

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

Julia Secretti

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, COMPORTAMENTAL, DE SAÚDE E
FARMACOTERAPÊUTICO DE USUÁRIOS HIPERTENSOS DA FARMÁCIA
MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL - RS**

Santa Cruz do Sul
2018

Julia Secretti

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, COMPORTAMENTAL, DE SAÚDE E
FARMACOTERAPÊUTICO DE USUÁRIOS HIPERTENSOS DA FARMÁCIA
MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL - RS**

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

Orientadora: Ana Paula Helfer Schneider

Santa Cruz do Sul
2018

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica que mais causa complicação cardiovascular. Os profissionais de saúde enfrentam um grande problema com os pacientes portadores de HAS devido à falta de adesão ao tratamento. O presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil sociodemográfico, comportamental de saúde e farmacoterapêutico de usuários hipertensos da farmácia municipal de Santa Cruz do Sul - RS e 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 foi realizada uma entrevista com 100 pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, usuários da Farmácia Municipal de Santa Cruz do Sul -RS que estão em tratamento medicamentoso e que aceitaram a participar do estudo. Observou-se que a maioria dos entrevistados eram do sexo feminino (71%), na faixa etária dos sessenta anos ou mais (58%) e 50% dos pacientes entrevistados não aderem ao tratamento medicamentoso. 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, garantindo assim um bom controle de sua doença e evitando o aparecimento de complicações, devido à falta de adesão. É importante planejar um esquema terapêutico de acordo com o perfil de cada paciente, com o objetivo de obter resultados positivos quanto ao tratamento. O profissional farmacêutico torna-se fundamental neste processo.

Palavras-chave: Adesão. Hipertensão arterial. Tratamento medicamentoso. Tratamento não medicamentoso.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a chronic disease that causes cardiovascular complications. Health professionals face a major problem with patients with SAH due to lack of adherence to treatment. The present study aimed to evaluate the sociodemographic, behavioral health and pharmacotherapeutic profile of hypertensive users of the municipal pharmacy of Santa Cruz do Sul - RS and to establish the relationship between these factors and adherence to drug treatment, in order to promote adherence to treatment and increase therapeutic resolution. This is a cross-sectional study, where an interview was conducted with 100 patients with systemic arterial hypertension, users of the Santa Cruz do Sul Municipal Pharmacy -RS who are under drug treatment and who accepted to participate in the study. It was observed that the majority of interviewees were female (71%), in the age group of sixty or more (58%) and 50% of the patients interviewed did not adhere to the drug treatment. 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 appearance of complications due to lack of adherence. It is important to plan a therapeutic scheme according to the profile of each patient, in order to obtain positive treatment results. The pharmacist is essential in this process.

Keywords: Adhesion. Arterial hypertension. Medicinal treatment. Non-medicated treatment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo geral	8
2.2 Objetivos específicos.....	8
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO	9
3.1 Hipertensão arterial sistêmica	9
3.2 Fatores de risco da HAS	10
3.3 Tratamento medicamentoso do hipertenso	11
3.3.1 Agentes anti-hipertensivos	12
3.3.2 Diuréticos	13
3.3.3 Agentes de ação central	14
3.3.4 Betabloqueadores	14
3.3.5 Alfabloqueadores	15
3.3.6 Vasodilatadores diretos	15
3.3.7 Bloqueadores dos canais de cálcio	15
3.3.8 Inibidores da enzima conversora da angiotensina	16
3.3.9 Inibidores diretos da renina	16
3.4.1 Tratamento não-medicamentoso	17
3.5 Adesão ao tratamento medicamentoso do hipertenso	18
3.6 Prevalência da não adesão farmacológica	18
4 MÉTODO DE PESQUISA	20
4.1 Tipo de estudo	20
4.2 População e amostra	20
4.3 Critérios de inclusão	20
4.4 Critérios de exclusão	20
4.5 Coleta de dados	20
4.6 Estudo piloto	21
4.7 Análise dos dados	21
4.8 Considerações éticas	21

4.9 Divulgação dos resultados da pesquisa.....	22
4.10 Riscos/Benefícios da pesquisa	22
5 Resultados.....	23
6 Discussão.....	31
7 Conclusão.....	34
Referências	35
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	39
ANEXO B – Questionário	42

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão crescendo em ritmo acelerado, gerando um grande problema na área da saúde. Portanto a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) se destaca com grande número de óbitos, apesar do avanço do sistema único de saúde (SUS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A maioria dos casos é tratado através do uso de medicação e com a utilização correta levará ao sucesso terapêutico. A influência para se obter resultados terapêuticos, se dá através da adesão ao tratamento medicamentoso com auxílio do profissional da saúde e do comportamento pessoal (MENGUE et al.; 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em torno de 50% da população não adere ao tratamento devido ao longo prazo da terapia medicamentosa. Entretanto, esta baixa adesão ao tratamento é explicada por fatores, como pela limitação de acesso aos medicamentos disponíveis através de serviços de saúde, uso irregular da medicação por ser tratar de uma doença assintomática, ineficácia do fármaco, entre outros (REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014).

Um dos fatores mais importante no tratamento da HAS é a adesão ao tratamento, sendo que 40% a 60% dos indivíduos fazem uso de medicação. A elaboração de estratégias é necessária para aumentar a adesão, estão melhores esquemas de tratamento, educação do paciente, comunicar-se mais com o médico e demais profissionais da área da saúde (BARBOSA; LIMA, 2006).

A prevalência para HAS no Brasil, está em torno de 10% a 20%, somando 15 a 30 milhões de pessoas com Hipertensão. Entre estes, 65% pertencem a idosos, 7% crianças e adolescentes e 25% negros. Em torno de 16% a 50% que começam o tratamento, desistem no primeiro ano. Algumas alterações no organismo podem acontecer, por isso é muito importante seguir corretamente com o tratamento medicamentoso e não medicamentoso (OLIVEIRA et al.; 2011).

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil sociodemográfico, comportamental de saúde e farmacoterapêutico de usuários hipertensos da Farmácia Municipal de Santa Cruz do Sul – RS, para que se possa estabelecer a relação entre estes fatores com a adesão ao tratamento medicamentoso.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAL

Avaliar o perfil sociodemográfico, comportamental, de saúde e farmacoterapêutico de hipertensos usuários da Farmácia Municipal de Santa Cruz do Sul.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o perfil sociodemográfico, comportamental de saúde farmacoterapêutico de hipertensos da Farmácia Municipal;
- Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes hipertensos;
- Propor estratégias para melhorar a adesão farmacológica dessa população.

3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica afetada mundialmente, sendo um fator de risco de mortalidade no Brasil. Essa doença é diagnosticada devido ao aumento da pressão da qual o sangue faz na parede das artérias. Considera-se que uma pessoa é hipertensa quando a pressão arterial se mantém igual ou acima de 140 mmHg (pressão sistólica) e igual ou acima de 90 mmHg (pressão diastólica) (ALVES; CALIXTO, 2012).

A HAS possui um fator de risco elevado, sendo considerado o principal problema de saúde pública no mundo. O controle necessita de um acompanhamento e tratamento por toda a vida, porém se nem todos os hipertensos fazem o controle adequado da pressão arterial, irá comprometer-se com o sucesso do tratamento (SBC; SBH; SBN, 2010).

No Brasil, o número da estimado de hipertensos é aproximadamente de 18 milhões, destes, apenas 30% são controlados, aumentando as doenças renais, cardiovasculares e risco de acidente vascular cerebral. O diagnóstico tardio da HAS pode ter complicações da não adesão ao tratamento, devido as internações e custos hospitalares constatados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A seguir está representado uma tabela sobre a classificação da pressão arterial para adultos (MIRANZI et al.; 2008).

Tabela 1- Classificação da pressão arterial para adultos

Classificação	Pressão sistólica mmHg	Pressão diastólica mmHg
Ótimo	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio I	140-159	90-99
Hipertensão estágio II	160-179	100-109
Hipertensão estágio III	≥180	≥110

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2016).

Indivíduo com PA menor que 120 mmHg (ótimo) deverá verificar novamente em até dois anos. Se apresentar a PA 130/85 mmHg é caracterizada como normotensas, precisando ser verificada anualmente. PA entre 130/85 a 139/89 mmHg pode estar associado a presença de outros fatores de risco para a doença cardiovascular, se estiver ausência dessa o paciente deve mudar seus hábitos de vida (BRASIL, 2013).

O tratamento de doença crônica não transmissíveis como a HAS, representa uma dificuldade ao paciente e profissional da saúde, por que há desaparecimento dos sintomas, já achando que está curado e é suspenso o tratamento, trazendo sérios prejuízos, levando a necessidade de atendimento de urgência pelo aumento da pressão arterial que pode causar sequelas, ou até mesmo a morte (GUEDESI; ARAUJO; LOPES, 2010).

A prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29%. Estudos revelaram que a prevalência da hipertensão varia entre 22,3% e 43,9%, com média de 32,5% sendo um grave problema de saúde pública no Brasil e no Mundo, possivelmente chegando a mais de 50% em indivíduos com idade entre 60 a 69 anos (RADOVANOVIC et al.; 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) tem aumentado progressivamente a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma contínua. No ano de 2001 cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foi referente a elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC) ocorrido em indivíduos com faixa etária entre 45 a 69 anos.

3.2 Fatores de risco da HAS

A HAS possui um elevado fator de risco cardiovascular, resultando em graves consequências a alguns órgãos (cérebro, coração, rins e vasos sanguíneos), é considerado um grande problema de saúde pública devido sua cronicidade, incluindo altos custos com internações, aposentadoria precoce e incapacitação por invalidez. No Brasil 17,6% das internações é em virtude da HAS ou da não adesão ao tratamento, correspondendo 5,9% de recursos pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (MIRANZI; FERREIRA; IWAMOTO, 2008; CARVALHO; SIQUEIRA; SOUSA, 2013).

Os fatores associados ao desenvolvimento da HAS são: fatores intrínsecos relacionado à hereditariedade, raça, sexo, idade e fatores extrínsecos como sedentarismo, obesidade, tabagismo, estresse, envelhecimento. Além disso, há aumento de riscos como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e insuficiência renal crônica (ANDRADE; STOPA; BRITO, 2013).

No estudo de Menezes, Reis e Dantas (2017), foi realizado uma análise na qual a maioria dos casos de HAS corresponde ao sexo feminino, em todos os anos de análise da doença as mulheres foram superiores em ocorrência comparado aos

homens. A taxa de prevalência para a população brasileira está em torno de 20% sem distinção por sexo, com tendência de aumento com a idade. Neste estudo foi observado um aumento da ocorrência em adultos acima de 40 anos, de acordo com a literatura HAS é a doença crônica de maior impacto em idosos.

Em um estudo Populacional com hipertensos mostrou-se prevalência como sedentarismo ou sobrepeso e tabagismo sendo um principal fator de risco para possível desenvolvimento de DCV. Fatores de Risco para DCV apresentam grande número de casos como Sedentarismo (39,31%) ou Sobrepeso (32,09%) e Tabagismo (22,84%) conforme a literatura (MENEZES; REIS¹; DANTAS, 2017).

3.3 Tratamento medicamentoso do hipertenso

O tratamento medicamentoso para indivíduos com hipertensão arterial consta em diminuir a mortalidade e morbidade cardiovasculares. Com isso, os anti-hipertensivos devem reduzir a pressão arterial, eventos cardiovasculares fatais e não fatais e conseqüentemente reduzindo a mortalidade. Estudos realizados com classe de medicamentos como diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores do receptor AT₁ da angiotensina e com antagonistas do canal de cálcio, mais associações com anti-hipertensivos, possuem benefício por reduzirem a pressão arterial (SBC; SBH; SBN, 2010).

Ao iniciar a medicação anti-hipertensiva deve-se avaliar as diversas classes de fármacos de acordo com cada pessoa, avaliando a presença de comorbidades, histórico familiar, lesão em órgãos-alvo, idade e gravidez. Geralmente o tratamento da HAS é associado a dois ou mais anti-hipertensivos, dependendo da característica multifatorial da doença (BRASIL, 2013).

A maioria dos medicamentos para HAS é liberado gratuitamente pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, destacando o SUS como provedor ao acesso de todos os medicamentos para hipertensão no País, tanto por meio de farmácia do sistema público de saúde ou pelo programa Farmácia Popular do Brasil (MENGUE; TAVARES; COSTA, 2013).

O medicamento indicado ao paciente de uso contínuo deve ser orientado sobre a sua importância, sendo ajustado as doses se necessário, troca ou associação de medicamentos. Um medicamento indicado deverá ter esses pontos de controle, para

ser benéfico ao paciente tratado. No quadro abaixo está identificado que a medicação anti-hipertensiva deverá:

Quadro 1: Princípios gerais no tratamento Medicamentoso

- Ser eficaz por via oral;
- Ser bem tolerado;
- Ter capacidade de reduzir a mortalidade de DCV;
- Permitir a administração em menor número de tomadas por dia;
- Iniciar com menores doses efetivas, podendo ser aumentada gradativamente. Quanto maior a dose, maior é a probabilidade de efeitos adversos;
- Pode ser utilizado em associação a outros medicamentos;
- Utilizar por um período de quatro semanas antes de ser feita modificações de dose, outras associações de fármacos;
- Ter controle de qualidade na sua produção;
- Orientar o paciente sobre a doença hipertensiva, a necessidade de seguir o tratamento contínuo, tendo possibilidade de eventos adversos dos medicamentos.
- Considerar as condições socioeconômicas.

Fonte: (SBC; SHB; SBN, 2016).

3.4 Agentes anti-hipertensivos

Os agentes anti-hipertensivos são classificados em cinco classes, exercendo sua ação terapêutica, representado no quadro abaixo. A preferência pelo medicamento se dá pela diminuição de eventos cardiovasculares, sendo estes reservados apenas para casos especiais que necessita associação de múltiplos medicamentos para atingir a meta da PA. (SBC; SHB; SBN, 2016).

Quadro 2: Classes de anti-hipertensivos disponíveis

- Diuréticos;
- Inibidores adrenérgicos;
- Ação central- agonistas alfa-2 centrais;
- Bloqueadores beta-adrenérgicos;
- Alfabloqueadores - bloqueadores alfa-1 adrenérgicos;
- Vasodilatadores diretos;
- Bloqueadores dos canais de cálcio;
- Bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II;
- Inibidores diretos da renina;
- Inibidores da enzima conversora da angiotensina.

Fonte: (PIERIN, 2006).

Considerando todos os fármacos mais estudados estão os diuréticos como primeira opção anti-hipertensiva que mostrou-se reduzir eventos cardiovasculares,

renais e cerebrovasculares. Estes são prescritos para pacientes em estágio I da hipertensão arterial que não corresponderam ao tratamento não-medicamentoso. A associação de outras classes de anti-hipertensivos é necessária a alguns pacientes, como beta bloqueadores, inibidores da ECA, antagonista do cálcio (PIERIN, 2006).

Quadro 3: Fármacos anti-hipertensivos disponíveis na rede básica do SUS

Grupos e representantes	Dose diária (mg)	Intervalo de dose (h)	Eventos adversos
<u>Diuréticos</u> Tiazídicos - Hidroclorotiazida	12,5 - 50	24	Hipocalemia, hiperuricemia
<u>De alça</u> Furosemida	20 - 320	12 - 24	Hipovolemia Hipocalemia
<u>Antagonistas adrenérgicos</u> Bloqueadores- beta Propranolol	80 - 320	6 - 12	Broncoespasmos, doença arterial periférica, bradiarritmias
<u>Antagonistas do SRA</u> Inibidores da ECA Captopril e Enalapril	80 - 320 12,5 - 150 5 - 40	6 - 12 12 - 24	Tosse, hipercalemia

Fonte: (RENAME, 2010).

3.4.1 Diuréticos

Os diuréticos devido ao seu baixo custo é destaque na terapia da hipertensão arterial, sua segurança clínica é comprovada devido a sua redução de mortalidade nas doenças cardiovasculares. O mecanismo de ação está relacionado com a diminuição do volume extracelular e redução do sódio corporal total. O volume circulante se normaliza após quatro a seis semanas ocorrendo a redução da resistência vascular periférica (RVP) (PIERIN, 2006).

Os DIU reduzem a PA, mas seu efeito anti-hipertensivo relacionado as doses possuem efeitos colaterais. Exemplo de medicamentos diuréticos deve-se dar preferência aos tiazídicos ou similares (Clortalidona, Hidroclorotiazida e indapamida) em dosagem baixas tem maior tempo de ação. Já os DIU de alça (furosemida e bumetanida) se deve aos casos de insuficiência renal (PIERIN, 2006).

Seus efeitos adversos constam em câimbras, fraqueza, disfunção erétil e hipovolemia). Pode causar intolerância à glicose, pois reduz a insulina, aumentando o risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2. O risco dos efeitos adversos pode ser prevenido com o uso de doses baixas sem interferir na eficácia terapêutica, mesmo com associação de outros medicamentos (SBC; SHB; SBN, 2016).

3.4.2 Agentes de ação central

Os agentes de ação central alfa-agonistas são a Alfametildopa, Clonidina, Rilmenidina e Monoxidina que atuam estimulando o sistema nervoso central. Esta classe é definida pela redução da atividade simpática e reflexo dos barorreceptores. A administração da clonidina é associada nas situações de hipertensão como a retirada de opióides, síndrome das pernas inquietas, menopausa e diarreia associada a diabetes, possuindo um maior risco se não há continuidade no tratamento, ainda mais se associado a um beta bloqueador em ocasiões como pré-operatório (SBC; SBH; SBN, 2010).

A Alfametildopa ocasiona reações autoimunes como anemia hemolítica, hepatotoxicidade, febre, galactorreia e disfunção hepática que desaparece conforme o uso. Os medicamentos da classe de ação central apresentam efeitos adversos como sedação, fadiga, boca seca, hipotensão, disfunção sexual e sonolência (SBC; SBH; SBN, 2010).

3.4.3 Betabloqueadores

Seu mecanismo inicial promove a redução do débito cardíaco e a diminuição da secreção da renina, ocorrendo readaptação dos barorreceptores e redução das catecolaminas nas sinapses nervosas. Os betabloqueadores de terceira geração (carvedilol e nebivolol) proporcionam vasodilatação por mecanismos diferentes: O carvedilol bloqueia o receptor alfa-1 adrenérgico; e o nebivolol libera endotélio de óxido nítrico e aumento da síntese. O propranolol é útil em pacientes com tremor, cefaleia, síndromes hipercinéticas e hipertensão portal (MPH; MS; PHD, 2009).

Apresentam efeitos adversos como bradicardia, broncoespasmos, depressão psíquica, disfunção sexual, astenia, insônia, pesadelos, etc. Os fármacos de primeira e segunda geração não são indicados a pacientes com asma brônquica, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e bloqueio atrioventricular, podendo ocasionar

intolerância à glicose levando a possíveis casos de DM, elevação do LDL- colesterol devido a hipertrigliceridemia e redução do colesterol- HDL (MPH; MS; PHD, 2009).

3.4.4 Alfabloqueadores

Esta classe de medicamentos age como antagonista do receptor α -1receptores pós-sinápticos. São eles, doxazosina, prazosina e terazosina sendo preferível o uso em associação. Na primeira dose pode provocar hipotensão sintomática, após a tolerância da dose pode ser aumentada conforme a duração do uso. Efeito adverso principal é a incontinência urinária em mulheres devido ao uso de alfa bloqueadores (NOBRE; COELHO; LOPES, 2013).

3.4.5 Vasodilatadores diretos

Esta classe é representada pelos medicamentos hidralazina e minoxidil. Atua diretamente na musculatura da parede vascular, relaxando a musculatura lisa e reduzindo a resistência vascular periférica (RVP). A hidrazina contém efeitos adversos como cefaleia, taquicardia e reação lúpus-like (dose- dependente). Esta medicação deve-se ter cuidado em pacientes com doença arterial coronariana (DAC) e ser evita naqueles com aneurisma e hemorragia cerebral (MD; PHD; MD; 2011).

O uso desta medicação pode provocar anorexia, vomito, náusea e diarreia. Um efeito adverso principal do minoxidil é o hirsutismo que acarreta 80% dos pacientes (MD; PHD; MD, 2011).

3.4.6 Bloqueadores dos canais de cálcio

A redução da quantidade de cálcio no interior das células musculares lisas das arteríolas é consequência da diminuição da RVP, bloqueando canais de cálcio na membrana das células. Esta classe é segura, eficaz e tolerante para o tratamento da HAS e também nota-se a redução da morbimortalidade cardiovascular. São classificados em: Di-idropiridínicos e os não di-idropiridínicos (ELLIOTT; PHD; VENKATA, 2011).

Os di-idropiridínicos (Amlodipino, felodipino, nifedipino, nitrendipino, manidipino, lercanidipino, levanlodipino, lacidipino, isradipino, nisoldipino, nimodipino) são utilizados como anti-hipertensivos exercendo um efeito vasodilatador sem interferir

na frequência sistólica. Os BCC não di-idropiridínicos, benzotiazepinas (diltiazem) e fenilalquilaminas (verapamil) são restritos ao uso de alguns casos, devido seu baixo efeito vasodilatador podendo ser antiarrítmicos e bradicardizantes. Deve ser preferível os BCC de ação prolongada para que não ocorra oscilações na frequência cardíaca e PA (ELLIOTT; PHD; VENKATA, 2011).

Um efeito indesejável a esta classe é o edema maleolar promovendo a transudação capilar que resulta da ação vasodilatadora. Os BCC di-idropiridínicos de ação prolongada provoca o rubor facial, hipertrofia gengival e hiperchromia também ocorrem. Diltiazem e Verapamil podem fazer o bloqueio atrioventricular e bradicardia (ELLIOTT; PHD; VENKATA, 2011).

3.4.7 Inibidores da enzima conversora da angiotensina

A inibição da enzima conversora da angiotensina (ECA) que bloqueia a transformação da angiotensina I e II. Esta classe é utilizada no tratamento para pacientes com HAS, que já está comprovado a sua redução na sua mortalidade e morbidade cardiovascular, principalmente naquele com infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico e doença aterosclerótica (SINDONE; ERIICH; PERKOVIC, 2013).

Esta classe é bem tolerada pelos pacientes, único efeito adverso é a tosse, podendo ocorrer também erupção cutânea e edema angioneurótico. O seu uso em pacientes com insuficiência renal mostrou-se uma elevação de uréia e creatinina, e também provoca hiperpotassemia. Seu uso para adolescente e mulheres em idade fértil devem ser acompanhados, além disso não é recomendado na gravidez, pois pode haver problemas com o feto (SINDONE; ERIICH; PERKOVIC, 2013).

3.4.8 Inibidores diretos da renina

Esta classe é representada pelo fármaco alisquireno que inibe a ação direta da renina e reduz a formação de angiotensina II. A diminuição da PA pode ocorrer quando há diminuição da atividade plasmática de renina, bloqueio do receptor celular da renina e redução da síntese intracelular da angiotensina II. Sua eficácia é segura, e comprova-se a redução da PA ao uso deste anti-hipertensivo. Apresenta boa tolerância ao fármaco, e o principal efeito adverso é diarreia e tosse. Também não é adequado o uso na gravidez (SBC; SBH; SBN, 2010).

3.5 Tratamento não-medicamentoso

O tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial consiste na pessoa se auto avaliar e mudar seu estilo de vida, que podem levar na diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo suspender. É preciso elaborar estratégias ao paciente conforme sua necessidade aos hábitos alimentares para aumentar a qualidade de vida dos hipertensos, tais como (diminuição no consumo de sódio e álcool, controle do peso, não ser tabagista e manter uma prática regular de atividade física). O cuidado na saúde contribui para a redução dos fatores de risco associado a HAS (TEIXEIRA; GOULART; BUSNELLO, 2016).

A prevenção da HAS se deve ao tratamento não farmacológico auxiliando na redução de 24 a 26% na taxa de mortalidade das doenças cardiovasculares (DCV) em. A não adesão ao tratamento está diretamente ligado aos problemas no cuidado em saúde. A hipertensão arterial primária não tem cura mas o tratamento medicamentoso ou não medicamentoso previne as complicações (SOUZA, 2011).

A dieta adequada ao hipertenso deverá constar em uma redução no consumo do sal e aumento em magnésio, potássio e cálcio. O uso diário recomendado de sal é de 6 gramas, ou seja, para o preparo do alimento usa-se 4 colheres rasas de sal (4 gramas) e mais 2 gramas de sal é próprio de alimentos como (enlatados, frios, conservas, embutidos, queijos amarelos, salgadinhos, etc.). É recomendado ingerir alimentos naturais, com pouco sal, e evitar o consumo de conservas, enlatados, embutidos e defumados (SOUZA, 2011).

A prática regular da atividade física é indispensável para a saúde, como a realização de exercícios (caminhada, dança, ciclismo, ginástica, entre outras) feitas no mínimo três vezes por semana durante 30 minutos cada sessão é o recomendado para controlar a PA. O profissional de Saúde deve observar alguns aspectos importantes, avaliando o histórico clínico do paciente com HAS, o controle da pressão arterial, adesão aos medicamentos e comorbidades (BRASIL, 2013).

Aos pacientes que possuem PA oscilante é recomendado a prática de atividade física, sendo supervisionado pelo profissional de saúde. Se a PA sistólica e/ou diastólica estiver superior a 160 mmHg ou 105 mmHg, não é recomendado realizar intensa atividade física, e sim atividade de relaxamento (BRASIL, 2013).

3.6 Adesão ao tratamento medicamentoso do hipertenso

A adesão ao tratamento medicamentoso é uma opção que o paciente escolhe se irá aderir ou não ao tratamento. O paciente não aderindo ao tratamento, significa que não irá mais fazer uso da medicação. Os profissionais da saúde estão aptos para auxiliar o paciente quanto a importância correta do tratamento, sendo uma proposta que cabe a ele, aceita-la ou não (FREITAS et al, 2015).

Há diversos fatores que interferem na adesão, iniciando pela - raça, idade, sexo, nível socioeconômico, escolaridade, ocupação entre outros. Devido a sua cronicidade, a HAS pode não apresentar sintomatologia, interferindo diretamente na adesão ao tratamento. O tratamento envolve intervenções medicamentosas e não medicamentosa, ocorrendo mudanças na qualidade de vida, efeitos adversos, questão financeira, orientação médica, falta de medicamentos, que devem ser consideradas para não levar ao abandono do tratamento (ARRUDA; LIMA; RENOVATO, 2013).

O tratamento anti-hipertensivo está relacionado diretamente com a não adesão devido ao aumento de doenças coronárias, cerebrovasculares e renais. Aqueles pacientes que não seguem o tratamento, o risco é três vezes mais do que aqueles que mantem o tratamento. A não adesão ou abandono está relacionada não somente com o medicamento prescrito, mas sim no modo de tomar, com redução da dosagem ou ingestão excessiva. O uso da medicação de forma incorreta, quanto à posologia prescrita, horário e quantidade, pode trazer redução do benefício dos medicamentos elevando o risco que o paciente corre, gerando custos dos serviços de saúde (SILVA et al.; 2016) (FREITAS et al.; 2015).

3.7 Prevalência da não-adesão farmacológica

A não adesão farmacológica, conforme a OMS em países desenvolvidos gira em torno de 50% comprovando o grande problema de saúde pública devido a não adesão ao tratamento. Por se tratar de um fenômeno ocorrido mundialmente a adesão afeta grupos como a localização, população, hábitos, saúde, serviços de assistência social entre outras (MENDES, 2011).

Segundo TAVARES et al, (2013) a baixa adesão ao tratamento está representado em idade entre (65 a 74 anos), não ter plano de saúde precisando comprar todos os medicamentos, ou parte deles, a utilização de três ou mais

medicamentos, ter duas ou mais morbidades relatadas como (hipertensão arterial, problema no coração, problema na coluna e diabetes).

Em torno de 1/3 dos pacientes idosos presente no estudo que fazem uso da medicação, apresentam baixa adesão medicamentosa. Conforme a literatura, a prevalência consiste em 20% a 50% à não estarem respondendo positivamente a adesão. Indivíduos com mais idade corresponde melhor a adesão ao tratamento, apresentando preocupação com a saúde, necessidade do seguimento do tratamento aumenta a motivação (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010).

4 MÉTODO DE PESQUISA

4.1 Tipo de estudo

A pesquisa foi caracterizada como quantitativa e descritiva, através de um estudo observacional transversal. O estudo envolveu pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica com adultos de ambos os sexos, que estão em tratamento medicamentoso, e que são usuários da farmácia municipal de Santa Cruz do Sul, onde foram realizadas as entrevistas e aplicado um questionário.

4.2 População e amostra

O município de Santa Cruz do Sul no ano de 2017 possui uma população estimada de 127,429 mil habitantes. O estudo foi realizado na farmácia municipal central localizado na rua Ernesto Alves 756. A população entrevistada foi constituída por 100 pacientes aleatórios portadores de HAS, com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos em tratamento medicamentoso, capazes de se comunicar e que retiraram seus medicamentos na farmácia (IBGE).

4.3 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo 100 pacientes portadores de HAS, maiores de 18 anos, independente do sexo, usuários da farmácia municipal de Santa Cruz do Sul, que estão em tratamento medicamentoso e que aceitaram participar do estudo.

4.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo, indivíduos com dificuldade cognitivas e/ou comunicação verbal e também aqueles que recusaram a participar da pesquisa mediante do TCLE.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de um questionário aplicado aos pacientes com HAS (ANEXO B), que foram a farmácia municipal retirar seus medicamentos nos meses de março, abril e maio de 2018. Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa, sendo esclarecido a liberdade de sua escolha, caso não aceitem não implicará nenhum dano. A entrevista tem duração de dez minutos.

Os usuários que aceitaram a participar do estudo, preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, uma via ficou com o entrevistado e a outra para a pesquisadora. O questionário aplicado através do teste de Morisky-Green pela pesquisadora na qual fez a leitura das questões para o entrevistado, respondendo diretamente, obtendo-se assim as informações sem influência da pesquisadora.

4.6 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 três 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.

4.7 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). Realizaram-se análises descritivas e univariadas. Para isto, foram aplicados os testes de Chi-quadrado de Person, associação linear.

4.8 Considerações éticas

Primeiramente foi solicitado a autorização da Secretária Municipal de Saúde do município de Santa Cruz do Sul para ser efetuada a pesquisa. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, atendendo a

resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após obter a aprovação a pesquisa foi desenvolvida.

Aos pacientes que foram entrevistados, foi esclarecido quanto a seus direitos e compromissos antes da pesquisa, com a concordância, os mesmos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As informações coletadas são de total sigilo.

4.9 Divulgação dos dados

Através deste estudo, os resultados obtidos foram divulgados no trabalho de conclusão de curso.

4.10 Riscos/Benefícios da pesquisa

A realização da entrevista para responder ao questionário expõe os pacientes a riscos mínimos, podendo sentir algum desconforto ao responder alguma pergunta, tendo o direito de parar a qualquer hora, sem nenhum prejuízo ao atendimento. A entrevista teve duração de aproximadamente dez minutos.

Os benefícios da realização deste estudo, constou em fazer um levantamento de dados para analisar o perfil de cada paciente, conforme a adesão ao tratamento para HAS. Portanto, a partir deste estudo tornou-se possível a elaboração de estratégias para melhorar a adesão medicamentosa.

5 RESULTADOS

Conforme os fatores sociodemográficos de usuários hipertensos da farmácia municipal de Santa Cruz do Sul, 100 pacientes que participaram da pesquisa, 42% apresentaram faixa etária até 59 anos e 58% com 60 anos ou mais, sendo que, 71% eram do sexo feminino, variando com a cor da pele em branca (74%), preta (17%) e parda (9%). Em relação ao trabalho remunerado (14%) não eram e (86%) afirmaram ser remunerados. A maioria dos pacientes (54%) relataram ser casados ou ter companheiro (a), já os demais 9% são solteiros e separados, e (28%) são viúvos.

Na variável escolaridade, verificou-se que 86% sabiam ler e escrever, enquanto 13% só assina o nome, (1%) não sabiam ler. Quanto à forma de obtenção de renda (30%) são remunerados com um salário mínimo, (69%) ganham de dois a quatro salários e (1%) são remunerados de cinco ou mais salários. Desses pacientes (18%) relataram morar sozinhos, (36%) moram com uma pessoa, (20%) residem com duas pessoas, (12%) com três pessoas, (8%) com quatro pessoas, (3%) residem com cinco e seis pessoas. O plano de saúde privado conferiu-se apenas (18%) dos pacientes que adquiriram e (82%) possuem. A dispensação de medicamentos é disponibilizada pelo município SUS. (Tabela 1).

Tabela 1: Descrição dos fatores sociodemográfico de usuários hipertensos da farmácia municipal de Santa Cruz do Sul (N=100).

Fatores Sociodemográfico	N	%
Faixa etária		
Até 59 anos	42	42
60 anos ou mais	58	58
Sexo		
Feminino	71	71
Masculino	29	29
Cor da pele		
Branca	74	74
Preta	17	17
Parda	9	9
Trabalho remunerado		
Não	14	14
Sim	86	86
Situação conjugal		
Casado (a) ou com companheiro (a)	54	54
Solteiro (a) ou sem companheiro (a)	9	9
Separado (a)	9	9
Viúvo (a)	28	28
Ler e escrever		
Não	1	1
Sim	86	86
Só assina o nome	13	13
Renda		
Até 1 salário	30	30
De 2 a 4 salário	1	1
De 5 ou mais salário	1	1
Plano de saúde		
Não	82	82
Sim	1	1

Dentre os entrevistados, (55%) comem frutas todos os dias, (10%) comem apenas uma vez na semana, (22%) consomem de duas a três vezes por semana, (10%) comem de quatro a seis vezes e por último, (3%) nunca consomem frutas durante a semana. Em relação as verduras, (61%) dos pacientes consomem todos os dias, (8%) comem uma vez na semana, (19%) duas a três vezes na semana, (10%) consomem de quatro a seis vezes por semana e (2%) nunca comem verduras durante a semana.

Em relação a atividade física está entre (29%) dos pacientes que fazem exercícios físicos cinco ou mais vezes por semana, (26%) fazem uma a duas vezes por semana, (12%) realizam exercícios três a quatro vezes por semana, já o restante (22%) não fazem atividade física mas tem interesse e (11%) não fazem nenhum tipo

de exercício durante a semana. Os indivíduos que fumam estão representados em (14%) e os que nunca fumaram (48%), já os ex-fumantes (38%). Conforme a frequência que os pacientes ingerem bebida alcoólica, (71%) não consomem nenhum tipo, (22%) quase nunca adquirem, (1%) consomem mais vezes durante a semana e (4%) consomem uma a duas vezes por semana (Tabela 2).

Tabela 2: Descrição dos fatores comportamentais dos usuários hipertensos da farmácia municipal de Santa Cruz do Sul (N=100)

Fatores Comportamentais	N	%
Come frutas		
Nunca	3	3
1 vez por semana	10	10
2-3 vezes/semana	22	22
4-6 vezes/semana	10	10
Sempre	55	55
Come verduras		
Nunca	2	2
1 vez/semana	8	8
2-3 vezes/semana	19	19
4-6 vezes/semana	10	10
Sempre	61	61
Atividade física		
Não faz e não tem interesse	11	11
Não faz, mas tem interesse	22	22
Faz atividade física uma a duas vezes por semana	26	26
Faz atividade física três a quatro vezes por semana	12	12
Faz atividade física cinco ou mais vezes por semana	29	29
Fuma ou já fumou		
Não	48	48
Sim	14	14
Ex-fumante	38	38
Frequência que costuma ingerir bebida alcoólica		
Não consome	71	71
Todos os dias	1	1
5 a 6 dias por semana	1	1
3 a 4 dias por semana	1	1
1 a 2 dias por semana	4	4
Quase nunca	22	22

Na tabela 3 estão relacionados os fatores de saúde dos usuários hipertensos, na qual, os pacientes avaliaram a sua saúde em regular (53%), boa (29%), e se auto avaliaram ruim (7%) e consideraram excelente ou muito boa sua saúde (5%). Diante disso, relataram problemas de saúde diversos como Diabetes (35%), colesterol alto (40%), problemas de circulação ou vascular (42%), osteoporose (33%), bronquite/asma (15%), reumatismo, artrite ou artrose (44%), depressão, ansiedade ou problemas de nervos (65%), problema no coração (41%), hipertensão arterial (100%) e câncer (1%). Nos últimos doze meses, (18%) dos pacientes estiveram internados no hospital e (82%) não estiveram hospitalizados. As visitas dos agentes de saúde relatados pelos pacientes foram de (47%) que realizaram visitas a domicilio e (53%) não visitaram.

Tabela 3: Descrição dos fatores relacionados à saúde dos usuários hipertensos da farmácia municipal de Santa Cruz do Sul (N=100)

Fatores relacionados à saúde	N	%
Autopercepção de saúde		
Excelente	5	5
Muito Boa	5	5
Boa	29	29
Regular /ruim	60	60
Problema de saúde		
Açúcar no sangue ou diabetes	35	35
Colesterol alto ou gordura no sangue	40	40
Problemas de circulação ou vasculares	42	42
Fraqueza nos ossos ou osteoporose	33	33
Bronquite/asma	15	15
Reumatismo/artrite/artrose	44	44
Depressão/ansiedade/problema de nervos	65	65
Problema no coração	41	41
Pressão alta ou HAS	100	100
Câncer	1	1
Nos últimos 12 meses esteve hospitalizado		
Sim	18	18
Não	82	82
Visita de agente de saúde		
Não	53	53
Sim	47	47

A tabela 4 apresenta as variáveis referentes a farmacoterapia dos usuários. Os usuários que adquiriram uso de polifarmácia com até quatro medicamentos está

representado em (25%) e com cinco ou mais medicamentos (75%). Desses usuários (89%) afirmam não precisar de supervisão para tomar seus medicamentos e (11%) precisam de ajuda. Já, quanto a organização dos medicamentos feito por outra pessoa está entre (12%) e feita pelo paciente (88%). Os medicamentos são entregues ao paciente por outra pessoa em (13%) e eles mesmo pegam em (87%). Os pacientes relataram não ter dificuldade em abrir ou fechar a embalagem do medicamento em (91%) e aos que acharam um pouco difícil foram (9%).

Quanto a dificuldade de ler o que está escrito na embalagem do medicamento, (47%) afirmaram ter um pouco de dificuldade e (43%) não acharam difícil. Já a dificuldade para lembrar de tomar os medicamentos, (30%) tem um pouco de dificuldade e (65%) não tiveram. Para conseguir retirar o medicamento na farmácia municipal de Santa Cruz do Sul, (27%) dos usuários tem um pouco de dificuldade para conseguir e (69%) não acham difícil a retirada. Entretanto (19%) dos usuários tem um pouco de dificuldade para tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo e (71%) não tem.

Os medicamentos utilizados pelos usuários hipertensos estão separados por classes como Diuréticos (66%), Betabloqueadores (45%), Bloqueador de canais de cálcio (20%), Ieca (43%) e Bloqueador do receptor da angiotensina I em II (42%).

Tabela 4: Descrição das características relacionadas à Farmacoterapia dos usuários hipertensos (N=100)

Características da farmacoterapia		
	N	Percentual (%)
Polifarmácia		
Até 4 medicamentos	25	25
5 ou mais medicamentos	75	75
Supervisão para tomada dos medicamentos		
Não	89	89
Sim	11	11
Medicamentos são organizados por alguém		
Não	88	88
Sim	12	12
Alguém lhe traz o medicamento na hora certa		
Não	87	87
Sim	13	13
Dificuldade para abrir ou fechar a embalagem		
Muito difícil	0	0
Pouco difícil	9	9
Não muito difícil	91	91
Dificuldade para ler a embalagem		
Muito difícil	10	10
Pouco difícil	47	47
Não muito difícil	43	43
Dificuldade para lembrar de tomar o medicamento		
Muito difícil	5	5
Pouco difícil	30	30
Não muito difícil	65	65
Dificuldade para conseguir o medicamento		
Muito difícil	4	4
Pouco difícil	27	27
Não muito difícil	69	69
Dificuldade para tomar todos os comprimidos ao mesmo tempo		
Muito difícil	10	10
Pouco difícil	19	19
Não muito difícil	71	71

Continuação Tabela 4:**Classe de medicamentos
Utilizados**

Diuréticos	66	66
Betabloqueadores	45	45
Bloqueador de canais de cálcio	20	20
Ieca	43	43
Bloqueador do receptor da angiotensina I em II	42	42

Conforme a tabela 5, os usuários que responderam afirmativamente ao teste de Morisky-Green, (67%) não esquecem de tomar seus medicamentos e (33%) esquecem. Quanto ao horário das medicações, (55%) não descuidam e (45%) trocam os horários. Aos que se sentiam bem com a medicação, (94%) não deixam de tomar a medicação e (6%) deixam de utilizar, já aos que se sentem mal com a medicação (96%) não aumentam a quantidade e (4%) aumentam.

A prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso, avaliada pelo teste de Morisky-Green foi de 50%.

Tabela 5. Distribuição dos usuários que responderam afirmativamente aos questionamentos do Teste de Morisky-Green. Farmácia municipal de Santa Cruz do Sul (N=100).

Teste de Morisky-Green		
Variável	N	Percentual (%)
Esquecem de tomar os medicamentos		
Não	67	67
Sim	33	33
Continuação da tabela 5:		
Descuidam quanto ao horário das medicações		
Não	55	55
Sim	45	45
Deixam de tomar a medicação quando se sentem bem		
Não	94	94
Sim	6	6
Aumentam a quantidade do medicamento quando se sentem mal		
Não	96	96
Sim	4	4

6 DISCUSSÃO

A prevalência de não aderentes registrada nesse estudo (50%) se assemelha aos resultados obtidos por Medtler e Perassolo (2016), onde avaliaram a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético em um grupo populacional no município de Lucena-RS, utilizando o método Morisky-Green, obtiveram (50%) dos participantes do estudo não aderentes à terapia medicamentosa. Neste estudo, observou-se que a maioria dos participantes que não aderiram ao tratamento medicamentoso eram pacientes do sexo feminino com idade igual ou superior a 60 anos.

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso pode ser interferida por diversos fatores sociodemográficos abordados nesse estudo e essas características são identificadas como – sexo, idade, raça, nível sócio - econômico, escolaridade, ocupação, entre outros. Devido a cronicidade da doença relativo a HAS, não sendo associada com sintomas desagradáveis, também é influenciada na não adesão ao tratamento (Renovato; Bagnato, 2012).

Segundo o estudo de Medel *et al.*, (1997) o SUS disponibiliza a medicação gratuita para o tratamento da HAS, e por isso, verificou-se que os indivíduos ativos profissionalmente eram mais aderentes comparado aos aposentados, pelo fator sócio econômico, pois ao se aposentar, os indivíduos sofrem pela questão financeira, podendo assim contribuir para o abandono do tratamento. Devido ao maior número de medicamentos prescritos, por mais que seja fornecido pelo SUS, também está associado a baixa adesão. Alguns medicamentos para HAS não são disponibilizados pelo SUS, acarretando no abandono do tratamento.

As pessoas incluídas no estudo possuem idade maior de 18 anos, sendo que a faixa etária que mais prevaleceu foi com idade a partir de 60 anos ou mais e do sexo feminino. A idade nas doenças crônicas como a HAS, pode ser considerada como um empecilho na adesão ao tratamento, justificando o resultado encontrado. Portanto, com o aumento da idade, o entendimento das informações que os profissionais de saúde passam aos pacientes fica comprometido, afetando também a capacidade física e a capacidade para o autocuidado, ou seja, o paciente fica restrito a medidas de controle e prevenção da doença (Daniel; Veiga, 2013).

A escolaridade também é um fator crítico que deve ser considerado pela equipe multiprofissional que acompanha o paciente, cabe ao profissional de saúde planejar estratégias para aumentar a adesão do paciente, conforme o grau de aprendizagem de cada paciente. É gratificante para o profissional quando o paciente compreende a

necessidade de seguir as orientações prestadas em relação ao tratamento, possibilitando uma maior aderência ao tratamento. Já no estudo não teve associação significativa com a não adesão (Arrelias et al, 2015).

No presente estudo a maioria dos entrevistados eram casados (54%). Foi possível observar no estudo por Daniel e Veiga (2013) que os indivíduos separados, apresentam um menor grau de adesão comparado aos casados, solteiros e viúvos. É fundamental a presença da família, ou o cônjuge para o indivíduo ter uma boa adesão ao tratamento medicamentoso, pois eles são principais para incentivar o paciente quanto a mudança nos hábitos de vida que são necessárias para obter o controle da doença.

Neste estudo as doenças mais prevalentes foram depressão/ansiedade/problemas de nervos (65%) e reumatismo/artrite/artrose (44%). Estas doenças podem levar a incapacidade e também piorar muito a qualidade de vida de seus portadores (Tavares et al, 2016).

No estudo de Tavares et al, indivíduos que utilizam três ou mais medicamentos apresentaram baixa adesão ao tratamento, ressaltando como um importante preditor negativo da adesão ao tratamento. No presente estudo os pacientes que fazem uso de polifarmácia contendo mais de cinco medicamentos, correspondem a (75%), justificando o resultado encontrado.

Quanto as respostas das perguntas do teste de Morisky-Green, destaca-se que o descuido quanto ao horário das medicações (45%), apresentaram maior prevalência, seguido do esquecimento em tomar as medicações. Diante das questões que avaliam se o paciente deixa de usar a medicação se está se sentindo bem ou aumenta a dosagem quando se sentem mal, foram as perguntas que tiveram menos percentual de positividade, ou seja, o paciente não deixa de utilizar o medicamento nesses casos.

O teste de Morisky-Green conforme alguns autores relatam, é um dos mais utilizados para avaliar a adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas, é considerado fácil ao seu aplicado, apresenta baixo custo e as análises são rápidas para ser executadas, porém na entrevista o paciente poderá omitir algum fato relevante ao seu tratamento medicamentoso, ou até mesmo esquecendo de alguma informação, podendo levar a uma falha no processo de avaliação (Dosse et al., 2009).

Um dado relevante foi referente a questão de supervisão para a tomada da medicação, referiu-se (11%) dos entrevistados que necessitam de ajuda. Segundo Saraiva et al consta no seu estudo que o conhecimento dos familiares sob a condição de saúde dos pacientes, incluindo o esquema farmacológico prescrito para o paciente

pode ser afetada e prejudica o tratamento, acarretando na baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

Quanto a autopercepção de saúde, pacientes com autopercepção regular e ruim (60%) apresentaram baixa adesão aumentando três vezes mais a não adesão. Já os pacientes que percebem sua saúde como muito boa ou boa, aderem melhor ao tratamento, dando seguimento sem haver interferência, principalmente para aqueles indivíduos com doenças crônicas como a HAS (Tavares et al 2016).

As agentes de saúde são uma peça fundamental aos indivíduos hipertensos, orientando mensalmente e colaborando para a adesão ao tratamento. No presente estudo (53%) dos entrevistados relataram não ter o acompanhamento mensal das agentes de saúde.

O farmacêutico é um profissional de extrema importância, principalmente para garantir uma boa adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis como a HAS. O aconselhamento farmacêutico, é uma das formas de aumentar a taxa de adesão dos pacientes que apresentam dificuldades para seguir o esquema terapêutico, pois o profissional tem mais comunicação com o paciente, havendo trocas de informações e ouvindo suas queixas quanto as dificuldades e duvidas referentes ao seu tratamento. O farmacêutico contribui na adesão conforme sua orientação ao paciente em relação aos cuidados com a saúde e do uso correto de seus medicamentos, visto que a muitos pacientes necessitam deste tipo de comunicação mais detalhada, tendo em consideração que as informações prestadas são fundamentais para a não adesão (Alves et al., 2016).

Essa comunicação entre profissional e paciente traz benefícios tanto para o paciente, que terá as informações necessárias para o correto uso da medicação e seguimento do tratamento, bem como fortalece o vínculo e confiança que é estabelecido entre o profissional e o paciente. Desta maneira destaca-se a profissão farmacêutica pelo seu reconhecimento e importância ao paciente, melhorando sua adesão, e proporcionando um controle adequado da doença, como também melhorando sua qualidade de vida (Alves et al., 2016).

7 CONCLUSÃO

A avaliação do perfil sociodemográfico, comportamental, de saúde e farmacoterapêutico dos usuários hipertensos da farmácia municipal de Santa Cruz do Sul, apresentou resultados significativos. A maioria dos pacientes entrevistados eram do sexo feminino (71%), faixa etária de sessenta anos ou mais (58%) e de cor branca (74%), e aos que possuem trabalho remunerado (86%).

No presente estudo, observou-se que (50%) dos pacientes não aderem ao tratamento medicamentoso. Estes resultados indicam que uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso para as doenças crônicas no Brasil é relevante, portanto as estratégias de esquemas terapêuticos, atenção à saúde do paciente, diferenças regionais e demográficas requerem ações coordenadas entre os profissionais da área da saúde e demais envolvidos na gestão para o seu enfrentamento (Tavares et al., 2016).

A hipertensão arterial sistêmica é considerada uma das causas de morbimortalidade universal. O controle da pressão arterial elevada se define através de estratégias bem como, planos terapêuticos elaborados pelo médico independente se é clínico geral ou especialista, tem demonstrado grande importância deste profissional a adesão ao tratamento da HAS pelos pacientes, essa relação médico-paciente insatisfatória pode contribuir para o abandono do tratamento e falta de controle dos pacientes (Andrade *et al.*, 2002).

O profissional farmacêutico é de extrema importância no contexto da adesão ao tratamento medicamentoso, atua aconselhando, informando e orientando sobre a melhor maneira de seguir o tratamento, monitorando e identificando os casos de não adesão, para que assim possa ser realizada ações que conscientizam o paciente quanto a importância do tratamento medicamentoso, e controle da condição clínica (Alves et al., 2016).

Uma proposta para a Farmácia Municipal do centro de Santa Cruz do Sul - RS para melhorar a adesão ao tratamento farmacológico, consta em padronizar algumas questões no atendimento relacionada ao tratamento medicamentoso para observar, se o paciente está informado sobre sua condição clínica e adaptação ao tratamento. Caso o paciente não esteja informado sobre a medicação que está fazendo uso, é necessário fazer um encaminhamento para o médico.

REFERÊNCIAS

- Alleyne G, Binagwaho A, Haines A, Jahan S, Nugent R, Rojhani A et al. Embedding non-communicable diseases in the post-2015 development agenda. *Lancet*. 2013;381(9866):566-74. DOI:10.1016/S0140-6736(12)61806-6.
- 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.
- ALVES, Hérick Hebert da Silva; PEREIRATM, Sanny Ellen de Souza; SILVA JUNIOR, Geraldo Carlos da. CUIDADO FARMACÊUTICO AO IDOSO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS: REVISÃO DE LITERATURA. 2016. 4 f. Tese (Doutorado) - Curso de Farmacia, Centro Universitário Católica de Quixadá, Quixadá, 2016.
- Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Arq Bras Cardiol*. 2002;79(4):375-9.
- ANDRADE, Silvânia Suely de Araújo; STOPA, Sheila Rizzato; BRITO, Alessandra Scalioni. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. 2013. 304 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de Sao Paulo, Brasília, 2013.
- Arrelias CC, Farias 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.
- ARRUDA¹, Guilherme Oliveira de; LIMA², Silvia Cristina da Silva; RENOVA³, Rogério Dias. Uso de medicamentos por homens idosos com polifarmácia: representações e práticas. 2013. 8 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de Maringá, Maringá, 2013.
- Barbosa RGB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(1):35-8.
- CARVALHO, Maria Virgínia de; SIQUEIRA, Liza Batista; SOUSA, Ana Luiza Lima. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. 2013. 174 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.
- CINTRA, Fernanda Aparecida; GUARIENTO, Maria Elena; MIYASAKI, Lilian Akemi. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. 2010. 9 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de Campinas, Campinas, 2010.
- DOSSE C, Cesarino CB, Martin JFV, Castedo MCA. Fatores associados à não adesão dos usuários ao tratamento de hipertensão arterial. *Rev Latino Am Enferm*. 2009; 17(2):113-20

Elliott WJ, Ram CV. Calcium channel blockers. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2011;13(9):687-9.

Felipe Assan Remondi; 2, Marcos Aparecido Sarria Cabrera; 2, Regina Kazue Tanno de Souza. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. 2014. 11 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciência da Saúde, Londrina, Rio de Janeiro, 2014.

GUEDESI, Maria Vilani Cavalcante; ARAUJO, Thelma Leite de; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. 2010. 1042 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceara, Ceara, 2011.

Helfand M, Peterson K, Dana T. Drug class review on beta adrenergic blockers: Final Report [Internet]. [Cited in 2015 Jan 10]. Available from: <http://www.ohsu.edu/drugeffectiveness/reports/final.cfm> Jacqueline Gleice Aparecida Freitas¹, Sylvia Escher de Oliveira Nielson², Celmo Celeno Porto³ *Recebido da Universidade Federal de Goiás.*

Maria Virgínia de Carvalho, Liza Batista Siqueira², Ana Luiza Lima Sousa^{1,2}, Paulo César Brandão Veiga Jardim^{1,2} Universidade Federal de Goiás¹, Goiânia, GO; Liga de Hipertensão² – Brasil.

Medel ES. Adherencia al control de los pacientes hipertensos y factores que la influncian. *Ciência y Enfermería*. 1997;3:49-58.

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

MENEZES, Marcelo Henrique; REIS¹, Vitor Hugo Sousa; DANTAS, Daianny Bastos Godinho. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E EVENTOS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO TOCANTINS, BRASIL. 2017. 53 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade Federal de Tocantins, Tocantis, 2017.

MENGUE, Sotero Serrate; TAVARES, Noemia Urruth Leão; COSTA, Karen Sarmento. Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. 2013. 203 f. Tese (Doutorado) - Curso de Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MENGUE, Sotero Serrate; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; RAMOS, Luiz Roberto. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. 2016. 9 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro; FERREIRA, Francielle Silva; IWAMOTO, Helena Hemiko. QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ACOMPANHADOS POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA. 2008. 679 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Triangulo Mineiro, Minas Gerais, 2008.

Müller DN, Derer W, Dechend R. Aliskiren-mode of action and preclinical data. *J Mol Med (Berl)*. 2008;86(6):659-62.

NOBRE, Fernando; COELHO, Eduardo Barbosa; LOPES, Paulo César. Hipertensão arterial sistêmica primária. 2013. 256 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade de Riberirão Preto, Riberirão Preto, 2013.

OLIVEIRA, E. A. F.; et al. Significado dos Grupos Educativos de Hipertensão Arterial na Perspectiva do Usuário de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. *Rev APS* 14 (3): 319 – 326 2011 jul./set.

PIERIN, Angela M. G.. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. 2006. 372 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; SANTOS, Lucimary Afonso dos; CARVALHO4, Maria Dalva de Barros. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. 2014. 553 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Revista Latino, Maringá, 2014.

Renovato RD, Bagnato MHS. Idosos hipertensos na atenção básica em saúde: discursos e identidades. *Rev Bras Geriatr Gerontol*.2012 Jul-Sep;15(3):423-31.

SILVA, Ana Paula Antoniassi da; OLLER2, Graziella Allana Serra Alves de Oliveira; POMPEO3, Daniele Alcalá. Adesão ao tratamento medicamentoso e capacidade para o autocuidado de pacientes com hipertensão arterial. 2016. 80 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Riberirão Preto, Riberirão Preto, 2016.

SILVA, Elcimary Cristina; MARTINS, Maria Silvia Amicucci Soares; GUIMARÃES, Lenir Vaz. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. 2016. 14 f. Tese (Doutorado) - Curso de Nutrição, Universidade Federal de Mato Grosso, Amazonia Legal, 2016.

Sindone A, Erlich J, Perkovic V, Suranyi M, Newman H, Lee C, et al. ACEIs for cardiovascular risk reduction--have we taken our eye off the ball? *Aust Fam Physician*. 2013;42(9):634-8.

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 sulp. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, n. 3 sulp. 3 p. 1 – 82 , 2016.

SOUZA, M, S. Tratamento da hipertensão arterial. *Revista Banco de Saúde*. 2010.

Disponível em Acesso em 26/12/2011.

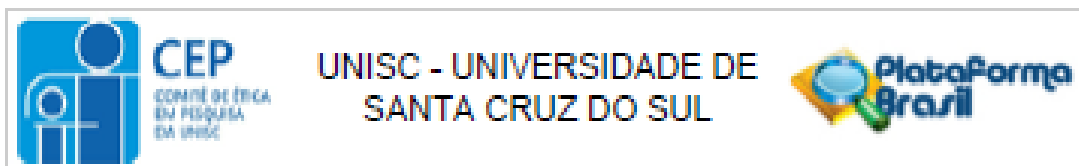
TAVARESI, Noemia Urruth Leão; BERTOLDIII, Andréa Dâmaso; THUMÉIII, Elaine. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. 2013. 1101 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Brasília, 2013.

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

TEIXEIRA, Juliana de Fátima; GOULART, Maíra Ribas; BUSNELLO, Fernanda Michielin. Conhecimento e Atitudes Sobre Alimentos Ricos em Sódio por Pacientes Hipertensos. 2016. 7 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Instituto de Cardiologista, Porto Alegre, 2016.

Vongpatanasin W, Kario K, Atlas SA, Victor RG. Central sympatholitic drugs. J Clin Hypertens (Greenwich). 2011;13(9):658-61.

ANEXO A – Parecer Consubstanciados do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil sócio demográfico, comportamental, de saúde e farmacoterapêutico de usuários hipertensos da farmácia municipal de Santa Cruz do Sul - RS.

Pesquisador: Ana Paula Helfer Schneider

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80813417.9.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.436.368

Apresentação do Projeto:

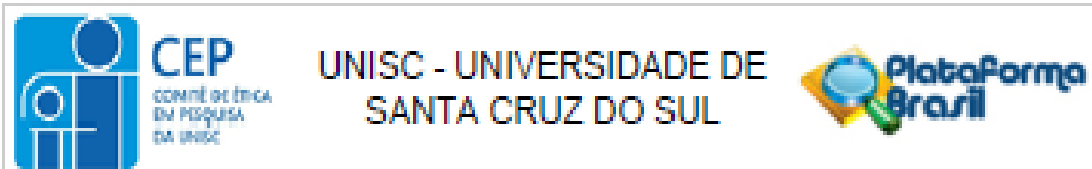
A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica que mais causa complicação cardiovascular. Os profissionais de saúde enfrentam um grande problema com os pacientes portadores de HAS devido à falta de adesão ao tratamento. É importante planejar um esquema terapêutico de acordo com o perfil de cada paciente, com o objetivo de obter resultados positivos quanto ao tratamento. O presente estudo tem como objetivo avaliar o perfil sócio demográfico, comportamental de saúde e farmacoterapêutico de usuários hipertensos da farmácia municipal de Santa Cruz do Sul - RS e 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 aplicado um questionário com 100 pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, usuários da Farmácia Municipal de Santa Cruz do Sul que estão em tratamento medicamentoso e que aceitarem a participar do estudo. Trata-se de avaliar a adesão ao tratamento farmacológico. Palavras-chave: Adesão. Hipertensão arterial. Tratamento medicamentoso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o perfil sócio demográfico, comportamental, de saúde e farmacoterapêutico de hipertensos usuários da Farmácia Municipal de Santa Cruz do Sul.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 8, sala 803
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-000
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



Continuação de Parecer: 2.436.308

Objetivo Secundário:

- Analisar o perfil sócio-demográfico, comportamental de saúde farmacoterapêutico de hipertensos da Farmácia Municipal;
- Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes hipertensos;• Verificar a qualidade de vida desses usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos para a população estudada são mínimos, pois será apenas realizado uma entrevista para responder ao questionário. Também não ocorrerá nenhum constrangimento para o paciente, não será questionado dados íntimos, somente aspectos sobre a adesão ao tratamento.

Benefícios:

Os benefícios da realização deste estudo, consta em fazer um levantamento de dados para analisar o perfil de cada paciente, conforme a adesão ao tratamento para HAS. Portanto, a partir deste estudo será possível a elaboração de estratégias para melhorar a adesão medicamentosa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante para a população à qual se destina.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Adequados ao que este CEP preconiza

Recomendações:

- Especificar risco mínimo, (o entrevistado poderá apresentar desconforto para responder ao instrumento de coleta de dados).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

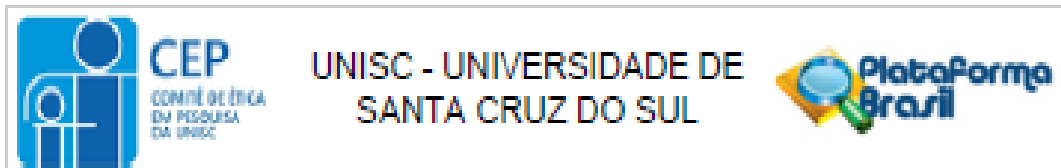
- Especificar risco mínimo, (o entrevistado poderá apresentar desconforto para responder ao instrumento de coleta de dados).
- Informar o tempo da coleta dos dados no TCLE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto pendente de aprovação até a adequada e necessária correção das seguintes situações:

- Especificar o risco mínimo em todos os documentos que o exigirem: TCLE, Informações Básicas, Projeto Completo...(o entrevistado poderá apresentar desconforto para responder ao instrumento de coleta de dados).
- Informar o tempo da coleta dos dados no TCLE.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco B, sala 603
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-600
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.456.268

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1033252.pdf	01/12/2017 13:58:40		Aceito
Orçamento	orcamento.jpg	01/12/2017 13:58:20	JULIA SEGRETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta.pdf	23/11/2017 19:19:14	JULIA SEGRETTI	Aceito
Folha de Rosto	anexo.pdf	23/11/2017 19:17:11	JULIA SEGRETTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tc.docx	21/11/2017 16:35:55	JULIA SEGRETTI	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLE.doc	21/11/2017 16:31:26	JULIA SEGRETTI	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Aprovação da CONEP:


Não

SANTA CRUZ DO SUL, 13 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)

Endereço: Av. Independência, nº 2203 -Bloco B, sala 603
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-600
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br

ANEXO B: Questionário

	Perfil Sociodemográfico, comportamental, de saúde e farmacoterapêutico de usuários hipertensos da farmácia Municipal de Santa Cruz do Sul- RS	
Nome:	Iniciais ____	
Coletador:	Colet ____	
Data de Coleta: __/__/____	Coldat __/__/____	
1. Qual é sua idade? ____ (anos completo)	ID: ____	
2. Sexo (observar) (1) Masculino (2) Feminino	SEXO:	
3. Cor ou raça (observar) (1) Branco (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena	COR:	
DADOS DA INTERNAÇÃO		
4. Nos últimos 12 meses o(a) Sr.(a) esteve hospitalizado?	XINTER:	
5. Qual o motivo da última internação?	MOTINTER:	
DADOS COMPORTAMENTAIS E DE SAÚDE		
<AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O(A) SR.(A).>		
6. O (A) Sr(a) sabe ler e escrever? (0) Não → 8 (1) Sim (2) Só assina o nome → 8 (9) IGN	LER:	
7. Até que série o(a) Sr.(a) completou na escola? _____ anos de estudo (9) IGN	ESCOLA:	
8. 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:	
9. 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:	
10. O SR. (a) realiza, regularmente, algum tipo de atividade física no seu lazer, tais como exercícios físicos (ginástica, caminhada e corrida), esportes ou artes marciais? (1) Não faz e não tem interesse (2) Não faz, mas tem interesse (3) Faz atividade física uma a duas vezes por semana (4) Faz atividade física três a quatro vezes por semana (5) Faz atividade física cinco ou mais vezes por semana	AFISIC:	

<p>11. 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)</p>	<p>FUMA __ __ FUMTEM __ __ CIGDIA __ __ FUMEX __ __</p>	
<p>12. Com que frequência o (a) Sr(a) costuma ingerir bebida alcoólica?</p> <p>(0) Não consome bebida alcóolica → 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/nunca (9) IGN</p>	<p>FREALCM</p>	
<p>13. 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?</p> <p>(0) Não (1)Sim (8)NSA</p>	<p>QUALCM</p>	
<p>14. 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</p>	<p>QUADIA</p>	
<p>15. Como o(a) Sr. (a) considera a sua saúde?</p> <p>(1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim</p>	<p>SAUD</p>	
<p>16. Algum médico já disse que o (a) Sr. (a) tem: (ler opções)</p> <p>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 nervos h) Problema no coração i) Pressão alta ou HAS j) Câncer k) Outro _____</p>	<p>(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 (0)Não (1)Sim (9) IGN (0)Não (1)Sim (9) IGN (0)Não (1)Sim (9) IGN (0)Não (1)Sim (9) IGN</p>	<p>DIAB __ COL __ CIR __ OSTE __ ASM __ ART __ DEP __ COR1 __ HIP __ CAN __</p>
<p>17. O (a) Sr. (a) tem trabalho remunerado?</p> <p>(1)Sim (2) Aposentado (3) Desempregado (4) Encostado (5) Dono de casa</p> <p>Outro: _____</p>	<p>TRAB __</p>	
<p>18. Qual a situação conjugal atual? (ler opções)</p> <p>(1) Casado(a) ou com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) (3) Separado(a) (4) Viúvo(a)</p>	<p>SITCONJ __</p>	
<p>19. Quantas pessoas com moram com o(a) Sr. (a)? ____</p>	<p>NMORA __</p>	
<p>20. Pensando no último mês qual foi a renda total por mês 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) __ . __ __ , __ __</p>	<p>RENDA __ __ __ __</p>	

<AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE CONSULTAS AO MÉDICO>	
21. O(a) Sr. (a) possui plano de saúde? (0)Não (1)Sim (99) IGN	PLANO ____
22. Desde <SEIS MESES ATRÁS > o(a) Sr. (a) consultou com médico por qualquer problema de saúde? (0)Não (1)Sim (99)IGN Se sim: Quantas vezes? ____ Quando foi a última? _____ Se não: Por que o(a) Sr. (a) não procurou serviço de saúde? (pular para questão 33) (1)Não houve necessidade (2) sentiu necessidade mas não foi por _____	CON ____ NCON__ TCON__ PQNCON__
23. Neste último atendimento (ler opções) (1) Receitou algum remédio (2) O médico renovou a receita (3) O médico suspendeu algum medicamento (4) Mudou ou trocou alguma medicação (5) outro: _____	MEDCON ____
24. Quanto tempo faz que o(a) Sr. (a) recebeu a visita da equipe de saúde da família (do posto de saúde) (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitária de saúde)? ____ meses (9) IGN	VISITA ____
25. 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). (ler as opções)	USOMED
(a)Toma sozinho(a) (0)Não (1)Sim (9) IGN	TOMAS ____
(b)Precisa de supervisão (incluindo supervisão a distância) para assegurar que lhe tome adequadamente seus medicamentos (0)Não (1)Sim (9) IGN	SUPER ____
(c)Os medicamentos são organizados em uma caixa semanalmente (preparada por outra pessoa) (0)Não (1)Sim (9) IGN	CAIXA ____
(d)Toma seus medicamentos se eles são preparados diariamente (0)Não (1)Sim (9) IGN	PREP ____
(e)Alguém deve lhe trazer os medicamentos na hora certa (0)Não (1)Sim (9) IGN	TRAZER ____
Teste de Morisky	
<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>	
26. O(a) Sr. (a) alguma vez esquece de tomar os seus remédios (0)Não (1) Sim	ESQ ____
27. O(a) Sr. (a), as vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar os seus remédios? (0) Não (1)Sim	DESC ____
28. Alguma vez quando o(a) Sr, (a) se sente bem, deixa de tomar os seus remédios? (0) Não (1) Sim	BEM ____
29. Alguma vez, se o(a) Sr. (a) se sentiu mal, aumentou a quantidade de remédios a ser tomado? (0)Não (1)Sim	MAL ____
30. Teste de Morisky (0) 4 adesão (1) ≤ 3 não adesão	AD ____
RESPONDER O QUADRO DOS MEDICAMENTOS	

<Agora pensando em todos os seus remédios>	
<p>31. Algum de seus remédios causa problemas para você? (0)Não (1)Sim Se o entrevistado respondeu sim, por favor liste os nomes das medicações e quanto elas incomodam:</p> <p>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</p>	MEDPR __
<p>32. Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, tem com seus remédios. <Quanto difícil é para você></p> <p>a)Abrir ou fechar a embalagem: (1) Muito difícil (2) Um pouco difícil (3) Não muito difícil</p> <p>Medicamento:</p> <p>b)Ler o que está escrito na embalagem: (1) Muito difícil (2) Um pouco difícil (3) Não muito difícil</p> <p>c)Lembrar de tomar todo o remédio: (1) Muito difícil (2) Um pouco difícil (3) Não muito difícil</p> <p>d) Conseguir o medicamento: (1) Muito difícil (2) Um pouco difícil (3) Não muito difícil</p> <p>e) Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo: (1) Muito difícil (2) Um pouco difícil (3) Não muito difícil</p> <p>Medicamento:</p>	EMB __ LER __ LEM __ COM __ TOM __
<p>33. O(a) Sr. (a) deixou de utilizar algum medicamento? (1)Sim (2) Não Qual?</p> <p>Motivo?</p>	
<p>34. Número total de medicamentos relatados:</p>	NAOM __
<p><AGORA VAMOS FALAR SOMENTE SOBRE OS MEDICAMENTOS RECEITADOS POR MÉDICO QUE O(A) SR. (A) UTILIZOU NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, OU SEJA, DESDE <DIA DA SEMANA ANTERIOR></p>	
<p>35. Nos últimos quinze dias o Sr. (a) usou algum remédio receitado pelo médico?</p> <p>(0) Não 41 (1) Sim</p> <p><Agora eu gostaria de saber o nome do(s) remédio(s) que o(a) Sr. (a) precisou utilizar nos últimos quinze dias ></p>	Medic __

36. Medicamentos	a) Dose (mg) (888)= NSA	b) Quantas vezes ao dia o(a) Sr. (a) toma esse remédio?	c) Como esta medicação funciona para você? (1) Bem (2) Regular (3) Não funciona bem (9=IGN)	d) Quem indicou esse remédio? (1) Médico ESF (2) Outro médico (3) A própria pessoa (4) Outro (9) IGN
m08 _____ Confere prescrição (0) Não (1) Sim	a01 _____ p01a _____	b01 ____ p01b ____	g01 ____	k01 ____ p01k ____
m09 _____ Confere prescrição (0) Não (1) Sim	a02 _____ p02a _____	b02 ____ p02b ____	g02 ____	k02 ____ p02k ____
M10 _____ Confere prescrição (0) Não (1) Sim	a03 _____ p03a _____	b03 ____ p03b ____	g03 ____	k03 ____ p03k ____
M11 _____ Confere prescrição (0) Não (1) Sim	a04 _____ p04a _____	b04 ____ p04b ____	g04 ____	k04 ____ p04k ____
M12 _____ Confere prescrição (0) Não (1) Sim	a05 _____ p05a _____	b05 ____ p05b ____	g05 ____	k05 ____ p05k ____
M13 _____ Confere prescrição (0) Não (1) Sim	a06 _____ p06a _____	b06 ____ p06b ____	g06 ____	k06 ____ p06k ____
M14 _____ Confere prescrição (0) Não (1) Sim	a07 _____ p07a _____	b07 ____ p07b ____	g07 ____	k07 ____ p07k ____