos medicamentos, a acessibilidade a esses medicamentos e também se inclui o conhecimento por parte dos profissionais quanto às doenças crônicas. No que se refere à aquisição dos medicamentos, para Cintra et al. (2010), Carvalho Filha et al. (2011), Alves, Calixto (2012), quando o paciente tem dificuldades para conseguir sua medicação o seu grau de adesão ao tratamento diminui.

No tratamento de pacientes diabéticos e hipertensos, é muito importante que o profissional da saúde tenha um bom relacionamento com o paciente, pois quando a interação entre profissional e paciente, não é adequada, isto se torna um interveniente negativo no processo de adesão, pois o paciente se sente insatisfeito e desmotivado a seguir as orientações que a ele foram prestadas. A falta de resolução nos atendimentos, também é um fator negativo, pois o paciente perde a credibilidade naquele serviço de saúde e acaba procurando outro a fim de conseguir o resultado que deseja (SOARES et al., 2014).

3.7.3 Fatores relacionados com a doença de base e comorbidade

Está incluída a severidade dos sintomas, a incapacidade física, psicológica, social e profissional, o grau de risco que o próprio paciente atribui à doença. Para Sanchez et al. (2004), Lima et al. (2010) e Carvalho et al. (2012) quando o paciente apresenta outras doenças associadas a doença de base aumenta as taxas de não adesão.

3.7.4 Fatores relacionados com o tratamento

Nestes fatores estão incluídos a complexidade, a duração do tratamento, ausência de melhora dos sintomas de forma imediata, e os efeitos causados pela medicação. Para Lima et al. (2010) e Bastos-Barbosa et al. (2012) quando a medicação utilizada pelo paciente não lhe causa tantos efeitos adversos, sua adesão ao tratamento será maior. Guedes et al. (2011) e Daniel, Veiga (2013) afirmam que o uso diário das medicações causa diminuição das taxas de adesão.

3.7.5 Fatores relacionados com a pessoa doente

Fazem parte destes fatores os conhecimentos do paciente quanto sua doença, as suas atitudes em relação ao seu tratamento e também as suas condições psicológicas para lidar com

a doença. Marques et al.(2010) afirma que quando o paciente apresenta falta de percepção da doença diminui a adesão.

Em um estudo conduzido por Soares et al. (2014) os fatores relacionados aos serviços de saúde, ao paciente e ao seu estilo de vida e conhecimento do tratamento como fundamental na terapêutica da hipertensão e diabetes foram considerados fatores interferentes ao processo de adesão, conforme o relato dos próprios pacientes. Este fato mostra que a adesão depende tanto da terapêutica, quanto dos serviços de saúde e do próprio paciente. Portanto para o controle da hipertensão e do diabetes é necessário melhorar o processo de adesão destas doenças.

4 MÉTODO DE PESQUISA

4.1 Tipo de estudo

Foi realizada uma pesquisa quantitativa e descritiva, através de estudo observacional transversal. O estudo envolveu pacientes portadores de diabetes mellitus e/ou hipertensão, com 18 anos ou mais, de ambos os sexos, que estão em tratamento medicamentoso e que são usuários da farmácia onde foram realizadas as entrevistas.

4.2 População e amostra

O estudo foi realizado na Farmácia do Povo em Rio Pardo, localizada na Rua Andrade Neves, 294, Rio Pardo, RS, inscrita no CNPJ: 95.116.000/0001-68. A população alvo foi formada por 100 pacientes portadores de diabetes mellitus e/ou pacientes com hipertensão arterial, com idade superior a 18 anos em tratamento medicamentoso, que retiram seus medicamentos na Farmácia em questão.

4.3 Considerações éticas

Primeiramente foi solicitada a autorização do proprietário da Farmácia para ser efetuada a pesquisa. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul (CAAE 70681517.7.0000.5343) atendendo a resolução 466/12, Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram esclarecidos quanto a seus direitos e compromissos antes da pesquisa, com a concordância, os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi assegurado completamente o sigilo das informações coletadas.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

4.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo 100 pacientes portadores de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial, maiores de 18 anos, usuários de uma Farmácia em Rio Pardo que estão

em tratamento medicamentoso e que aceitarem participar do estudo. Os pacientes selecionados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo portadores com incapacidade mental, ou qualquer outro tipo de deficiência que limite a comunicação verbal e que não possuíam idade superior a 18 anos.

4.5 Riscos e Benefícios

4.5.1 Riscos

O preenchimento dos questionários expôs os participantes a riscos mínimos como cansaço, desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário, e ao relembrar algumas sensações diante do vivido com situações altamente desgastantes.

4.5.2 Benefícios

Os benefícios para os integrantes da pesquisa foram indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática, bem como os resultados encontrados são fatores que devem ser considerados pelos profissionais de saúde para promoção da adesão ao tratamento e aumento da resolutividade terapêutica e da qualidade de vida desses pacientes.

4.6 Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas uma única vez, sendo os dados coletados através de um questionário estruturado (ANEXO C). Foram abordados os usuários que foram até a farmácia para retirar sua medicação para diabetes e/ou hipertensão e foram convidados a participar de forma voluntária do estudo. Os participantes foram informados da existência da pesquisa, dos objetivos e esclarecidos que possuíam total liberdade de escolha e que a rejeição não implicará em nenhum dano. Os usuários que aceitaram participar do estudo preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, uma via ficou para o entrevistado e a outra para a pesquisadora. As características socioeconômicas observadas foram as

seguintes: idade, sexo, estado civil, número de pessoas que residem na casa do usuário, grau de escolaridade e renda familiar. Entre as características relacionadas à doença e ao tratamento, observaram-se: a doença apresentada, os fatores de risco (tabagismo, alcoolismo e sedentarismo), as informações sobre o medicamento prescrito e a orientação sobre o uso correto da medicação. O questionário foi aplicado pela pesquisadora que fez a leitura das questões para o entrevistado, e que este as respondeu, obtendo-se assim as informações sem qualquer influência da pesquisadora. A adesão dos usuários foi avaliada pelo teste de Morisky-Green, que é composto por quatro perguntas e mensura adesão por meio das atitudes do paciente quanto à utilização dos medicamentos.

4.7 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado para testar a viabilidade e detectar possíveis falhas nos questionários que foram utilizados para o levantamento dos dados. O estudo visou analisar os cinco primeiros questionários aplicados nos pacientes para observar se as questões abordadas estavam de forma clara no que diz respeito aos aspectos bem como o entendimento do mesmo, tanto pelo entrevistado, quanto pelo entrevistador. Os questionários aplicados para este teste não foram utilizados para as análises dos dados.

4.8 Análise dos dados

A entrada e análise dos dados foram realizadas no software SPSS versão 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences 20.0). Foram realizadas análises descritivas e univariadas. Para isto, foram aplicados os testes de Chi-quadrado de Pearson, associação linear.

4.9 Divulgação dos resultados

Através deste estudo, os resultados obtidos foram divulgados no trabalho de conclusão de curso e artigo, que foi elaborado a partir do projeto de pesquisa para posterior publicação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão deste estudo serão apresentados na forma de um artigo, apresentado a seguir, que será posteriormente submetido à publicação no periódico “Scientia Médica”. As normas do periódico encontram-se no Anexo B.

Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes diabéticos e hipertensos usuários de uma farmácia em Rio Pardo, RS.

Suellen Rosa da Silveira¹, Ana Paula Helfer Scheneider²

¹ Departamento de Farmácia da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC. Rio Pardo, RS, Brasil.

² Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e os fatores que a influenciam em pacientes diabéticos e/ou hipertensos usuários de uma farmácia em Rio Pardo, RS, analisando também o perfil socioeconômico, comportamental e de saúde destes pacientes.

Métodos: Estudo observacional transversal com cem pacientes diabéticos e/ou pacientes hipertensos, com idade superior a 18 anos em tratamento medicamentoso, que retiram seus medicamentos na Farmácia em questão. Foi aplicado um questionário estruturado para avaliar as características socioeconômicas como: idade, sexo, estado civil, número de pessoas que residem na casa do usuário, grau de escolaridade e renda familiar. Entre as características relacionadas à doença e ao tratamento, observaram-se: a doença apresentada, os fatores de risco (tabagismo, alcoolismo e sedentarismo), as informações sobre o medicamento prescrito e a orientação sobre o uso correto da medicação. A adesão foi avaliada pelo Teste de Morisky-Green. Para análise estatística aplicou-se o teste Chi-quadrado de Pearson, associação linear, com nível de significância de ($p < 0,05$).

Resultados: Foram estatisticamente associados a não adesão ao tratamento medicamentoso, à realização de consultas nos últimos seis meses 47,9%, pacientes com reumatismo/artrite/artrose 69,2% associada com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, reações adversas provocadas por alguns medicamentos 83,3%, também estão relacionadas com a não adesão, diabéticos e hipertensos que referiram ter dificuldade para: ler a embalagem do medicamento 60,6%, para ler a prescrição 51,1%, para lembrar-se de tomar o medicamento 83,3%, para conseguir o medicamento 50% e para tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo 80%.

Conclusão: Conclui-se que 40% dos participantes são não aderentes ao tratamento medicamentoso, observou-se também que os pacientes não aderentes possuem faixa etária mais avançada. Percebe-se uma grande prevalência de fatores de risco modificáveis com associação significativa com a não adesão. É fundamental que os profissionais de saúde forneçam subsídios ao paciente para facilitar sua compreensão quanto ao tratamento adequado para sua condição clínica, para que assim o medicamento necessário possa ser eficaz e efetivo para o paciente e o mesmo possa ter uma boa adesão ao regime terapêutico, garantido assim um bom controle de sua doença e evitando o aparecimento de complicações, devido à falta de adesão. O profissional farmacêutico é de extrema importância neste processo.

DESCRITORES: adesão; tratamento medicamentoso; hipertensão arterial; diabetes mellitus.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the adherence to the drug treatment and the factors that influence it in diabetic patients and / or hypertensive users of a pharmacy in Rio Pardo, RS, also analyzing the socioeconomic, behavioral and health profile of these patients.

Methods: A cross-sectional observational study with 100 diabetic patients and / or hypertensive patients, over 18 years of age undergoing drug treatment, who withdraw their medications from the Pharmacy in question. A structured questionnaire was applied to evaluate socioeconomic characteristics with: age, sex, marital status, number of people residing in the user's home, educational level and family income. Among the characteristics related to the disease and the treatment were: the presented disease, the risk factors (smoking, alcoholism and sedentary lifestyle), the information about the prescribed medication and the orientation on the correct use of the medication. Adhesion was assessed by the Morisky-Green Test. Statistical analysis was performed using the Chi-square test of Pearson, linear association, with significance level of ($p < 0.05$).

Results: There were statistically associated with non-adherence to medication treatment, consultations in the last six months 47.9%, patients with rheumatism / arthritis / arthrosis 69.2% associated with hypertension and / or Diabetes mellitus, 83.3%, are also related to non-adherence, diabetics and hypertensives who reported difficulty in: reading the medicine package 60.6% to read the prescription 51.1% %, to remember to take the medicine 83.3%, to get the medicine 50% and to take many tablets at the same time 80%.

Conclusion: It is concluded that 40% of the participants are not adherent to the drug treatment, it was also observed that the non-adherent patients have a more advanced age group. There is a high prevalence of modifiable risk factors with a significant association with non-adherence. It is essential that health professionals provide subsidies to the patient to facilitate their understanding of the appropriate treatment for their clinical condition, so that the necessary medication can be effective and effective for the patient and it can have a good adherence to the therapeutic regimen, thus ensuring good control of their disease and avoiding the onset of complications due to lack of adherence. The pharmacist is extremely important in this process.

KEY WORDS: adhesion; drug treatment; arterial hypertension; diabetes mellitus.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus, são considerados doenças crônicas não transmissíveis e no Brasil, estas doenças possuem prevalência elevada e crescimento constante, portanto são prioridades na área da saúde [1].

Nos dias de hoje, as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis pela principal causa de morte e pela incapacitação definitiva de pessoas em idade produtiva, causando uma sobrecarga na procura por serviços assistenciais, devido a grande demanda e assim gerando grandes gastos econômicos para vários países [2].

A hipertensão arterial apresenta gastos médico-hospitalares elevados, devido principalmente às complicações as quais são causadas pelo mau controle da doença, como danos ao cérebro, danos às artérias, danos ao coração, entre eles: doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e danos aos vasos sanguíneos dos olhos [3].

Por se tratar de uma doença com grande taxa de indivíduos portadores e por ter alta mortalidade, seu controle é fundamental, para diminuir as complicações decorrentes, portanto a adesão ao tratamento do paciente portador é de extrema importância [4].

O diabetes mellitus é o nome dado a um conjunto de distúrbios metabólicos que resultam em altos níveis séricos de glicose, pode ser resultado da falta de produção de insulina ou por um mau funcionamento na ação da mesma, e em alguns casos, podem ocorrer os dois problemas. Quando a doença não é controlada de forma adequada, em longo prazo pode favorecer ao aparecimento de várias complicações, como lesão nos rins, problemas nos olhos, problemas cardíacos e neuropatia diabética [5].

No controle das doenças crônicas não transmissíveis, o tratamento farmacológico é uma das principais ferramentas utilizadas pelos médicos, sendo indicado para mais de 80% dos pacientes adultos e idosos, com a finalidade de controlar a doença base e também evitar as complicações causadas pelo tratamento incorreto [6].

Os medicamentos utilizados na terapêutica dos pacientes com doenças crônicas, nem sempre se apresentam eficazes. A falta de adesão do paciente ao tratamento é muito questionada pelos profissionais de saúde, e também gera grandes problemas para saúde pública, pois leva ao consumo de recursos financeiros e assistências, sem que o paciente consiga de fato controlar a doença [7,8].

A administração dos pacientes quanto à adesão ao tratamento, torna-se cada vez mais importante no dia a dia dos serviços de saúde, pois o seguimento correto da terapêutica proposta garante um bom controle da doença, bem como previne que o paciente venha a sofrer alguma complicação dela decorrente [9].

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e os fatores que a influenciam em pacientes diabéticos e hipertensos usuários de uma farmácia em Rio Pardo, RS, analisando também o perfil socioeconômico, comportamental e de saúde destes pacientes, estabelecendo a relação entre estes fatores com a adesão ao tratamento medicamentoso.

METODOLOGIA

Este estudo foi do tipo observacional transversal, o qual se avaliou a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes hipertensos e/ou diabéticos usuários de uma farmácia em Rio Pardo, RS.

A população alvo foi formada por 100 pacientes diabéticos e/ou pacientes hipertensos, com idade superior a 18 anos em tratamento medicamentoso, que retiram seus medicamentos na Farmácia em questão.

As entrevistas foram realizadas uma única vez, sendo os dados coletados através de um questionário estruturado. Foram abordados os usuários que retiram suas medicações para diabetes e/ou hipertensão na Farmácia, onde foi realizado o estudo, e os mesmos foram convidados a participar de forma voluntária da pesquisa.

Os participantes foram informados da existência da pesquisa, dos objetivos e esclarecidos que possuíam total liberdade de escolha e que a rejeição não implicaria em nenhum dano. Os usuários que aceitaram participar do estudo preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, onde uma via ficou de posse da pesquisadora e a outra com o participante.

As características socioeconômicas observadas foram as seguintes: idade, sexo, estado civil, número de pessoas que residem na casa do usuário, grau de escolaridade e renda familiar. Entre as características relacionadas à doença e ao tratamento, observaram-se: a doença apresentada, os fatores de risco (tabagismo, alcoolismo e sedentarismo), as informações sobre o medicamento prescrito e a orientação sobre o uso correto da medicação.

O questionário foi aplicado pela pesquisadora que fez a leitura das questões para o entrevistado, e que este as respondeu, obtendo-se assim as informações sem qualquer influência da pesquisadora.

A adesão dos usuários foi avaliada pelo teste de Morisky-Green que é composto por quatro perguntas e mensura adesão por meio das atitudes do paciente quanto à utilização dos medicamentos.

Foi realizado um estudo piloto para testar a viabilidade e detectar possíveis falhas nos questionários que foram utilizados para o levantamento dos dados. O estudo visou analisar os

cinco primeiros questionários aplicados nos pacientes para observar se as questões abordadas foram feitas de forma clara no que diz respeito aos aspectos bem como o entendimento do mesmo, tanto pelo entrevistado, quanto pelo entrevistador. Os questionários aplicados para este teste não foram utilizados para as análises dos dados.

A entrada e análise dos dados foram realizadas no software SPSS versão 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences 20.0). Foram realizadas análises descritivas e univariadas. Para isto, foram aplicados os testes de Chi-quadrado de Pearson, associação linear, com nível de significância de ($p < 0,05$).

Os riscos que os pacientes poderiam ter sido expostos, foram mínimos e ficou restrito a cansaço, desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário, e ao relembrar algumas sensações diante do vivido com situações altamente desgastantes.

Quanto aos benefícios para os integrantes desta pesquisa foram indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática, bem como os resultados encontrados são fatores que devem ser considerados pelos profissionais de saúde para promoção da adesão ao tratamento e aumento da resolutividade terapêutica e da qualidade de vida desses pacientes.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul (CAAE 70681517.7.0000.5343), os participantes foram informados a respeito dos objetivos do trabalho, foi garantido aos usuários o sigilo das informações obtidas.

RESULTADOS

Dos 100 pacientes participantes da pesquisa, 74% eram do sexo feminino e 26% do sexo masculino, de cor branca 86%. A faixa etária variou de 48% participantes com até 59 anos a 52% com 60 anos ou mais. Na variável escolaridade, verificou-se que, 88% sabiam ler e escrever, enquanto 6% só assinavam o nome, 35% tinham de zero a quatro anos de estudo,

enquanto 65% tinham cinco ou mais anos. A maioria dos pacientes, 66%, relatou ter um companheiro. Quanto à forma de obtenção de renda, 33% não possuíam trabalho remunerado, 41% se mantinham com a aposentadoria. Já à renda mensal, 65% recebiam mais que um salário mínimo, enquanto 32% se mantinham com apenas um salário mínimo. Dentre os entrevistados, 75% referiram não ingerir bebida alcoólica, 56% eram fumantes e 30% eram ex-fumantes. Em relação à alimentação, 98% relataram consumir frutas e 97% relataram consumir verduras e 56% eram praticantes de algum tipo de atividade física (Tabela 1).

Na tabela 2 estão dispostas as variáveis relacionadas à saúde dos pacientes diabéticos e hipertensos. Dos pacientes entrevistados, 94% relataram ter hipertensão arterial, enquanto 24% relataram ter diabetes mellitus e 19% relataram ter as duas doenças. Em relação à saúde, 52% possuíam plano de saúde, 71% haviam consultado nos últimos seis meses e quanto à conduta do médico na última consulta 25% relataram que o médico somente fez a renovação da receita e 17% relataram a alteração da farmacoterapia, com inserção de um novo medicamento, retirada ou substituição de algum fármaco.

As comorbidades mais frequentes encontradas foram: depressão 45%, problemas vasculares 30%, colesterol alto 28%, reumatismo/artrite/artrose 26%, osteoporose 23%, problemas de coração 18%, asma/bronquite 11% e câncer 5%. Em relação à autopercepção de saúde, apenas 1% considerava sua saúde excelente, 49% consideravam muito boa ou boa e 50% regular ou ruim.

A prevalência de não adesão ao tratamento, avaliada pelo teste de Morisky-Green foi de 40% (Tabela 3).

A tabela 4 apresenta as variáveis referentes à farmacoterapia dos entrevistados. Dos entrevistados 95% relatou não precisar de supervisão para tomada dos medicamentos, 13% referiram ter tido algum problema causado por um medicamento de uso contínuo, 92% tomavam até três medicamentos para hipertensão e/ou diabetes, enquanto 8% utilizavam mais

que três medicamentos anti-hipertensivos e/ou antidiabéticos, sendo classificado então como polifarmácia, 33% referiram dificuldade para ler a embalagem do medicamento, 47% apresentaram dificuldade quanto à leitura da prescrição, 12% possuíam dificuldade para lembrar-se de tomar o medicamento, 12% disseram ser difícil conseguir o medicamento e 5% referiram dificuldade para tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo.

Foram estatisticamente associados a não adesão ao tratamento medicamentoso, à realização de consultas nos últimos seis meses 47,9%, pacientes com reumatismo/artrite/artrose 69,2% associada com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, reações adversas provocadas por alguns medicamentos 83,3%, também estão relacionadas com a não adesão, diabéticos e hipertensos que referiram ter dificuldade para: ler a embalagem do medicamento 60,6%, para ler a prescrição 51,1%, para lembrar-se de tomar o medicamento 83,3%, para conseguir o medicamento 50% e para tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo 80%.

DISCUSSÃO

A prevalência de não aderentes registrada neste estudo 40% se assemelha com os resultados obtidos por Medtler e Perassolo [10], onde ao avaliarem a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético em um grupo populacional no município de Lucena, RS, pelo método de Morisky-Green encontraram que 50% dos participantes do estudo, eram classificados com não aderentes à terapia medicamentosa. No presente estudo, no grupo dos não aderentes ao tratamento medicamentoso, observou-se um predomínio de pacientes do sexo masculino com idade igual ou superior a 60 anos.

Em um estudo transversal realizado com pacientes a nível ambulatorial, observou-se em relação à idade que pacientes com idade superior a 68 anos, tiveram uma baixa taxa de

adesão ao tratamento farmacológico, este dado coincide com o encontrado no presente trabalho, já em relação ao sexo, diferentemente do resultado encontrado, o predomínio foi de pacientes do sexo feminino [11].

Pacientes do sexo feminino, portadoras de doenças crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, possuem maior informação sobre a doença, portanto, sendo cientes dos riscos de um tratamento inadequado, são mais preocupadas em seguir o tratamento de forma adequada, sendo mais eficazes em controlar e tratar a doença, em relação aos homens [12,13].

Nas doenças crônicas a idade pode ser considerada como um empecilho para a adesão ao tratamento, o que justifica o resultado encontrado. Com o aumento da idade, o entendimento das informações passadas pelo profissional de saúde, fica comprometido, comprometendo também a capacidade física e a capacidade para o autocuidado, ou seja, o paciente diminui a busca por medidas de prevenção e controle da doença [14].

Referente à escolaridade, foi possível verificar que pacientes analfabetos e com menos anos de estudo, tiveram uma maior taxa de não adesão, embora não tenha tido associação significativa com a não adesão. Resultados semelhantes foram encontrados por Araújo e Silva [15], onde observaram que dos 326 participantes da pesquisa para avaliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, 91,11% eram analfabetos ou com ensino fundamental incompleto.

A escolaridade é um fator que deve ser considerado por toda equipe multiprofissional que acompanha o paciente, pois permite ao profissional planejar estratégias para estimular a adesão do paciente, considerando o grau de aprendizagem de cada paciente. Quando o paciente compreende a necessidade de seguir as orientações prestadas referentes ao tratamento, o mesmo se torna mais aderente ao tratamento [16].

Quanto à renda a maioria dos entrevistados 65% relatou ganhar mais que um salário mínimo. Embora com pouca diferença de prevalência, os entrevistados que referiram ganhar

apenas um salário mínimo, apresentaram menor adesão.

Estudos nacionais realizados com idosos tem demonstrado que a falta de entendimento sobre a doença e a dificuldade em ter acesso aos serviços de saúde é menor em indivíduos com menores condições financeiras, e com isto a adesão ao tratamento medicamentoso fica comprometida [17,18].

Em relação ao estado civil dos entrevistados, embora sem associação significativa, foi possível perceber que os indivíduos separados possuem um menor grau de adesão em relação aos demais estados civis analisados. Este resultado está em concordância com os resultados encontrados por Daniel e Veiga [19] que encontraram uma maior taxa de não aderentes nos indivíduos solteiros, quando comparados com casados e viúvos.

A literatura científica destaca que a família, ou o cônjuge, são fundamentais para o individuo ter uma boa adesão ao tratamento medicamentoso, pois incentivam o paciente quanto às mudanças necessárias para o bom controle da doença [20].

Souza et al. [21] observou em seu estudo, que os fatores sociais e econômicos, bem como, o etilismo, tabagismo, e a compreensão da importância da realização de atividade física e alimentação saudável, são aspectos importantes e que devem ser considerados no momento da avaliação da adesão dos indivíduos. Nos resultados encontrados, a maioria dos entrevistados referiu ter uma alimentação saudável, com o consumo de frutas e verduras.

Em relação a pratica de atividade física, a maior parte dos entrevistados 56%, informou não realizar nenhum tipo de atividade física. A realização de atividade física de forma branda e constante, em torno de 30 minutos ou mais, ajuda a diminuir os índices de doenças crônicas não transmissíveis, e esta pratica deve ser sempre incentivada por toda equipe de profissionais de saúde [22].

Este estudo identificou também, pacientes não aderentes com uma porcentagem de ex-fumantes de 30% e 11% de fumantes. Em um estudo realizado por Demoner et al. [23] com

150 participantes, apresentou taxa de 77% de não adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes fumantes.

Doenças como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus tem sua prevalência aumentada pela falta de prática de atividade física, ou seja, pela vida sedentária que muitos indivíduos possuem. No sedentarismo, os músculos esqueléticos são os principais afetados, pois causa a atrofia das fibras musculares, deixando de exercer sua função, devido à falta de atividade física [24].

O etilismo é um grande fator de risco para várias doenças, principalmente na Hipertensão Arterial, uma das principais causas de morte nos pacientes alcoólatras morte são as complicações cardiovasculares [25].

A dificuldade de adesão apresentada por muitos portadores de diabetes e hipertensão, também está condicionada a presença de outras comorbidades presentes nos idosos, pois o paciente terá que fazer uso de uma maior quantidade de medicamentos e juntamente com a falta de conhecimento que muitos apresentem quanto ao tratamento, repercute portanto na adesão do mesmo, que ficará comprometida [26].

Foi verificado que a maioria dos entrevistados possui Hipertensão Arterial, e que o número daqueles com a comorbidade hipertensão arterial e diabetes mellitus também é elevado 19%. A associação entre essas duas doenças é comum. Estudos apontam que pacientes com hipertensão arterial possuem um risco de até 2,5 vezes maior de desenvolver diabetes mellitus, a diabetes quando associada leva a um risco de morte de até 7,2 vezes, sendo as causas cardiovasculares as mais comuns [27].

A associação significativa encontrada neste estudo entre reumatismo/artrite/artrose com a não adesão, pode se dar pelo fato de que a hipertensão arterial é prevalente em pacientes que apresentam doenças reumáticas. Estas doenças não apenas podem incapacitar como podem piorar muito a qualidade de vida de seus portadores. A inflamação crônica associada a muitas

doenças denominadas doenças reumáticas também pode levar a uma elevação do surgimento de complicações cardíacas [28].

O resultado encontrado nesse estudo pode estar relacionado com este fato, pacientes que não aderem ao tratamento medicamentoso para hipertensão e/ou diabetes, não controlam a doença e, portanto apresentam grande risco de desenvolverem outras comorbidades como, por exemplo, o reumatismo. Também pode se dar pelo fato de que pacientes que apresentam reumatismo, que também é uma doença de caráter crônico, fazem uso de múltiplos medicamentos, o que pode acabar dificultado à adesão do mesmo, prejudicando assim o tratamento de uma das doenças crônicas que apresenta.

A maioria dos entrevistados relatou ter consultado com o médico nos últimos seis meses, e este fato apresentou associação significativa com a não adesão ao tratamento medicamentoso. Este fato pode ser explicado, pela conduta do médico nas últimas consultas, dos 17% que relataram que foi alterado a farmacoterapia na última consulta, tiveram uma prevalência de não adesão de 59%.

Nas intervenções realizadas pelos médicos, a adição de medicações e o aumento das doses necessárias para o tratamento dos pacientes se tornam cada vez mais habitual, devido ao aumento elevado de doenças crônicas que acometem a população [29,30,31].

A adesão ao tratamento farmacológico e as alterações como adição de um novo medicamento, suspensão, ou mudança da medicação, não pode estar restrito apenas as consultas médicas. É preciso uma abordagem multiprofissional desde a adoção de medidas de promoção até o atendimento do paciente [32].

A maneira como o profissional da saúde se relaciona com o paciente, também está diretamente relacionada ao grau de adesão. Quando o paciente sente-se insatisfeito com o serviço prestado pelo profissional, seja pela falta de informação sobre seu tratamento, ou pela falta de resolutividade no atendimento prestado, acaba resultando na não adesão do paciente

[33].

Quanto às respostas às perguntas do teste de Morisky-Green, observa-se que o descuido quanto ao horário das medicações 31% foi o fator que apresentou maior prevalência, seguido do esquecimento em tomar as medicações. Quanto às questões que avaliam se o paciente deixa de usar a medicação se está se sentindo bem ou aumenta a quantidade quando se sente mal, respectivamente foram as que tiveram menor percentual de positividade, portanto, o paciente não deixa de utilizar o fármaco nesses casos.

De acordo com alguns autores, o teste de Morisky-Green é um dos mais utilizados para avaliar a adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas, por ser considerado fácil de ser aplicado, apresentar baixo custo e ser relativamente de rápida execução, porém, no momento da entrevista o entrevistado pode acabar omitindo algum fato em relação ao seu tratamento medicamentoso, ou até mesmo esquecendo-se de alguma informação relevante, o que pode levar a falha no processo de avaliação [34].

No presente estudo, quando os entrevistados foram questionados quanto ao aparecimento de problemas causados pelos medicamentos, os que responderam ter algum tipo de problema causado pelo uso de um medicamento 13%, apresentaram grande prevalência de não adesão ao tratamento 83,3%, apresentando uma associação significativa com a não adesão. Quando o paciente apresenta efeitos adversos com a utilização da medicação, para Lima et al. [35] e Bastos-Barbosa et al. [36], menor será sua adesão a terapêutica proposta. Os efeitos colaterais diminuem em até sete vezes a adesão do paciente [37].

Um dado relevante, porém sem associação significativa, foi ao que se refere à necessidade de supervisão para tomada de medicamentos, relatada por 5% dos entrevistados, e destes 86% apresentou não adesão. Fato este que segundo Saraiva et al. [38] aponta que o conhecimento dos familiares em relação a condição de saúde dos pacientes e sobre o esquema farmacológico prescrito para o paciente, é insuficiente e pode acabar prejudicando o

tratamento bem como influenciando na adesão ao tratamento medicamentoso.

Outro dado relevante, porém, sem associação significativa, foi quanto à autopercepção de saúde, paciente com autopercepção ruim 5% apresentaram 60% de não adesão, resultado este que é compatível com o encontrado por Tavares et al. [39].

Em uma metanálise realizada foi possível perceber que pacientes que percebem sua saúde como muito boa ou boa, conseqüentemente aderem melhor ao tratamento, diminuindo assim as interferências causadas pelo não seguimento adequado ao tratamento, principalmente em indivíduos com doenças crônicas com a hipertensão e o diabetes [40].

No presente estudo, foram relevantes as associações entre as dificuldades apresentadas pelos entrevistados quanto à medicação utilizada para controle da doença, como a dificuldade para ler a embalagem do medicamento e a prescrição médica, o difícil acesso ao medicamento, também prejudica a adesão e aqueles que encontram dificuldades para lembrar-se de tomar a medicação, também não aderem corretamente ao tratamento medicamentoso, bem como os pacientes que tomam muitas medicações ao mesmo tempo.

Em relação à dificuldade apresentada por parte dos entrevistados, em tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo, em um estudo realizado por Ilbanes et al. [41], a necessidade de tomar mais de um medicamento ou grande quantidade de comprimidos diariamente foi apontada como um fator que dificulta o cotidiano dos pacientes, e conseqüentemente a adesão ao tratamento.

Para Tacon et al. [42], o esquecimento da tomada dos medicamentos e também o custo elevado, são responsáveis por interrupções do tratamento.

Quanto à dificuldade para ler a prescrição, em um estudo prospectivo realizado com 1.227 pacientes, os resultados mostraram que todas as prescrições eram realizadas de forma manual e somente 24% delas os nomes dos medicamentos estavam escritos de forma legível, este fato pode levar o paciente a erros graves quanto à medicação [43]. Para Marques et al.

[44] e Bastos-Barbosa et al. [36], quanto maior a compreensão do paciente em relação a prescrição da medicação que irá ser utilizada no seu tratamento, maior será sua adesão à mesma.

Quanto ao esquecimento na tomada dos medicamentos Guedes et al. [45] e Dourado et al. [46], afirmam que quando o paciente esquece de tomar o medicamento de forma frequente, sua adesão ao tratamento decresce na mesma proporção.

Conclui-se que 40% dos participantes são não aderentes ao tratamento medicamentoso, observou-se também que os pacientes não aderentes possuem faixa etária mais avançada. Percebe-se também uma grande prevalência de fatores de risco modificáveis com associação significativa com a não adesão, ou seja, fatores que são passíveis de ações que visam reduzir sua incidência, por meio de orientação ao paciente portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus, através de uma equipe multiprofissional, onde cada um possa contribuir de alguma forma, visando melhorar a compreensão do paciente em relação à terapêutica e também buscando melhorar a adesão do paciente frente ao seu tratamento.

Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde forneçam subsídios ao paciente para facilitar sua compreensão quanto ao tratamento adequado para sua condição clínica, para que assim o medicamento necessário possa ser eficaz e efetivo para o paciente e o mesmo possa ter uma boa adesão ao regime terapêutico, garantido assim um bom controle de sua doença e evitando o aparecimento de complicações, devido à falta de adesão.

O farmacêutico é um profissional de extrema importância para garantir uma boa adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes e a hipertensão.

Uma das formas de aumentar a taxa de adesão dos pacientes que apresentam alguma dificuldade no seguimento terapêutico é através do aconselhamento farmacêutico, onde o profissional troca informações com o paciente, ouvindo suas queixas, bem como suas

dificuldades e dúvidas referentes ao seu tratamento. O profissional farmacêutico contribui na melhoria da adesão através da orientação ao paciente em relação aos aspectos de cuidados com a saúde e do uso de seus medicamentos, visto que muitos pacientes carecem deste tipo de comunicação mais detalhada e humanizada, visto que os fatores modificáveis, como dificuldades cotidianas e a falta de informação, são os principais responsáveis pela não adesão.

Este contato entre profissional e paciente traz benefícios tanto para o paciente, que terá os subsídios necessários para reconhecer a necessidade dos medicamentos e de seu uso correto para o tratamento de sua condição de saúde, bem como fortalece o vínculo e estabelece uma relação de confiança entre o profissional e o paciente.

Desta forma a profissão farmacêutica se torna mais reconhecida por sua importância e o paciente melhora consideravelmente sua adesão, proporcionando-lhe não só um bom controle da doença, como também melhorando sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377:1949-61.
2. World Health Organization (WHO). Diabetes. Geneva, 2006.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão (SP): Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2006.
4. Bezerra ASM, Lopes JL, Barros ALBL. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(4):550-5.
5. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2013;36(1):67-74.
6. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, Cechin ICCF, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:267-80.

7. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, 2003.
8. Santos MVR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clín Med.* 2013;11:55-61.
9. Remondi FA, Cabrera MAS, Souza RKT. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo em adultos. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(1):126-36.
10. Medtler M, Perassolol MS. Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético de um grupo hiperdia do município de Presidente Lucena-RS. *Rev Conhecimento Online.* 2016;2:35-46.
11. Zyoud SH. Relationship of treatment satisfaction to medication adherence: findings from a cross-section-al survey among hypertensive patients in Palestine. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2013;11:191.
12. Giorgi DMA. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens.* 2006;13(1):47-50.
13. Pereria MR, Coutinho MSSA, Freitas PF, Dorsi E, Bernadi A, Hass R. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil em 2003. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(10):2363-74.
14. Damasceno LAN. Diretrizes para a atuação do fisioterapeuta na prevenção do pé diabético. [dissertation]. [Ribeirão Preto]: Escola de Enfermagem, USP, Ribeirão Preto; 2005. 127 p.
15. Araújo LC, Silva EV. Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes atendidos na Unidade de Saúde de Cocalzinho de Goiás. *Actas de Saúde Coletiva.* 2010;4(3):83-93.
16. Arrelias CC, Faria HTG, Teixeira CRS, Santos MA, Zanetti ML. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus e variáveis sociodemográficas, clínicas e de controle metabólico. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(4):315-22.
17. Soares MM, Silva LOL, Dias CA, Rodrigues SM, Machado CJ. Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2012;17(1):144-50.
18. Marques EIW, PetucoVM, Gonçalves CBC. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. *RBCEH.* 2010;7(2):267-79.
19. Daniel AC, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein.* 2013;11(3):331-7

20. Marques EIW, Petuco VM, Gonçalves CBC. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. *RBCEH*. 2010;7(2):267-79
21. SOUZA, CS. Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: estudo de base territorial. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 2014; 102(6); 571-78.
22. Reck LL, Silveiro SP, Leitão CB. Tratamento da hipertensão arterial no diabetes melito. *Rev HCPA*. 2010;30(4):400-05.
23. Demoner MS, Ramos, ERP, Pereira ER. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):27-34.
24. Knuth AG, Bielemann RM, Silva SG, Borges TT, Duca GD, Kremer MAM, Pedro C, Hallal PC, Airton J, Rombaldi AJ, Azevedo MR. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(3):513-20.
25. Mion JD, Kohlmann JO, Machado CA, Amodeo C, Gomes MAM, Praxedes JN. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2006;89(3):24-79.
26. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2016;50(2):10s.
27. Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Almeida-Filho N, Aquino E, Oliveira MMC. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) – Brasil. *Rev. Arq Bras Cardiol*. 2006;87(6):746-87.
28. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, Ramos LR, Dal Pizzol TS. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2016;50(2):10s.
29. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p.
30. Choudhry NK, Fischer MA, Avorn J, Liberman JN, Schneeweiss S, Pakes J, Brennam TA, Shrank WH. The implications of therapeutic complexity on adherence to cardiovascular medications. *Arch Intern Med*. 2011;171:814-22.
31. Libby AM, Fish DN, Hosokawa PW, Linnebur SA, Metz KR, Nair KV. Patient-level medication regimen complexity across populations with chronic disease. *Clin Ther*. 2013;35:385-98.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.- Brasília; 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

33. Soares MM, Silva LOL, Dias CA, Rodrigues SM, Machado CJ. Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2012;17(1):144-50.
34. Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, Castedo MCA. Fatores associados a não adesão dos usuários ao tratamento de hipertensão arterial. *Rev Latino Am Enferm.* 2009;17(2):201-6.
35. Lima TM, Meiners MM, Soler O. Treatment adherence profile of hypertension patients from the Municipal Health Unit of Fátima, City of Belém, Pará, Amazônia, Brazil. *Rev Pan-Amaz Saude.* 2010;1(2):113-20
36. Bastos-Barbosa RG, Ueta J, Santos LA, Nobre F, Lima NK. Avaliação da adesão medicamentosa em idosos hipertensos em serviço ambulatorial de geriatria. *Hipertensão.* 2005;8:30.
37. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Cien Saude Colet.* 2010;15(3):3507-15.
38. Saraiva KR, Santos ZM, Landim FL, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(2):263-70.
39. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care.* 2002;40(9):794-811.
40. Tacon KCB, Santos HCO, Cunha LC, Castro EC. Perfil da terapêutica utilizada em pacientes hipertensos atendidos em hospital público. *Rev SBCM.* São Paulo. 2011;9:25-9.
41. Ilbarez G, Mercedes BPC, Vedana KGG, Miasso AI. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(4):556-62.
42. Tacon KCB. Perfil da terapêutica utilizada em pacientes hipertensos atendidos em hospital público. *Revista Brasileira de Clínica Médica.* São Paulo. 2011; 9; 25-9.
43. Lyra Júnior DP, Prado MCTA, Abriata JP, Pelá IR. Prescription orders as cause of risk of drug-related problems. *Seguim Farmacoter.* 2004;2(1):86-96.
44. Marques EI, Petuco VM, Gonçalves CB. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. *Rev Bras Cienc Envelhecimento Hum.* 2010;7(2):267-79.
45. Guedes MV, Araujo TL, Lopes MV, Silva LF, Freitas MC, Almeida PC. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(6):1038-42.
46. Dourado CS, Macêdo-Costa KNF, Oliveira JS, Leadebal, ODCP, Silva GRF. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. *Acta Sci.* 2011;33(1):9-17

Tabela 1. Distribuição dos usuários quanto às características socioeconômicas e comportamentais e prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso de hipertensos e/ou diabéticos. Rio Pardo, Rio Grande do Sul, 2017.

Variável	N	Percentual (%)	Não adesão N	Percentual de não adesão (%)	Valor de p*
Sexo					
Feminino	74	74	28	37,8	0,457
Masculino	26	26	12	46,2	
Faixa etária					
Até 59	48	48	18	37,5	0,624
60 ou mais	52	52	22	42,3	
Cor da pele					
Não branca	14	14	4	28,6	0,535
Branca	86	86	36	41,9	
Trabalho remunerado					
Não	4	4	1	25	0,868
Sim	26	26	11	42,3	
Aposentados	41	41	15	36,6	
Dona de casa	29	29	13	44,8	
Renda mensal					
Até um salário mínimo	32	32	13	40,6	0,953
Mais que um salário mínimo	65	65	26	40	
Não responderam	3	3	0	0	
Situação conjugal					
Casado ou com companheiro	66	66	27	40,9	0,916
Solteiro	10	10	3	30	
Separado	9	9	4	44,4	
Viúvo	15	15	6	40	
Sabe ler e escrever					
Não	4	4	2	50	0,870

Continuação da Tabela 1...

Sim	90	90	36	40	
Só assina o nome	6	6	2	33,3	
Anos de estudo					
0 - 4 anos de estudo	35	35	19	54,3	0,313
5 a mais anos de estudo	65	65	20	31	
Realiza atividade física					
Não	56	56	25	44,6	0,285
Sim	44	44	15	34,1	
Tabagismo					
Não	59	59	20	33,9	0,316
Sim	11	11	5	45,5	
Ex-fumante	30	30	15	50	
Etilismo					
Não	75	75	32	42,7	0,306
Sim	25	25	8	32	
Consumo de verduras					
Não	2	2	2	38	0,080
Sim	98	98	38	38,8	
Consumo de frutas					
Não	3	3	2	66,7	0,338
Sim	97	97	38	39,2	

*Chi- quadrado de Pearson.

†Associação significativa

Tabela 2. Distribuição quanto às características relacionadas à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos. Rio Pardo, Rio Grande do Sul, 2017.

Variável	N	Percentual (%)	Não adesão N	Percentual de não adesão (%)	Valor de p*
Plano de saúde					
Não	52	52	18	34,6	0,253
Sim	48	48	22	45,8	
Consulta nos últimos seis meses					
Não	29	29	6	20,7	<0,05†
Sim	71	71	34	47,9	
Conduta do médico na última consulta					
Renovou a receita	25	25	10	40	0,561
Alterou a farmacoterapia	17	17	10	59	
Outro	29	29	14	48,3	
Autopercepção da saúde					
Excelente	1	1	0	0	0,482
Muito boa	10	10	3	30	
Boa	39	39	13	33,3	
Regular	45	45	21	46,7	
Ruim	5	5	3	60	
Diabetes					
Não	76	76	27	35,5	0,104
Sim	24	24	13	54,2	
Colesterol alto					
Não	72	72	27	37,5	0,413
Sim	28	28	13	46,4	
Problemas de circulação					
Não	70	70	25	35,7	0,181
Sim	30	30	15	50	
Osteoporose					

Continuação da Tabela 2

Não	77	77	28	36,4	0,174
Sim	23	23	12	52,2	
Bronquite/Asma					
Não	89	89	34	38,2	0,297
Sim	11	11	6	54,5	
Reumatismo/Artrite/Artrose					
Não	74	74	22	29,7	<0,05†
Sim	26	26	18	69,2	
Depressão					
Não	55	55	19	34,5	0,218
Sim	45	45	21	46,7	
Problemas no coração					
Não	82	82	30	36,6	0,137
Sim	18	18	10	55,6	
Hipertensão Arterial					
Não	6	6	3	50	0,606
Sim	94	94	37	39,4	
Tumor ou câncer					
Não	95	95	39	41,1	0,349
Sim	5	5	1	20	

*Chi- quadrado de Pearson.

†Associação significativa

Tabela 3. Distribuição dos usuários que responderam afirmativamente aos questionamentos do Teste de Morisky-Green. Rio Pardo, Rio Grande do Sul, 2017.

Variável	N	Percentual (%)
Esquecem de tomar os medicamentos	25	25
Descuidam quanto ao horário das medicações	31	31
Deixam de tomar a medicação quando se sentem bem	5	5
Aumentam a quantidade do medicamento quando se sentem mal	9	9

Tabela 4. Distribuição quanto às características relacionadas à farmacoterapia dos hipertensos e/ou diabéticos dos pacientes e prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso. Rio Pardo, Rio Grande do Sul, 2017.

Variável	N	Percentual (%)	Não adesão N	Percentual de não adesão (%)	Valor de p
Supervisão para tomada dos medicamentos de uso contínuo					
Não	95	95	37	38,9	0,349
Sim	5	5	3	60	
Algum medicamento utilizado causa problemas					
Não	87	87	30	34,5	<0,05†
Sim	13	13	10	83,3	
Polifarmácia					
Até 3 medicamentos	92	92	35	38	0,176
Mais que 3 medicamentos	8	8	5	62,5	
Dificuldade para ler o que está escrito na embalagem					
Não	67	67	20	29,9	<0,05†
Sim	33	33	20	60,6	
Dificuldade para ler a prescrição					
Não	53	53	16	30,2	<0,05†
Sim	47	47	24	51,1	
Dificuldade para lembrar de tomar o medicamento					
Não	88	88	30	34,1	<0,05†
Sim	12	12	10	83,3	
Dificuldade para conseguir o medicamento					
Não	88	88	34	38,6	<0,05†
Sim	12	12	6	50	
Dificuldade para tomar todos os comprimidos ao mesmo tempo					
Não	95	95	36	37,9	<0,05†
Sim	5	5	4	80	

*Chi- quadrado de Pearson.

†Associação significativa

6 CONCLUSÃO

A avaliação dos fatores socioeconômicos, comportamentais e de saúde associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes que retiram suas medicações em uma farmácia em Rio Pardo, apresentou resultados significativos. Foi possível verificar que dos fatores associados significativamente com a não adesão, a maioria pertence aos fatores modificáveis, ou seja, fatores estes que através do auxílio dos profissionais de saúde, podem ser revertidos, e assim o paciente poderá ter uma boa adesão à terapêutica medicamentosa.

O conhecimento dos fatores interferentes na adesão do paciente, permite aos profissionais de saúde a realização de estratégias que estejam de acordo com as necessidades de cada paciente, tornando o atendimento mais direcionado, específico e humanizado.

O Diabetes mellitus e a Hipertensão Arterial afetam grande parte da população e a associação das duas doenças é bem frequente, quando não controladas causam complicações que podem ser graves, portanto é importante reconhecer os pacientes que não aderem ao tratamento, para que possam ser realizadas ações que visam evitar estas complicações.

O profissional farmacêutico assume uma papel de grande importância no contexto da adesão ao tratamento medicamentoso, atua informando, aconselhando sobre a melhor maneira de seguir o tratamento, monitorando o tratamento e identificando os casos de não adesão, para que assim possam ser realizadas ações que visam a conscientização do paciente quanta a importância do tratamento medicamentoso, para o controle e tratamento da sua condição clínica.

REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 6. 2009.
- ALVES, A. B.; CALIXTO, A. A. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, v. 30, n. 3, p. 255-60. 2012.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, Alexandria. v. 33, Suppl. 1, p. S62–69. 2010.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Medical management of pregnancy complicated by diabetes. 3rd ed. American Diabetes Association, Clinical Education Series, 2000.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes - 2015. *Diabetes Care*, v. 38, Supplement 1. 2015.
- ARRELIAS, C. C. et al. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus e variáveis sociodemográficas, clínicas e de controle metabólico. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 4, p. 315-322. 2015.
- BASTOS-BARBOSA, R. G. et al. Avaliação da adesão medicamentosa em idosos hipertensos em serviço ambulatorial de geriatria. *Revista Hipertensão*. 2005.
- BRASIL, Ministério do Planejamento, Diretoria de Pesquisas – DPE – Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2013.
- BRITISH HYPERTENSION SOCIETY. Royal College of Physicians. Management in adults in primary care: pharmacological update. Hypertension. NICE Clinical Guideline 18. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/CG018>>. Acesso em: 12 abr. 2017.
- BUSNELLO, R. G. et al. Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 76, n. 5, p. 349-51. 2001.
- CARVALHO FILHA, S. S.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M. Hipertensão: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. *Revista Rene*, v. 12. 2016.

CARVALHO, A. L.; LEOPOLDINO, R. W.; SILVA, J. E.; CUNHA, C. P. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1885-92. 2012.

CASTRO, M. S. de et al. Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension. Report of a double-blind clinical trial with ambulatory blood pressure monitoring. *American Journal of Hypertension*, New York, v. 19, n. 5, p. 528-533, may. 2006.

CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC report. *JAMA*, [S.l.], v. 289, p. 2560-2572, dez. 2003.

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

DANIEL, A. C.; VEIGA, E. V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 331-7. 2013.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, v. 2, n. 2, p. 81-100. 2001.

FREITAS, J.G., NIELSON, S.E., PORTO, C.C. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, v. 13, n. 1, p. 75-84. 2015.

GIROTTO, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A.; MATSUMO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1763-72. 2013.

GRANT, R. W.; DEVITA, N. G.; SINGER, D. E.; MEIGES, J. B. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, v. 26, n. 5, p. 1408-1412. 2003.

GUEDES, M. V. et al. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, n. 6, p. 1038-1042. 2011.

HOLMAN, R. R. et al. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 359(15):1577-1589. 2008.

KIM, C.; NEWTON, K. M.; KNOOP, R. H. Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes. *Diabetes Care*, v. 25, n. 10, p. 1862-1868. 2002.

KLEIN, J. M.; GONÇALVES, A. G. A. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, v. 10, n. 2, p. 113-120. 2005.

LEITE, S. N., VASCONCELOS, M. P. C. Adesão a terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 88302, n. 202, p. 775-782. 2003.

- LESSA, I. et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) – Brasil. *Revista Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 87, n. 6, p. 746-787.2006 .
- LIMA, T. M.; MEINERS, M. M.; SOLER, O. Treatment adherence profile of hypertension patients from the Municipal Health Unit of Fátima, City of Belém, Pará, Amazônia, Brazil. *Revista Pan-Amaz Saude*, v. 1, n. 2, p. 113-20. 2010.
- MARQUES, E. I.; PETUCO, V. M.; GONÇALVES, C. B. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. *Rev Brasileira Cienciado Envelhecimento Humano*, v. 7, n. 2. 2012.
- MENGUE, S. S. et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Revista Saúde Pública*, v. 50, n. 2 p. 8. 2016.
- MION, D. JR; PIERIN, A. M. G.; GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial respostas de médicos brasileiros a um inquérito. *Revista Associação Médica Brasileira*, v. 47, n. 3, p. 249-54. 2001.
- MORISK, D. E., GREEN, L. W., LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*, v. 24,n. 1, p. 67-73, Janeiro. 1986
- NATHAN, D. M. et al. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 353, n. 25, p. 2643-2653. 2005.
- OBRELI- NETO, P. R.et al. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Revista Brasileira de Farmácia*, v. 93, n. 4, p. 403-410. 2012.
- OIGMAN W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 13, n. 1, p. 30-4. 2006.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde, Representação no Brasil e Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Linhas de Cuidados: Hipertensão Arterial e Diabetes. Brasília – DF, 2010.
- POLONSKY, W. H. et al. Structured self-monitoring of blood glucose significantly reduces A1C levels in poorly controlled, noninsulin-treated type 2 diabetes: results from the Structured Testing Program study. *Diabetes Care*, Alexandria, v. 34, n. 2, p. 262–267. 2011.
- RAYMUNDO, A. C. N.; PIERIN, A. M. G. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. 5, p. 811-819. 2014.
- ROMERO, A. D. et al. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa Unidade de Saúde da Família. *Revista Rene*, v.11, n.2, p. 72-8. 2010.
- SANCHEZ, C. G.; PIERIN, A. M.; MION JR, D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 38, n. 1, p. 90-98. 2004.

SEGA, R. et al. Prognostic value of ambulatory and home blood pressures compared with office blood pressure in the general population: follow-up results from the Pressioni Arteriose Monitorate e Loro Associazioni (PAMELA) study. *Circulation, Baltimore*, v. 111, n. 14, p. 1777-1783, apr. 2005.

SILVA, C. S. et al. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária a Saúde. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 3, p. 584-590. 2013.

SOARES, D. A. et al. Adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes: compreensão de elementos intervenientes segundo usuários de um serviço de atenção primária a saúde. *Revista de APS*, v. 17, n. 3, p. 311 – 317, jul./set. 2014

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

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

TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D.; MENGUE, S. S.; ARRIAS, P. S. D.; LUIZA, V.; OLIVEIRA, M. A. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v.50, n.2, p. 10. 2016.

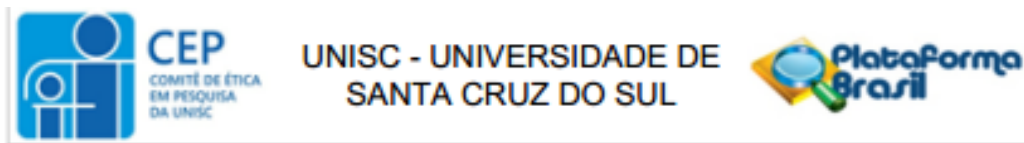
THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 329, n. 14, p. 977–986. 1993.

WEBER, M. A. et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J. Hypertens*, v. 16, n. 1, p. 14-26. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS USUÁRIOS DE UMA FARMÁCIA EM RIO PARDO -

Pesquisador: Ana Paula Helfer Schneider

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70681517.7.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.219.815

Apresentação do Projeto:

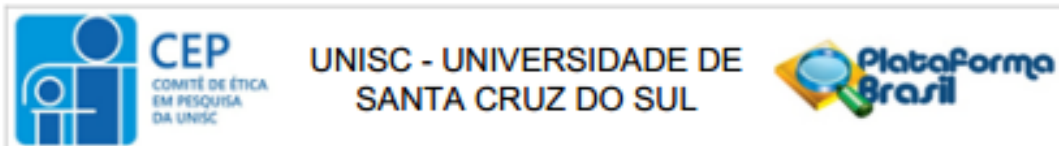
O diabetes mellitus e a hipertensão arterial são doenças crônicas prevalentes e que mais causam complicações. No controle tanto do diabetes mellitus como da hipertensão arterial, a falta de adesão ao tratamento por parte do paciente é um grande problema encontrado pelos profissionais de saúde. É de extrema importância que se conheça os fatores que podem interferir na adesão do paciente, para que possa ser proposto um

esquema terapêutico de acordo com o perfil de cada paciente, com o objetivo de obter resultados positivos quanto ao tratamento. O presente estudo tem como objetivo avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes diabéticos e hipertensos usuários de uma farmácia em Rio Pardo, RS, analisando também o perfil socioeconômico, comportamental e de saúde destes pacientes, para que se possa estabelecer a relação entre estes fatores com a adesão ao tratamento medicamentoso, com o propósito de promover a adesão ao tratamento e aumentar a resolutividade terapêutica.

Trata-se de um estudo transversal, onde será realizada uma entrevista com 100 pacientes portadores de diabetes mellitus e/ou portadores de hipertensão arterial, maiores de 18 anos, usuários da Farmácia em Rio Pardo que estão em tratamento

medicamentoso e que aceitem participar do estudo.

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: 2.219.815

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e os fatores que podem influenciá-la em pacientes diabéticos e hipertensos usuários de uma farmácia em Rio Pardo,RS.

Objetivo Secundário:

- Verificar a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes diabéticos e hipertensos usuários de uma farmácia em Rio Pardo,RS.
- Analisar o perfil socioeconômico, comportamental e de saúde dos pacientes diabéticos e hipertensos usuários de uma farmácia em Rio Pardo, RS.
- Avaliar a relação entre os fatores socioeconômicos, comportamentais e de saúde dos pacientes com a adesão ao tratamento medicamentoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O preenchimento dos questionário poderá expor os participantes a riscos mínimos como cansaço, desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário, e ao lembrar algumas sensações diante do vivido com situações altamente desgastantes.

Benefícios:

Os benefícios para os integrantes desta pesquisa serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática, bem como os resultados encontrados são fatores que devem ser considerados pelos profissionais de saúde para promoção da adesão ao tratamento e aumento da resolutividade terapêutica e da qualidade de vida desses pacientes.

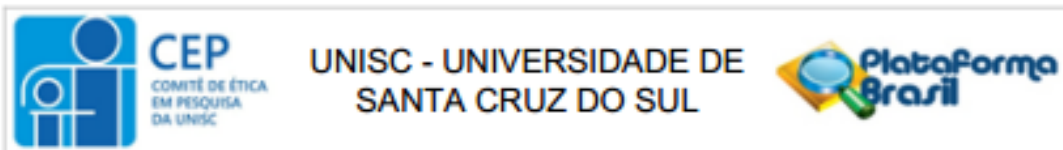
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Pesquisa pertinente para a população à qual se destina.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Presentes e em conformidade com as exigências do CEP-UNISC.

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: 2.219.815

Recomendações:

- O pesquisador acatou as solicitações que lhe foram feitas na primeira avaliação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Não se aplica

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_951901.pdf	10/08/2017 15:16:52		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_atualizado.pdf	10/08/2017 15:13:13	SUELLEN ROSA DA SILVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atualizado.pdf	10/08/2017 15:12:59	SUELLEN ROSA DA SILVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCI_atualizado.pdf	10/08/2017 15:11:35	SUELLEN ROSA DA SILVEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento.jpg	30/06/2017 12:56:27	SUELLEN ROSA DA SILVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTADEACEITE.jpg	29/06/2017 16:41:28	SUELLEN ROSA DA SILVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	29/06/2017 16:34:23	SUELLEN ROSA DA SILVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 15 de Agosto de 2017

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)

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

ANEXO B - Normas da Revista



e-ISSN 1980-6108

ISSN-L 1806-5562

DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108>

Open Access

Solicita-se aos autores que **leiam todas as instruções abaixo** antes de preparar o artigo e antes de iniciar o processo de submissão. Somente serão encaminhados aos revisores os manuscritos que estejam rigorosamente de acordo com as normas especificadas.

As submissões somente poderão ser feitas pela Internet. Na página 6 deste documento estão as **instruções para submissão online**, as quais também devem ser cuidadosamente seguidas.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A Scientia Medica segue as linhas gerais das *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*: <http://www.icmje.org/recommendations/>

Políticas editoriais

Os autores são convidados a consultar as Políticas Editoriais da Scientia Medica, no menu SOBRE, para informar-se sobre foco e escopo, tipos de artigos, avaliação por pares, declaração de conflito de interesses e outras políticas. <http://revistasletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/about/editorialPolicies>

Originalidade, ineditismo e atualidade

- Ao submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade do trabalho não ter sido previamente publicado nem estar sendo analisado por outra revista.
- Não são aceitáveis cópias literais de trechos já publicados, a não ser em casos excepcionais, como citação (ver "REGRAS PARA CITAÇÕES DE TEXTOS NA ÍNTEGRA", página 6 deste documento).
- A Scientia Medica utiliza software de identificação de similaridade: textos copiados serão identificados e o trabalho será devolvido aos autores.
- **NOVO:** A coleta de dados deve ter sido completada há não mais de 02 (dois) anos contando do início do ano atual, e a pesquisa da literatura deve ser atualizada até o semestre precedente à data da submissão.

Ética em pesquisa e publicação

Os artigos originais e os relatos de caso devem necessariamente ter seguido os princípios éticos da pesquisa em seres humanos (<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>) e ter passado pela aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa, devendo este fato ser referido claramente na descrição da metodologia. Não é suficiente informar o número do CAAE. Anexar uma cópia do documento de aprovação (Parecer).

Se pertinente, informar que foi obtido consentimento livre e esclarecido de todos os participantes adultos ou, no caso de menores ou incapazes, de seus representantes legais.

Em caso de estudo experimental com animais, informar que a manutenção e o cuidado aos animais seguem as diretrizes da instituição ou do país para o uso de animais em pesquisa.

No momento da submissão, os autores assumem a responsabilidade de não utilizar dados falsos ou copiados e seguir os princípios de ética em publicação.

Autoria

- Cada pessoa consignada como autor deve ter participado efetivamente do trabalho e assumir a responsabilidade pública pela parte do artigo com a qual contribuiu.
- O documento submetido deve ter sido cuidadosamente lido por todos os autores, que devem concordar com o seu conteúdo.
- **NOVO:** O autor correspondente deve ser aquele que se cadastra no sistema e faz a submissão.
- **NOVO:** O e-mail do autor correspondente deve ser necessariamente o e-mail institucional.
- Pelo menos um dos autores deve ter titulação mínima de especialista. Não são aceitos artigos escritos por estudantes de graduação.
- Sobre direitos autorais, ver o item especial

<http://revistasletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/about/submissions#copyrightNotice>

PREPARAÇÃO DO ARTIGO

Idioma

Os artigos podem ser redigidos em Português, Inglês ou Espanhol, sendo que a linguagem científica requer um estilo claro, simples e conciso.

Documentos que devem ser submetidos

Pelo menos dois arquivos devem ser transferidos: uma **folha de rosto** e o **documento principal**. Abaixo as instruções para a preparação e formatação dos mesmos.

FOLHA DE ROSTO

Fazer download do modelo que se encontra disponível em:

<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/periodicos/ScientiaMedica/folhademosto.docx>

Preencher conforme as instruções e fazer upload do documento no momento da submissão, como documento suplementar.

Atenção: o preenchimento da folha de rosto **não isenta** o autor que faz a submissão de preencher completamente os metadados na página eletrônica, sendo muito importante informar nos metadados os nomes completos de todos os autores e os respectivos e-mails, **VÁLIDOS**.

A folha de rosto não será disponibilizada aos pareceristas, pois a Scientia Medica utiliza o sistema de avaliação por pares duplo-cego:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/about/editorialPolicies#peerReviewProcess>

DOCUMENTO PRINCIPAL

Organização do artigo e outras regras de publicação

A ordem das seções é a seguinte para todos os tipos de artigo: RESUMO, DESCRITORES, ABSTRACT, KEY WORDS, TEXTO PRINCIPAL, REFERÊNCIAS, TABELAS (se houver), FIGURAS (se houver). Observar na tabela abaixo a divisão de cada seção conforme o tipo de artigo. Detalhes sobre a preparação de cada um desses itens encontram-se em "ELEMENTOS TEXTUAIS". Os títulos e subtítulos do artigo não devem ser numerados.

Números de um a nove devem ser escritos por extenso, a não ser quando seguidos por unidade de medida ou quando compoem uma série. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas. Termos estrangeiros e nomes de microorganismos e de espécies animais ou vegetais devem ser escritos em *itálico*. Podem ser usadas siglas de termos compostos, ou abreviaturas, se o termo aparecer pelo menos cinco vezes no texto. Na primeira citação, o termo deve ser escrito por extenso, seguido da sigla ou abreviatura entre parêntesis. Não usar as siglas nem abreviaturas nos resumos e abstracts. Na citação de marcas comerciais informar o nome do fabricante e o local de fabricação (cidade, país), entre parêntesis.

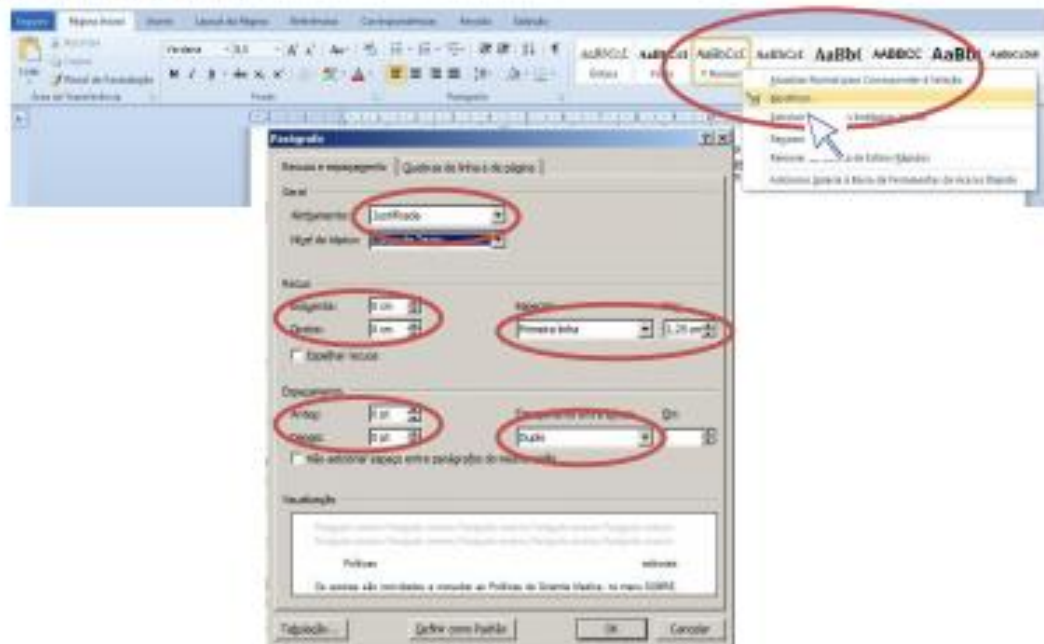
FORMATAÇÃO DO DOCUMENTO PRINCIPAL

Os originais devem ser digitados em formato Word (Microsoft Office), em página tamanho A4 e margens de 2,5 cm. O tamanho de cada documento não deve ultrapassar 2 MB.

De preferência usar o recurso "Estilo" do Word. Aplicar o estilo "Normal" em todo o documento. Para configurá-lo, clicar com o botão direito do mouse em "¶Normal" e com o botão esquerdo clicar em "Modificar". Escolher as seguintes configurações:

- Fonte: Times New Roman 12.
- Parágrafo: alinhamento justificado; recuo de primeira linha por 1,25 cm; sem nenhum espaçamento antes ou depois; espaçamento entre linhas duplo.
- Não usar espaço ou tabulação para criar recuo na primeira linha, usar apenas a configuração do parágrafo.

Configurando o estilo Normal:



FORMATAÇÃO DAS REFERÊNCIAS E TABELAS

As referências podem ser numeradas manualmente ou utilizando a lista de marcadores numerados do Word ou, ainda, por um software gerenciador de referências. Ver instruções e detalhes sobre referências nas páginas 4 a 6 deste documento.

As tabelas são melhor visualizadas com alinhamento à esquerda, sem nenhum recuo de primeira linha e com espaçamento simples entre as linhas. Selecionar cada tabela e aplicar essas configurações. Orientações mais detalhadas sobre a confecção de tabelas encontram-se abaixo, no item "Tabelas".

ELEMENTOS TEXTUAIS

Resumo e Abstract

Deve haver uma versão do Resumo em Português (ou em Espanhol, se o texto principal for nesse idioma) e outra em Inglês (Abstract), com até 350 palavras cada uma. Ambas as versões devem ter exatamente o mesmo conteúdo. Todas as informações que aparecem no Resumo e no Abstract devem aparecer também no texto principal. O Resumo e o Abstract devem ser estruturados, conforme a tabela abaixo.

Descritores (indexadores ou palavras chave) e Key Words

Descritores são termos utilizados na indexação do artigo para que seja localizado, por assunto, por mecanismos de pesquisa eletrônica. O preenchimento correto dos descritores é fundamental para que sua publicação seja facilmente encontrada por outros pesquisadores. A Scientia Medica utiliza como palavras chaves os Descritores em Ciência da Saúde (DeCs), disponíveis pela BIREME/OPAS/OMS, no endereço <http://decs.bvs.br>.

Texto

Deve ser dividido em subtítulos, de acordo com o tipo de artigo (conforme a tabela abaixo). Nos Artigos Originais, a Scientia Medica não aceita que os resultados e a discussão sejam combinados no mesmo subtítulo. **As conclusões não devem constituir um item separado, sendo colocadas como último parágrafo da Discussão.** Nos Artigos de Revisão, as Conclusões podem constituir o último subtítulo, que pode ser alternativamente denominado de Discussão ou Considerações Finais (ver as instruções para Artigos de Revisão). Os subtítulos não devem ser numerados em nenhum dos tipos de artigo.

Subtítulos do Resumo, Abstract e texto principal conforme o tipo de artigo

	RESUMO	ABSTRACT	TEXTO PRINCIPAL
ARTIGO ORIGINAL	<ul style="list-style-type: none"> • OBJETIVOS • MÉTODOS • RESULTADOS • CONCLUSÕES 	<ul style="list-style-type: none"> • AIMS • METHODS • RESULTS • CONCLUSIONS 	<ul style="list-style-type: none"> • INTRODUÇÃO • MÉTODOS • RESULTADOS • DISCUSSÃO
RELATO DE CASO	<ul style="list-style-type: none"> • OBJETIVOS • DESCRIÇÃO DO CASO • CONCLUSÕES 	<ul style="list-style-type: none"> • AIMS • CASE DESCRIPTION • CONCLUSIONS 	<ul style="list-style-type: none"> • INTRODUÇÃO • RELATO DO CASO • DISCUSSÃO
ARTIGO DE REVISÃO	<ul style="list-style-type: none"> • OBJETIVOS • MÉTODOS • RESULTADOS • CONCLUSÕES 	<ul style="list-style-type: none"> • AIMS • METHODS • RESULTS • CONCLUSIONS 	<ul style="list-style-type: none"> • INTRODUÇÃO • MÉTODOS • RESULTADOS DA SELEÇÃO • CONTEÚDO DA REVISÃO <ul style="list-style-type: none"> ◦ Outros subtítulos • DISCUSSÃO ou CONSIDERAÇÕES FINAIS ou CONCLUSÕES

Para a definição de cada tipo de artigo e outras normas específicas, consultar as Políticas de Seção: <http://revistasletronicas.puocs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/about/editorialPolicies#sectionPolicies>

Ver também as normas específicas para Artigos de Revisão: <http://ebooks.puocs.br/edipuocs/periodicos/ScientiaMedica/revisao.pdf>

Entretanto, a Scientia Medica não está aceitando artigos de revisão a não ser por convite.

Agradecimentos, apoio financeiro e conflitos de interesses

Agradecimentos devem ser breves e objetivos, incluindo somente as pessoas ou instituições que contribuíram para o estudo. Eles devem ser colocados na folha de rosto, assim como as informações sobre apoio financeiro e presença de conflitos de interesses. Posteriormente serão colocados como notas no final do artigo.

Tabelas

As tabelas com suas legendas devem ser apresentadas no formato do Word (Microsoft Office). No manuscrito original elas devem ser colocadas após as referências, em novas páginas.

Todas as tabelas (assim como as figuras) devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto e devem ser citadas no mesmo. A legenda deve aparecer em sua parte superior, precedida pela palavra "Tabela", seguida do número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos (ex: Tabela 1, Tabela 2, etc).

As legendas das tabelas devem ser autoexplicativas, de forma que as tabelas sejam compreendidas dispensando consulta ao texto. Explicações mais detalhadas ou específicas devem ser apresentadas em notas e rodapé, identificadas por símbolos na seguinte sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Devem constar, de referência, informações do tratamento estatístico. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas e não usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo ±.

Ao contrário do restante do texto, as tabelas devem ser formatadas sem recuo de primeira linha e com espaçamento entre linhas simples. Na página 3 deste documento, na seção "FORMATAÇÃO DAS REFERÊNCIAS E TABELAS", encontram-se instruções sobre como formatar as tabelas em estilo diferente do texto.

Figuras

As figuras compreendem gráficos, desenhos, fluxogramas, fotografias, etc. Dá-se preferência a figuras originais, produzidas pelos próprios autores. Em caso de figura já publicada anteriormente, seja dos próprios autores ou de autoria de terceiros, os autores deverão indicar a fonte original na legenda e providenciar uma carta de permissão do detentor dos direitos autorais (editora, revista ou autor), sem a qual a figura não poderá ser reproduzida na Scientia Medica. Essa carta de permissão pode ser enviada quando a primeira revisão do artigo pelos autores for submetida.

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto, em números arábicos (Figura 1, Figura 2, etc.) sendo que o texto deve conter a indicação de cada uma. As figuras são colocadas após as tabelas, no final do documento, com as respectivas numerações e as legendas em sua parte inferior. As legendas devem ser sucintas, porém autoexplicativas, com informações claras, de forma a dispensar consulta ao texto.

As figuras produzidas em arquivo de texto, como gráficos e fluxogramas em Word ou Excel, devem ser enviadas na forma original como foram produzidas, ou seja, de maneira que possam ser editadas.

Fotografias e algumas imagens complexas devem ser enviadas sob forma de arquivos de imagem (de preferência em formato JPG) com resolução mínima de 300 dpi, para que sejam melhor visualizadas na página eletrônica, embora sem exceder 2 MB. Assim como a Folha de Rosto, os arquivos de imagem devem ser transferidos como "Documento Suplementar", no local apropriado. As legendas das figuras enviadas como anexo devem ser colocadas, com a respectiva numeração, no final do texto principal do artigo, após as referências, e também nos metadados do documento suplementar, conforme as instruções que são dadas no momento da submissão.

Referências

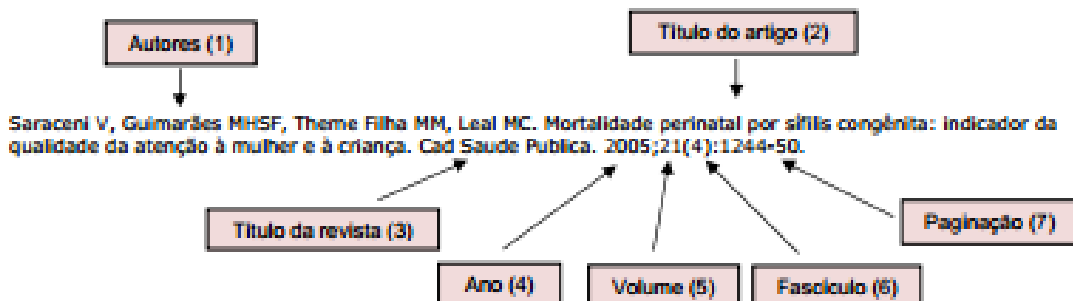
Todas as referências citadas no texto e apenas estas, devem aparecer na lista de referências. A numeração da lista segue a ordem de aparecimento no texto. Cada número deve aparecer após o texto correspondente, entre colchetes e antes da pontuação. Esta regra mudou em 2015. Para exemplos, pedimos consultar os artigos publicados a partir do volume 25 (2015). Quando a citação contiver mais de um número, separar cada número por vírgula. **Mais de dois** números seguidos, colocar somente o primeiro e o último, separados por hífen; se forem somente dois números seguidos, separar por vírgula.

A lista de referências deve ser elaborada conforme o estilo Vancouver. Exemplos dos tipos de referências mais utilizados são apresentados a seguir. Solicita-se aos autores não colocar o DOI, que será acrescentado depois pela equipe editorial.

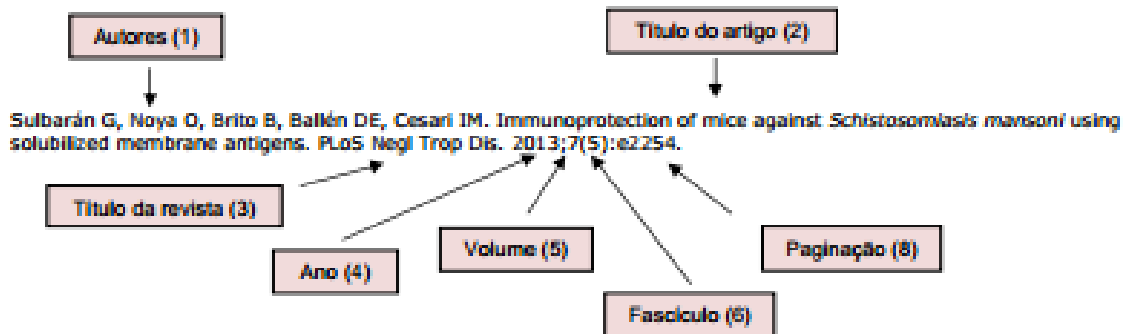
Normas e exemplos também podem ser consultados através do site:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7236/>

Artigo em periódico impresso ou eletrônico com paginação – exemplo



Artigo em periódico somente eletrônico com paginação especial – exemplo



(1) Nomes dos autores

- Citar todos os nomes, independentemente do número de autores.
- Sobrenome seguido pelas iniciais de prenome e nome(s) do meio, sem ponto.
- Cada autor separado por vírgula e no final com ponto.

(2) Título do artigo

- Somente primeira palavra iniciando em maiúscula (a não ser nomes próprios).
- Ponto no final e espaço.

(3) Título da revista

- Abreviado conforme as normas do Medline.
- Sem pontos no meio, apenas no final e espaço.

(4) Ano da publicação

- A *Scientia Medica* opta por não colocar o mês da publicação.
- Ponto e vírgula após o ano.
- Sem espaços entre ano, volume, fascículo e paginação.

(5) Volume

- Sem pontuação, seguido pelo parêntese com o número do fascículo. Caso não tenha o número do fascículo, dois pontos são colocados logo após o volume.

(6) Fascículo

- Sempre que possível colocar o número do fascículo, entre parêntese e com dois pontos após.

(7) Paginação em revista impressa

- Primeira e última páginas, separadas por hífen e terminando com ponto.
- Não repetir na última página os números que já estão na primeira página. Exemplo: ao invés de 281-287 escrever 281-7.

(8) Paginação em revista apenas eletrônica

- De acordo com cada revista. Geralmente é colocado o número de página informado na publicação, precedido pela letra "e".

(9) DOI (Digital Object Identifier)

- Se a revista citada tiver edição eletrônica e o artigo citado tiver DOI, a equipe editorial colocará o mesmo após a referência completa. Pede-se aos autores que somente coloquem o DOI se o artigo citado ainda estiver em publicação "ahead of print".

Artigo em periódico com edição impressa e eletrônica

Como no exemplo impresso.

Livro ou monografia – exemplos

- Autor(es) pessoal(is)

Clotet, J. Bioética – uma aproximação. 2ª ed. Porto Alegre: Edipucrs; 2006.

(Indicação da edição (a primeira não se indica) sempre deve ser no idioma do livro - Se em português: 2ª, 3ª. Se em Inglês: 2nd, 3rd, 4th.)

- Editor(es), compilador(es) como autor(es)

Remington JS, Klein JO, Wilson CB, Nizet V, Maldonado YA, editors. *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant*. 7th ed. Pennsylvania: Elsevier Saunders; 2011.

Capítulo de livro – exemplo

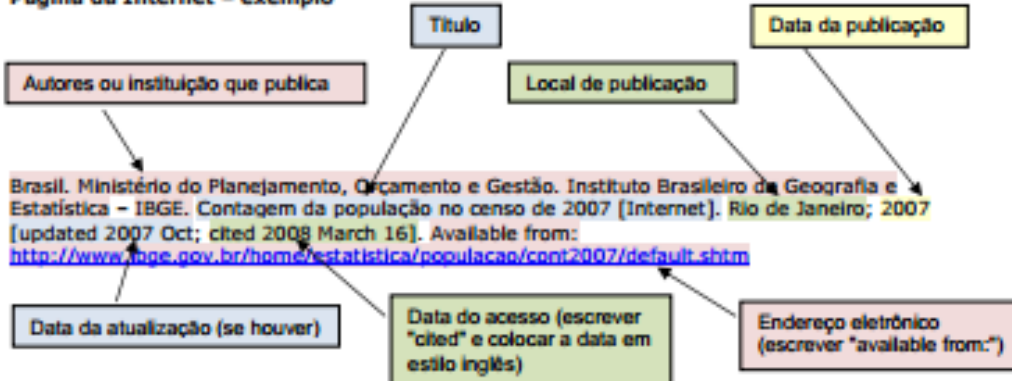
Remington JS, McLeod R, Wilson CB, Desmonts G. *Toxoplasmosis*. In: Remington JS, Klein JO, Wilson CB, Nizet V, Maldonado YA, editors. *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant*. 7th ed. Pennsylvania: Elsevier Saunders; 2011. p. 918-1041.

Dissertação – exemplo

Silva MM. O sono da criança e a amamentação [dissertation]. [Porto Alegre]: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008. 134 p.

Tese – exemplo

Padoin, AV. Influência da zona doadora na concentração de células-tronco derivadas do tecido adiposo em mulheres [thesis]. [Porto Alegre]: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008. 53 p.

Página da Internet – exemplo

Para outros tipos de publicações, consultar <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>

REGRAS PARA CITAÇÕES DE TEXTOS NA ÍNTEGRA

Tanto nos artigos originais quanto nos artigos de revisão, devem ser evitadas citações literais, mesmo que acompanhadas pela referência do autor original. Não é aceitável que um texto seja escrito com base em citações literais. Em casos excepcionais, nos quais seja realmente necessário copiar as palavras de outro autor, utilizar as seguintes regras: após a citação do nome do autor, seguido pelo número da referência correspondente, um trecho de até 3 linhas pode ser colocado entre aspas. Trechos maiores precisam ser destacados com fonte dois pontos menor e parágrafo com recuo de 3 cm à esquerda.

INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO ONLINE

Para iniciar o processo de cadastro e submissão, entrar em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/about/submissions>

A apresentação inicial por padrão da página eletrônica da Scientia Medica é no idioma Inglês. Para submeter um artigo em Português é importante selecionar o idioma Português no menu correspondente, para que os itens da submissão fiquem corretos. Se o artigo estiver em Inglês, a submissão poderá seguir na interface inicial.

O autor que faz a submissão precisa cadastrar-se no site, onde escolherá um nome de usuário e uma senha. Marcar a opção "Autor" na parte de baixo do formulário de cadastro, além de "Leitor", que já vem marcada. Uma vez cadastrado, poderá entrar no sistema a qualquer momento, com seu login e senha (em ACESSO, no menu superior da página eletrônica). O autor correspondente necessariamente será aquele que fez a submissão. Entretanto, todos os autores receberão as comunicações da equipe editorial.

Automaticamente ao concluir o processo inicial de cadastro, ou quando uma pessoa previamente cadastrada entra com seu login e senha, o sistema remete para a "Página do Usuário", que lista as funções que a pessoa pode assumir na revista. Clicando na função de autor, aparece a lista de suas submissões ativas, e uma nova submissão pode ser iniciada.

O autor não precisa concluir os passos da submissão de uma vez só, podendo retomar a qualquer momento às submissões listadas como "Incompletas", na lista de submissões ativas. É essencial seguir rigorosamente as instruções que irão aparecendo nos cinco passos da submissão.

ESCOLHA DA SEÇÃO

No início da submissão, o autor escolhe a seção em que o artigo deve ser inserido. É muito importante que o autor se informe sobre as normas específicas para cada tipo de seção. Além das instruções já fornecidas nestas Diretrizes, informações sobre cada tipo de artigo estão no menu "Políticas de Seção":

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/about/editorialPolicies#sectionPolicies>

ESCOLHA DO IDIOMA DO DOCUMENTO PRINCIPAL

Deve ser marcado o idioma em que está redigido o texto principal. Em qualquer dos idiomas, sempre serão exigidos o Resumo (em Português) e o Abstract (resumo em Inglês), assim como os títulos nesses dois idiomas.

CONDIÇÕES DE SUBMISSÃO

O autor que está fazendo a submissão terá que assinalar vários itens em que todos os autores assumem a responsabilidade de atender às normas e diretrizes da Scientia Medica. Os itens devem ser lidos com atenção e, se algum deles não estiver sendo observado, o autor deve interromper a submissão e tomar as devidas providências para que as condições sejam cumpridas.

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista. O trabalho não contém dados falsificados, nem cópia de trabalhos publicados.
- Os autores consultaram as Instruções para Autores em todos os seus detalhes e os documentos submetidos seguem rigorosamente todas as normas para publicação.
- Além do original do artigo, está sendo enviada uma Folha de Rosto como Documento Suplementar, com todas as informações solicitadas. O template para a folha de rosto é encontrado dentro do documento Instruções para Autores, sob forma de um link que dá acesso a um arquivo em Word.
- Todos os autores do artigo estão informados e concordam com as políticas editoriais da Revista, leram o manuscrito que está sendo submetido e estão de acordo com o mesmo. Os nomes completos e e-mails de todos os autores estão preenchidos nos metadados da página eletrônica, além da folha de rosto.
- Está explicitada a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (somente para estudos originais com seres humanos ou animais, incluindo relatos de casos).

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

Os autores declaram aceitar a política de direito autoral praticada pela revista. A submissão de originais para a Scientia Medica implica na transferência, pelos autores, dos direitos de publicação impressa e digital. Os direitos autorais para os artigos publicados nesta revista são do autor, com direitos da revista sobre a primeira publicação. Os autores somente poderão utilizar os mesmos resultados em outras publicações indicando claramente a Scientia Medica como o meio da publicação original. Em virtude de tratar-se de um periódico de acesso aberto, é permitido o uso gratuito dos artigos, principalmente em aplicações educacionais e científicas, desde que citada a fonte. A Scientia Medica adota a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0): https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/ deed.pt_BR

TRANSFERÊNCIA DO ARTIGO

Procurar o documento principal no computador e transferi-lo.

INCLUSÃO DOS METADADOS

Os metadados precisam ser cuidadosamente preenchidos. Por favor, siga estas instruções.

Os nomes completos de **TODOS** os autores do artigo devem ser acrescentados no site da submissão, na ordem de autoria, e na mesma em que aparecem na página de rosto, assim como seus endereços de e-mail, instituições de origem (denominadas de "afiliação"), títulos e funções. As titulações podem ser digitadas no campo "Resumo da Biografia". É muito importante que a pessoa que faz a submissão coloque endereços de e-mail válidos para todos os autores, no campo específico. O e-mail do autor correspondente precisa ser o institucional.

Inclusão dos metadados em Inglês

Ao terminar de preencher os dados em Português, clicar no menu "adicionar dados em outro idioma" (não é o mesmo menu de escolha do idioma inicial de interface), localizado na parte central superior da página dos metadados. Escolher "English" e clicar em "submeter", para incluir o título, resumo e palavras chave em Inglês.

Informar ao sistema o idioma em que o texto principal do documento está redigido. Se o artigo estiver escrito em Português, marcar "pt"; se estiver em Inglês, marcar "en"; em Espanhol, marcar "es". A identificação do idioma é importante para a indexação do artigo nas bases de dados e para que a interface apareça corretamente.

TRANSFERÊNCIA DE DOCUMENTOS SUPLEMENTARES


A folha de rosto, preenchida conforme as instruções fornecidas nestas Diretrizes para Autores, e o documento de aprovação pelo comitê de ética em pesquisa, devem ser transferidos separadamente como documentos suplementares.

Se houver arquivos de imagem, conforme explicitado na página 4 deste documento, também devem ser transferidos como documentos suplementares. O sistema permite a inclusão de vários documentos.

INFORMAÇÃO DO ISSN DA SCIENTIA MEDICA NO CV LATTES E PLATAFORMA SUCUPIRA

Solicitamos aos autores que ao preencherem sua produção científica na Plataforma Lattes (CNPq) e na Plataforma Sucupira (CAPES), em relação às novas publicações, seja informado o ISSN 1980-6108 (eletrônico), pois a partir de 2015 a Scientia Medica passou a não ter mais edição impressa. Entretanto, o ISSN 1806-5562, anteriormente concedido à edição impressa, continua válido e atualmente é denominado de ISSN-L.

ANEXO C - Questionário

 UNISC UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL		AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS USUÁRIOS DE UMA FARMÁCIA EM RIO PARDO - RS	
Nome:	Telefone:	Iniciais _____	
Coletador:	Colet _____		
Data de coleta: __/__/____	Coldat __/__/____		
1. Qual é sua idade? __ __ (anos completos)	ID: _____		
2. Sexo (observar) (1) Masculino (2) Feminino	SEXO _____		
3. Cor ou raça (observar)(1)Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena	COR: _____		
DADOS COMPORTAMENTAIS E DE SAÚDE			
<Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o(a) Sr(a)>			
4. O(A) Sr(a) sabe ler e escrever? (0) Não →8 (1) Sim(2) Só assina o nome →8 (9) IGN	LER _____		
5. Até que série o(a) Sr(a) completou na escola? _____ anos de estudo (9) IGN	ESCOLA _____		
6. Em relação a sua alimentação quantas vezes por semana o(a) Sr(a) costuma comer frutas ? (0) Nunca(1) 1 vez/ semana (2) 2-3 vezes/semana (3) 4-6 vezes/semana (4) Sempre (9) IGN	FRU _____		
7. E quantas vezes por semana o(a) Sr(a) costuma comer verduras? (0) Nunca(1) 1 vez/ semana (2) 2-3 vezes/semana (3) 4-6 vezes/semana (4) Sempre (9) IGN	VERD _____		
8. O(a) Sr(a) realiza, regularmente, algum tipo de atividade física no seu lazer, tais como exercícios físicos (ginástica, caminhada, corrida), esportes, ou artes marciais? (0) Não(1) Sim Se não: Tem interesse? (0) Não(1) Sim Se sim: Quantas vezes na semana? ____ (0) Não (1) Sim Há quanto tempo o(a) Sr(a) realiza regularmente algum tipo de atividade física? ____ anos	AFISIC ____ INTEAF ____ VSAT ____ TAFIS ____		
9. O(A) Sr(a) fuma ou já fumou? (0) Não(1) Sim (2) Ex-fumante Se sim: Há quanto tempo você fuma? __ anos (00 = se menos de 1 ano) Quantos cigarros por dia? __ Se ex-fumante: Há quanto tempo parou (há quantos anos)? __ (00 = se menos de 1 ano)	FUMA ____ FUMTEM ____ CIGDIA ____ FUMEX ____		
10. Com que frequência o(a) Sr(a) costuma ingerir bebida alcoólica? (0) Não consome bebida alcoólica →15 (1) Todos os dias (2) 5 a 6 dias por semana(3) 3 a 4 dias por semana (4) 1 a 2 dias por semana (5) Quase nunca (9) IGN	FREALCM ____		
11. Em um único dia o(a) Sr(a) chega a tomar mais do que 01 lata de cerveja ou mais do que 01 taça de vinho ou mais do que 01 dose de qualquer outra bebida alcoólica? (0) Não →20(1) Sim (8) NSA (9) IGN	QUALCM ____		
12. No último mês, o(a) Sr(a) chegou a consumir 05 ou mais doses de bebida alcoólica em um único dia? (0) Não (1) Sim (8) NSA(9) IGN	QUADIA ____		
13. Como o (a) Sr(a) considera a sua saúde? (1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim(8)NSA (9) IGN	SAUD ____		
14. Algum médico já disse que o(a) senhor(a)tem: a) Açúcar no sangue ou Diabetes b) Colesterol alto ou gordura no sangue c) Problemas de circulação ou vasculares d) Fraqueza nos ossos ou Osteoporose e) Bronquite/Asma f) Reumatismo / Artrite / artrose g) Depressão / ansiedade/ problema de	(0) Não(1)Sim (9)IGN (0) Não(1)Sim (9)IGN (0) Não(1)Sim (9)IGN (0) Não(1)Sim (9)IGN (0) Não(1)Sim (9)IGN (0) Não(1)Sim (9)IGN (0) Não(1)Sim (9)IGN (0) Não(1)Sim (9)IGN		DIAB ____ COL ____ CIR ____ OSTE ____ ASM ____ ART ____ DEP ____ CORI ____

nervos h) Problemas no coração i) Pressão alta ou HAS j) Tumor ou Câncer k) Outro	(0) Não(1)Sim (9)IGN (0) Não(1)Sim (9)IGN	HIP __ CAN__
15.O(a) Sr(a) tem trabalho remunerado? (1)Sim (2) Aposentado(3)Desempregado (4) Encostado (5) Dona de casa (6) Estudante Outro: _____ Há quanto tempo o(a) Sr(a) é <SITUAÇÃO OCUPACIONAL>? _____		TRAB __ TTRAB __
16. Qual a sua situação conjugal atual? Ler opções (1) Casado(a) ou com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) (3) Separado(a) (4) Viúvo(a)		SITCONJ __
17. Quantas pessoas moram com o(a) Sr(a)? _____		NMORA __
18. Pensando no último mês qual foi a renda total mensal das pessoas que moram no seu domicílio, somando a sua e a de todos os outros, considerando todas as fontes, como salários, horas extras, aluguéis, bicos, pensões, aposentadorias, etc.? (Não incluir empregados domésticos) R\$ _____		RENDA __ __. __ __ __. __ __
DADOS SOBRE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE		
<Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre consultas ao médico>		
19. O(a) Sr(a) possui plano de saúde? (0) Não(1) Sim (99)IGN		PLANO __
20. O o(a) Sr(a) mora em um região que recebe a visita da equipe de saúde da família: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitária de saúde? (0) Não (1) sim Se sim: Quanto tempo faz que o(a) Sr(a) recebeu a última visita? _____ meses(9) IGN		VISITA __
21. Desde <SEIS MESES ATRÁS>o(a) Sr(a) consultou com médico por qualquer problema de saúde? (0) Não (1) Sim (9)IGN Se sim: Quantas vezes? _____(9)IGN Quando foi a última vez? _____ (9)IGN Se não: Porque o(a) Sr(a) não consultou? (1) não senti necessidade (2) sentiu necessidade mas não foi por _____		CON__ NCON __ TCON __ PQONCON__
22. Qual o principal motivo deste último atendimento? (11) Buscar medicamento, ou receita (17) Vacinação (12) Acidente ou lesão (18) Problema odontológico (13) Atestado de saúde (14) Acompanhamento de doença crônica, reabilitação, rotina (15) Problema de saúde não crônico (20) outro _____		MOTCON__
23. Pensando neste último atendimento onde o(a) Sr(a) procurou atendimento em primeiro lugar? (11) ESF do seu bairro (12) Outro posto, centro de saúde, ESF (13) Clínica, ambulatório de empresa, sindicato, igreja (14) Ambulatório ou consultório de hospitais ou faculdades (públicos) (15) Ambulatório ou consultório de hospitais particulares (16) Clínica, consultório médico particular ou convênio (17) Consultório de outro profissional de saúde (psicólogo, fonoaudiólogo, etc.) (18) Pronto-socorro ou emergência (19) Hospital para internação (20) Farmácia (21) Outro _____		LOCALCON__
24. Neste último atendimento o médico: (1) Receitou algum novo remédio (4) Mudou ou trocou alguma medicação		MEDCON __

(2) Renovou a receita	(5) Outro	
(3) Suspendeu algum medicamento		
25. Como o(a) Sr(a) costuma obter seus medicamentos? (1) Ganha todos(2) Compra todos (3)Ganha ou compra parte (9)IGN		OBMED __
26. Com relação ao(s) remédio(s) que o(a) Sr(a) precisa utilizar continuamente por indicação médica, isto é, precisa usar todos os dias (ou quase todos) sem data para parar, o(a) Sr(a):		USOMED__
a) Toma sozinho	(0) Não(1)Sim (9)IGN	TOMAS __
b)Precisa de supervisão (incluindo supervisão à distância) para assegurar que lhe tome adequadamente seus medicamentos	(0) Não(1)Sim (9)IGN (0) Não(1)Sim (9)IGN	SUPER__ CAIXA__
c)Os medicamentos são organizados em uma caixa semanalmente (preparada por outra pessoa)	(0) Não(1)Sim (9)IGN	TRAZER__
d)Alguém deve lhe trazer os medicamentos na hora certa		
Teste de Morisk		
<Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) pensa-se em todos os remédios que precisa utilizar continuamente por indicação médica, isto é, precisa usar todos os dias (ou quase todos) sem data para parar>		
27. O(a) Sr(a) alguma vez esquece de tomar os seus remédios? (0) Não(1) Sim		ESQ __
28. O(a) Sr(a), as vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar os seus remédios? (0) Não (1) Sim		DESC __
29. Algumas vezes, quando o(a) Sr(a) se sente bem, deixa de tomar os seus remédios? (0) Não(1) Sim		BEM __
30. Algumas vezes, se o(a) Sr(a) se sentiu mal, aumentou a quantidade de remédio a ser tomado? (0) Não(1) Sim		MAL __
31. Teste de Morisky: respostas negativas: (0) zero adesão (1) ≥ 1 não adesão		ADTMG __
RESPONDER O QUADRO DOS MEDICAMENTOS		
<Agora pensado em todos os seus remédios>		
32. Algum de seus remédios causa problemas para você? (0) Não(1)Sim Se sim: Qual(is) o(s) remédio(s) que causam problemas? 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		MEDPR __
33. Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus remédios. <Quanto difícil é para você > a) Abrir ou fechar a embalagem: (1) Muito difícil(2)Um pouco difícil (3) Não muito difícil Medicamento: b) Ler o que esta escrito na embalagem: (1) Muito difícil (2)Um pouco difícil (3) Não muito difícil Medicamento: c) Lembrar de tomar todo o remédio: (1) Muito difícil (2)Um pouco difícil (3) Não muito difícil Medicamento: d) Conseguir o medicamento: (1) Muito difícil(2)Um pouco difícil (3) Não muito difícil Medicamento: e) Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo: (1) Muito difícil(2)Um pouco difícil (3) Não muito difícil Medicamento: f) Ler o que está escrito na prescrição do médico: (1) Muito difícil(2)Um pouco difícil (3) Não muito difícil Medicamento:		EMB__ LER__ LEM__ CON__ TOM__ LERPM__
34. Nos últimos quinze dias o(a) Sr(a) deixou de usar algum remédio receitado pelo médico? (0) Não (1) Sim		NMED __

<p>Se sim: Qual o motivo que deixou de usar? (1) Não quis (2) Esqueceu (3) Não tinha no Posto de abrangência (4) Não podia pagar (5) Não tinha em outro posto, Farmácia do SUS (6) Receita vencida (7) Outro motivo ____</p>	
<p>35. NÚMERO TOTAL DE MEDICAMENTOS RELATADOS: ____</p>	<p><i>NAOM</i>__</p>

<Agora vamos falar somente sobre os remédios receitados por médico que o (a) Sr(a) utilizou nos últimos sete dias, ou seja, desde <DIA DA SEMANA ANTERIOR>												
36. Nos últimos SETE dias o(a) Sr(a) usou algum remédio receitado por médico para a <CITAR A DOENÇA QUE LEVOU A INTERNAÇÃO>? (0) Não →46 (1) Sim											Medic ___	
<Agora eu gostaria de saber o nome do(s) deste(s)remédio(s) receitados por médico que o(a) Sr(a) utilizou nos últimos sete dias>												
37. Medicamentos	a. Dose (mg) (888 = NSA)	b. Quantas vezes ao dia o(a)Sr(a) toma esse remédio?	c. Nos últimos setes dias quantos dias você tomou o remédio? (9 = IGN))	d. Quantas vezes por dia o(a)Sr(a) tomou esse remédio? (9 = IGN)	e. Quantos comprimidos o(a)Sr(a) tomou em cada vez? (9 = IGN)	f. Quantas vezes o(a)Sr(a) esqueceu de tomar algum comprimido? (9 = IGN)	g. Como essa medicação funciona para o(a)Sr(a) ? (1) Bem (2) Regular(3) Não funciona bem (9 = IGN)	h. O(a) Sr(a) necessita realizar algumas ações extra? (0) Nenhuma ação (1) Partir ou triturar (2) Dissolver (3) Preparar a injeção (4) Aplicar a injeção (5) Múltiplas unidades (6) Passar a pomada (7)Outro _____	i. O(a) Sr(a) recebeu alguma instruções adicional? (0) Nenhuma ação (1) Tomar em jejum (2) Tomar após refeição (3) Líquido específico (4) Doses alternadas (5) Aumentar dose (6) Diminuir dose (7) Horário específico (8) outro _____	j. Quantas vezes por dia o(a)Sr(a) segue estas instruções adicionais?	k. Quem indicou este remédio? (1) Médico ESF (2) Outro médico (3) Outro (9) IGN	L. Como conseguiu este remédio? (1)Pagou do ESF (2)Grátis, do SUS (3)Grátis, do SUS (4)Grátis na farmácia popular (5) Grátis de outro modo
m01 _____	a01 __ __	b01 __	c01 __	d01 __	e01__	f01__	g01__	__; __; __ h01 __ pontos	__; __; __ i01__ pontos	j01__	k01__	l01__
m02 _____	a02 __ __	b02 __	c02 __	d02__	e02__	f02__	g02__	__; __; __ h02__ pontos	__; __; __ i02__ pontos	j02__	k02__	l02__
m03 _____	a03__ __	b03 __	c03 __	d03 __	e03__	f03__	g03__	__; __; __ h03__ pontos	__; __; __ i03__ pontos	j03__	k03__	l03__
m04 _____	a04 __ __	b04 __	c04 __	d04 __	e04__	f04__	g04__	__; __; __ h04__ pontos	__; __; __ i04__ pontos	j04__	k04__	l04__

m05 _____	a05__ __	b05__	c05__	d05__	e05__	f05__	g05__	__; __; __ h05__ pontos	__; __; __ i05__ pontos	j05__	k05__	l05__
m06 _____	a06__ __	b06__	c06__	d06__	e06__	f06__	g06__	__; __; __ h06__ pontos	__; __; __ i06__ pontos	j06__	k06__	l06__
m07 _____	a07__ __	b07__	c07__	d07__	e07__	f07__	g07__	__; __; __ h07__ pontos	__; __; __ i07__ pontos	j07__	k07__	l07__
m08 _____	a08__ __	b08__	c08__	D08__	e08__	f08__	g08__	__; __; __ h08__ pontos	__; __; __ i08__ pontos	j08__	K08__	l08__
m09 _____	a09__ __	b09__	c09__	d09__	e09__	f09__	g09__	__; __; __ h09__ pontos	__; __; __ i09__ pontos	j09__	k09__	l09__
m10 _____	a10__ __	b10__	c10__	d10__	e10__	f10__	g10__	__; __; __ h10__ pontos	__; __; __ i10__ pontos	j10__	k10__	l10__
m11 _____	a11__ __	b11__	c11__	d11__	e11__	f11__	g11__	__; __; __ h11__ pontos	__; __; __ i11__ pontos	j11__	k11__	l11__
M12 _____	a12__ __	b12__	c12__	d12__	e12__	f12__	g12__	__; __; __ h12__ pontos	__; __; __ i12__ pontos	j12__	k12__	l12__

