

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

MARIA NELLY SOBREIRA DE CARVALHO BARRETO

**FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E
SUA INFLUÊNCIA NO CONTROLE PRESSÓRICO EM HIPERTENSOS
CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PERNAMBUCO:
ESTUDO REDENUT**

RECIFE

2020

MARIA NELLY SOBREIRA DE CARVALHO BARRETO

**FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E
SUA INFLUÊNCIA NO CONTROLE PRESSÓRICO EM HIPERTENSOS
CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PERNAMBUCO:
ESTUDO REDENUT**

Tese apresentada ao Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de doutor em Ciências.

Orientadoras:
Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Dra. Annick Fontbonne
Dra. Heloisa de Melo Rodrigues

RECIFE

2020

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

B273 Barreto, Maria Nelly Sobreira de Carvalho.

f Fatores associados a adesão ao tratamento farmacológico e sua influência no controle pressórico em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Pernambuco: Estudo RedeNut / Maria Nelly Sobreira de Carvalho Barreto.. - Recife: [s.n.], 2020.

157 p. : il., graf., tab. ; 30 cm.

Tese (doutorado em saúde pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

Orientadoras: Eduarda Ângela Pessoa Cesse, Annick Fontbonne, Heloisa de Melo Rodrigues.

1. Adesão à medicação 2. Atenção primária à saúde. 3. Hipertensão. 4. Diabetes mellitus. I. Cesse, Eduarda Ângela Pessoa. II. Fontbonne, Annick. III. Rodrigues, Heloisa de Melo. IV. Título.

CDU 614

MARIA NELLY SOBREIRA DE CARVALHO BARRETO

**FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E
SUA INFLUÊNCIA NO CONTROLE PRESSÓRICO EM HIPERTENSOS
CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PERNAMBUCO:
ESTUDO REDENUT**

Tese apresentada ao Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de doutor em Ciências.

Aprovada em: 12 / 05 / 2020.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dr. Wayner Vieira de Souza
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Nathália Paula de Souza
Centro Acadêmico de Vitória/Universidade Federal de Pernambuco

Dr. Luiz Henrique Maciel Griz
Universidade de Pernambuco

Dra. Flávia Patrícia Morais de Medeiros
Faculdade Pernambucana de Saúde

A minha família, que foi fundamental nesta minha trajetória.
Aos hipertensos e diabéticos, especialmente aos participantes do estudo.
Aos profissionais que se dedicam, acreditam e lutam pela consolidação do SUS, seja na
atuação em serviços ou desenvolvendo pesquisas.
Especialmente, às minhas orientadoras que são militantes em defesa da Saúde Pública.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me iluminar, me dar forças e colocar as melhores pessoas no meu caminho, a começar pela família, meu grande alicerce, e as minhas orientadoras, que me conduziram para eu concluir mais uma etapa da minha vida acadêmica;

A meus pais, Roberto e Iêda, e ao irmão Celso, que me deram o amor e o suporte necessários. Mesmo distantes, conseguiram compreender os meus limites e respeitar minhas ausências. Vocês são o meu porto seguro. Amo vocês;

A meu marido, Cícero, por seu amor, companheirismo e compreensão. Provou que o amor verdadeiro é capaz de superar as adversidades. Meu eterno amor e gratidão;

A meus filhos, Ana Thaís e Daniel, pela paciência que tiveram em não poder contar com minha assistência constante e entenderem todos esses momentos de ausência. Vocês são a razão de ser das minhas lutas e conquistas. Amo vocês incondicionalmente;

A minha “grande família”, composta por sogra (D. Socorro), cunhados(as), primos, sobrinhos(as), genro, tios e tias, que acompanharam, de perto ou de longe, minha trajetória de renúncias e dedicação, sempre torcendo e acreditando em mim;

A Cicinha, por sua responsabilidade e dedicação aos afazeres domésticos. Foi um grande apoio para zelar pelo meu lar e me proporcionar tranquilidade para eu trabalhar;

Às orientadoras, cada uma com sua característica e peculiaridade, conduziram-me com amizade, tranquilidade e harmonia. Eduarda (Duda) que, mesmo distante, sempre chegava junto para dar o “*freio de arrumação*” e constantemente me incentivava com suas palavras de otimismo. Annick, com seu olhar atento e cuidadoso que, mesmo distante, percebia quando o cansaço tomava conta de mim. E de perto, então, nem se fala, deu-me todo apoio em Montpellier, despertando-me para um novo olhar sobre minha tese. Heloísa, com serenidade e sensibilidade, conduziu e me orientou com discernimento na realização e interpretação das análises estatísticas. Duda, Annick e Helô, vocês superaram os muros da academia e da pesquisa e me viram de uma forma muito humana, respeitando os meus limites. Tenho em vocês importantes referências pessoais e profissionais para o meu crescimento. Foi uma honra tê-las como orientadoras;

Ao Instituto Aggeu Magalhães e sua equipe de pesquisadores, que prezam pela excelência no ensino e por isso foi a instituição que escolhi para o meu aperfeiçoamento profissional, na especialização, no mestrado e no doutorado. Especialmente neste doutorado, destaco os meus agradecimentos a Tereza Lira, Antônio Mendes, Edgard de Assis Carvalho, Wayner Vieira, Paulette Cavalcanti, Joselice da Silva e aos docentes que participaram na

disciplina Epidemiologia e Atenção as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e da avaliação dos trabalhos da Jornada Científica, pois trouxeram contribuições relevantes para o amadurecimento e aperfeiçoamento do objeto de estudo;

Aos professores Wayner Vieira e Divaldo Lyra, pelas valiosas contribuições na banca de qualificação;

Aos membros titulares da banca de defesa, Nathália Souza, Wayner Vieira, Flávia Morais, Luiz Griz, e os suplentes Naíde Teodósio e Mônica Henrique, por se disponibilizarem a trazer, a partir dos seus saberes e experiências, contribuições para o aperfeiçoamento da tese;

Aos funcionários do Instituto Aggeu Magalhães, que labutam dia a dia para tudo funcionar em harmonia. Um agradecimento especial à equipe da vice-diretoria de pesquisa e da secretaria acadêmica, principalmente a Roberta Campos, Glauco, Janice, Rivaldete, Letícia e Semente, que estiveram sempre dispostos a esclarecer dúvidas. A Márcia e Mégine, na Biblioteca, pelo auxílio nas revisões e buscas bibliográficas;

Aos que fazem o LAM Saúde e colocam a ciência e a pesquisa como uma das prioridades. Admiro cada um de vocês. E nessa equipe destaque, Bernadete Ribeiro (nossa querida Bete, sempre tão prestativa), Michelly Marinho, Juliana Costa, Andressa Gomes, Nathália Souza, Sílvia Melo, Jessyka Barbosa, Rebeca, Késia, Jonatan Barros, Mariana e Hassyla, pelos momentos compartilhados de angústia, descontração e troca de experiências;

À equipe de entrevistadores, Ana Amélia, Bete, Rosa e Rosete, e demais envolvidos nas entrevistas e digitação dos resultados no SPSS. Vocês foram fundamentais para a formação do rico banco de dados que constituíram o RedeNut, fornecendo subsídios para esta tese e diversos outros estudos e produções científicas;

Aos usuários que aceitaram participar da entrevista e disponibilizaram o seu tempo, para contribuir significativamente com a ciência;

À Secretaria de Saúde de Recife, Serra Talhada, Caruaru e Petrolina, por permitirem a realização da pesquisa RedeNut;

Aos colegas do doutorado, pelos momentos de alegria, tristeza, desespero, angústias e vitórias compartilhadas. Foi gratificante fazer parte dessa turma. Admiro muito vocês e espero que a nossa amizade continue além do doutorado;

Aos amigos de todas as horas que, de perto ou de longe, acompanharam-me nessa jornada e sempre torceram para eu alcançar esta vitória, em especial Ana Cláudia, Sandra, Janaina, Roberta, Aurivone, Margareth, Meire, Suely, Joelma, Mônica, Glória, Edja, Ana Emília, Fábila, Dalka, Ayla, Mauro, Victor (um genro-filho), Rodrigo, Guido, Fernando,

Júnior, Flávio, José Augusto, Fábio, Lourival, Vilson, Hermias e os demais colegas de profissão e do doutorado, com quem formei laços permanentes;

Às amigas e companheiras de Congressos e de produções científicas, Nathália, Sílvia, Penha, Juliana e Jessyka, que formaram comigo laços permanentes para manter viva a pesquisa e a produção acadêmica, em especial as minhas orientadoras Duda, Annick e Helô;

Aos meus coordenadores, João Maurício (Assistência Farmacêutica – PCR) e Flávia Morais (FPS), pela compreensão e colaboração nos momentos em que mais precisei me dedicar a este importante projeto: o doutorado. Vocês me provaram que é possível conciliar família e dois empregos com o doutorado, quando se tem líderes humanos. Admiro muito a forma como vocês lideram sua equipe;

À Secretaria de Saúde de Recife, especialmente aqueles que compreenderam a necessidade do meu afastamento, João Maurício (gerente da Assistência Farmacêutica), Eliane Germano (diretora de Assistência à Saúde) e demais gestores da Secretaria Municipal de Saúde, por autorizarem o meu afastamento no momento mais necessário;

À FPS, pelo apoio e suporte, quando necessário, especialmente a coordenadora e os colegas tutores do Curso de Farmácia, pelo companheirismo, torcida e colaboração mútua. Destaco o apoio de Elisângela, Mônica, Thalita, Alex, Júnior e Charles, que se disponibilizaram a me substituir quando eu tinha alguma atividade do doutorado a cumprir. É gratificante fazer parte dessa equipe;

Aos alunos que compartilharam importantes momentos de trocas de saberes, trazendo instantes de leveza e descontração, que não deixavam o cansaço me vencer. Especialmente as turmas de formando de Farmácia 2019.1 e 2019.2, que me escolheram como paraninfa da turma, mostrando que eu estava no caminho certo;

Aos farmacêuticos(as) presentes no meu dia a dia, Ana Karla, Karinna, Sandra, Katiúsica, Cecília, Dayse, Giselda, Albérico, João Maurício e João Terto, pela dedicação para garantir o acesso aos medicamentos. Os nossos funcionários, especialmente, Rose, Luciana, Valdete, Edson, Beбето, Lenivaldo, Milton e Breno, pelo apoio, torcida e momentos de bom humor, que ajudaram a vencer o cansaço. Destaco, ainda, a relevância do trabalho de Bruno, Juliana e demais funcionários que impulsionam a logística. Vocês são a prova viva da importância do SUS e da Política de Assistência Farmacêutica;

A Albérico, Sandra e Edson Júnior, que deram o suporte necessário na minha ausência, mantendo o meu setor funcionando muito bem;

A José Augusto Barros e Glória Tavares, que sempre me incentivaram a fazer o doutorado e se disponibilizaram a colaborar com o que fosse necessário. Vocês são um exemplo de amor e dedicação à docência;

À turma da academia e do pilates, que trouxe leveza para os meus dias tão repletos de compromissos. Aos que me ajudaram a cuidar do corpo e da mente: Dra. Ângela Santana, Dra. Diana Campos, Dra. Ângela Barbosa, as fisioterapeutas, Simone Lisboa, Apolyana Silkelle e Rhaisa, e o instrutor do alongamento, José Waldecy Júnior, e as que enviaram permanente vibrações positivas, Armele, Ivana Cunha e Marise Matwijszyn;

À colaboração e parceria do Laboratório de Nutrição em Saúde Pública da UFPE e o Institut de Recherche pour le Développement (IRD, França);

À FACEPE, pelo financiamento de projetos, como o RedeNut: ações imprescindíveis para impulsionar a ciência;

A Rodrigo Brayner, pela dedicação e atenciosa revisão da tese, para adequá-la às normas da ABNT, e Eduardo Bezerra, pelo empenho na criação da arte (xilogravura). Dois olhares que trouxeram um design especial ao produto final.

Por fim, gostaria de agradecer ao “doutorado” pelo conteúdo teórico, filosófico e embasamento proporcionado, para que alcançasse um importante passo na vida acadêmica. Especialmente às minhas orientadoras, que me incentivaram a passar por uma experiência incrível quando decidi trabalhar os resultados da tese na Europa, ao lado de Annick. Essa vivência permitiu meu crescimento como pessoa, fez-me refletir sobre quem sou, o que quero para mim e, assim, ter uma visão além da academia.

“Pense no rosto do homem mais fraco e mais pobre que você já viu, e pergunte a si mesmo se o passo que você quer dar vai de alguma forma ser útil a esse homem”.

Gandhi

BARRETO, Maria Nelly Sobreira de Carvalho. **Fatores associados a adesão ao tratamento farmacológico e sua influência no controle pressórico em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Pernambuco: estudo RedeNut.** 2020. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

RESUMO

Descrever o perfil socioeconômico, demográfico, estilo de vida, aspectos clínicos e farmacológicos, e analisar a associação desses fatores com a adesão à farmacoterapia e a sua influência no controle pressórico, em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Pernambuco. Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, com base nos dados da pesquisa “RedeNut: Avaliação da inserção do Componente Alimentação e Nutrição na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco”, desenvolvida pela Fiocruz/PE. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2015 e setembro de 2016, por meio de entrevistas realizadas por entrevistadores devidamente treinados, utilizando formulário padronizado, em uma amostra representativa de hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família nos quatro polos das macrorregiões de saúde de Pernambuco. Foi preenchida uma ficha para cada medicamento que o usuário informou estar tomando no momento da entrevista. A pressão arterial (PA) foi aferida com tensiômetros digitais de pulso. A adesão à farmacoterapia foi avaliada com base na versão em português do *Brief Medication Questionnaire* e dicotomizada em alta adesão (nenhuma, ou apenas uma, resposta positiva) ou baixa adesão (respondeu afirmativamente duas ou mais perguntas). De acordo com os parâmetros adotados na VII Diretriz Brasileira de Hipertensão, os hipertensos foram classificados conforme os valores da pressão arterial em "controlado" ou "não controlado". A amostra final analisada foi de 339 usuários, com idade média de 64 ± 13 anos, predomínio das mulheres (68,4%), renda mensal de até um salário mínimo (40,7%) e mais de 60% eram aposentados ou pensionistas. Menos da metade dos hipertensos (48,8%) estavam com PA controlada. O grupo dos diuréticos foi mais citado (49,9%) e o mais usado nas associações. A metformina foi o antidiabético de maior uso. Sessenta por cento enquadrou-se nos critérios de alta adesão, mas não foi possível evidenciar relação com o controle pressórico, exceto para os hipertensos com diabetes e em politerapia combinada com 3 ou mais anti-hipertensivos, grupo em que prevaleceu baixa adesão e PA não controlada. Constatou-se, na análise bivariada, associação positiva com alta adesão: maior idade ($p=0,003$) e a renda superior a dois salários mínimos ($p=0,053$), que permaneceram no modelo final com OR 1,028 e valor de $p=0,021$; e OR 2,147 e valor de $p=0,060$, respectivamente. É relevante fortalecer o atendimento ao usuário com hipertensão na Atenção Primária à Saúde, com o apoio da equipe multiprofissional, buscando identificar os obstáculos encontrados para o cumprimento da farmacoterapia e assim, aprimorar o manejo da hipertensão e evitar a ocorrência de complicações.

Palavras-chaves: Adesão à medicação. Atenção primária à saúde. Hipertensão. Diabetes mellitus.

BARRETO, Maria Nelly Sobreira de Carvalho. **Factors associated with adherence to pharmacological treatment and their influence on blood pressure control in hypertensive patients registered in the Pernambuco Family Health Strategy: RedeNut Study.** 2020. Thesis (Doctorate in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

ABSTRACT

To describe the socioeconomic, demographic, lifestyle, clinical and pharmacological aspects and analyze the association of these factors with adherence to pharmacotherapy and its influence on blood pressure control, in hypertensive patients registered in the Pernambuco Family Health Strategy. This is a cross-sectional study with a quantitative approach, based on the data of "RedeNut: Evaluation of the insertion of the Food and Nutrition Component in the care network for hypertensive and diabetic patients in Pernambuco", developed by Fiocruz/PE. Data collection took place between August 2015 and September 2016, through interviews conducted by properly trained interviewers, using a standardized form, in a representative sample of hypertensive patients registered in the Health Strategy in the four towns heading the health macro-regions of Pernambuco. A form was also filled out for each medication that the users informed they were taking at the time of the interview. Blood pressure (BP) was measured with digital wrist tensiometers. Adherence to pharmacotherapy was assessed based on the Portuguese version of the Brief Medication Questionnaire and dichotomized as high (no, or only one, positive answer) or low adherence (two or more positive answers). According to the parameters adopted in the VII Brazilian Guideline on Hypertension, hypertensive patients were classified according to the blood pressure values as "controlled" or "uncontrolled". The final sample comprised 339 users, with an average age of 64 ± 13 years, predominance of women (68.4%), monthly income of up to one minimum wage (40.7%) and more than 60% retired or pensioners. Less than half of the patients (48.8%) had controlled BP. The group of diuretics was the most frequently mentioned (49.9%), and the most used in associations. Metformin was the most widely used antidiabetic drug. Sixty percent had high adherence, but it was not possible to evidence a relationship with blood pressure control, except for hypertensive patients with diabetes and in combined polytherapy with 3 or more antihypertensive drugs, a group in which low adherence and uncontrolled BP prevailed. In the bivariate analysis, a positive association was found between high adherence and: older age ($p = 0.003$) and income greater than two minimum wages ($p = 0.053$) that remained in the final model with OR 1.028 ($p = 0.021$) and OR 2.147 ($p\text{-value} = 0.060$), respectively. It is relevant to strengthen the service to users with hypertension in Primary Health Care, with the support of the multiprofessional team, seeking to identify the obstacles encountered in complying with pharmacotherapy and, thus, to improve the management of hypertension and avoid the occurrence of complications.

Keywords: Medication Adherence. Primary Health Care. Hypertension. Diabetes Mellitus.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Vantagens e desvantagens dos métodos indiretos utilizados para avaliar adesão à farmacoterapia | 32 |
| Quadro 2 – Dimensões da não adesão ao tratamento medicamentoso e fatores associados .. | 36 |
| Figura 1 – Distribuição das macrorregiões de saúde contempladas no estudo RedeNut. Pernambuco, 2015-2016..... | 41 |
| Quadro 3 – Versão em português do <i>Brief Medication Questionnaire</i> | 43 |
| Gráfico 1 – Anti-hipertensivos usados em monoterapia pelos hipertensos sem tratamento antidiabético cadastrados na Estratégia Saúde da Família-Pernambuco, 2015-2016 (N=63) | 65 |
| Gráfico 2 – Fármacos referidos por hipertensos sem diabetes, cadastrados na Estratégia Saúde da Família-Pernambuco, em politerapia com dois anti-hipertensivos, 2015-2016. (N=103)..... | 66 |
| Gráfico 3 – Fármacos referidos por hipertensos sem diabetes, cadastrados na Estratégia Saúde da Família-Pernambuco, em politerapia com três ou mais anti-hipertensivos, 2015-2016. (N=24) | 67 |
| Gráfico 4 – Anti-hipertensivos usados em monoterapia pelos hipertensos com diabetes cadastrados na Estratégia Saúde da Família-Pernambuco, 2015-2016 (N=60)..... | 68 |
| Gráfico 5 – Fármacos referidos por hipertensos com diabetes, cadastrados na Estratégia Saúde da Família-Pernambuco, em politerapia com dois mais anti-hipertensivos, 2015-2016. (N=55) | 69 |
| Figura 2 – Domínios do <i>Brief Medication Questionnaire</i> utilizados na construção dos escores para análise da adesão ao tratamento farmacológico em usuários com hipertensão cadastrados na Estratégia Saúde da Família-Pernambuco, 2015-2016..... | 70 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade..... | 27 |
| Tabela 2 – Composição da amostra de estudo, de acordo com os municípios pólos do Estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 42 |
| Tabela 3 – Características socioeconômicas e demográficas dos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e no interior do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 52 |
| Tabela 4 – Estilo de vida dos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e no interior do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 54 |
| Tabela 5 – Características clínicas dos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e no interior do estado de Pernambuco, 2015-2016. | 55 |
| Tabela 6 – Percepções do entrevistador em relação às limitações dos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e no interior do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 56 |
| Tabela 7 – Descrição dos anti-hipertensivos em uso pelos hipertensos, com ou sem diabetes, cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e no interior do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 57 |
| Tabela 8 – Descrição dos antidiabéticos em uso pelos hipertensos com diabetes, cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e no interior do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 58 |
| Tabela 9 – Terapia anti-hipertensiva e práticas adotadas em relação ao tratamento farmacológico, na semana anterior a entrevista, pelos hipertensos com ou sem diabetes (N=334) cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 58 |
| Tabela 10 – Terapia antidiabética e práticas adotadas em relação ao tratamento farmacológico, na semana anterior a entrevista, pelos hipertensos com diabetes (N=144), cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 59 |
| Tabela 11 – Experiência pessoal em relação ao tratamento anti-hipertensivo, descrita pelos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 60 |
| Tabela 12 – Experiência pessoal em relação ao tratamento antidiabético, descrita pelos hipertensos com diabetes (N=144) cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016. | 60 |
| Tabela 13 – Origem da prescrição e formas de aquisição dos anti-hipertensivos mais citados pelos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 61 |
| Tabela 14 – Origem da prescrição e formas de aquisição dos antidiabéticos mais citados pelos hipertensos com diabetes (N=144) cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016. | 62 |

| | |
|---|----|
| Tabela 15 – Práticas relacionadas ao acesso e interrupção do tratamento farmacológico referida pelos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 63 |
| Tabela 16 – Dificuldades em relação ao tratamento farmacológico, citadas pelos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 64 |
| Tabela 17 – Esquema de tratamento anti-hipertensivo em uso pelos hipertensos sem diabetes (N=190) cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 65 |
| Tabela 18 – Esquema de tratamento anti-hipertensivo em uso pelos hipertensos com diabetes (N=144) cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 68 |
| Tabela 19 – Classificação da adesão ao tratamento farmacológico, conforme o <i>Brief Medication Questionnaire</i> (BMQ), para hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família. do Estado de Pernambuco - PE, 2015-2016. | 70 |
| Tabela 20 – Associação entre os domínios do <i>Brief Medication Questionnaire</i> (BMQ) e o controle pressórico em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família. do Estado de Pernambuco - PE, 2015-2016..... | 71 |
| Tabela 21 – Análise bivariada e multivariada entre as variáveis socioeconômicas e demográficas e a adesão ao tratamento farmacológico em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 72 |
| Tabela 22 – Análise bivariada entre os aspectos clínicos e a adesão ao tratamento farmacológico para hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 73 |
| Tabela 23 – Análise bivariada entre as limitações percebidas pelos entrevistadores e adesão ao tratamento farmacológico em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 74 |
| Tabela 24 – Adesão e controle pressórico segundo os esquemas de tratamento anti-hipertensivos para hipertensos sem diabetes (N=190) cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 75 |
| Tabela 25 – Adesão e controle pressórico segundo os esquemas de tratamento com anti-hipertensivos para hipertensos com diabetes cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 75 |
| Tabela 26 – Análise bivariada entre a adesão ao tratamento farmacológico e as dificuldades relatadas pelos hipertensos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016..... | 76 |
| Tabela 27 – Análise bivariada entre a adesão ao tratamento farmacológico, as formas de aquisição dos medicamentos e condutas quando os medicamentos estão em falta, relatadas pelos hipertensos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016. | 76 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------------------|---|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| BB | Betabloqueador |
| BCC | Bloqueador dos canais de cálcio |
| BMQ | Brief Medication Questionnaire |
| BRA | Bloqueador dos receptores da angiotensina II |
| CIB | Comissão Intergestora Bipartite |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DIU | Diuréticos |
| DM2 | Diabetes Mellitus tipo 2 |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| HIPERDIA | Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IAM | Instituto Aggeu Magalhães |
| IECA | Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina |
| LAM-SAÚDE | Laboratório de Avaliação Monitoramento e Vigilância em Saúde |
| MEMS | Medication Event Monitoring System |
| MS | Ministério da Saúde |
| NICE | National Institute for Health and Clinical Excellence |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PA | Pressão Arterial |
| PAD | Pressão Arterial Diastólica |
| PAS | Pressão Arterial Sistólica |
| PNAUM | Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil |
| RENAME | Relação Nacional de Medicamentos Essenciais |
| SM | Salário Mínimo |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

| | |
|----------------|--|
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TMG | Teste de Morisky-Green |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| USF | Unidades de Saúde da Família |
| VIGITEL | Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico |
| WHO | World Health Organization |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 20 |
| 2 | PERGUNTA CONDUTORA | 22 |
| 3 | HIPÓTESES | 23 |
| 4 | OBJETIVOS | 24 |
| 4.1 | OBJETIVO GERAL..... | 24 |
| 4.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 24 |
| 5 | REFERENCIAL TEÓRICO | 25 |
| 5.1 | HIPERTENSÃO ARTERIAL: ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS . | 25 |
| 5.2 | CONCEITOS DE ADESÃO E ABORDAGENS TEÓRICO-METODOLÓGICAS ADOTADAS PARA INVESTIGAR A ADESÃO À FARMACOTERAPIA EM USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO | 29 |
| 5.3 | TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E FATORES QUE FAVORECEM A ADESÃO À FARMACOTERAPIA PELOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO CADASTRADOS NA ESF..... | 34 |
| 5.4 | POLÍTICAS PÚBLICAS PARA FAVORECER O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... | 37 |
| 6 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 40 |
| 6.1 | DELINEAMENTO DO ESTUDO REDENUT | 40 |
| 6.2 | POPULAÇÃO, ÁREA DE ESTUDO E PROCEDIMENTO AMOSTRAL | 40 |
| 6.3 | INSTRUMENTOS DE MEDIDAS | 42 |
| 6.4 | VARIÁVEIS DO ESTUDO | 44 |
| 6.4.1 | Variável dependente | 44 |
| 6.4.2 | Variáveis de controle pressórico | 44 |
| 6.4.3 | Variáveis independentes | 45 |
| 6.5 | ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE..... | 47 |
| 6.5.1 | Descrição dos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e interior do estado de Pernambuco | 47 |
| 6.5.2 | Descrição do perfil farmacoterapêutico | 48 |
| 6.5.3 | Classificação de variáveis conforme o <i>Brief Medication Questionnaire</i> (BMQ) e comparação com o controle pressórico | 48 |
| 6.5.4 | Análise dos fatores socioeconômicos, demográficos e clínicos associados à adesão ao tratamento farmacológico | 49 |

| | | |
|---------|---|-----------|
| 6.5.5 | Análise das características do tratamento farmacológico e sua relação com a adesão e com o controle pressórico | 49 |
| 6.6 | ANÁLISES ESTATÍSTICAS | 50 |
| 6.7 | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 50 |
| 7 | RESULTADOS | 52 |
| 7.1 | DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM RECIFE E NO INTERIOR | 52 |
| 7.2 | DESCRIÇÃO DA FARMACOTERAPIA COM ANTI-HIPERTENSIVOS E ANTIDIABÉTICOS EM USO PELOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM RECIFE E NO INTERIOR | 56 |
| 7.2.1 | Descrição do perfil de uso dos anti-hipertensivos e antidiabéticos pelos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e no interior | 56 |
| 7.2.2 | Acesso aos anti-hipertensivos e antidiabéticos, condutas e dificuldades encontradas, em relação ao tratamento farmacológico, pelos usuários com hipertensão cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e no interior | 62 |
| 7.2.3 | Descrição das associações de anti-hipertensivos | 64 |
| 7.2.3.1 | Descrição das associações de anti-hipertensivos em usuários com hipertensão, sem tratamento com antidiabéticos, cadastrados na Estratégia Saúde da Família | 64 |
| 7.2.3.2 | Descrição das associações de anti-hipertensivos em usuários com hipertensão e diabetes, em tratamento com antidiabéticos, cadastrados na Estratégia Saúde da Família | 67 |
| 7.3 | CLASSIFICAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E ANÁLISE DE SUA RELAÇÃO COM O CONTROLE PRESSÓRICO DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 69 |
| 7.4 | FATORES SOCIOECONÔMICOS, DEMOGRÁFICOS E ASPECTOS CLÍNICOS ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 71 |
| 7.5 | RELAÇÕES ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E ADESÃO E O CONTROLE PRESSÓRICO EM | |

| | | |
|----------|---|-----|
| | USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 74 |
| 8 | DISCUSSÃO | 78 |
| 8.1 | CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS E ESTILO DE VIDA DOS HIPERTENSOS | 78 |
| 8.2 | MEDIDAS FARMACOLÓGICAS ADOTADAS PELOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO..... | 82 |
| 8.3 | POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS AO ACESSO AOS MEDICAMENTOS PELOS USUÁRIO COM HIPERTENSÃO CADASTRADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... | 88 |
| 8.4 | ANÁLISE DOS FATORES QUE IMPACTAM NA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM HIPERTENSOS..... | 91 |
| 8.5 | PONTOS FORTES E LIMITES DO ESTUDO | 94 |
| 9 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 95 |
| | REFERÊNCIAS | 97 |
| | APÊNDICE A – ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA SAÚDE EM DEBATE | 106 |
| | ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO | 127 |
| | ANEXO B – FORMULÁRIO USUÁRIOS DO ESTUDO REDENUT | 128 |
| | ANEXO C – FICHA DE MEDICAMENTOS DE USO ORAL PARA HIPERTENSÃO E DIABETES DO ESTUDO REDENUT | 149 |
| | ANEXO D – FICHA DE MEDICAMENTOS INSULINA DO ESTUDO REDENUT | 151 |
| | ANEXO E – CARTA DE ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) | 154 |
| | ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS USUÁRIOS (TCLE) | 156 |
| | ANEXO G – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO | 157 |

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), considerada, na atualidade, uma pandemia, devido a sua alta morbidade. A HAS está associada ao incremento da obesidade e do sedentarismo, além do aumento da longevidade, e as consequências advindas de suas complicações acarretam custos diretos e indiretos, difíceis de mensurar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018; SCHMIDT et al., 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017;).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares destacam-se como uma das principais causas de mortalidade por DCNT (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018), o que enfatiza a importância do controle pressórico. Evidências têm demonstrado que o controle pressórico, geralmente, previne o surgimento das complicações crônicas que, além dos altos custos gerados, repercute numa pior qualidade de vida e perda da produtividade, principalmente nos hipertensos com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) associada (MARINHO et al., 2011; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). Diante desse cenário, torna-se fundamental a adoção de políticas públicas, condizentes com a transição demográfica e epidemiológica em curso, para subsidiar o atendimento ao hipertenso na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2011a, 2011b, 2013, 2014; MALTA et al., 2016).

Visando o planejamento, a execução das ações e o cumprimento das diretrizes do SUS (universalidade, integralidade e equidade), foi implantada, na atenção primária, a Estratégia Saúde da Família (ESF), composta por de uma equipe multiprofissional, que atua no sentido de evitar a instalação das doenças, por meio de estratégias de prevenção primária, com o incentivo a modificações no estilo de vida e o acompanhamento das necessidades individuais (ALMEIDA et al., 2018; BRASIL, 2011a, 2013, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Cabe à equipe da ESF, o acompanhamento dos seus usuários e, no caso do hipertenso, uma vez não se obtendo um bom controle pressórico, é fundamental o uso contínuo de medicamentos, com necessidade de ajustes nas doses e inclusão de fármacos, na medida em que a doença evolui. Por ser uma doença silenciosa, muitas vezes, o usuário negligencia o tratamento e a equipe da ESF é a responsável por identificar e intervir para evitar esse

problema (BRASIL, 2013; FERREIRA et al., 2013; NATHAN et al., 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Dessa forma, é imprescindível identificar o perfil farmacoterapêutico, as situações que influenciam a adesão ao tratamento farmacológico e os fatores que dificultam o acesso aos medicamentos para os usuários da APS, pois as complicações advindas do descontrole pressórico estão, muitas vezes, relacionadas com a falta de adesão à farmacoterapia, tanto no Brasil quanto em outros países (BERTOLDI et al., 2016; CANESQUI, 2015; FERREIRA et al., 2013).

Diante da magnitude da hipertensão e suas complicações, bem como diante da importância das medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controle pressórico, este estudo se propôs a verificar o perfil de utilização de anti-hipertensivos e antidiabéticos, além dos fatores relacionados com a adesão ao tratamento farmacológico e o impacto desses fatores no controle pressórico em hipertensos, cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Pernambuco, estado da região Nordeste com baixo Índice de Desenvolvimento Humano, caracterizada pelas desigualdades regionais, inclusive entre os municípios.

O estudo, apresentado em formato de tese tradicional, foi estruturado de forma a responder a pergunta condutora e alcançar os objetivos propostos. Inicialmente, foram contextualizados, com respaldo da literatura científica, os aspectos clínicos, epidemiológicos, relacionados à farmacoterapia para o tratamento da hipertensão arterial, e as políticas públicas adotadas no Brasil para subsidiar o atendimento a estes usuários. Em seguida, para apoiar o percurso metodológico, foram identificados estudos de adesão, realizados no Brasil e em outros países, e seus impactos no controle pressórico.

Os resultados do estudo foram divididos em descritivos e analíticos, visando apresentar as características da população estudada, comparando Recife e interior. Na etapa descritiva, considerou-se os aspectos socioeconômicos, demográficos, clínicos e relacionados à farmacoterapia, englobando tanto o perfil dos anti-hipertensivos e antidiabéticos quanto as formas de acesso e as condutas dos usuários com relação ao seu tratamento. Na etapa analítica, partindo-se da classificação de adesão ao tratamento farmacológico, analisou-se a relação dos fatores descritos na etapa anterior com a adesão ao tratamento farmacológico e o controle pressórico.

2 PERGUNTA CONDUTORA

Quais são os fatores relacionados com a adesão à farmacoterapia? Esses fatores, assim como a escolha do anti-hipertensivo, impactam no controle pressórico dos hipertensos, cadastrados na Estratégia Saúde da Família?

3 HIPÓTESES

Os fatores que influenciam na adesão à farmacoterapia podem estar relacionados a situações intrínsecas ao usuário, tais como sexo, idade, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico, crenças sobre a doença e a escolha de anti-hipertensivo e antidiabético. Podendo, ainda, ser influenciado pelo regime terapêutico, efeitos adversos e o acesso aos medicamentos.

A adesão ao tratamento farmacológico favorece o controle pressórico.

4 OBJETIVOS

Os objetivos que nortearam o desenvolvimento desta tese estão apresentados abaixo, divididos entre objetivo geral e objetivos específicos.

4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil socioeconômico, demográfico, estilo de vida, aspectos clínicos e farmacológicos e analisar a associação desses fatores com a adesão à farmacoterapia e a sua influência no controle pressórico, em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Pernambuco.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil socioeconômico e demográfico, aspectos clínicos, hábitos alimentares, tabagismo, consumo de bebida alcoólica e prática de atividade física dos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, em Recife e interior do estado de Pernambuco;
- b) Descrever a farmacoterapia com anti-hipertensivos e antidiabéticos utilizados pelos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, em Recife e interior do estado de Pernambuco;
- c) Classificar a adesão ao tratamento farmacológico em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco e verificar sua associação com o controle pressórico;
- d) Analisar os fatores socioeconômicos, demográficos e clínicos, associados à adesão ao tratamento farmacológico, em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco;
- e) Analisar as características do tratamento farmacológico, associadas à adesão e ao controle pressórico, em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta tese foi ancorado nos aspectos clínicos e epidemiológicos da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com uma visão no Brasil e em diversos países, destacando os riscos de complicações, quando ocorre concomitantemente ao Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), seguido de uma abordagem conceitual para descrever a adesão ao tratamento farmacológico e seus diversos pressupostos teóricos-metodológicos.

Para contextualizar os aspectos inerentes ao tratamento farmacológico da HAS e do DM2, considerou-se os anti-hipertensivos e antidiabéticos padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais- RENAME e por fim as Políticas Públicas implantadas no Brasil que favorecem o atendimento ao hipertenso na Atenção Primária à Saúde em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL: ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

A transição demográfica e epidemiológica, associada às mudanças no estilo de vida, que acarretaram o aumento da obesidade e do sedentarismo, favoreceram o incremento das DCNT, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A OMS (2018) estima que 25% da população mundial tem hipertensão. Estudo realizado por Malta et al. (2016), com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, identificou que 22,8% da população brasileira tem Pressão Arterial (PA) aferida maior ou igual a 140/90 mmHg, sendo mais elevada em homens (25,8%) do que em mulheres (20,0%).

A HAS é condição multifatorial e está frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo. Caracteriza-se por elevação sustentada dos níveis pressóricos (140 e/ou 90 mmHg), que estão relacionados a uma maior incidência de eventos mórbidos, principalmente quando associados a fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Esses fatores contribuem, direta ou indiretamente, para a ocorrência de doenças cardiovasculares e mantêm associação independente a eventos, como morte súbita, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e doenças vasculares renal e periférica (BOSZCZOVSKI; FRONZA; BOLSON,

2016; MOITA et al., 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

As complicações decorrentes do descontrole pressórico implicam no aumento da frequência de internações e acarretam elevados custos econômicos e sociais, que podem ser diretos, indiretos e intangíveis (dor, ansiedade, transtornos laborais, perda de qualidade de vida, entre outros). Esse emaranhado de problemas, que afetam o indivíduo, a família e a sociedade, provoca grande impacto na vida das pessoas, com custos individuais e coletivos difíceis de mensurar (BOSZCZOVSKI; FRONZA; BOLSON, 2016; PETRIS, 2014; RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; WANG; ALEXANDER; STAFFORD, 2007).

Por contribuir de forma significativa para o aumento dos gastos socioeconômicos relacionados com a assistência médica em todo o mundo, a HAS e os demais fatores de risco relacionados a doenças cardiovasculares são motivos de constante preocupação dos serviços de saúde pública, o que chama a atenção para a necessidade do tratamento contínuo. No entanto, a importância econômica da adesão terapêutica não pode ser dissociada da clínica e das peculiaridades dos indivíduos, pois os danos causados pelas complicações são muito impactantes na vida dos hipertensos (BOSZCZOVSKI; FRONZA; BOLSON, 2016; MEINERS et al., 2017; PETRIS, 2014; WANG; ALEXANDER; STAFFORD, 2007). Nesse contexto, ressalta-se a relevância do diagnóstico precoce e a adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas, muito pertinentes para serem implantadas e implementadas na APS, com subsídio dos profissionais da ESF.

A avaliação inicial de um paciente com HAS inclui a confirmação do diagnóstico, a identificação de causa secundária e a avaliação do risco cardiovascular. As lesões de órgão-alvo e doenças associadas, também, devem ser investigadas. Fazem parte dessa avaliação: a medição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados; história médica, pessoal e familiar; exame físico; investigação clínica e laboratorial. É fundamental considerar idade, situação fisiológica (obesidade, gravidez), estado emocional, entre outras situações que poderão interferir no resultado da medida da PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A medida da PA fora do consultório é indicada para reduzir o efeito do jaleco branco, uma vez que o aumento da PA pode ser influenciado pelo ambiente (ALESSI et al., 2014). De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), a hipertensão do jaleco branco é a situação clínica caracterizada por valores anormais da PA no consultório, porém com valores

considerados normais pela Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) ou Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA).

Ainda de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), a HAS pode ser classificada em estágios, a partir da medição casual, ou no consultório, em maiores de 18 anos de idade, conforme expresso na tabela 1.

Tabela 1 – Classificação da Pressão Arterial de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

| Classificação | PAS (mmHg) | PAD (mmHg) |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| Normal | ≤ 120 | ≤ 80 |
| Pré-hipertensão | 121-139 | 81-89 |
| Hipertensão estágio 1 | 140-159 | 90-99 |
| Hipertensão estágio 2 | 160-179 | 100-109 |
| Hipertensão estágio 3 | ≥ 180 | ≥ 110 |

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016).

A pré-hipertensão alerta para a necessidade de mudanças no estilo de vida, tais como o controle de peso, a melhoria da dieta alimentar, a redução de consumo de sal, a diminuição da ingestão de álcool, a realização de atividade física, a cessação do tabagismo, o controle do estresse psicossocial, entre outras (PETRIS, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Uma vez não sendo possível o controle da PA, ou seja, para os indivíduos classificados a partir do Estágio 1 e Risco Cardiovascular moderado ou baixo (sem controle pressórico com a adoção de terapia não farmacológica), bem como aqueles a partir do estágio 2, é necessário associar o uso de fármacos anti-hipertensivos às medidas não farmacológicas, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo e prevenir desfechos cardiovasculares e renais (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2016).

O National Institute for health and Clinical Excellence (2019) recomenda o início do tratamento anti-hipertensivo, mesmo naqueles classificados em estágio 1, em algumas condições entre as quais se destacam: indivíduos com mais de 80 anos, doença cardiovascular estabelecida, doença renal ou diabetes.

É importante salientar que o controle da hipertensão em pacientes com DM2 representa meta prioritária para a reduzir o risco cardiovascular e renal e tem importante impacto na redução das complicações macro e microvasculares. Em vista disso e com base em estudos clínicos e revisões sistemáticas, a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão optou por recomendar um alvo de PA inferior a 130/80 mmHg em hipertensos com diabetes

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). No entanto, posicionamentos oficiais da Sociedade Brasileira de Diabetes recomendaram, com base em ensaios controlados e randomizados, que a maioria dos adultos com diabetes e hipertensão deve ter uma pressão arterial alvo <140/90mmHg e que a individualização baseada em risco para metas menores, como 130/80 mmHg, pode ser apropriada para alguns pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

O controle pressórico é imprescindível para a redução da morbimortalidade por doença cardiovascular e há um grande interesse no incremento do tratamento, influenciando, assim, o número de pacientes tratados. Estudo conduzido por Wang, Alexander e Stafford (2007), na Europa e Estados Unidos, investigou o impacto das ações realizadas para implementar o tratamento com anti-hipertensivos. Mesmo após os investimentos, nos países estudados, ainda se constatou um baixo controle da hipertensão e esse controle foi melhor nos Estados Unidos, que intensificou o tratamento, do que na Europa.

No Brasil, os números são ainda mais preocupantes. Um estudo realizado, em 2010, no estado de Pernambuco, com 785 hipertensos e 823 diabéticos, cadastrados em 208 equipes da Estratégia Saúde da Família, constatou que apenas 43,7% dos hipertensos e 25,8% dos diabéticos estavam com a Pressão Arterial controlada (FONTBONNE et al., 2013).

O controle individual das doenças crônicas (efetividade) depende da adesão à terapêutica, que, por sua vez, está condicionada à qualidade da interação (aliança terapêutica) entre os hipertensos e a equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, ou seja, quanto maior a satisfação dos doentes, maior a probabilidade de adesão à terapêutica e desfecho clínico favorável (BRAMLEY et al., 2006; MOITA et al., 2016).

A elevada prevalência da HAS e a dificuldade para o controle pressórico comprovam a necessidade de estratégias de prevenção e promoção da saúde no âmbito individual, familiar, comunitário, dos serviços de saúde e das políticas públicas, visando favorecer o acesso, o uso contínuo e racional dos anti-hipertensivos e antidiabéticos, o que torna imprescindível a realização de estudos que possam mensurar o acesso e a adesão ao tratamento farmacológico.

No Brasil, estudos dessa natureza nem sempre são viáveis, devido às dificuldades de registros, pois algumas farmácias das Unidades Básicas de Saúde não têm suporte de pessoal ou de sistemas de informação que permitam dados precisos sobre o uso de medicamentos. Segundo Costa e Nascimento Júnior (2012), o uso de indicadores de assistência à saúde e de assistência farmacêutica, em diferentes países, vem se ampliando desde as últimas décadas do século XX, portanto é necessário o uso de recursos tecnológicos que possam oferecer subsídios para as informações sobre aquisição, dispensação e outras informações relacionadas

com a logística de medicamentos. Nesse contexto, foi implantado, em 2009, o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus, que representa uma inovação tecnológica para a gestão da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS), porém requer amplo apoio e adesão dos gestores dos estados e municípios (COSTA; NASCIMENTO JÚNIOR, 2012).

No entanto, outros indicadores de grande relevância para análise da condução da farmacoterapia, como a adesão ao tratamento farmacológico, devem ser considerados. Nesse aspecto, autores mostram que os problemas de adesão nem sempre são fáceis de detectar e, menos ainda, de quantificar. Há vários métodos para mensurar adesão ao tratamento, tanto de natureza qualitativa como quantitativa, que variam de métodos diretos e/ou indiretos. Os mais variados métodos incluem, desde o autorrelato do usuário, até sofisticados monitores eletrônicos (MOITA et al., 2016; ROCHA; LYRA JÚNIOR; GARCIA, 2012; RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE, 2014; SOUSA et al., 2014).

5.2 CONCEITOS DE ADESÃO E ABORDAGENS TEÓRICO-METODOLÓGICAS ADOTADAS PARA INVESTIGAR A ADESÃO À FARMACOTERAPIA EM USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO

Uma das primeiras descrições na literatura sobre adesão ao tratamento foi citada por Hipócrates, que enfatizava a necessidade dos usuários serem vigiados, pois, frequentemente, descumpriam o seguimento dos regimes prescritos (ROCHA; LYRA JÚNIOR; GARCIA, 2012).

O termo adesão terapêutica ainda apresenta falta de concordância e consenso terminológico. Alguns autores destacam que os termos mais usados na língua inglesa, *compliance* e *adherence*, têm significados diferentes. *Compliance*, compreendido por “obediência do paciente à prescrição médica”, entendendo-se por prescrição não apenas de medicamentos, mas também de todos os demais cuidados ou providências recomendadas pelo médico ou outro profissional de saúde. O termo *adherence* (adesão) está mais relacionado com a escolha livre das pessoas de adotarem, ou não, a recomendação médica, ocasionando a utilização dos medicamentos prescritos conforme orientação (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012; FERREIRA et al., 2013; MOITA et al., 2016; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003; ROCHA; LYRA JÚNIOR; GARCIA, 2012).

Rocha, Lyra Júnior e Garcia (2012) defendem que os termos *compliance* e *adherence* são intercambiáveis. Se referem ao estudo do relacionamento médico-paciente e todos os

aspectos que influenciam a confiança no tratamento e o correto cumprimento da prescrição médica.

Para o presente estudo foi adotado o termo adesão, proposto pela OMS, que consiste no grau em que o comportamento de um indivíduo – tomar o medicamento, seguir um regime alimentar e executar mudanças no estilo de vida – corresponde às recomendações acordadas com um prestador de assistência sanitária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Publicações sobre o tema destacam a complexidade da adesão à farmacoterapia, por implicar em uma conduta positiva dos usuários frente ao grau de concordância em relação às orientações do médico ou de outro profissional de saúde e sua motivação para utilizar os medicamentos prescritos, no horário correto e durante o tempo necessário (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012; FERREIRA et al., 2013; LYRA JÚNIOR; GARCIA, 2012; ROCHA; MEINERS et al., 2017; MOITA et al., 2016).

Pierin, Strelec e Mion Júnior (2004) descreveram três níveis de adesão: no nível mais elevado estão os aderentes, que são as pessoas que seguem totalmente o tratamento; e no outro extremo estão os desistentes, que são aqueles que abandonam o tratamento. Há, ainda, dentro do grupo dos não-aderentes, os persistentes, que são aquelas pessoas que até comparecem às consultas, mas não seguem o tratamento. Para esses autores, adesão seria um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica. A não-adesão seria um impedimento ao alcance dos objetivos terapêuticos, podendo constituir fonte de frustração para os profissionais de saúde.

Apesar de ainda não se ter um consenso sobre o percentual de cumprimento da prescrição, alguns autores consideram a adesão a farmacoterapia como a utilização dos medicamentos prescritos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento. No caso da hipertensão, por exemplo, pacientes com uso inferior a 80% apresentam risco quatro vezes maior para eventos cardiovasculares agudos (MOITA et al., 2016; PIERIN; STRELEC; MION JÚNIOR, 2004; ROCHA; LYRA JÚNIOR; GARCIA, 2012).

Para mensurar a adesão à farmacoterapia, utiliza-se os métodos diretos ou indiretos. Os métodos diretos (detecção do fármaco ou metabólito em fluidos biológicos, adição de um marcador e observação direta do paciente), podem ser realizados com técnicas analíticas laboratoriais, que estimam se o medicamento foi administrado na dose e frequência necessária, de forma a favorecer resultados mais precisos, porém são onerosos e de difícil execução, principalmente quando se trata do uso de múltiplas drogas, como no caso do

tratamento da hipertensão (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012; OBRELI-NETO et al., 2012).

O método direto é mais indicado para aplicação em pacientes internados, pois requer monitoramento contínuo. Este método permite que o profissional de saúde verifique se o medicamento foi utilizado no horário e na quantidade estabelecida pelo regime terapêutico prescrito, portanto, requer conhecimento sobre a farmacocinética de cada medicamento e por avaliar apenas o uso recente do medicamento (conforme o tempo de meia vida), pode levar a viés na análise do comportamento de adesão do paciente entre os intervalos de coleta de seus fluidos biológicos. (OBRELI-NETO et al., 2012).

Os métodos indiretos incluem os processos de medição que podem ser realizados por meio de entrevistas com os usuários, diário do paciente, questionários estruturados, contagem manual de comprimidos, registro de retirada de medicamento em farmácias e uso de dispositivos de contagem eletrônica de pílulas, utilizando, por exemplo, o *Medication Event Monitoring System* (MEMS), um método sofisticado de contagem de comprimidos que registra, através de um chip inserido na caixa de medicamento, o horário da retirada do comprimido. Esses métodos são fundamentados em informações produzidas pelo paciente ou outras estimativas indiretas, portanto estão mais sujeitos a vieses de aferição (BEN, 2012; OBRELI-NETO et al., 2012; ROCHA; LYRA JÚNIOR; GARCIA, 2012; SOUSA et al., 2014). As vantagens e desvantagens dos métodos indiretos estão descritas no quadro 1.

Entre os processos de medição utilizados para coleta de dados, destaca-se a entrevista com os usuários através da aplicação de questionários estruturados, em razão de sua simplicidade e baixo custo (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012; CARVALHO et al., 2012; LIMA; MEINERS; SOLER, 2010).

Estudos com hipertensos, usando questionários ou prontuários, são encontrados nas bases científicas. Embora sejam de baixa sensibilidade e acurácia, a aplicação de questionários é factível de realização em grandes populações, tanto em estudos qualitativos como quantitativos (AQUINO, 2017; ATINGA, 2018; BEN, 2012; BARRETO, 2015; BORATAS, 2018; COSTA, 2016; GEWEHR, 2018; MOITA, 2016).

Moita et al. (2016) avaliaram a adesão terapêutica aos antagonistas dos receptores de angiotensina, utilizando indicadores de adesão terapêutica que permitiram associar os dados de prescrição e os dados de levantamento da medicação, ou seja, comparar os fármacos prescritos com os que foram adquiridos pelos pacientes com hipertensão. Os autores ressaltaram a importância da utilização de fontes administrativas de dados de prescrição e levantamento da medicação, para análise da utilização de medicamentos anti-hipertensivos

por grupo farmacológico, com ênfase para ocorrência das reações adversas aos medicamentos, possibilitando a mensuração dos comportamentos de adesão terapêutica.

Quadro 1 – Vantagens e desvantagens dos métodos indiretos utilizados para avaliar adesão à farmacoterapia

| MÉTODO INDIRETO/ REFERÊNCIAS | VANTAGENS | DESVANTAGENS |
|---|---|---|
| Entrevista com o usuário (questionário estruturado) | <ul style="list-style-type: none"> • Simplicidade e facilidade de aplicação • Baixo custo | <ul style="list-style-type: none"> • Falhas de memória • Erros de comunicação • Erros deliberados (para agradar o entrevistador) • Limitação cognitiva do entrevistado, medo e insegurança |
| Informação obtida de profissionais de saúde ou familiar Contagem de comprimidos (diário do paciente) | <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento e familiaridade a respeito do usuário • Simplicidade e facilidade de aplicação • Baixo custo • Permite relacionar o grau de cumprimento e resultados terapêuticos ou constatar aparecimento de efeitos colaterais | <ul style="list-style-type: none"> • Falhas de memória • Falha de registro • Erros de comunicação • Superestima a adesão • Falha nos registros • Impossibilidade de assegurar que mesmo a quantidade de comprimidos ser a esperada não significa que o usuário fez uso de acordo com a prescrição |
| Juízo subjetivo do médico | <ul style="list-style-type: none"> • Simplicidade e facilidade de aplicação • Baixo custo | <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente subjetivo • Apenas identifica uma parte dos usuários não- aderentes |
| Monitores eletrônicos (microchip que registra a data e hora que foi aberto o frasco com o medicamento) | <ul style="list-style-type: none"> • Registram a data e hora da retirada do medicamento • Permite a revisão e análise dos dados registrados | <ul style="list-style-type: none"> • Alto custo • Não medem se foi ingerido ou administrado de acordo com a prescrição |
| Registro na farmácia (aviamento da receita) | <ul style="list-style-type: none"> • Simplicidade e facilidade de aplicação • Baixo custo • Revela a quantidade de medicamento obtido num determinado intervalo de tempo | <ul style="list-style-type: none"> • Falha nos registros • Não reflete se o medicamento está sendo ou foi consumido de acordo com a prescrição. |
| Resposta clínica através da avaliação do resultado terapêutico | <ul style="list-style-type: none"> • Informações podem ser coletadas na prática clínica comum | <ul style="list-style-type: none"> • Conclusões incorretas ou outros fatores além da medicação podem influenciar na resposta clínica |

Fonte: Brasil (2018).

Rodrigues, Moreira e Andrade (2014) elaboraram e validaram um instrumento de avaliação da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, com base na teoria da resposta ao item. Esse modelo permitiu, através do uso de parâmetros relacionados ao tratamento farmacológico e não farmacológico, avaliar diversos fatores que dificultam a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

Ben, Neumann e Mengue (2012) utilizaram uma escala de autorrelato, denominada Teste de Morisky-Green (TMG), composta por quatro perguntas, para identificar atitudes e comportamentos diante da tomada de medicamentos, que tem se mostrado útil para identificação de pacientes aderentes ou não ao tratamento. As perguntas contidas nesse instrumento são: a) você, às vezes, tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação?; b) você, às vezes, se descuida de tomar seu medicamento?; c) quando está se sentindo melhor, você, às vezes, para de tomar seu medicamento?; d) às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?

O TMG, validado nos EUA em pacientes com hipertensão, utilizando como padrão-ouro o controle da pressão arterial, apresentou baixa sensibilidade, de 43,6%, e especificidade razoável, de 81%, para identificar o comportamento não aderente. Também foi traduzido e validado para o português e tem sido bastante utilizado no Brasil, em estudos quantitativos, para mensurar adesão a farmacoterapia (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

Um instrumento que se mostrou potencialmente superior ao TMG, principalmente para o rastreamento da conduta não aderente, embora tenham sido avaliados em cenários diferentes, foi o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ). O BMQ foi validado, em inglês, em 43 pacientes com hipertensão, usando o *Medication Event Monitoring System* (MEMS) como padrão-ouro. É um instrumento composto por 11 perguntas e dividido em três domínios (regime, crença e recordação) que identificam as barreiras para adesão quanto ao regime de tratamento prescrito, as crenças e a recordação em relação ao tratamento medicamentoso, na perspectiva do paciente. No estudo original, o domínio regime apresentou sensibilidade de 80% e especificidade de 100% (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

Ben, Neumann e Mengue (2012) analisaram a confiabilidade e desempenho da versão em português do TMG e BMQ. Esses dois instrumentos são utilizados na avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. O TMG e o BMQ foram aplicados em uma mesma amostra populacional, com o objetivo de compreender a utilidade de cada um deles na clínica e na pesquisa. Os autores concluíram que o BMQ apresentou melhor desempenho que o TMG para identificar baixa adesão em pacientes com hipertensão não controlados. Esse achado é semelhante ao do estudo original realizado nos EUA, que havia utilizado um padrão-ouro mais confiável, o MEMS, embora obtido em uma amostra menor de pacientes.

Tanto o BMQ como o TMG podem ser úteis na diferenciação entre baixa adesão e não resposta ao tratamento anti-hipertensivo e têm sido utilizados por diversos pesquisadores, individualmente ou em associação com outros métodos, como o MEMS (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012; REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014).

Uma revisão integrativa realizada por Sousa et al. (2014), analisou as publicações para mensurar a adesão ao tratamento farmacológico em hipertensos, por meio de métodos indiretos e concluiu que ainda não há consenso sobre o método para avaliar a adesão, que possa ser considerado como padrão ouro, logo recomenda-se utilizar mais de um método, de forma a favorecer uma maior confiabilidade aos resultados.

Além disso, no tocante ao atendimento ao hipertenso na APS, um aspecto imprescindível para favorecer a adesão ao tratamento farmacológico é dispor de um elenco de anti-hipertensivos e antidiabéticos eficazes, custo-efetivos e acessíveis.

5.3 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E FATORES QUE FAVORECEM A ADESÃO À FARMACOTERAPIA PELOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO CADASTRADOS NA ESF

As diretrizes nacionais e internacionais enfatizam que os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais e, se possível, a taxa de mortalidade. Destacam-se cinco classes de medicamentos adequados para o início e manutenção do tratamento anti-hipertensivo, em monoterapia ou em algumas combinações, como: a) diuréticos (DIU); b) betabloqueadores (BB); c) bloqueadores dos canais de cálcio (BCC); d) inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA); e) bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017; WILLIAMS et al., 2018). Segundo Cuspidi et al. (2018), faltam elementos sólidos para hierarquizar os diversos anti-hipertensivos em uma ordem de eficácia, pois é necessário considerar as características intrínsecas dos pacientes e outras doenças associadas, bem como as vantagens e desvantagens de cada medicamento.

O hipertenso com diabetes, devido ao alto risco cardiovascular, merece uma atenção especial, portanto recomenda-se iniciar a farmacoterapia com a inclusão da associação de dois ou mais fármacos de classes diferentes. Nos pacientes com hipertensão e diabetes sem nefropatia, todos os anti-hipertensivos podem ser utilizados. Entretanto, quando se detecta aumento de albuminúria (superior ou igual a 30mg/g de creatinina), o tratamento com IECAs ou BRAs está indicado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Acrescenta-se, ainda, ao tratamento do hipertenso com diabetes, o uso de antidiabéticos que têm como opções terapêuticas as biguanidas, sulfonilureias e insulina e

grupos de fármacos mais recentes, como, glitazonas, gliptinas, inibidor do cotransportador de sódio/glicose, entre outros que não constam no elenco disponível na RENAME (GAJOS, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Uma vez iniciado o tratamento, é fundamental orientar o paciente sobre a importância do uso contínuo, da eventual necessidade de ajuste de doses, substituição ou associação de medicamentos ou, ainda, do aparecimento de efeitos adversos.

Por ser uma doença silenciosa, algumas vezes o tratamento é negligenciado. Estudos nacionais (GHELMAN et al., 2018; GEWEHR et al., 2018; MEINERS et al., 2017; STOPA et al., 2018) e internacionais (BORATAS; KILIC, 2018; DURAND et al., 2017; LEFORT et al., 2018; LOR et al., 2019; MZOUGHFI et al., 2018; RAJPURA; NAYAK, 2014; REACH, 2018;) relatam as causas multifatoriais que podem afetar a adesão à farmacoterapia. Essas causas podem ser intencionais (processo ativo, relacionado à decisão do paciente) e não intencionais (processo passivo como, por exemplo, habilidades cognitivas, regime complexo, idade, dificuldades financeiras ou de acesso aos medicamentos).

A dificuldade de adesão à farmacoterapia é considerada um problema de saúde pública. Estima-se que 50% dos pacientes portadores de doenças crônicas, em países desenvolvidos, não aderem a terapias medicamentosas, sendo essa taxa superior nos países em desenvolvimento (WHO, 2003). No caso da HAS, a porcentagem de usuários que não aderem ao tratamento chega a 73%, 57% e 49% na Gâmbia, China e Estados Unidos, respectivamente (FERREIRA et al., 2013; MOITA et al., 2016; ROCHA; LYRA JÚNIOR; GARCIA, 2012).

Estudo retrospectivo realizado por Bramley et al. (2006), nos Estados Unidos, no período de 1999 a 2002, detectou que quanto maior o nível de adesão terapêutica, maior a redução da pressão arterial em paciente com hipertensão. Os autores analisaram alta, média e baixa adesão e constataram o aumento do controle dos níveis pressóricos, proporcional ao aumento da adesão.

Por serem considerados mercadorias simbólicas, a utilização de medicamentos é passível de ajustes e flexibilizações das prescrições, pelos adoecidos, mediante as representações e experiências acumuladas e socialmente compartilhadas e, por essa razão, vários fatores estão relacionados à adesão (CANESQUI, 2015).

A OMS aponta cinco dimensões de fatores que se inter-relacionam, criando redes causais que intensificam ou diminuem o comportamento do paciente com relação à adesão, conforme ilustrado no quadro 2 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Quadro 2 – Dimensões da não adesão ao tratamento medicamentoso e fatores associados

| Dimensão relacionada a(ao) | Fatores associados |
|------------------------------------|---|
| Condições socioeconômicas | Baixo nível socioeconômico, baixo suporte social, alto custo dos medicamentos, custo do transporte para acesso aos serviços de saúde. |
| Sistemas e equipes de saúde | Sistemas de saúde pouco estruturados, acesso insuficiente aos medicamentos, consultas médicas superficiais, baixa capacidade da equipe de saúde em acompanhar e promover educação em saúde e rotatividade dos profissionais. |
| Doença | Severidade e percepção dos sintomas, progressão da patologia e comprometimentos funcionais, disponibilidade de tratamentos efetivos e comorbidades. |
| Tratamento | Número de medicamentos, complexidade do regime terapêutico, duração do tratamento, mudanças frequentes na terapia, efeitos colaterais, percepção de efeitos benéficos e suporte para convívio com a terapia |
| Paciente | Idade, letramento em saúde, conhecimento acerca da doença e terapia, confiança no diagnóstico, aceitação da doença, experiência prévia com a medicação, ansiedade, motivação, compreensão da necessidade do tratamento, expectativas, estigmas. |

Fonte: Organização Mundial de Saúde (2003).

Acrescentam-se às dimensões e fatores explicitados no quadro 2, outros fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento, além daqueles intrínsecos aos pacientes com hipertensão: os relacionados à doença (cronicidade, ausência de sintomas e de complicações); os concernentes às crenças de saúde (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); os ligados ao tratamento, que englobam a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos); os relacionados à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e ao relacionamento com a equipe de saúde. A identificação desses fatores é fundamental para que se possa estabelecer estratégias, em parceria com a equipe de saúde da família e com o usuário, capazes de favorecer a adesão à farmacoterapia (CANESQUI, 2015; DELGADO; VILLARRASO; GARCÍA, 2014; LIMA; MEINERS; SOLER, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003; RAJPURA; NAYAK, 2014; REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014; ROCHA; LYRA JÚNIOR; GARCIA, 2012).

Observa-se que há uma complexidade de fatores que envolve o tratamento da HAS. Ainda que os pacientes com hipertensão tenham interesse no cumprimento do tratamento e o medicamento seja eficaz e produza mínimos efeitos colaterais, se não houver facilidade de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, as chances de adesão ao tratamento ficam reduzidas (BARRETO et al., 2015; LIMA; MEINERS; SOLER, 2010).

Vale salientar que somente o acesso ao medicamento não garante o alcance da resposta terapêutica almejada. Há necessidade de monitorar todas as variáveis relacionadas

com a adesão, de modo a assegurar a efetividade do tratamento e a eficiência dos serviços de atenção à saúde. Uma abordagem multifocal e multiprofissional é fundamental para o sucesso terapêutico desses pacientes (BOSZCZOVSKI; FRONZA; BOLSON, 2016; LIMA; MEINERS; SOLER, 2010).

A responsabilidade pela adesão à farmacoterapia não pode estar focada exclusivamente no usuário, pois ele precisa contar com o apoio da família e da equipe de saúde. É imprescindível a orientação quanto ao uso correto dos medicamentos, suas formas de aquisição e as possíveis reações adversas, além da visão integral do usuário, a fim de favorecer as pactuações para o cumprimento do regime terapêutico, de acordo com as condições do sujeito (FERREIRA et al., 2013; ROCHA; LYRA JÚNIOR; GARCIA, 2012).

5.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA FAVORECER O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A integralidade do atendimento do hipertenso na APS requer o estabelecimento de políticas eficazes para o manejo da HAS, conhecimento das características da população e das barreiras que podem surgir para o diagnóstico, tratamento e controle, bem como a análise do acesso aos serviços de saúde e da adesão à farmacoterapia.

Frente ao quadro epidêmico das DCNT no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) buscou a implementação de linhas de ações preventivas que possibilitem a redução das doenças crônicas, entre elas a hipertensão, por meio de intervenções não farmacológicas e farmacológicas, que disponibilizem um arsenal terapêutico para favorecer o seu controle na APS (BRASIL, 2001, 2002, 2011a, 2013; GIROTTO et al., 2013; PETRIS, 2014).

Com o propósito de prover os cuidados primários para hipertensão e diabetes na ESF, o diagnóstico precoce e a promoção da saúde, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2001, o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus – HIPERDIA (BRASIL, 2001). No ano seguinte, foi instituído o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do HIPERDIA, no intuito de subsidiar os municípios com o fornecimento de anti-hipertensivos, antidiabéticos orais e insulina (BRASIL, 2002). Posteriormente, foi desenvolvido o Plano de Ações Estratégicas para o Combate às DCNT 2011–2022. Concomitantemente a esse plano, foi implantado o Programa Saúde Não Tem Preço, visando ampliar o fornecimento gratuito de medicamentos para os pacientes com hipertensão e diabetes, através do programa Farmácia Popular (BRASIL, 2011a).

Além desses planos, destacam-se outras políticas públicas, entre elas a Política de Atenção Básica, que teve a ESF como eixo estruturante, com destaque para organização do SUS em redes de atenção à saúde, que viabilizam o cuidado de pessoas com HAS por meio de ações integradas e coordenadas a partir da APS (BRASIL, 2011b); e a Política de Promoção da Saúde, que tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes sociais (BRASIL, 2014).

No Brasil, foram realizados alguns estudos, visando analisar o impacto das políticas públicas para redução dos fatores de risco para HAS e DM2 e outras condutas com relação ao tratamento farmacológico, com ênfase no acesso e nas medidas de controle, que enquadram a adesão ao tratamento e a importância da APS. Esses estudos identificaram baixo acesso aos anti-hipertensivos e/ou antidiabéticos, dificuldade na adesão ao tratamento farmacológico, inadequado controle pressórico e comprovaram a importância de assegurar políticas públicas, na APS, que favorecessem o acesso e a adesão ao tratamento farmacológico (BARRETO et al., 2015; BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016; GOMES; PAES; TRAVERSO, 2019; MEINERS et al., 2017).

Diante da necessidade de avaliar, com uma maior abrangência, os avanços da Política Nacional de Medicamentos na promoção do acesso e uso racional de medicamentos, foi realizada, no Brasil, no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, uma investigação de âmbito nacional focada no acesso e utilização de medicamentos, denominada Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) (AKERMAN; FREITAS, 2017; BRASIL, 2016; MENGUE et al., 2016).

A PNAUM avaliou a expansão do acesso e o uso de medicamentos em diferentes grupos populacionais e caracterizou as morbidades para as quais são utilizados. A pesquisa encontrou uma elevada prevalência de uso de medicamentos para doenças crônicas nos idosos (acima de 60 anos), indivíduos de melhor classe econômica e mulheres. Constatou, no caso das DCNT, uma maior frequência (70,7%) de obtenção gratuita dos medicamentos para tratamento do DM2, com financiamento total pelo SUS. Já para o tratamento de HAS, o acesso a medicamentos no SUS foi de 57,8%. As regiões Norte e Nordeste apresentaram uma menor disponibilização de medicamentos para o tratamento das DCNT, sendo necessário, portanto, serem priorizadas para minimizar as desigualdades relacionadas ao acesso a medicamentos (BERTOLDI et al., 2016; BRASIL, 2016; MEINERS et al., 2017).

Segundo Bertoldi et al. (2016), o PNAUM foi o primeiro estudo nacional especificamente desenhado para avaliar a utilização de medicamentos nas cinco regiões brasileiras e permitiu a obtenção detalhada sobre os medicamentos utilizados nas doenças

agudas e crônicas. Meiners et al. (2017) afirmam que, antes do PNAUM, houve uma lacuna de estudos com maior poder de generalização e validade externa que retratasse o acesso e a forma de obtenção de medicamentos, pois os estudos anteriores retratavam realidades regionais ou locais.

Estudo realizado no estado de Pernambuco, com amostra representativa de municípios de pequeno, médio e grande porte, no período de novembro de 2009 a dezembro de 2010, com hipertensos e diabéticos cadastrados na ESF, constatou que 36,9% dos hipertensos e 29,8% dos diabéticos atendidos na APS necessitavam comprar os medicamentos total ou parcialmente, fato que se agrava nos municípios de pequeno porte (BARRETO et al., 2015). Esses dados assemelham-se aos da pesquisa nacional PNAUM (BRASIL, 2016), realizada mais de três anos depois, comprovando a necessidade de investimentos para assegurar o acesso e o uso racional de medicamentos.

A realidade apontada corrobora com as necessidades destacadas por Akerman e Freitas (2017), que enfatizam a necessidade de interação de vários atores, no âmbito da assistência farmacêutica, como governos federal, estaduais e municipais, universidades e cursos técnicos, profissionais de saúde, serviços de saúde públicos e privados, indústria farmacêutica e fornecedores de insumos, usuários e a mídia e, dessa forma, facilitar o acesso aos medicamentos que atendam a critérios de qualidade, segurança, custo e eficácia. Portanto, é de fundamental importância a realização de estudos com ênfase ao atendimento na APS e os fatores relacionados à integralidade da atenção ao hipertenso, visando identificar, em tempo hábil, os entraves para adesão ao tratamento farmacológico.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente tese foi desenvolvida no âmbito da linha de pesquisa em Doenças Crônicas Não Transmissíveis, articulada com a avaliação das ações da atenção básica, desenvolvida pelo Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (LAM-Saúde), do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz/Pernambuco e utilizou o banco de dados do Estudo REDENUT.

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO REDENUT

O estudo “RedeNut: Avaliação da inserção do Componente Alimentação e Nutrição na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco”, desenvolvido pelo LAM-Saúde, em colaboração com o Laboratório de Nutrição em Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco e o *Institut de Recherche pour le Développement* (IRD, França), com início em agosto de 2015 e término em agosto de 2016, teve como objetivo analisar a inserção do componente alimentação e nutrição e, posteriormente, o tratamento farmacológico para hipertensos e diabéticos atendidos na Rede de Atenção à Saúde, dando origem a um rico banco de dados, que foi parcialmente cedido para o desenvolvimento da presente tese, mediante anuência da coordenação (ANEXO A).

6.2 POPULAÇÃO, ÁREA DE ESTUDO E PROCEDIMENTO AMOSTRAL

O estudo RedeNut contemplou uma amostra de usuários com hipertensão e/ou diabetes, cadastrados em equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos quatro municípios polos das macrorregionais de saúde do estado de Pernambuco (Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina), assim como uma amostra dos profissionais atuantes nessas equipes.

Os municípios incluídos no estudo RedeNut foram selecionados estrategicamente por serem polos das macrorregiões de saúde de Pernambuco (Figura 1) e, portanto, considerados municípios-chave na estruturação da rede de saúde do estado (PERNAMBUCO, 2011).

Figura 1 – Distribuição das macrorregiões de saúde contempladas no estudo RedeNut. Pernambuco, 2015-2016.



Fonte: Pernambuco (2011).

Legenda:

▲ Município sede da macrorregião.

O cálculo da amostra contemplada no estudo RedeNut, visou identificar as práticas e conhecimentos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e profissionais da ESF a respeito da dieta e da atividade física recomendadas para sua condição, sendo, portanto, considerado um tamanho amostral mínimo de 300 pessoas, para estimar com precisão de 6% a proporção de usuários e profissionais bem informados sobre esses aspectos, assim como do seu tratamento, tendo em conta um efeito de conglomerado de 1,5.

A amostra foi constituída em duas etapas. Na primeira etapa, selecionou-se, por meio de sorteio aleatório, 100 equipes (25%) das 399 atuando na ESF em abril de 2015, nos 4 municípios-alvo da pesquisa (Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina), de acordo com levantamento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Assim, 61 equipes foram sorteadas em Recife, 16 em Caruaru, 05 em Serra Talhada e 19 em Petrolina, totalizando 101 equipes. Esse cálculo permitiu fazer um corte entre Recife e interior, sendo que o nome interior se aplica ao agrupamento das três últimas cidades (Caruaru, Serra Talhada e Petrolina).

Na segunda etapa, em cada equipe participante, selecionou-se, a partir da listagem do Agente Comunitário de Saúde, uma amostra aleatória de dois usuários hipertensos sem diabetes e dois usuários diabéticos, com ou sem hipertensão, acima de 20 anos, de ambos os sexos, legalmente capazes, ou seja, aptos a executar os atos da vida civil sem precisar de assistência ou representação, totalizando 404 usuários para realização de entrevistas.

Para presente tese, foram considerados apenas os dados referentes aos hipertensos com ou sem diabetes. Os usuários com diabetes mas sem hipertensão, e aqueles que não estavam em uso de anti-hipertensivos no momento da entrevista foram excluídos. Além destes, houve

07 questionários excluídos por inconsistência, resultando numa amostra final de 339 usuários, conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 2 – Composição da amostra de estudo, de acordo com os municípios polos do Estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Município | População | NEQ ⁽¹⁾ | NEQS ⁽²⁾ | Usuários sorteados | Critérios de exclusão | | | | N ⁽⁷⁾ |
|---------------|-----------|--------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|--------------------|------------------|
| | | | | | SAH ⁽³⁾ | DSH ⁽⁴⁾ | NP ⁽⁵⁾ | QIN ⁽⁶⁾ | |
| Recife | 1.537.704 | 244 | 61 | 244 | 12 | 12 | 06 | 04 | 210 |
| Caruaru | 314.912 | 62 | 16 | 64 | 01 | 11 | 01 | 0 | 51 |
| Petrolina | 293.962 | 74 | 19 | 76 | 0 | 11 | 01 | 03 | 61 |
| Serra Talhada | 79.232 | 21 | 05 | 20 | 0 | 02 | 01 | 0 | 17 |
| TOTAL | | 401 | 101 | 404 | 13 | 36 | 09 | 07 | 339 |

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados do estudo RedNut; IBGE (2010a, 2010b, 2010c, 2010d); Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (BRASIL, 2015).

Notas:

- (1) NEQ – número de equipes
- (2) NEQS – número de equipes selecionadas
- (3) SAH – sem uso de anti-hipertensivos
- (4) DSH – diabéticos sem hipertensão
- (5) NP – não participaram
- (6) QIN – questionários incompletos
- (7) N – amostra final

6.3 INSTRUMENTOS DE MEDIDAS

As entrevistas foram realizadas por entrevistadores devidamente treinados, utilizando formulários padronizados, construídos, testados e validados, internamente, antes da coleta de dados no campo. Para aumentar a validade das informações coletadas, realizou-se um treinamento teórico de campo e foi elaborado um manual de pesquisa, contendo instruções detalhadas sobre os termos técnicos constantes nos formulários.

Houve dois tipos de formulários padronizados para os usuários, sendo um deles com perguntas gerais e outro com fichas específicas para cada medicamento em uso (ANEXOS B, C, D).

O formulário geral constava de perguntas objetivas, das quais, para esta tese, foram extraídas as informações relativas a fatores socioeconômicos e demográficos, estilo de vida, aspectos clínicos e relacionados à farmacoterapia, bem como as variáveis capazes de medir a adesão à medicação.

A ficha específica para cada anti-hipertensivo e antidiabético, incluído na RENAME/2017, foi usada para coletar informações detalhadas sobre o uso, origem da prescrição, formas de aquisição, percepção de eficácia ou incômodo, a partir do relato dos usuários.

Os questionários de usuários e as fichas específicas de medicamentos, além de perguntas gerais, buscaram contemplar informações contidas no questionário BMQ.

O BMQ foi validado em inglês, em 1998, numa população de hipertensos, nos Estados Unidos (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012). É composto por perguntas organizadas em 11 escores e dividido em três domínios, que identificam as barreiras para adesão quanto ao regime de tratamento prescrito (sete escores), as crenças (dois escores) e a recordação (dois escores) em relação ao tratamento medicamentoso, na perspectiva do paciente.

O domínio “regime” avalia o comportamento do paciente em relação ao regime prescrito. É solicitado ao paciente que liste os medicamentos que toma, a dosagem diária, se interrompeu a terapia por falta de algum medicamento, se esqueceu de tomar, reduziu ou omitiu alguma dose, tomou dose extra ou não sabia responder a alguma pergunta do formulário. O domínio “crença” avalia a crença dos pacientes na eficácia do tratamento e seus efeitos colaterais indesejáveis. O terceiro domínio, “recordação”, identifica problemas em relação à lembrança em tomar o medicamento, a partir do questionamento sobre o quanto é difícil lembrar de tomar os fármacos, e revisa o regime de tomada das medicações. Conforme exposto no quadro 3, cada regime possui perguntas específicas com respostas dicotômicas (sim ou não). Para cada resposta positiva foi atribuído o escore 1, em que o escore ≥ 1 indica potencial de não adesão, rastreamento positivo para barreiras de crenças e recordação.

Quadro 3 – Versão em português do *Brief Medication Questionnaire*.

| |
|--|
| <p>1° domínio: regime (avalia o comportamento do paciente em relação ao regime de tratamento prescrito) Quais medicações que você usou na última semana? Para cada medicamento informar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nome da medicação e dosagem Quantos dias tomou esse remédio Quantas vezes por dia você tomou esse remédio Quantos comprimidos tomou de cada vez Quantas vezes esqueceu de tomar <p>Como essa medicação funciona para você: 1=Funciona bem; 2=Funciona regular; 3=Não funciona</p> |
| <p>2° domínio: crença (avalia a crença dos pacientes na eficácia do tratamento e opiniões sobre os efeitos colaterais) Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim Caso o entrevistado responda SIM, é necessário listar os nomes das medicações e quanto elas o incomodam (muito; um pouco; muito pouco; nunca; de que forma você é incomodado por ela?)</p> |
| <p>3° domínio: recordação (avalia uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos) Quanto é difícil para você:</p> <ul style="list-style-type: none"> Abriu ou fechar embalagem Ler o que está escrito na embalagem Lembrar de tomar todo remédio Conseguir o medicamento Tomar tantos ao mesmo tempo <p>Para cada item, informar quanto difícil (muito; um pouco; não muito) e comentário (qual medicamento)</p> |

Fonte: Adaptado de Ben, Neumann e Mengue (2012).

A pressão arterial foi verificada utilizando-se tensiômetros digitais de pulso, sendo realizadas duas aferições seguidas, no final da entrevista. Da primeira para a segunda aferição, quando a diferença entre a Pressão Arterial Sistólica (PAS) ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) era superior a 4 mmHg, realizava-se uma terceira aferição.

As perguntas direcionadas para a adesão à medicação e os fatores relacionados foram elaboradas visando contemplar os objetivos desta tese.

6.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As informações obtidas dos instrumentos de medida e seu respectivo método de coleta e forma de análise, está descrita a seguir e didaticamente dividida conforme o tipo de variável (dependente, de controle e independente).

6.4.1 Variável dependente

Como variável dependente, este estudo considerou:

- a) adesão à farmacoterapia, investigada com base na versão em português do questionário *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

6.4.2 Variáveis de controle pressórico

Para verificação dos indicadores de controle, também considerados variáveis dependentes, foi aferida a Pressão Arterial e classificada conforme as orientações da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. A partir dos valores obtidos, os participantes foram divididos, em PA controlada e PA não controlada, nos seguintes grupos:

- a) hipertensos sem diabetes: considerou-se com PA controlada os indivíduos que apresentaram, na média das aferições realizadas, $PAS < 140\text{mmHg}$ e $PAD < 90\text{mmHg}$; os que apresentaram $PAS \geq 140\text{mmHg}$ ou $PAD \geq 90\text{mmHg}$ PA, foram considerados com PA não controlada;
- b) hipertensos com diabetes associada: considerou-se com PA controlada os indivíduos que apresentaram, na média das aferições realizadas, $PAS < 130\text{mmHg}$ e $PAD < 80\text{mmHg}$; os que apresentaram $PAS \geq 130\text{mmHg}$ ou $PAD \geq 80\text{mmHg}$ PA, foram considerados com PA não controlada.

6.4.3 Variáveis independentes

As variáveis independentes consideradas neste estudo foram:

- a) variáveis socioeconômicas e demográficas:
 - sexo: feminino ou masculino;
 - idade (em anos): considerou-se média \pm desvio-padrão;
 - sabe ler/escrever: sim ou não;
 - anos de estudo para quem sabe ler e escrever: considerou-se média \pm desvio-padrão);
 - renda, em salário mínimo (SM), agrupada em: até 1 salário mínimo; mais de 1 até 2 SM; mais de 2 SM;
 - situação profissional no momento da entrevista: empregado (com e sem carteira); autônomo/comerciante; desempregado; do lar; sem ocupação, com renda (aposentado / pensionista / auxílio doença); outras ocupações;
 - chefe da família: sim ou não;
- b) variáveis de estilo de vida autorreferidas:
 - seguimento de orientação alimentar: sim ou não;
 - prática de atividade física: para esta variável, considerou-se a informação autorreferida sobre fazer algum tipo de atividade física, sem maiores detalhes, em uma resposta dicotômica, sim ou não;
 - hábito de colocar sal na comida: nunca coloca sal; prova e coloca se necessário; coloca quase sempre, mesmo sem provar; não sabe dizer;
 - participação em programa de atividade física vinculado ao SUS: sim ou não;
 - uso de cigarro, cachimbo ou charuto: fuma atualmente; fumou no passado ou nunca fumou;
 - consumo de bebida alcóolica: sim e ao menos uma vez por semana; sim e menos de uma vez por semana; não, nunca consumiu; não, parou de consumir;
- c) variáveis clínicas autorreferidas:
 - hipertensão: sim ou não. Considerado como critério de inclusão da amostra todos que responderam sim;

- diabetes: sim ou não. Permaneceu na amostra do estudo os diabéticos ou não, desde que tivessem hipertensão;
 - para cada condição referida foi informado o tempo (em anos) que descobriu a doença;
- d) variáveis relacionadas ao uso de anti-hipertensivos ou antidiabéticos. Inicialmente, foi feita uma descrição de cada anti-hipertensivo e antidiabético em uso.

Os anti-hipertensivos de interesse para esta tese foram agrupados de acordo com os seguintes grupos farmacológicos, estabelecidos na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016):

- diuréticos (DIU): hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona;
- betabloqueadores (BB): atenolol, carvedilol, metoprolol, propranolol;
- inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA): captopril; enalapril;
- bloqueadores dos canais de cálcio (BCC): anlodipino; verapamil;
- bloqueador dos receptores da angiotensina II (BRA): losartana;
- alfa-agonistas de ação central: metildopa.

Os antidiabéticos de interesse para esta tese foram agrupados em sulfonilureias (glibenclamida; gliclazida); biguanidas (metformina); e insulina (insulina humana NPH e insulina regular), de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Para cada medicamento em uso foi preenchida uma ficha de medicamentos, considerando as seguintes variáveis:

- relacionadas à posologia e práticas adotadas com relação ao uso dos medicamentos: quantidade de comprimidos; quantas vezes por dia tomou; quantos tomou de cada vez; em que momento do dia; esquece de tomar;
- relacionadas às experiências pessoais com o medicamento: o medicamento causa algum incômodo (sim ou não); se sente algum incômodo (para cada resposta positiva, se incomoda muito, um pouco ou muito pouco);
- origem da prescrição: médico da USF; especialista; especialista do centro de referência; outros;
- relacionadas às dificuldades encontradas para conseguir o medicamento: não tem dificuldade; tem um pouco; tem muita dificuldade;

- formas de aquisição dos anti-hipertensivos e antidiabéticos: na própria ESF; na farmácia popular; na farmácia comunitária; compra parcialmente; outras formas de aquisição;
 - conduta quando o medicamento acaba ou está em falta: para de tomar; compra com dificuldade; compra sem dificuldade; pede a amigos ou parentes; outro; nunca falta;
 - motivos para suspensão do tratamento: decisão própria; dificuldades financeiras; dificuldades em conseguir a prescrição; esquecimento; falta na Unidade de Saúde; ficou curado; o médico mandou suspender; receita não renovada; outros;
 - outras dificuldades em relação ao tratamento farmacológico (categorizadas em “não tem dificuldade”, “tem um pouco de dificuldade” e “tem muita dificuldade”): abrir ou fechar a embalagem; ler o que está escrito na embalagem; lembrar de tomar o medicamento; tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo;
 - classificação de acordo com o número de anti-hipertensivos em uso:
 - monoterapia: uso de um anti-hipertensivo; terapia anti-hipertensiva combinada com dois anti-hipertensivos; terapia anti-hipertensiva combinada com três ou mais anti-hipertensivos;
- e) variáveis de percepção do entrevistador: ao final da entrevista o entrevistador assinalava os principais problemas percebidos com relação ao entrevistado, que englobava déficit cognitivo, analfabetismo, diminuição de acuidade visual, problemas emocionais (sintomas depressivos e outras barreiras psicológicas), medos diversos e outras dificuldades.

6.5 ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE

Diante dos objetivos da tese, os dados foram analisados de forma a contemplar os objetivos específicos.

6.5.1 Descrição dos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e interior do estado de Pernambuco

Para responder ao primeiro objetivo específico (alínea a, seção 4.2), foi descrito o perfil socioeconômico e demográfico, estilo de vida e aspectos clínicos dos hipertensos cadastrados na ESF das unidades de saúde selecionadas, comparando Recife e interior.

Ao final da entrevista, os entrevistadores foram orientados a assinalar as principais limitações dos hipertensos, percebidas durante a entrevista. Era possível marcar mais de uma opção. Essa etapa foi composta de variáveis de percepção factíveis de serem identificadas por entrevistadores treinados e com habilidade para questionar alguma informação complementar ao objeto investigado.

6.5.2 Descrição do perfil farmacoterapêutico

Para atender ao segundo objetivo específico (alínea b, seção 4.2), realizou-se um levantamento dos anti-hipertensivos e antidiabéticos de uso contínuo e que já vinham sendo utilizados, ao menos, nos 15 dias anteriores à entrevista. Os referidos medicamentos estavam descritos em fichas específicas e foi preenchida uma para cada medicamento.

Essa análise descritiva permitiu identificar, entre os fármacos contidos na RENAME/2017, aqueles mais utilizados para o tratamento da hipertensão e diabetes e comparar com as orientações contidas nas Diretrizes Brasileiras de hipertensão e de diabetes, bem como com a literatura internacional.

Além de traçar o perfil do uso desses grupos de fármacos, foi considerado a posologia, práticas adotadas com relação ao uso diário do medicamento, experiência pessoal com relação ao tratamento farmacológico, origem da prescrição, formas de obtenção dos medicamentos, principais dificuldades elencadas pelos usuários com relação ao tratamento farmacológico e as associações de anti-hipertensivos com ou sem antidiabéticos.

6.5.3 Classificação de variáveis conforme o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) e comparação com o controle pressórico

Para dar consecução ao terceiro objetivo específico (alínea c, seção 4.2), foram construídas as variáveis de adesão ao tratamento farmacológico, tendo como base o instrumento BMQ.

A adesão ao tratamento farmacológico foi categorizada, a partir do escore calculado, em: aderente (não respondeu afirmativamente nenhuma pergunta), provável aderente (respondeu afirmativamente apenas uma pergunta), provável baixa adesão (respondeu

afirmativamente duas perguntas), e baixa adesão (respondeu afirmativamente três ou mais perguntas). Para fins de análise, os resultados do BMQ foram dicotomizados e os hipertensos foram classificados em dois grupos: alta adesão (os que obtiveram de zero a um ponto nos três domínios) e baixa adesão (os que apresentaram pontuação de dois pontos ou mais).

Todas as categorias de adesão ao tratamento farmacológico, criadas a partir dos escores do BMQ, foram comparadas segundo o controle pressórico, conforme descrito na seção 6.4.2.

6.5.4 Análise dos fatores socioeconômicos, demográficos e clínicos associados à adesão ao tratamento farmacológico

Para dar consecução ao quarto objetivo específico (alínea d, seção 4.2), analisou-se a influência das variáveis socioeconômicas e demográficas, bem como os aspectos clínicos, na adesão ao tratamento farmacológico, conforme os escores de adesão, dicotomizados em baixa e alta adesão.

Ao final, analisou-se as percepções do entrevistador em relação às limitações dos hipertensos e a relação com a adesão ao tratamento farmacológico.

6.5.5 Análise das características do tratamento farmacológico e sua relação com a adesão e com o controle pressórico

Para dar consecução ao quinto objetivo (alínea e, seção 4.2), considerou-se, inicialmente, os esquemas terapêuticos, ou seja, a monoterapia e a politerapia, e sua relação com a adesão e o controle pressórico.

Para o grupo composto de usuários com hipertensão e diabetes, realizou-se dois tipos de análises comparativas entre a farmacoterapia, a adesão e o controle pressórico. O primeiro considerou a mesma meta pressórica para os somente hipertensos, ou seja PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg. Posteriormente, realizou-se uma segunda análise com os mesmos critérios utilizados no decorrer da tese, ou seja, um controle pressórico mais rigoroso de PAS < 130 mmHg e PAD < 80 mmHg.

As principais dificuldades relacionadas ao tratamento farmacológico, as formas de aquisição dos anti-hipertensivos e antidiabéticos e as condutas dos usuários quando os medicamentos estão em falta na Unidade de Saúde foram analisadas, comparando com a adesão ao tratamento farmacológico.

6.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados coletados foram tabulados utilizando-se o programa EpiData 3.1 e compilados em tabelas por meio do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19, para armazenamento e análise dos dados.

As variáveis qualitativas/categóricas foram apresentadas por meio de suas frequências absoluta e relativa e as variáveis quantitativas por meio de média e desvio-padrão. Na análise bivariada, a finalidade foi de verificar a associação entre a adesão à medicação, variável dependente do quarto e quinto objetivos específicos (alínea d e alínea e, seção 4.2) ou o controle pressórico, variável dependente do terceiro e quinto objetivos específicos (alínea c e alínea e, seção 4.2), e as variáveis independentes do estudo. Para a análise estatística bivariada, foi utilizado, para as variáveis qualitativas, o teste Qui-Quadrado ou o teste exato de Fisher (quando necessário) e, no caso das variáveis quantitativas, o teste t de *Student*. Além disso, foi de interesse investigar a associação entre os domínios do BMQ e a variável de adesão com o controle da pressão arterial (terceiro objetivo específico, alínea c da seção 4.2), utilizando, para tal, o teste Qui-Quadrado ou teste exato de Fisher, quando necessário.

Para a análise multivariada, entraram no modelo de regressão logística, método de Wald, as variáveis com associação estatisticamente significativa a 20% (valor de $p < 0,20$) na análise bivariada, com o objetivo de determinar a contribuição de cada covariável para a adesão ao tratamento. Dessa forma, foi calculada o Odds Ratio (OR) e respectivo intervalo de confiança (IC 95%).

Todas as conclusões foram tomadas ao nível de 5% de significância (valor de $p < 0,05$).

6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo “RedeNut: Avaliação da inserção do componente alimentação e nutrição na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-IAM/FIOCRUZ) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde) conforme CAAE: 21989413.0.0000.5190, parecer n. 768.025, de 27 de agosto de 2014 (ANEXO E). Todas as diretrizes estabelecidas na resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, foram observadas no delineamento deste estudo.

Todos os participantes da pesquisa foram informados e esclarecidos sobre a justificativa, os objetivos e os procedimentos utilizados e, para aqueles que aceitaram participar da pesquisa, foi obtido o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cujo modelo proposto (ANEXO F) foram submetidos à apreciação do CEP/IAM.

7 RESULTADOS

Como já demonstrado na tabela 2, no capítulo metodológico desta tese, dos 404 usuários selecionados para compor a amostra do estudo RedeNut, 13 foram excluídos por não estarem fazendo uso de medicamentos anti-hipertensivos no momento da entrevista, 36 foram excluídos por serem apenas diabéticos, 09 foram excluídos por não participarem da entrevista, sendo considerados como perda, e 7 foram excluídos por estarem com questionários incompletos ou inconsistentes, resultando numa amostra final de 339 usuários, dos quais 210 estavam vinculados à ESF de Recife e 129 tinham vínculos com as ESF das cidades do interior (Caruaru, Petrolina e Serra Talhada).

7.1 DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM RECIFE E NO INTERIOR

A idade média dos entrevistados foi de $64,0 \pm 13,1$ anos, com predomínio do sexo feminino (68,4%). Dos entrevistados, 67,3% afirmaram saber ler e escrever. Esse percentual foi maior em Recife (73,3%), em relação ao interior (57,4%) ($p=0,002$). A média de anos de estudo formal para os que declararam saber ler e escrever foi de $6,3 \pm 3,6$ (Tabela 3).

A renda familiar mensal era, para 40,7%, de até um salário mínimo e 61,7% se declararam sem ocupação com renda, ou seja, aposentado ou pensionista. Com relação ao tipo de ocupação, conforme demonstrado na tabela 3, houve diferença estatisticamente significativa entre Recife e interior, pois apesar de prevalecer os aposentados ou pensionistas, seguido de pessoas do lar (15%), no interior houve um maior percentual de empregados formais (10,1%) do que em Recife, que teve um maior destaque para os comerciantes ou autônomos (9,0%) ($p=0,009$). Mais de 60% dos entrevistados se declararam chefe da família.

Tabela 3 – Características socioeconômicas e demográficas dos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e no interior do estado de Pernambuco, 2015-2016.

(continua)

| Variáveis | Amostra Total (N = 339) | | Local | | | | Valor de p ⁽¹⁾ |
|-----------------------------------|----------------------------|------|---------------------|------|-----------------------|------|---------------------------|
| | | | Recife (N = 210) | | Interior (N = 129) | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Idade (média \pm desvio-padrão) | 64,0 \pm 13,1 | | 64,9 \pm 12,5 | | 62,7 \pm 14,0 | | 0,133 |
| Sexo | | | | | | | |
| Masculino | 107 | 31,6 | 69 | 32,9 | 38 | 29,5 | |
| Feminino | 232 | 68,4 | 141 | 67,1 | 91 | 70,5 | 0,513 |

Tabela 3 – Características socioeconômicas e demográficas dos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e no interior do estado de Pernambuco, 2015-2016.

(conclusão)

| Variáveis | Amostra Total (N = 339) | | Local | | | | Valor de p ⁽¹⁾ |
|--|----------------------------|------|---------------------|------|-----------------------|------|---------------------------|
| | | | Recife (N = 210) | | Interior (N = 129) | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Sabia ler e escrever | | | | | | | |
| Não | 111 | 32,7 | 56 | 26,7 | 55 | 42,6 | 0,002 |
| Sim | 228 | 67,3 | 154 | 73,3 | 74 | 57,4 | |
| Quantos anos tinha feito de estudo formal ⁽²⁾ (média ± desvio-padrão) | | | | | | | |
| | 6,3 ± 3,6 | | 6,3 ± 3,5 | | 6,3 ± 3,8 | | 0,899 |
| Renda familiar mensal usual em termos de Salários Mínimos (SM) | | | | | | | |
| Até 1 SM | 138 | 40,7 | 84 | 40,0 | 54 | 41,9 | 0,304 |
| Mais de 1 e até 2 SM | 126 | 37,2 | 84 | 40,0 | 42 | 32,6 | |
| Mais de 2 SM | 75 | 22,1 | 42 | 20,0 | 33 | 25,6 | |
| Situação profissional no momento da entrevista | | | | | | | |
| Empregado (com e sem carteira) | 16 | 4,7 | 3 | 1,4 | 13 | 10,1 | 0,009 |
| Autônomo/comerciante | 26 | 7,7 | 19 | 9,0 | 7 | 5,4 | |
| Desempregado | 17 | 5,0 | 9 | 4,3 | 8 | 6,2 | |
| Do lar | 51 | 15,0 | 32 | 15,2 | 19 | 14,7 | |
| Sem ocupação, com renda | 209 | 61,7 | 135 | 64,3 | 74 | 57,4 | |
| Outras ocupações | 20 | 5,9 | 12 | 5,7 | 8 | 6,2 | |
| É o chefe da família | | | | | | | |
| Não | 109 | 32,2 | 71 | 33,8 | 38 | 29,5 | 0,405 |
| Sim | 230 | 67,8 | 139 | 66,2 | 91 | 70,5 | |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Nota:

(1) Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas / Teste t de Student para variáveis quantitativas;

(2) Foram considerados, apenas, os entrevistados que informaram saber ler e escrever.

Quanto ao estilo de vida, aproximadamente 70% afirmaram seguir orientação alimentar, mais de 95% informaram que não costumavam colocar sal na comida. Apenas 24,4% praticavam alguma atividade física, principalmente no interior (35,2%) (p=0,02). Em Recife, apenas 7,1% e no interior, apenas 3,1%, informaram que participavam de programa de atividade física em academias vinculadas ao SUS, como a Academia da Cidade. Outros hábitos como tabagismo ou etilismo foram negados por mais de 80% dos participantes. Houve uma pequena diferença entre Recife e interior com relação ao modo de consumir bebida alcóolica (p=0,031) (Tabela 4).

Tabela 4 – Estilo de vida dos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e no interior do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | Amostra | | Local | | | | Valor de p ⁽¹⁾ |
|---|-----------------|------|------------------|------|--------------------|------|---------------------------|
| | Total (N = 339) | | Recife (N = 210) | | Interior (N = 129) | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| No momento da entrevista estava seguindo orientação alimentar | | | | | | | |
| Não | 100 | 30,4 | 73 | 34,8 | 27 | 22,7 | |
| Sim | 229 | 69,6 | 137 | 65,2 | 92 | 77,3 | 0,022 |
| No momento da entrevista estava praticando atividade física | | | | | | | |
| Não | 239 | 75,6 | 169 | 81,3 | 70 | 64,8 | |
| Sim | 77 | 24,4 | 39 | 18,8 | 38 | 35,2 | 0,001 |
| Costumava colocar sal no prato de comida | | | | | | | |
| Nunca | 324 | 95,6 | 200 | 95,3 | 124 | 96,1 | |
| Provava e colocava se estivesse sem sal | 11 | 3,3 | 8 | 3,8 | 3 | 2,3 | |
| Quase sempre, mesmo sem provar | 3 | 0,9 | 1 | 0,5 | 2 | 1,6 | 0,474 |
| Participava de programa de Atividade Física do SUS (ex. academia da cidade) | | | | | | | |
| Não | 320 | 94,4 | 195 | 92,9 | 125 | 96,9 | |
| Sim | 19 | 5,6 | 15 | 7,1 | 4 | 3,1 | 0,116 |
| Tabagismo (fumava cigarro/ cachimbo/ charuto ou outros tipos ou já tinha fumado no passado) | | | | | | | |
| Era fumante no momento da entrevista | 39 | 11,5 | 22 | 10,5 | 17 | 13,2 | |
| Fumou no passado, mas parou de fumar | 141 | 41,6 | 95 | 45,2 | 46 | 35,7 | |
| Nunca fumou | 159 | 46,9 | 93 | 44,3 | 66 | 51,2 | 0,215 |
| Consumia algum tipo de bebida alcoólica | | | | | | | |
| Sim, ao menos uma vez por semana | 27 | 8,0 | 21 | 10,0 | 6 | 4,7 | |
| Sim, menos que uma vez por semana | 36 | 10,6 | 20 | 9,5 | 16 | 12,4 | |
| Não, nunca consumiu | 136 | 40,1 | 74 | 35,2 | 62 | 48,1 | |
| Não, parou de consumir | 140 | 41,3 | 95 | 45,2 | 45 | 34,9 | 0,031 |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Notas:

(1) Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas.

Em relação aos aspectos clínicos (Tabela 5), os hipertensos apresentaram o tempo médio de conhecimento da sua condição de $12,7 \pm 9,7$ anos. Em Recife, a média de tempo de conhecimento da condição de hipertenso ($13,9 \pm 9,6$ anos) foi maior que no interior ($p=0,003$). Verificou-se que 45,4% dos hipertensos eram também diabéticos, com um tempo médio de conhecimento da sua condição de $10,2 \pm 8,6$ anos.

Considerando a PA aferida no momento da entrevista, 48,7% dos entrevistados estavam com a PAS e PAD controlada. A média da pressão sistólica dos entrevistados foi de

136,8 ± 22,8 mmHg e da pressão diastólica foi de 80,4 ± 12,9 mmHg. Não houve diferença significativa de hipertensos com pressão controlada em Recife e no interior (Tabela 5).

Tabela 5 – Características clínicas dos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e no interior do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | Amostra Total (N = 339) | | Local | | | | Valor de p ⁽¹⁾ |
|--|----------------------------|------|---------------------|------|-----------------------|------|---------------------------|
| | | | Recife (N = 210) | | Interior (N = 129) | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Há quanto tempo sabia que tinha hipertensão (anos, m±DP) | 12,7 ± 9,7 | | 13,9 ± 9,6 | | 10,6 ± 9,6 | | 0,003 |
| Tinha Diabetes | | | | | | | |
| Não | 185 | 54,6 | 109 | 51,9 | 76 | 58,9 | |
| Sim | 154 | 45,4 | 101 | 48,1 | 53 | 41,1 | 0,208 |
| Há quanto tempo sabia que tinha diabetes (anos, m±DP) | 10,2 ± 8,6 | | 11,1 ± 8,8 | | 8,3 ± 7,8 | | 0,057 |
| Nível pressórico | | | | | | | |
| Sistólica (média ± desvio-padrão) | 136,8 ± 22,8 | | 137,0 ± 22,3 | | 136,5 ± 23,7 | | 0,856 |
| Diastólica (média ± desvio-padrão) | 80,4 ± 12,9 | | 80,0 ± 12,3 | | 81,1 ± 13,9 | | 0,457 |
| Controle da pressão arterial | | | | | | | |
| Controlada | 165 | 48,7 | 106 | 50,5 | 59 | 45,7 | |
| Não controlada | 174 | 51,3 | 104 | 49,5 | 70 | 54,3 | 0,373 |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Notas:

(1) Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas / Teste t de Student para variáveis quantitativas.

Outros aspectos clínicos, psicológicos e cognitivos foram relatados pelos entrevistadores, a respeito das limitações percebidas no decorrer da entrevista (Tabela 6). Em algumas situações, um mesmo indivíduo demonstrou ter mais de uma limitação. A dificuldade mais citada foi o analfabetismo (26,3%), sendo maior no interior (35,7%) ($p < 0,001$), seguida por problemas emocionais, como sintomas depressivos (20,6%), nesse caso mais percebido nos usuários de Recife (27,1%) ($p < 0,001$), que também tiveram um importante destaque em outras dificuldades (17,6%) e medos diversos (10,5%), quando comparados ao interior ($p = 0,005$; $p = 0,002$). O entrevistador não identificou nenhuma limitação em, apenas, 19 (5,6%) dos entrevistados.

Tabela 6 – Percepções do entrevistador em relação às limitações dos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e no interior do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Limitações dos entrevistados | Amostra | | Local | | | | Valor de p ⁽¹⁾ |
|--|-----------------|------|------------------|------|--------------------|------|---------------------------|
| | Total (N = 339) | | Recife (N = 210) | | Interior (N = 129) | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Déficit cognitivo | 36 | 11,3 | 23 | 11,0 | 13 | 10,1 | 0,800 |
| Analfabetismo | 84 | 26,3 | 38 | 18,1 | 46 | 35,7 | < 0,001 |
| Diminuição de acuidade visual ou auditiva | 64 | 20,0 | 46 | 21,9 | 18 | 14,0 | 0,069 |
| Problemas emocionais, sintomas depressivos e outras barreiras psicológicas | 66 | 20,6 | 57 | 27,1 | 9 | 7,0 | < 0,001 |
| Medos diversos | 24 | 7,5 | 22 | 10,5 | 2 | 1,6 | 0,002 |
| Outra dificuldade | 46 | 14,4 | 37 | 17,6 | 9 | 7,0 | 0,005 |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Notas:

(1) Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas.

7.2 DESCRIÇÃO DA FARMACOTERAPIA COM ANTI-HIPERTENSIVOS E ANTIDIABÉTICOS EM USO PELOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM RECIFE E NO INTERIOR

Dos 339 hipertensos, com ou sem diabetes, selecionados para as entrevistas, 190 (56%) estavam em tratamento somente com anti-hipertensivos e 144 (42,5%) em tratamento com anti-hipertensivos e antidiabéticos. Cinco usuários (1,5%) não tinham informações sobre os anti-hipertensivos em uso e foram considerados perda para análise do perfil farmacoterapêutico.

7.2.1 Descrição do perfil de uso dos anti-hipertensivos e antidiabéticos pelos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e no interior

Com relação aos grupos farmacológicos mais citados pelos hipertensos, mais de 50% referiram o uso de diuréticos, com predomínio da hidroclorotiazida (49,9%), seguido de bloqueador dos receptores da angiotensina II (BRA), representado por losartana (41,3%). Os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) também foram citados por 38,1% dos entrevistados, com maior uso de enalapril (29,8%). Anlodipino (bloqueador de canais de

cálcio) e atenolol (betabloqueador) foram citados por 20,6% e 12,7% dos entrevistados, respectivamente (Tabela 7).

Conforme observado na tabela 7, o perfil de uso de anti-hipertensivos foi semelhante em Recife e interior. Houve diferença estatisticamente significativa apenas para o uso de losartana e captopril, que tiveram um maior percentual de uso no interior (51,9%) ($p=0,002$) em comparação com Recife (13,2%) ($p=0,01$), ao contrário do enalapril, citado por 39% dos entrevistados em Recife ($p < 0,001$).

Tabela 7 – Descrição dos anti-hipertensivos em uso pelos hipertensos, com ou sem diabetes, cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e no interior do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Medicamentos | Amostra (N = 339) | | Local | | | | Valor de $p^{(1)}$ |
|--|----------------------|------|------------------|------|--------------------|------|-----------------------|
| | | | Recife (N = 210) | | Interior (N = 129) | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Diuréticos | | | | | | | |
| Hidroclorotiazida | 169 | 49,9 | 104 | 49,5 | 65 | 50,4 | 0,877 |
| Furosemida | 18 | 5,3 | 12 | 5,7 | 6 | 4,7 | 0,672 |
| Espironolactona | 4 | 1,2 | 3 | 1,4 | 1 | 0,8 | 1,000 |
| Bloqueadores dos receptores da angiotensina | | | | | | | |
| Losartana | 140 | 41,3 | 73 | 34,8 | 67 | 51,9 | 0,002 |
| Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina | | | | | | | |
| Enalapril | 101 | 29,8 | 82 | 39,0 | 19 | 14,7 | < 0,001 |
| Captopril | 28 | 8,3 | 11 | 5,2 | 17 | 13,2 | 0,010 |
| Bloqueadores dos canais de cálcio | | | | | | | |
| Anlodipino | 70 | 20,6 | 49 | 23,3 | 21 | 16,3 | 0,119 |
| Verapamil | 1 | 0,3 | 1 | 0,5 | 0 | 0,0 | 1,000 |
| Betabloqueadores | | | | | | | |
| Atenolol | 43 | 12,7 | 31 | 14,8 | 12 | 9,3 | 0,143 |
| Propranolol | 27 | 8,0 | 16 | 7,6 | 11 | 8,5 | 0,764 |
| Carvedilol | 6 | 1,8 | 5 | 2,4 | 1 | 0,8 | 0,414 |
| Metoprolol | 2 | 0,6 | 1 | 0,5 | 1 | 0,8 | 1,000 |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Notas:

(1) Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas.

O antidiabético mais utilizado pelos hipertensos com diabetes foi a metformina (30,1%), seguida da glibenclamida (14,7%); 48 hipertensos com diabetes (14,2%) tinham insulina associada ao seu tratamento farmacológico. Houve diferenças significativas no perfil de uso dos antidiabéticos entre Recife e interior, com destaque para o uso de metformina (34,3%) ($p= 0,032$), insulina (17,1%) ($p=0,044$) e gliclazida (9,5%) ($p=0,001$), pelos entrevistados de Recife, e maior uso de glibenclamida (20,2%) ($p=0,028$), pelos entrevistados no interior (Tabela 8).

Tabela 8 – Descrição dos antidiabéticos em uso pelos hipertensos com diabetes, cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e no interior do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Medicamentos | Local | | | | | | Valor de p ⁽¹⁾ |
|-----------------------|-------------------|------|------------------|------|--------------------|------|---------------------------|
| | Amostra (N = 339) | | Recife (N = 210) | | Interior (N = 129) | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Biguanidas | | | | | | | |
| Metformina | 102 | 30,1 | 72 | 34,3 | 30 | 23,3 | 0,032 |
| Sulfonilureias | | | | | | | |
| Glibenclamida | 50 | 14,7 | 24 | 11,4 | 26 | 20,2 | 0,028 |
| Gliclazida | 21 | 6,2 | 20 | 9,5 | 1 | 0,8 | 0,001 |
| Insulina | 48 | 14,2 | 36 | 17,1 | 12 | 9,3 | 0,044 |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Nota:

(1) Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas.

Considerando os anti-hipertensivos mais citados pelos hipertensos com ou sem diabetes, conforme demonstrado na tabela 9, a mediana da posologia de uso foi de um comprimido, com uma média de administração de 1 vez por dia, sendo a maioria no café da manhã. No entanto, a maioria dos hipertensos usava mais de um anti-hipertensivo. Em torno de 80% dos entrevistados afirmaram que não esqueciam de tomar os seus medicamentos nenhuma vez.

Tabela 9 – Terapia anti-hipertensiva, posologia e práticas adotadas em relação ao tratamento farmacológico, na semana anterior a entrevista, pelos hipertensos com ou sem diabetes (N=334) cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | Medicamentos anti-hipertensivos ⁽¹⁾ | | | | | |
|--|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | Hidroclorotiazida (N=169) | Losartana (N=140) | Enalapril (N=101) | Anlodipino (N=70) | Atenolol (N=43) | Captopril (N=28) |
| Quantos dias tomava (média ±desvio-padrão; mediana) | 6,72 ± 1,23; 7,0 | 5,84 ± 1,02; 7,0 | 6,66 ± 1,31; 7,0 | 6,83 ± 0,92; 7,0 | 7,00 ± 1,07; 7,0 | 6,79 ± 0,96; 7,0 |
| Quantos comprimidos tomava de cada vez (média ±desvio-padrão; mediana) | 1,19 ± 1,23; 1,0 | 1,29 ± 1,36; 1,0 | 1,04 ± 0,31; 1,0 | 1,04 ± 0,20; 1,0 | 1,47 ± 1,71; 1,0 | 1,21 ± 0,42; 1,0 |
| Quantas vezes esqueceu de tomar | | | | | | |
| Nenhuma | 137 (81,1%) | 115 (82,1%) | 80 (79,2%) | 58 (82,9%) | 35 (81,4%) | 25 (89,3%) |
| Algumas vezes | 23 (13,6%) | 20 (14,3%) | 14 (13,9%) | 9 (12,9%) | 7 (16,3%) | 2 (7,1%) |
| Esqueceu muito | 2 (1,2%) | 1 (0,7%) | 3 (3,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 1 (3,6%) |
| Não tomou o remédio na última semana | 6(3,6%) | 2 (1,4%) | 3 (3,0%) | 1 (1,4%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| Não sabe dizer | 1 (0,6%) | 2 (1,4%) | 1 (1,0%) | 2 (2,9%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Nota:

(1) Considerou-se cada medicamento em uso no momento da entrevista

A mediana da posologia de uso dos antidiabéticos orais foi de um comprimido, com uma média de administração de 1 a 2 vezes por dia, sendo a maioria no café da manhã. Mais de 80% dos que faziam uso de antidiabéticos informaram que não esqueciam de tomá-los, exceto para gliclazida, que apresentou um menor percentual (71,4%) de entrevistados que afirmaram não ter esquecido de tomar nenhuma vez (Tabela 10).

Tabela 10 – Terapia antidiabética, posologia e práticas adotadas em relação ao tratamento farmacológico, na semana anterior a entrevista, pelos hipertensos com diabetes (N=144), cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016

| Variáveis | Medicamentos antidiabéticos ⁽¹⁾ | | |
|---|--|-------------------------|-------------------------|
| | Metformina (N=102) | Glibenclamida (N=50) | Gliclazida (N=21) |
| Quantos dias tomava (média \pm desvio-padrão; mediana) | 6,92 \pm 0,83; 7,0 | 6,76 \pm 1,04; 7,0 | 6,76 \pm 1,69; 7,0 |
| Quantas vezes por dia tomava (média \pm desvio-padrão; mediana) | 2 \pm 1,08; 2,0 | 1,60 \pm 0,86; 1,0 | 1,62 \pm 1,75; 1,0 |
| Quantos comprimidos tomava de cada vez (média \pm desvio-padrão; mediana) | 1,23 \pm 1,51; 1,0 | 1,14 \pm 0,40; 1,0 | 1,81 \pm 1,83; 1,0 |
| Quantas vezes esqueceu de tomar | | | |
| Nenhuma | 83 (81,4%) | 42 (84,0%) | 15 (71,4%) |
| Algumas vezes | 15 (14,7%) | 7 (14,0%) | 3 (14,3%) |
| Esqueceu muito | 1 (1,0%) | 0 (0,0%) | 2 (9,5%) |
| Não tomou o remédio na última semana | 2 (2,0%) | 1 (2,0%) | 1 (4,8%) |
| Não sabe dizer | 1 (1,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Nota:

(1) Considerou-se cada medicamento em uso no momento da entrevista

Conforme demonstrado nas tabelas 9 e 10, um pouco mais de 14% afirmaram que, algumas vezes, esqueceram de tomar os seus medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos. Apesar de ter havido relatos (aproximadamente 4%), em algumas situações, de não ter tomado alguns dos medicamentos na semana anterior a entrevista, identificou-se uma mediana de uso de 7 dias dos medicamentos prescritos para tratar a hipertensão e diabetes.

Entre 80% a 90% dos entrevistados mostraram uma experiência positiva em relação ao seu tratamento, destacando uma boa resposta em relação ao uso dos anti-hipertensivos e poucos relatos de reações adversas. O anti-hipertensivo com maior relato de incômodo foi hidroclorotiazida (9,5%), dentre os quais a maioria relatou que incomodava um pouco (68,8%). Essa situação foi observada para os demais anti-hipertensivos que, quando citado, os incômodos eram considerados leves, ou seja, referidos que incomodavam pouco (Tabela 11).

Tabela 11 – Experiência pessoal em relação ao tratamento anti-hipertensivo, descrita pelos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | Medicamentos anti-hipertensivos | | | | | |
|---|---------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|------------------|
| | Hidroclorotiazida (N=169) | Losartana (N=140) | Enalapril (N=101) | Anlodipino (N=70) | Atenolol (N=43) | Captopril (N=28) |
| Como esse medicamento funciona para o senhor (a) | | | | | | |
| Funciona bem | 158 (93,5%) | 127 (90,7%) | 93 (92,1%) | 58 (82,9%) | 42 (97,7%) | 27 (96,4%) |
| Funciona regular | 5 (3,0%) | 4 (2,9%) | 2 (2,0%) | 3 (4,3%) | 1 (2,3%) | 1 (3,6%) |
| Não funciona bem | 0 (0,0%) | 4 (2,9%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| Não sabe dizer | 6 (3,6%) | 5 (3,6%) | 6 (5,9%) | 9 (12,9%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| Esse medicamento causa problema/incomoda | | | | | | |
| Não | 153 (90,5%) | 135 (96,4%) | 98 (97,0%) | 65 (92,9%) | 42 (97,7%) | 26 (92,9%) |
| Sim | 16 (9,5%) | 5 (3,6%) | 3 (3,0%) | 5 (7,1%) | 1 (2,3%) | 2 (7,1%) |
| Caso o medicamento cause problema/incômodo, quanto esse medicamento incomoda ⁽¹⁾ | | | | | | |
| Muito | 4 (25,0%) | 2 (40,0%) | 2 (66,7%) | 2 (40,0%) | 0 (0,0%) | 1 (50,0%) |
| Um pouco | 11 (68,8%) | 2 (40,0%) | 1 (33,3%) | 3 (60,0%) | 1 (100,0%) | 1 (50,0%) |
| Muito pouco | 1 (6,3%) | 1 (20,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Nota:

(1) Considerar N o número de hipertensos que referiram incômodo com o medicamento.

Cerca de 80% a 90% dos entrevistados mostraram uma experiência positiva em relação ao seu tratamento com os antidiabéticos, destacando uma boa resposta ao tratamento e poucos relatos de reações adversas. A metformina foi o antidiabético com mais relatos de algum incômodo (17,6%), dos quais mais de 70% informaram que os incômodos eram leves, ou seja, incomodavam pouco (66,6%) ou muito pouco (5,5%), e 27,8% (N=5) informaram que incomodava muito. Apenas 8% relataram algum tipo de incômodo com o uso de glibenclamida e 4,8% com o uso de gliclazida (Tabela 12).

Tabela 12 – Experiência pessoal em relação ao tratamento antidiabético, descrita pelos hipertensos com diabetes (N=144) cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | Medicamentos antidiabéticos | | |
|---|-----------------------------|----------------------|-------------------|
| | Metformina (N=102) | Glibenclamida (N=50) | Gliclazida (N=21) |
| Como esse medicamento funciona para o senhor | | | |
| Funciona bem | 85 (83,4%) | 45 (90,0%) | 18 (85,7%) |
| Funciona regular | 6 (5,9%) | 0 (0,0%) | 1 (4,8%) |
| Não funciona bem | 4 (3,9%) | 1 (2,0%) | 2 (9,5%) |
| Não sabe dizer | 7 (6,9%) | 4 (8,0%) | 0 (0,0%) |
| Esse medicamento causa problema/incomoda | | | |
| Não | 84 (82,4%) | 46 (92,0%) | 20 (95,2%) |
| Sim | 18 (17,6%) | 4 (8,0%) | 1 (4,8%) |
| Caso o medicamento cause problema/incômodo, quanto esse medicamento incomoda ⁽¹⁾ | | | |
| Muito | 5 (27,8%) | 1 (25%) | 1 (100%) |
| Um pouco | 12 (66,6%) | 3 (75%) | 0 (0,0%) |
| Muito pouco | 1 (5,5%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Nota:

(1) Considerar N o número de hipertensos que referiram incômodo com o medicamento.

A maioria dos anti-hipertensivos foi prescrito pelo médico da USF, no entanto ainda havia obstáculos para conseguir os medicamentos nas USF. Um pouco mais de 30% dos entrevistados informaram alguma dificuldade em conseguir os anti-hipertensivos, sendo superior a 40% para enalapril, anlodipino e atenolol, que, por sua vez, foram os anti-hipertensivos com maior percentual de prescrição por especialistas. A dificuldade em receber losartana na unidade de saúde foi citada por 36,4% dos entrevistados (Tabela 13).

Tabela 13 – Origem da prescrição e formas de aquisição dos anti-hipertensivos mais citados pelos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | Medicamentos anti-hipertensivos | | | | | |
|--|---------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| | Hidroclorotiazida (N=169) | Losartana (N=140) | Enalapril (N=101) | Anlodipino (N=70) | Atenolol (N=43) | Captopril (N=28) |
| Quem prescreveu o medicamento | | | | | | |
| Médico(a) da USF | 146 (86,4%) | 107 (76,4%) | 90 (89,1%) | 55 (78,6%) | 27 (62,8%) | 23 (82,1%) |
| Especialista, com encaminhamento da USF | 7 (4,1%) | 9 (6,4%) | 6 (5,9%) | 8 (11,4%) | 7 (16,3%) | 0 |
| Especialista, sem encaminhamento da USF | 0 | 1 (0,7%) | 2(2,0%) | 0 | 0 | 0 |
| Centro de referência em hipertensão e diabetes | 6 (3,6%) | 7 (5,0%) | 1 (1,0%) | 1 (1,4%) | 3 (7,0%) | 0 |
| Outros | 10 (5,9%) | 16 (11,4%) | 2 (2,0%) | 6 (8,6%) | 6 (14%) | 5 (17,9%) |
| Acha difícil conseguir o medicamento | | | | | | |
| Não | 120 (71,0%) | 89 (63,6%) | 57 (56,4%) | 41 (59,4%) | 24 (55,8%) | 22 (78,6%) |
| Sim, um pouco | 33 (19,5%) | 37 (26,4%) | 31 (30,7%) | 15 (21,7%) | 11 (25,6%) | 2 (7,1%) |
| Sim, muito | 16 (9,5%) | 14 (10,0%) | 13 (12,9%) | 13 (18,8%) | 8 (18,6%) | 4 (14,3%) |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Conforme demonstrado na tabela 14, a maioria dos antidiabéticos foi prescrito pelo médico da USF, no entanto ainda havia obstáculos para conseguir os medicamentos nas USFs. Mais de 30% dos entrevistados informaram alguma dificuldade em conseguir os antidiabéticos; 66,7% dos hipertensos com diabetes afirmaram não ter dificuldade para receber glibenclamida, e apenas 23,8% afirmaram não ter dificuldade para receber gliclazida.

Tabela 14 – Origem da prescrição e formas de aquisição dos antidiabéticos mais citados pelos hipertensos com diabetes (N=144) cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | Medicamentos antidiabéticos | | |
|--|-----------------------------|-------------------------|----------------------|
| | Metformina (N=102) | Glibenclamid a(N=50) | Gliclazida(N= 21) |
| Quem prescreveu o medicamento | | | |
| Médico(a) da USF | 81 (79,4%) | 43 (86,0%) | 15 (71,4%) |
| Especialista, com encaminhamento da USF | 9 (8,9%) | 0 (0,0%) | 2 (9,5%) |
| Especialista, sem encaminhamento da USF | 2 (2,0%) | 1 (2,0%) | 0 |
| Centro de referência em hipertensão e diabetes | 4 (4,0%) | 1 (2,0%) | 2 (9,5%) |
| Outros | 6 (5,9%) | 5 (10,0%) | 2 (9,5%) |
| Acha difícil conseguir o medicamento | | | |
| Não | 49 (48,0%) | 32 (66,7%) | 5 (23,8%) |
| Sim, um pouco | 31 (30,4%) | 12 (25,0%) | 6 (28,6%) |
| Sim, muito | 22 (21,6%) | 4 (8,3%) | 10 (47,6%) |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

7.2.2 Acesso aos anti-hipertensivos e antidiabéticos, condutas e dificuldades encontradas, em relação ao tratamento farmacológico, pelos usuários com hipertensão cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Recife e no interior

No que diz respeito ao acesso, mais de 70% dos entrevistados informaram que receberam, totalmente (44,8%) ou parcialmente (30,4%), os seus medicamentos na Unidade de Saúde da Família. Conforme demonstrado na tabela 15, houve uma diferença significativa entre os usuários que afirmaram receber seus medicamentos totalmente nas USF de Recife (33,8%) e nas USF do interior (62,8%) ($p < 0,001$).

Quando os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde, 47,5% dos usuários informaram que os compravam, mesmo com dificuldades, com maior percentual de respostas afirmativas dos usuários de Recife (56,7%) em relação ao interior (32,6%) ($p < 0,001$). Foi encontrado um maior percentual de hipertensos no interior que afirmaram comprar sem dificuldade (37,2%, contra 25,7% em Recife, $p = 0,025$). Outras condutas no caso de falta do medicamento no serviço foram mais frequentes no interior ($p = 0,005$) (Tabela 15).

Ainda pode ser observado na tabela 15, que a interrupção do anti-hipertensivo e antidiabético foi referida por 22,7% dos usuários, sendo maior no interior (29,5%) ($p = 0,020$). Os principais motivos para a interrupção do tratamento farmacológico foram a falta do medicamento na unidade de saúde (40,3%) ou dificuldade financeira para comprar os medicamentos (24,7%). Houve diferença estatisticamente significativa para essa variável, com o maior percentual (41%) citado pelos entrevistados em Recife ($p = 0,001$).

As variáveis relacionadas à conduta do usuário quando o medicamento está em falta no serviço e os motivos referidos para suspender o tratamento farmacológico eram citadas com base no questionário, podendo os entrevistados escolherem mais de uma alternativa. No entanto, as variáveis relacionadas aos motivos referidos pelos usuários para suspender o tratamento foram citadas, apenas, por quem afirmou que parou de tomar o anti-hipertensivo ou antidiabético prescrito.

Tabela 15 – Práticas relacionadas ao acesso e interrupção do tratamento farmacológico referida pelos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | Amostra Total (N = 339) | | Local | | | | Valor de p ⁽¹⁾ |
|---|----------------------------|------|-----------------------|------|-------------------------|------|------------------------------|
| | N | % | Recife (N = 210) N | % | Interior (N = 129) N | % | |
| Formas de aquisição dos anti-hipertensivos e antidiabético | | | | | | | < 0,001 |
| Na própria equipe da saúde da família | 152 | 44,8 | 71 | 33,8 | 81 | 62,8 | |
| Na farmácia popular | 26 | 7,7 | 12 | 5,7 | 14 | 10,9 | |
| Na farmácia convencional | 27 | 8,0 | 14 | 6,7 | 13 | 10,1 | |
| Parte compra e parte recebe | 103 | 30,4 | 84 | 40,0 | 19 | 14,7 | |
| Outro | 31 | 9,1 | 29 | 13,8 | 2 | 1,6 | |
| Conduta do usuário quando o medicamento está em falta no serviço ⁽²⁾ | | | | | | | |
| Para de tomar o remédio | 14 | 4,1 | 6 | 2,9 | 8 | 6,2 | 0,133 |
| Compra sem dificuldades | 102 | 30,1 | 54 | 25,7 | 48 | 37,2 | 0,025 |
| Compra, mesmo com dificuldades | 161 | 47,5 | 119 | 56,7 | 42 | 32,6 | < 0,001 |
| Pede a amigos/parentes que comprem | 10 | 2,9 | 7 | 3,3 | 3 | 2,3 | 0,747 |
| Outro | 25 | 7,4 | 9 | 4,3 | 16 | 12,4 | 0,005 |
| Nunca falta | 40 | 11,8 | 24 | 11,4 | 16 | 12,4 | 0,787 |
| Interrupção do tratamento com anti-hipertensivo e/ou antidiabético | | | | | | | 0,020 |
| Não | 262 | 77,3 | 171 | 81,4 | 91 | 70,5 | |
| Sim | 77 | 22,7 | 39 | 18,6 | 38 | 29,5 | |
| Motivos referidos pelos usuários para suspender o tratamento farmacológico ⁽²⁾ | | | | | | | |
| Decisão do usuário, pois se sentia bem | 3 | 3,9 | 0 | 0,0 | 3 | 7,9 | 0,115 |
| Decisão do usuário pois se sentia mal | 6 | 7,8 | 1 | 2,6 | 5 | 13,2 | 0,108 |
| Dificuldade financeira para comprar o medicamento | 19 | 24,7 | 16 | 41,0 | 3 | 7,9 | 0,001 |
| Dificuldade de retornar à consulta para renovar a receita | 3 | 3,9 | 2 | 5,1 | 1 | 2,6 | 1,000 |
| Esquecimento | 13 | 16,9 | 5 | 12,8 | 8 | 21,1 | 0,335 |
| Falta do medicamento na Unidade de Saúde | 31 | 40,3 | 18 | 46,2 | 13 | 34,2 | 0,285 |
| Ficou curado | 4 | 5,2 | 3 | 7,7 | 1 | 2,6 | 0,615 |
| O médico mandou suspender o tratamento | 1 | 1,3 | 1 | 2,6 | 0 | 0,0 | 1,000 |
| Receita não renovada | 4 | 5,2 | 1 | 2,6 | 3 | 7,9 | 0,358 |
| Outros | 5 | 6,5 | 2 | 5,1 | 3 | 7,9 | 0,675 |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Notas:

(1) Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas.

(2) Citadas livremente, podendo o entrevistado haver citado mais de uma alternativa.

Conforme demonstrado na tabela 16, a dificuldade mais citada pelos entrevistados, em relação ao tratamento farmacológico, foi ler o que está escrito na embalagem (72,1%), seguida de tomar diversos comprimidos ao mesmo tempo (33,9%).

As pessoas em Recife relataram mais dificuldade em abrir e fechar a embalagem (17,4%), do que no interior (7,0%) ($p=0,028$).

Tabela 16 – Dificuldades em relação ao tratamento farmacológico, citadas pelos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Dificuldades | Amostra Total (N = 339) | | Local | | | | Valor de p ⁽¹⁾ |
|--|----------------------------|------|------------------|------|--------------------|------|------------------------------|
| | N | % | Recife (N = 210) | | Interior (N = 129) | | |
| | | | N | % | N | % | |
| Dificuldade de abrir ou fechar a embalagem | | | | | | | 0,028 |
| Não tem dificuldade | 284 | 86,6 | 166 | 82,6 | 118 | 92,9 | |
| Tem um pouco de dificuldade | 26 | 7,9 | 21 | 10,4 | 5 | 3,9 | |
| Tem muita dificuldade | 18 | 5,5 | 14 | 7,0 | 4 | 3,1 | |
| Ler o que está escrito na embalagem | | | | | | | 0,806 |
| Não tem dificuldade | 81 | 27,8 | 51 | 27,1 | 30 | 29,1 | |
| Tem um pouco de dificuldade | 83 | 28,5 | 56 | 29,8 | 27 | 26,2 | |
| Tem muita dificuldade | 127 | 43,6 | 81 | 43,1 | 46 | 44,7 | |
| Lembrar de tomar o remédio | | | | | | | 0,637 |
| Não tem dificuldade | 229 | 69,4 | 138 | 68,0 | 91 | 71,7 | |
| Tem um pouco de dificuldade | 74 | 22,4 | 49 | 24,1 | 25 | 19,7 | |
| Tem muita dificuldade | 27 | 8,2 | 16 | 7,9 | 11 | 8,7 | |
| Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo | | | | | | | 0,282 |
| Não tem dificuldade | 218 | 66,1 | 137 | 67,2 | 81 | 64,3 | |
| Tem um pouco de dificuldade | 73 | 22,1 | 40 | 19,6 | 33 | 26,2 | |
| Tem muita dificuldade | 39 | 11,8 | 27 | 13,2 | 12 | 9,5 | |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

(1) Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas.

7.2.3 Descrição das associações de anti-hipertensivos

Os anti-hipertensivos citados na seção anterior eram usados em monoterapia; ou politerapia com dois hipertensivos; ou politerapia com três ou mais anti-hipertensivos.

7.2.3.1 Descrição das associações de anti-hipertensivos em usuários com hipertensão, sem tratamento com antidiabéticos, cadastrados na Estratégia Saúde da Família

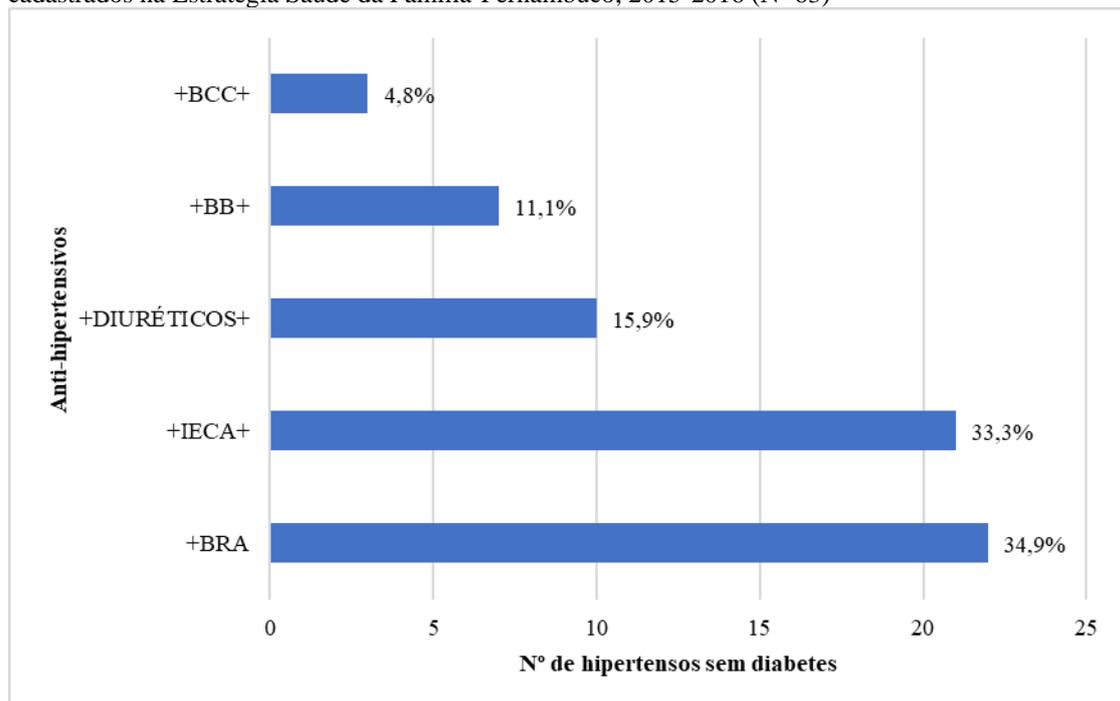
Na terapia anti-hipertensiva, prevaleceu o uso de dois anti-hipertensivos (54,2%) e, dos 190 hipertensos sem diabetes, apenas 63 (33,2%) faziam uso de monoterapia (Tabela 17). Os grupos de anti-hipertensivos mais usados, em monoterapia, foram o de bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA) (34,9%), seguidos dos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) (33,3%) e pelos diuréticos (15,9%) (Gráfico 1).

Tabela 17 – Esquema de tratamento anti-hipertensivo em uso pelos hipertensos sem diabetes (N=190) cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Tipo de esquema terapêutico | Amostra (N = 190) | |
|--|-------------------|------------|
| | N | % |
| Monoterapia (só 1 anti-hipertensivo) | 63 | 33,2 |
| Terapêutica anti-hipertensiva combinada (2 anti-hipertensivos) | 103 | 54,2 |
| Terapêutica anti-hipertensiva combinada (3 ou mais anti-hipertensivos) | 24 | 12,6 |
| TOTAL | 190 | 100 |

Fonte: A autora com base no estudo RedeNut, 2015-2016.

Gráfico 1 – Anti-hipertensivos usados em monoterapia pelos hipertensos sem tratamento antidiabético cadastrados na Estratégia Saúde da Família-Pernambuco, 2015-2016 (N=63)



Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Legenda:

BRA – Bloqueador dos receptores da angiotensina II;

IECA – Inibidor da enzima conversora de angiotensina;

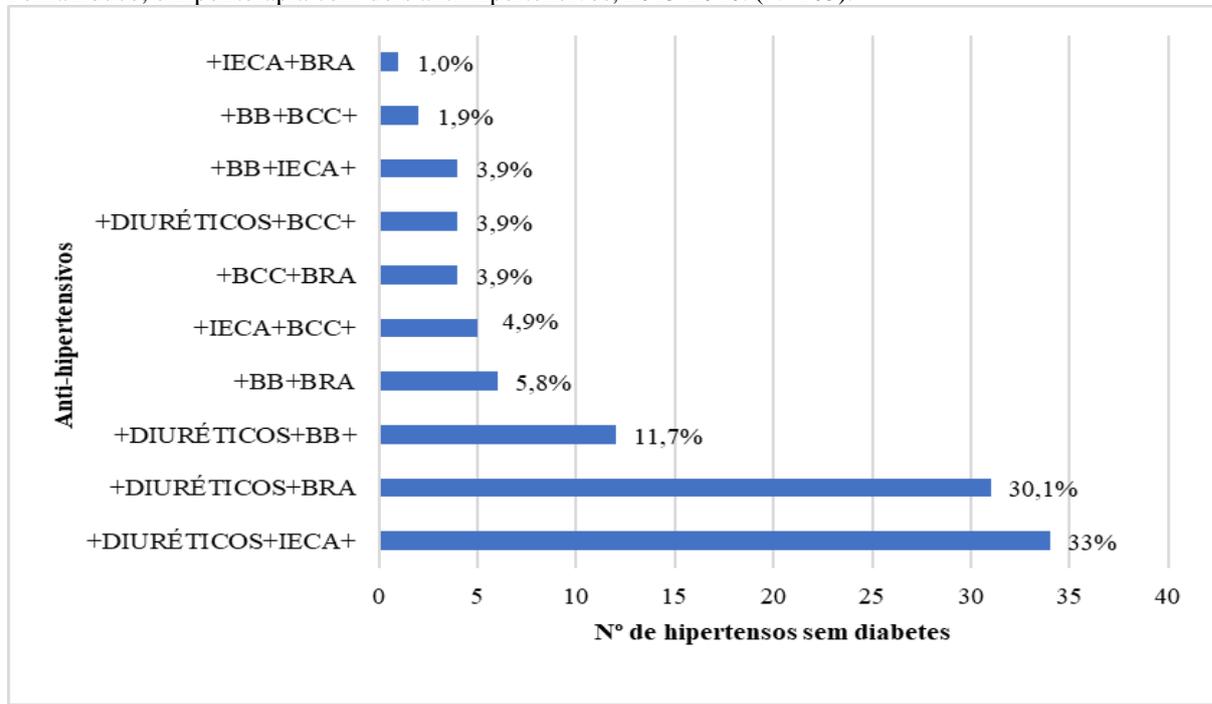
BB – Betabloqueador;

BCC – Bloqueador dos canais de cálcio.

Dos 103 hipertensos com esquemas de dois anti-hipertensivos associados, os diuréticos foram os mais citados em associações com outros anti-hipertensivos, referido por

81 entrevistados (78,7%). Conforme ilustrado no gráfico 2, os diuréticos estiveram mais associados com inibidor da enzima conversora de angiotensina (33%) e com BRA (30,1%).

Gráfico 2 – Fármacos referidos por hipertensos sem diabetes, cadastrados na Estratégia Saúde da Família-Pernambuco, em politerapia com dois anti-hipertensivos, 2015-2016. (N=103).



Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Legenda:

BRA – Bloqueador dos receptores da angiotensina II;

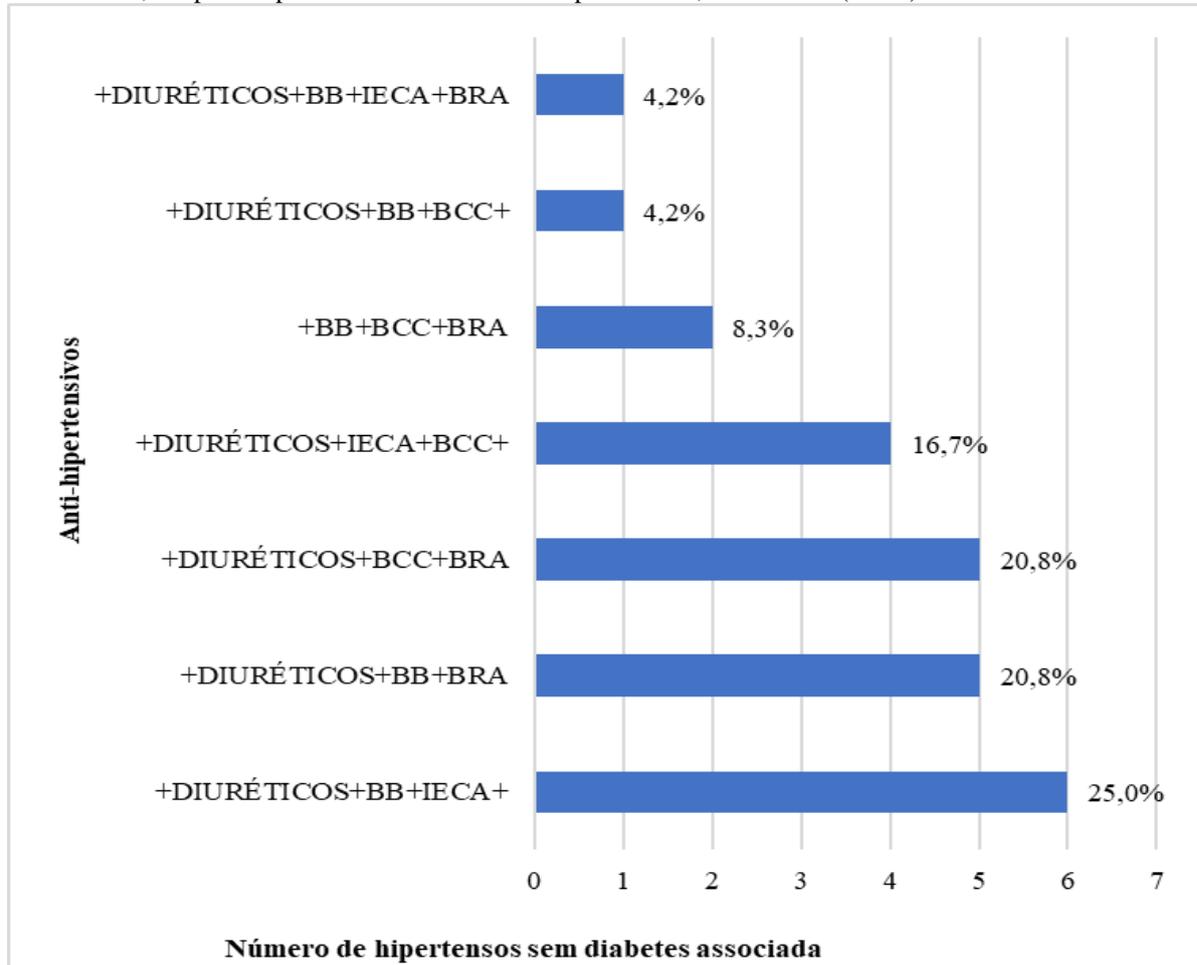
IECA – Inibidor da enzima conversora de angiotensina;

BB – Betabloqueador;

BCC – Bloqueador dos canais de cálcio.

Dos 24 hipertensos que referiram o uso de três ou mais anti-hipertensivos, os diuréticos foram os mais presentes (91,7%), sendo mais comumente associados a betabloqueador e inibidor da enzima conversora de angiotensina (25%); seguido pela associação com bloqueador dos canais de cálcio e bloqueador dos receptores da angiotensina II (20,8%); e betabloqueador e bloqueador dos receptores da angiotensina II (20,8%) (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Fármacos referidos por hipertensos sem diabetes, cadastrados na Estratégia Saúde da Família-Pernambuco, em politerapia com três ou mais anti-hipertensivos, 2015-2016. (N=24)



Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Legenda:

BRA – Bloqueador dos receptores da angiotensina II;
 IECA – Inibidor da enzima conversora de angiotensina;
 BB – Betabloqueador;
 BCC – Bloqueador dos canais de cálcio.

7.2.3.2 Descrição das associações de anti-hipertensivos em usuários com hipertensão e diabetes, em tratamento com antidiabéticos, cadastrados na Estratégia Saúde da Família

Dos 144 hipertensos com diabetes, 41,7% faziam uso de um anti-hipertensivo (monoterapia) e mais de 50% estavam em politerapia, sendo 38,2% associada a dois anti-hipertensivos e 20,1% associada a três ou mais anti-hipertensivos (Tabela 18). Para efeito desta análise não foi considerado o uso de antidiabéticos nos referidos esquemas terapêuticos.

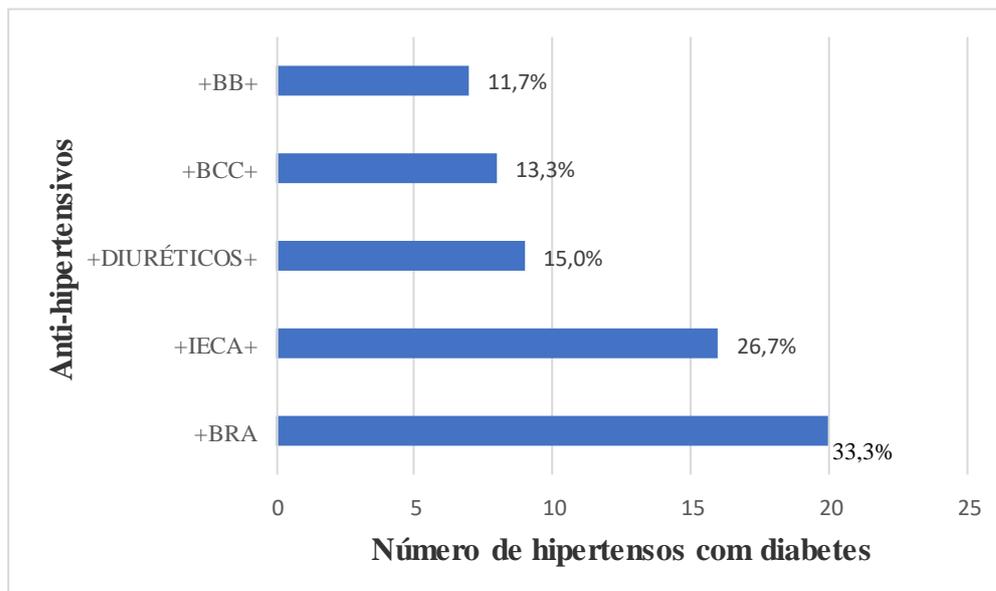
Tabela 18 – Esquema de tratamento anti-hipertensivo em uso pelos hipertensos com diabetes (N=144) cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Tipo de esquema terapêutico | Amostra (N = 144) | |
|--|-------------------|------------|
| | N | % |
| Monoterapia (só 1 anti-hipertensivo) | 60 | 41,7 |
| Terapêutica anti-hipertensiva combinada (2 anti-hipertensivos) | 55 | 38,2 |
| Terapêutica anti-hipertensiva combinada (3 ou mais anti-hipertensivos) | 29 | 20,1 |
| TOTAL | 144 | 100 |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Os anti-hipertensivos mais usados em monoterapia com antidiabéticos foram os bloqueadores dos receptores da angiotensina II (33,3%); seguido dos inibidores da enzima conversora de angiotensina (26,7%) e diuréticos (15,0%) (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Anti-hipertensivos usados em monoterapia pelos hipertensos com diabetes cadastrados na Estratégia Saúde da Família-Pernambuco, 2015-2016 016 (N=60).



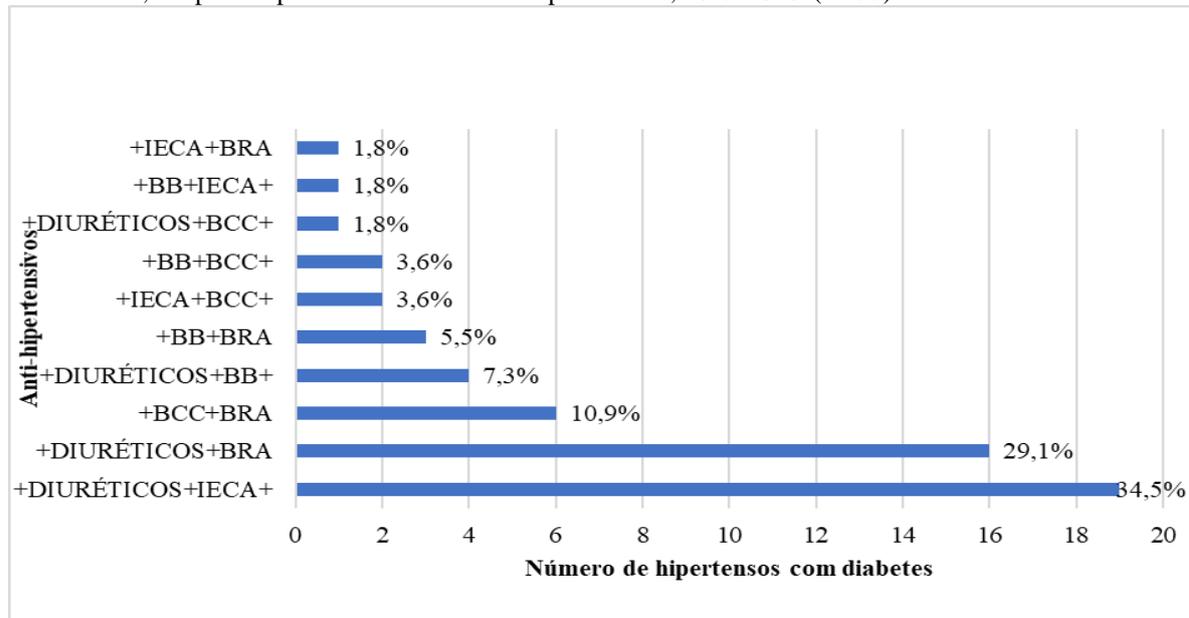
Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Legenda:

- BRA – Bloqueador dos receptores da angiotensina II;
- IECA – Inibidor da enzima conversora de angiotensina;
- BB – Betabloqueador;
- BCC – Bloqueador dos canais de cálcio.

Considerando as associações dos antidiabéticos com dois anti-hipertensivos (n=55), os diuréticos foram citados por mais de 70% dos hipertensos com diabetes. As associações de diuréticos com inibidores da enzima conversora de angiotensina (34,5%) e diuréticos com bloqueadores dos receptores da angiotensina II (29,1%) foram as de maior ocorrência (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Fármacos referidos por hipertensos com diabetes, cadastrados na Estratégia Saúde da Família- Pernambuco, em politerapia com dois mais anti-hipertensivos, 2015-2016. (N=55)



Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Legenda:

BRA – Bloqueador dos receptores da angiotensina II;

IECA – Inibidor da enzima conversora de angiotensina;

BB – Betabloqueador;

BCC – Bloqueador dos canais de cálcio.

Dos 29 hipertensos com diabetes que recebiam politerapia com três ou mais anti-hipertensivos, 89,3% tinham um esquema com diuréticos.

Um terço dos usuários com hipertensão e diabetes afirmaram fazer uso concomitante de insulina. Dos 48 diabéticos que afirmaram uso de insulina, 39 usavam em associação a outros antidiabéticos, sendo a maioria (n=28; 58,3%) somente com biguanidas (metformina); seguido de sulfonilureias (glibenclamida ou gliclazida) associadas (n=7; 14,6%) ou não a biguanidas (n=4; 8,3%). Nesse grupo, 50% tinham mais de dois anti-hipertensivos associados ao esquema de insulina e antidiabético oral (dados não apresentados em tabela).

7.3 CLASSIFICAÇÃO DA ADEÇÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E ANÁLISE DE SUA RELAÇÃO COM O CONTROLE PRESSÓRICO DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

As variáveis de adesão ao tratamento farmacológico, que tiveram como base o instrumento *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), permitiram classificar em aderente, provável aderente, provável baixa adesão e baixa adesão (Tabela 19).

Tabela 19 – Classificação da adesão ao tratamento farmacológico, conforme o *Brief Medication Questionnaire*, para hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, do Estado de Pernambuco, 2015-2016.

| ADESÃO BMQ | N | % |
|-----------------------|------------|------------|
| Aderente | 61 | 18,0 |
| Provável aderente | 142 | 41,9 |
| Provável baixa adesão | 105 | 31,0 |
| Baixa adesão | 31 | 9,1 |
| TOTAL | 339 | 100 |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

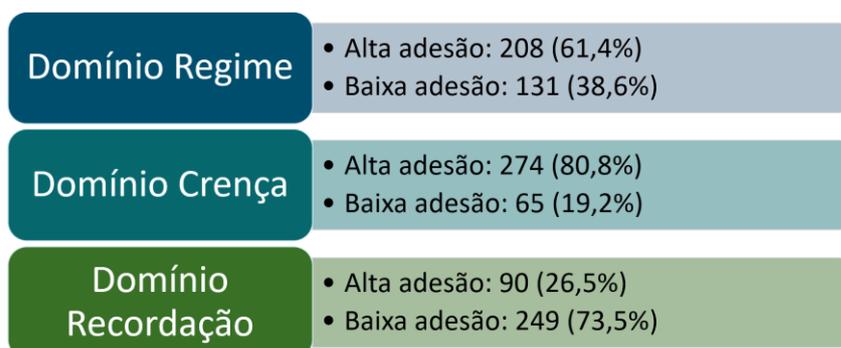
Nota: BMQ- Brief Medication Questionnaire

A classificação acima foi agrupada em duas categorias: baixa adesão, que considerou provável baixa adesão (para as respostas positiva em dois dos três domínios, 31,0%) e baixa adesão (para respostas positivas nos três domínios, 9,1%), totalizando 40,1%; e alta adesão, que considerou aderente (nenhuma resposta positiva, 18%) e provável aderente (uma resposta positiva em um dos três domínios, 41,9%), totalizando 59,9%.

A construção das categorias de adesão considerou os três domínios do BMQ, que identificaram as barreiras para adesão quanto ao regime de tratamento prescrito (sete escores, avaliando o conhecimento e a adesão ao tratamento prescrito), quanto às crenças (dois escores, analisando eficácia e incômodo) e quanto à recordação (dois escores, avaliando dificuldades para tomar o medicamento), na perspectiva dos usuários.

O domínio “regime” avaliou o comportamento e conhecimento do usuário em relação ao regime prescrito, demonstrando que 61,4% dos entrevistados tiveram alta adesão nesse domínio. Quanto ao domínio “crença”, verificou-se que 80,8% dos usuários com hipertensão foram classificados como alta adesão ao tratamento, mostrando uma boa aceitação dos medicamentos. O domínio “recordação” foi o que apresentou um maior percentual de baixa adesão (73,5%), demonstrando a dificuldade de lembrar de tomar todos os medicamentos (Figura 2).

Figura 2 – Domínios do *Brief Medication Questionnaire* utilizados na construção dos escores para análise da adesão ao tratamento farmacológico em usuários com hipertensão cadastrados na Estratégia Saúde da Família- Pernambuco, 2015-2016.



Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016

Quanto à adesão ao tratamento farmacológico em relação ao controle pressórico dos hipertensos, observou-se que menos da metade (48,8%) dos entrevistados estava com a PAS e PAD controlada. De acordo com os domínios do BMQ, não se evidenciou relação entre o grau de adesão e o controle da pressão arterial (Tabela 20).

Tabela 20 – Associação entre os domínios do *Brief Medication Questionnaire* e o controle pressórico em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, do Estado de Pernambuco - PE, 2015-2016.

| Variáveis | Amostra (N=338) | | HAS controlada (N=165) | | HAS não controlada (N=173) | | Valor de p ⁽¹⁾ |
|---|--------------------|------|------------------------------|------|----------------------------------|------|------------------------------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| Categorias dicotomizadas | | | | | | | 0,807 |
| Baixa adesão | 135 | 40,0 | 67 | 40,6 | 68 | 39,3 | |
| Alta adesão | 203 | 60,0 | 98 | 59,4 | 105 | 60,7 | |
| Categorias de adesão BMQ ⁽²⁾ | | | | | | | 0,880 |
| Aderente | 61 | 18,0 | 32 | 19,4 | 29 | 16,8 | |
| Provável aderente | 142 | 42,0 | 66 | 40,0 | 76 | 43,9 | |
| Provável baixa adesão | 105 | 31,1 | 52 | 31,5 | 53 | 30,6 | |
| Baixa adesão | 30 | 8,9 | 15 | 9,1 | 15 | 8,7 | |
| Domínio Regime | | | | | | | 0,918 |
| Alta adesão | 208 | 61,5 | 102 | 61,8 | 106 | 61,3 | |
| Baixa adesão | 130 | 38,5 | 63 | 38,2 | 67 | 38,7 | |
| Domínio Crenças | | | | | | | 0,730 |
| Alta adesão | 274 | 81,1 | 135 | 81,8 | 139 | 80,3 | |
| Baixa adesão | 64 | 18,9 | 30 | 18,2 | 34 | 19,7 | |
| Domínio Recordação | | | | | | | 0,818 |
| Alta adesão | 90 | 26,6 | 43 | 26,1 | 47 | 27,2 | |
| Baixa adesão | 248 | 73,4 | 122 | 73,9 | 126 | 72,8 | |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016

Notas:

(1) Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas.

(2) BMQ- Brief Medication Questionnaire.

7.4 FATORES SOCIOECONÔMICOS, DEMOGRÁFICOS E ASPECTOS CLÍNICOS ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Após a construção dos escores de adesão à farmacoterapia, foi verificada a associação com fatores socioeconômicos, demográficos e clínicos, em usuários com hipertensão.

Em relação à adesão ao tratamento farmacológico, conforme demonstrado na tabela 21, constatou-se um bom nível de alta adesão entre os hipertensos acompanhados, em Recife (59%) e no interior (61,2%) .

Quanto à influência dos fatores socioeconômicos e demográficos na adesão ao tratamento farmacológico, destacaram-se, na análise bivariada, por ter associação estatisticamente significativa a 20% (valor de $p < 0,20$) e estarem no grupo de alta adesão, os hipertensos com maior idade ($p = 0,003$), não alfabetizados ($p = 0,024$), com renda superior a dois salários mínimos ($p = 0,053$) e os que se declararam sem ocupação, mas possuíam alguma fonte de renda (aposentados/pensionistas e correlatos) ($p = 0,044$). Para esses, foi feita a análise multivariada.

Na análise multivariada, os fatores socioeconômicos e demográficos que permaneceram no modelo final foram a idade ($OR = 1,028$; $p = 0,021$) e a renda superior a dois salários mínimos ($OR = 2,147$; $p = 0,060$), associadas positivamente à adesão.

Tabela 21 – Análise bivariada e multivariada entre as variáveis socioeconômicas e demográficas e a adesão ao tratamento farmacológico em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

(continua)

| Variáveis | Amostra (N=339) | | Baixa adesão (N=136) | | Alta Adesão (N=203) | | Valor de p ⁽¹⁾ | Análise multivariada ⁽²⁾ | | Valor de p ⁽¹⁾ |
|---|-----------------|------|----------------------|------|---------------------|------|---------------------------|-------------------------------------|---------------|---------------------------|
| | N | % | N | % | N | % | | OR | IC95% | |
| Local de Moradia | | | | | | | | | | |
| Recife | 210 | 61,9 | 86 | 41,0 | 124 | 59,0 | | | | |
| Interior | 129 | 38,1 | 50 | 38,8 | 79 | 61,2 | 0,689 | | | |
| Idade (anos, m±DP) | 64,0±13,1 | | 61,4±14,1 | | 65,8±12,1 | | 0,003 | 1,028 | 1,004 - 1,052 | 0,021 |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| Masculino | 107 | 31,6 | 45 | 42,1 | 62 | 57,9 | | | | |
| Feminino | 232 | 68,4 | 91 | 39,2 | 141 | 60,8 | 0,621 | | | |
| Sabe ler e escrever | | | | | | | | | | |
| Não | 111 | 32,7 | 35 | 31,5 | 76 | 68,5 | | | | |
| Sim | 228 | 67,3 | 101 | 44,3 | 127 | 55,7 | 0,024 | | | |
| Anos de estudo formal (m±DP) ⁽³⁾ | 6,3± 3,6 | | 5,9± 3,5 | | 6,6± 3,7 | | 0,165 | | | |
| Renda familiar mensal em salários mínimos | | | | | | | | | | |
| Até 1 SM | 138 | 40,7 | 60 | 43,5 | 78 | 56,5 | | 1 | | |
| Mais de 1 e até 2 SM | 126 | 37,2 | 55 | 43,6 | 71 | 56,3 | | 0,813 | 0,409 - 1,618 | 0,556 |
| Mais de 2 SM | 75 | 22,1 | 21 | 28,0 | 54 | 72,0 | 0,053 | 2,147 | 0,967 - 4,768 | 0,060 |

Tabela 21 – Análise bivariada e multivariada entre as variáveis socioeconômicas e demográficas e a adesão ao tratamento farmacológico em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | Amostra (N=339) | | Baixa adesão (N=136) | | Alta Adesão (N=203) | | Valor de p ⁽¹⁾ | Análise multivariada ⁽²⁾ | | Valor de p ⁽¹⁾ |
|---------------------------------|-----------------|------|----------------------|------|---------------------|------|---------------------------|-------------------------------------|-------|---------------------------|
| | N | % | N | % | N | % | | OR | IC95% | |
| | | | | | | | | | | |
| Situação profissional | | | | | | | | | | |
| Empregado (com ou sem carteira) | 16 | 4,7 | 7 | 43,8 | 9 | 56,3 | | | | |
| Autônomo / comerciante | 26 | 7,7 | 11 | 42,3 | 15 | 57,7 | | | | |
| Desempregado | 17 | 5,0 | 9 | 52,9 | 8 | 47,1 | | | | |
| Do lar | 51 | 15,0 | 25 | 49,0 | 26 | 51,0 | | | | |
| Sem ocupação, com renda | 209 | 61,7 | 71 | 34,0 | 138 | 66,0 | | | | |
| Outras ocupações | 20 | 5,9 | 13 | 65,0 | 7 | 35,0 | 0,044 | | | |
| Chefe de família | | | | | | | | | | |
| Não | 109 | 32,2 | 47 | 43,1 | 62 | 56,9 | | | | |
| Sim | 230 | 67,8 | 89 | 38,7 | 141 | 61,3 | 0,438 | | | |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-

Notas:

- (1) Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas / Teste t de Student para variáveis quantitativas;
- (2) Foram incluídas todas as variáveis com valor de p abaixo de 0,20 na análise bivariada, ou seja, idade, saber ler e escrever, renda familiar mensal e ocupação;
- (3) Foram considerados apenas os entrevistados que informaram saber ler e escrever.

Em relação aos aspectos clínicos (Tabela 22), verificou-se que 45,4% dos hipertensos eram, também, diabéticos e, dentre eles, tiveram um maior percentual de baixa adesão (52,2%), conforme a análise bivariada ($p=0,040$). O tempo médio de conhecimento da sua condição de hipertenso, com ou sem diabetes, não influenciou na adesão ao tratamento farmacológico.

Tabela 22 – Análise bivariada entre os aspectos clínicos e a adesão ao tratamento farmacológico para hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | Amostra (N=339) | | Baixa adesão (N=136) | | Alta adesão (N=203) | | Valor de p ⁽¹⁾ |
|---|-----------------|------|----------------------|------|---------------------|------|---------------------------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| Há quanto tempo sabe que tem hipertensão (anos, m±DP) | 12,7±9,7 | | 12,4±9,5 | | 12,9±9,9 | | 0,683 |
| Tem diabetes | | | | | | | |
| Não | 185 | 54,6 | 65 | 47,8 | 120 | 59,1 | |
| Sim | 154 | 45,4 | 71 | 52,2 | 83 | 40,9 | 0,040 |
| Há quanto tempo sabe que tem diabetes (anos, m±DP) ⁽²⁾ | 10,2±8,6 | | 9,7±8,7 | | 10,6±8,5 | | 0,532 |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Notas:

- (1) Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas / Teste t de Student para variáveis quantitativas;
- (2) Para os hipertensos com diabetes.

As principais limitações dos hipertensos, percebidas pelo entrevistador, que tiveram influência, embora diferentes, na adesão ao tratamento farmacológico, foram o analfabetismo e os problemas emocionais. Enquanto o analfabetismo influenciou positivamente ($p=0,026$) na alta adesão ao tratamento farmacológico, os problemas emocionais tiveram uma maior relação com a baixa adesão ao tratamento farmacológico ($p=0,003$) (Tabela 23). O entrevistador não identificou nenhuma limitação em apenas 19 (5,6%).

Tabela 23 – Análise bivariada entre as limitações percebidas pelos entrevistadores e adesão ao tratamento farmacológico em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Limitações dos entrevistados | Adesão | | | | | | Valor de p ⁽¹⁾ |
|--|-----------------|------|----------------------|------|----------------------|------|---------------------------|
| | Amostra (N=320) | | Baixa adesão (N=139) | | Alta adesão (N= 181) | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Déficit cognitivo | 36 | 11,3 | 15 | 41,7 | 21 | 58,3 | 0,841 |
| Analfabetismo | 84 | 26,3 | 25 | 29,8 | 59 | 70,2 | 0,026 |
| Diminuição de acuidade visual ou auditiva | 64 | 20,0 | 29 | 45,3 | 35 | 54,7 | 0,347 |
| Problemas emocionais, sintomas depressivos e outras barreiras psicológicas | 66 | 20,6 | 37 | 56,1 | 29 | 43,9 | 0,003 |
| Medos diversos | 24 | 7,5 | 14 | 58,3 | 10 | 41,7 | 0,059 |
| Outra dificuldade | 46 | 14,4 | 19 | 41,3 | 27 | 58,7 | 0,860 |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Nota:

(1) Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas.

7.5 RELAÇÕES ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E ADESÃO E O CONTROLE PRESSÓRICO EM USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Entre os 190 hipertensos sem tratamento antidiabético, não foi possível estabelecer uma diferença estatisticamente significativa entre os usuários em monoterapia e politerapia (com outros anti-hipertensivos associados), nem com relação à adesão nem com relação ao controle pressórico.

Todavia, observou-se uma tendência a uma melhor adesão ao tratamento farmacológico nos usuários em monoterapia ou com terapia anti-hipertensiva combinada com dois anti-hipertensivos (mais de 60%), quando comparado com o grupo que tinha três ou mais anti-hipertensivos associados (54,2%). Mais de 60% estavam com a pressão arterial controlada, tanto no grupo de usuários em monoterapia quanto no grupo de usuários em politerapia (Tabela 24).

Tabela 24 – Adesão e controle pressórico segundo os esquemas de tratamento anti-hipertensivos para hipertensos sem diabetes (N=190) cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Tipo de esquema terapêutico | Adesão | | | | Valor de p ⁽¹⁾ | Valor da Pressão | | | | Valor de p ⁽¹⁾ |
|--|---------------------|------|---------------------|------|---------------------------|--------------------|------|-----------------------|------|---------------------------|
| | Baixa adesão (N=67) | | Alta adesão (N=123) | | | Controlado (N=118) | | Não Controlado (N=72) | | |
| | N | % | N | % | | N | % | N | % | |
| Monoterapia | 24 | 38,1 | 39 | 61,9 | 0,335 | 38 | 60,3 | 25 | 39,7 | 0,857 |
| Terapêutica anti-hipertensiva combinada (2 anti-hipertensivos) | 32 | 31,1 | 71 | 68,9 | | 64 | 62,1 | 39 | 37,9 | |
| Terapêutica anti-hipertensiva combinada (3 ou mais anti-hipertensivos) | 11 | 45,8 | 13 | 54,2 | | 16 | 66,7 | 8 | 33,3 | |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Nota:

(1) Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas.

Dos 144 hipertensos em tratamento com antidiabético, o grupo que estava em monoterapia anti-hipertensiva (41,7%) foi o que apresentou mais alta adesão (61,7%) ao tratamento farmacológico, quando comparado ao grupo que fazia uso de dois ou mais anti-hipertensivos associados (Tabela 25), mas a diferença não chegou a ser estatisticamente significativa.

Considerando-se a mesma meta de controle pressórico para hipertensos com ou sem diabetes, ou seja, PAS<140 mmHg e PAD<90 mmHg, verificou-se que mais de 50% dos hipertensos com diabetes apresentaram a pressão arterial controlada, exceto para o grupo com associação de três ou mais anti-hipertensivos, em que apenas 34,5% de hipertensos estavam com a pressão arterial controlada, com diferença estatisticamente significativa (p=0,014) (Tabela 25).

Tabela 25 – Adesão e controle pressórico segundo os esquemas de tratamento com anti-hipertensivos para hipertensos com diabetes cadastrados na Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Tipo de esquema terapêutico | Adesão | | | | Valor de p ⁽¹⁾ | Valor da Pressão ⁽²⁾ | | | | Valor de p ⁽¹⁾ |
|--|--------------|------|-------------|------|---------------------------|---------------------------------|------|-----------------------|------|---------------------------|
| | Baixa (N=67) | | Alta (N=77) | | | Controlado (N=83) | | Não Controlado (N=61) | | |
| | N | % | N | % | | N | % | N | % | |
| Monoterapia | 23 | 38,3 | 37 | 61,7 | 0,233 | 40 | 66,7 | 20 | 33,3 | 0,014 |
| Terapêutica anti-hipertensiva combinada (2 anti-hipertensivos) | 28 | 50,9 | 27 | 49,1 | | 33 | 60,0 | 22 | 40,0 | |
| Terapêutica anti-hipertensiva combinada (3 ou mais anti-hipertensivos) | 16 | 55,2 | 13 | 44,8 | | 10 | 34,5 | 19 | 65,5 | |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Notas:

(1) Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas.

(2) Considerou-se a mesma meta de controle pressórico para hipertensos com ou sem diabetes, ou seja, PAS<140 mmHg e PAD<90 mmHg.

Para a relação com o controle pressórico, considerando-se a meta recomendada pelas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (PAS < 130 mmHg e PAD < 80 mmHg), constatou-se que mais de 60% apresentou descontrole pressórico em todos os esquemas de tratamento. Esse percentual apareceu maior (82,8%) naqueles que tinham três ou mais anti-hipertensivos associados, mas não foi estatisticamente significativo ($p=0,106$; dados não apresentados em tabela).

De acordo com a tabela 26, entre as dificuldades relacionadas à farmacoterapia, a dificuldade de tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo foi significativamente associada à baixa adesão ao tratamento farmacológico ($p<0,001$).

Tabela 26 – Análise bivariada entre a adesão ao tratamento farmacológico e as dificuldades relatadas pelos hipertensos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | Análise bivariada | | | | | | Valor de $p^{(1)}$ |
|--|-------------------|------|--------------|------|-------------|------|--------------------|
| | Amostra | | Baixa adesão | | Alta adesão | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Dificuldade de abrir ou fechar a embalagem | | | | | | | 0,338 |
| Não tem | 284 | 86,6 | 109 | 38,4 | 175 | 61,6 | |
| Um pouco | 26 | 7,9 | 11 | 42,3 | 15 | 57,7 | |
| Muito dificuldade | 18 | 5,5 | 10 | 55,6 | 8 | 44,4 | |
| Dificuldade de ler o que está escrito na embalagem | | | | | | | 0,170 |
| Não tem | 81 | 27,8 | 31 | 38,3 | 50 | 61,7 | |
| Um pouco | 83 | 28,5 | 29 | 34,9 | 54 | 65,1 | |
| Muito dificuldade | 127 | 43,6 | 60 | 47,2 | 67 | 52,8 | |
| Dificuldade de tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo | | | | | | | <0,001 |
| Não tem | 218 | 66,1 | 61 | 28,0 | 157 | 72,0 | |
| Um pouco | 73 | 22,1 | 49 | 67,1 | 24 | 32,9 | |
| Muita dificuldade | 39 | 11,8 | 20 | 51,3 | 19 | 48,7 | |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

Nota:

(1) Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas.

Quanto às condutas do usuário, quando o anti-hipertensivo ou antidiabético está em falta no serviço, verificou-se mais baixa adesão somente para os usuários que paravam de tomar os seus anti-hipertensivos e/ou antidiabéticos ($p<0,03$) (Tabela 27).

Tabela 27 – Análise bivariada entre a adesão ao tratamento farmacológico, as formas de aquisição dos medicamentos e condutas quando os medicamentos estão em falta, relatadas pelos hipertensos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | (continua) | | | | | | Valor de $p^{(1)}$ |
|--|-----------------|------|--------------|------|-------------|------|--------------------|
| | Amostra (n=339) | | Baixa adesão | | Alta adesão | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Formas de aquisição dos anti-hipertensivos e antidiabético | | | | | | | 0,160 |
| Na própria equipe de saúde da família | 152 | 44,8 | 65 | 42,8 | 87 | 57,2 | |
| Farmácia popular | 26 | 7,7 | 8 | 30,8 | 18 | 69,2 | |
| Farmácia comunitária | 27 | 8,0 | 8 | 29,6 | 19 | 70,4 | |
| Parte compra e parte recebe | 103 | 30,4 | 47 | 45,6 | 56 | 54,4 | |
| Outro | 31 | 9,1 | 8 | 25,8 | 23 | 74,2 | |

Tabela 27 – Análise bivariada entre a adesão ao tratamento farmacológico, as formas de aquisição dos medicamentos e condutas quando os medicamentos estão em falta, relatadas pelos hipertensos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | (conclusão) | | | | | | |
|---|--------------------|------|-----------------|------|----------------|------|------------------------------|
| | Amostra (n=339) | | Baixa adesão | | Alta adesão | | Valor de p ⁽¹⁾ |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Conduta do usuário quando medicamento está em falta no Serviço ⁽²⁾ | | | | | | | |
| Para de tomar o remédio | 14 | 4,1 | 11 | 78,6 | 3 | 21,4 | 0,003 |
| Compra sem dificuldades | 102 | 30,1 | 34 | 33,3 | 68 | 66,7 | 0,095 |
| Compra com dificuldades | 161 | 47,5 | 67 | 41,6 | 94 | 58,4 | 0,593 |
| Pede a amigos/parentes que comprem | 10 | 2,9 | 6 | 60,0 | 4 | 40,0 | 0,208 |
| Outro | 25 | 7,4 | 9 | 36,0 | 16 | 64,0 | 0,662 |
| Nunca falta | 40 | 11,8 | 15 | 37,5 | 25 | 62,5 | 0,719 |

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando o Banco de dados do Estudo RedeNut 2015-2016.

(1) Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas.

(2) Citadas livremente, podendo o entrevistado haver citado mais de uma alternativa.

8 DISCUSSÃO

A apresentação da discussão foi sistematizada considerando a sequência dos resultados que estão relacionados aos objetivos específicos. Sendo assim, considerou-se, inicialmente, a caracterização dos hipertensos em relação aos aspectos socioeconômicos, demográficos e estilo de vida, comparando Recife e interior. Em seguida, buscou-se compreender o impacto das políticas públicas direcionadas ao acesso aos anti-hipertensivos, bem como as peculiaridades dos usuários, na adesão ao tratamento farmacológico na atenção primária à saúde, à luz da literatura científica do Brasil e de outros países.

8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS E ESTILO DE VIDA DOS HIPERTENSOS

O presente estudo traz uma parte dos resultados do estudo RedeNut, conduzido numa amostra representativa de hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF), nos quatro polos de macrorregiões de saúde de Pernambuco.

Os municípios sede das macrorregiões de saúde de Pernambuco foram homologados na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) de 19/09/2011, que estipulou uma nova conformação territorial da saúde com a organização do Estado em quatro macrorregiões, distribuídas em Região Metropolitana; Agreste; Sertão; e Vale do São Francisco e Araripe, tendo Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina como municípios-polo, respectivamente. Recife, capital do estado, concentra o polo médico e foi o parâmetro para análise comparativa com os outros municípios polos, considerados como interior (PERNAMBUCO, 2011).

Nesse aspecto, as principais diferenças constatadas entre Recife e interior estavam relacionadas com o analfabetismo, a situação profissional, o estilo de vida, o tempo de diagnóstico de hipertensão e diabetes, bem como algumas dificuldades percebidas, pelo entrevistador no decorrer da entrevista, além das condutas com relação ao tratamento farmacológico, demonstrando peculiaridades entre os hipertensos em Recife e no interior, capazes de influenciar nos fatores econômicos e comportamentais que podem impactar na adesão ao tratamento farmacológico.

Verificou-se que a idade média dos entrevistados (superior a 50 anos) e o predomínio das mulheres, encontrados nesta tese, foram semelhantes em Recife e no interior e condizentes aos achados de estudos recentes realizados em usuários com hipertensão no Brasil (AQUINO et al., 2017; BARRETO et al., 2015; BERTOLDI et al., 2016; GEWEHR et

al., 2018; GHELMAN et al., 2018; MEINERS et al., 2017) e em outros países (MZOUGHFI et al., 2018; UCHMANOWICZ et al., 2018).

O predomínio de mulheres é achado frequente em estudos com amostra relacionada ao atendimento na atenção primária, pois as mulheres cuidam mais da saúde que os homens e frequentam mais os serviços de saúde (AQUINO et al., 2017; BARRETO et al., 2015; BERTOLDI et al., 2016; FONTBONNE et al., 2013; GEWEHR et al., 2018; GHELMAN et al., 2018; MEINERS et al., 2017; MZOUGHFI et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2019; PARRA; GUEVARA; ROJAS, 2019; STOPA et al., 2018; TOMASI et al., 2017).

Resultados diferentes foram encontrados por Rajpura e Nayak (2014), que realizaram um estudo com hipertensos autorreferidos, acima de 55 anos, e em uso de, pelo menos um, anti-hipertensivo. As entrevistas ocorreram em um centro de cuidado diurno para adultos, em Nova York, com predomínio idosos acima de 60 anos e do sexo masculino (64%). Fato que comprova a importante influência da idade e local de estudo.

Identificou-se, neste estudo, um número relevante de usuários que afirmaram não saber ler e escrever (32,7%), principalmente no interior do estado (42,6%). Esses achados são condizentes com a análise realizada por Araújo e Lima (2018), em pesquisa que constatou, no Brasil, o renitente saldo de analfabetismo, que atingiu 11,8 milhões de pessoas com mais de 15 anos e 20,4% entre pessoas com mais de 60 anos que não sabiam ler e escrever (dados de 2017), sendo pior na região Nordeste, que teve a maior taxa geral de analfabetismo (14,8%). Assim, a diferença do analfabetismo encontrada nas cidades do interior, em relação a Recife, alerta para a vulnerabilidade social presente na zona rural, em relação a zona urbana, e para a necessidade de ampliar os investimentos nessa área.

A média de anos de estudo formal para os que afirmaram saber ler e escrever ($6,3 \pm 3,60$) não apresentou diferença entre Recife e interior. A renda da maioria dos entrevistados era de até um salário mínimo (40,7%), corroborando, assim, os achados de outros estudos realizados, no Brasil, com uma população da APS (BARRETO et al., 2015; GEWEHR et al., 2018; GHELMAN et al., 2018; MEINERS et al., 2017; MOURA et al., 2015; NASCIMENTO; DOURADO; NASCIMENTO, 2018; MONTEIRO et al., 2019; TAVARES, D. et al., 2016).

Uma análise comparativa com hipertensos, entre os anos de 2006 e 2016, realizada por Souza (2019), constatou um crescimento do número de pessoas com 60 anos e mais de idade de 2006 para 2015/16, que constituíam 8,4% e 13,5% da amostra total, respectivamente, com um aumento significativo tanto nas áreas urbanas como rurais. Identificou, ainda, uma

redução do percentual de participantes com menos de oito anos de escolaridade, ao longo do período estudado, passando de 72,6% em 2006 para 54,7% em 2015/16.

Neste estudo verificou-se o predomínio de aposentado ou pensionista (61,7%), fato justificado pela idade da maioria dos participantes. Sabe-se da correlação entre os fatores socioeconômicos e demográficos, pois a renda mensal (de até um salário mínimo) pode estar relacionada com a baixa escolaridade e com o tipo de ocupação. Destacou-se, ainda, uma prevalência de empregados, com ou sem carteira assinada, no interior e autônomo ou comerciante, em Recife ($p=0,009$), demonstrando que, mesmo Recife oferecendo mais condições para o comércio, ainda prevaleceu uma renda de um a dois salários mínimos para 80% dos entrevistados.

Um estudo transversal e descritivo, realizado por Oliveira et al. (2019), com idosos de Fortaleza, no estado do Ceará, identificou que o nível educacional influencia na renda e nas condições de saúde. Os autores revelaram diferenças quanto à renda e a percepção de saúde autorreferida, mostrando que quanto mais anos de estudo, mais chances de melhor renda salarial e menor chance de adoecer.

Mais de 60% dos entrevistados se declararam chefe da família, com destaque importante para as mulheres, que constituíram mais de 60% da amostra deste estudo e estão assumindo esse papel. Infere-se, nesse contexto, uma evolução na estrutura familiar, com um maior envolvimento das mulheres no mercado de trabalho, tanto em Recife como no interior. Em ambos, houve um baixo percentual de entrevistados que referiram, como ocupação principal, ser do lar.

De acordo com a OMS, o tabagismo, o consumo alimentar inadequado, a inatividade física e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas respondem pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014). Destaca-se, nesse aspecto, as orientações do *National Institute for Health and Clinical Excellence*, sobre a importância de mudanças no estilo de vida, com vista a reduzir os fatores de risco elencados anteriormente (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2019). Na presente tese, segundo informação referida pelos entrevistados, constatou-se um baixo índice de tabagismo e baixo consumo de bebida alcoólica, situação que já representa um bom prognóstico para o manejo do usuário com hipertensão.

Nesse contexto, o presente estudo identificou que, aproximadamente, 70% dos entrevistados afirmaram ter recebido orientação alimentar, sendo esse percentual maior no interior (77,3%), e mais de 90% disseram que não colocavam sal na comida. Porém, com

relação à prática de atividade física, mais de 70%, dos entrevistados afirmaram não praticar nenhum tipo de atividade, fato que pode ser justificado pela característica da amostra estudada, composta, em sua maioria, por mulheres, chefes de família e com idade superior a 60 anos. Houve uma diferença significativa de inatividade física entre os usuários cadastrados em Recife, com mais de 80% sem praticar atividade física, em relação ao interior, com aproximadamente 70% dos indivíduos sedentários (0,001). Apenas, 5,6% informaram que participavam do programa Academia da Cidade.

Esses achados corroboram o estudo realizado por Barbosa et al. (2017), no estado de Pernambuco, que constatou um pequeno percentual de praticantes de atividade física entre hipertensos (31%) e diabéticos (29,4%) vinculados à APS, atribuindo esse fato a uma baixa escolaridade, o nível sócio econômico e a necessidade de aconselhamento profissional sobre a prática de atividade física.

Com relação às práticas de atividade física pelos adultos (≥ 18 anos), uma pesquisa denominada “Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – VIGITEL”, realizada por meio de entrevistas telefônicas nas capitais brasileiras, apresentou que, em Recife, apenas 35,2% dos entrevistados afirmaram praticar atividade física no tempo livre, sendo esse percentual ainda menor no sexo feminino (28,1%) (BRASIL, 2018).

A OMS alerta sobre a importância da prática de atividade física para a saúde, como forma de contribuir para a prevenção de agravos, principalmente no caso de idosos portadores de doenças crônicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

Nesta pesquisa, identificou-se um tempo de conhecimento da HAS superior a 10 anos, sendo um pouco menor para o tempo de conhecimento do diabetes. Há uma diferença significativa entre Recife, com média de conhecimento de $13,9 \pm 9,6$ ($p= 0,003$) para HAS e de $11,1 \pm 8,8$ para DM2 ($p=0,057$), e interior, com média de $10,6 \pm 9,6$ para HAS e $8,3 \pm 7,8$ para DM2. Atribui-se o diagnóstico tardio às dificuldades encontradas no interior, que inclui aquelas enfrentadas pelas equipes de saúde diante da escassez de profissionais de nível superior, de recursos e de incentivos à formação profissional. Outro estudo realizado com hipertensos e diabéticos no estado de Pernambuco, em municípios de grande, médio e pequeno porte constatou que o tempo de conhecimento da HAS e DM2, foi maior nos municípios de grande porte (FONTBONNE et al., 2013).

Outro aspecto importante foi o descontrole pressórico para mais de 50% dos usuários com hipertensão, tanto em Recife como no interior. E o descontrole é, ainda mais preocupante, nos usuários com hipertensão e diabetes, pois aumenta o risco cardiovascular,

levando a necessidade de dispor de mais recursos, de um nível maior de complexidade para o atendimento e conseqüentemente maiores gastos (MARINHO et al., 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). Essa situação, torna-se mais preocupante devido às características socioeconômicas e demográficas dos usuários do SUS.

Um estudo realizado em 2019, visando compreender o motivo dos hipertensos não controlados serem socorridos em Unidades de Pronto Atendimento, identificou uma importante relação do descontrole pressórico com a idade e o nível socioeconômico e educacional (SOUSA et al., 2019).

Marinho et al. (2011) analisaram os custos da assistência à saúde para os hipertensos e diabéticos e identificaram um aumento do custo, especialmente com o tratamento farmacológico, quando os usuários precisam ser transferidos para atendimento na média complexidade. No caso de pessoas que residem no interior do Estado, o transtorno é ainda maior quando há necessidade de atendimento ou realização de procedimentos não disponíveis nas cidades onde residem, levando à necessidade de se deslocarem para Recife. Diante do cenário de escassez e da necessidade de otimizar os recursos, investir no atendimento ao usuário com HAS na APS é um caminho para minimizar os gastos da média e alta complexidade.

Outros fatores percebidos pelos entrevistadores, no decorrer da entrevista, e que podem ter relação indireta com a ocorrência da hipertensão e sua dificuldade de controle, foram os problemas emocionais e os medos diversos que se destacaram, principalmente, entre os usuários de Recife. Corroborando com esses achados, tem-se estudos que atribuem à violência e ao estresse cotidiano, bem como outros problemas emocionais, o aumento dos níveis pressóricos (PINTO; MARTINS, 2017; TAVARES, D. et al., 2016).

8.2 MEDIDAS FARMACOLÓGICAS ADOTADAS PELOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO

Neste estudo, destacou-se uma importante prevalência de uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos, referida pela maioria dos entrevistados, corroborando os achados da PNAUM, que também estimou alta utilização de medicamentos para hipertensão arterial (MENGUE et al., 2016) e para diabetes mellitus (MEINERS et al., 2017). Segundo Monteiro et al. (2019), a utilização observada de medicamentos para HAS e DM2 na população brasileira pode ser considerada elevada (81,4 e 80,2%, respectivamente).

Estudos realizados em hipertensos identificaram a necessidade do uso de medicamentos para controle pressórico, sendo maior em idosos (MENGUE et al., 2016; MONTEIRO et al., 2019; TAVARES, N. et al., 2016). O National Institute for Health and Clinical Excellence (2019) enfatiza que é imprescindível a mudança no estilo de vida, além do tratamento farmacológico, e ressalta a importância de monitorar o tratamento a fim de assegurar um bom controle pressórico e prevenir a ocorrência de complicações, principalmente em hipertensos com DM2, ou com sintoma de hipotensão postural ou acima de 80 anos.

Para subsidiar a atenção aos hipertensos com ou sem diabetes, na APS, favorecendo o cumprimento da meta terapêutica de forma a prevenir a ocorrência de complicações, a escolha dos anti-hipertensivos e antidiabéticos é de grande importância e requer uma avaliação minuciosa das indicações, contraindicações, efeitos colaterais, posologia, custo do tratamento e a disponibilidade dos medicamentos no SUS. Dessa forma, é ideal que a escolha terapêutica, em unidades públicas de saúde, seja embasada nos medicamentos constantes na RENAME e nas padronizações de medicamentos dos municípios, pois constituem importantes indicadores que influenciam a adesão ao tratamento farmacológico.

O presente estudo constatou, nos polos das quatro macrorregiões de saúde do estado de Pernambuco, um maior uso de diuréticos, com larga predominância da hidroclorotiazida, seguido de losartana, que é um bloqueador dos receptores de angiotensina II. Outros anti-hipertensivos que se destacaram foram: inibidores da enzima conversora da angiotensina, principalmente o enalapril, seguido de anlodipino, que pertence aos bloqueadores dos canais de cálcio. Esses achados se assemelham a outros estudos, realizados com hipertensos e diabéticos, principalmente quanto à prevalência de hidroclorotiazida, losartana e enalapril (MENGUE et al., 2016; MOURA et al., 2015; NASCIMENTO; DOURADO; NASCIMENTO, 2018; PETRIS, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Os resultados encontrados são condizentes com as diretrizes nacionais e internacionais e com outros estudos que evidenciaram a segurança e eficácia dos diuréticos (especialmente os tiazídicos e similares), dos inibidores da enzima conversora da angiotensina, dos bloqueadores dos canais de cálcio e dos bloqueadores dos receptores de angiotensina II, enfatizando as contribuições desses medicamentos na redução de eventos cardiovasculares, em monoterapia ou associados, desde que atento para evitar associações inadequadas (BURNIER; BAKRIC; WILLIAMS, 2019; CUSPIDI et al., 2018; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE

CARDIOLOGIA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017; WEI et al., 2020; WILLIAMS et al., 2018).

Vale ressaltar o predomínio do uso de losartana (41,3%), que foi o anti-hipertensivo mais usado em monoterapia, com maior prevalência de uso no interior (51,9%) do que em Recife (34,8%) ($p=0,002$). Esse achado corrobora a constatação de Fuchs (2017), que identificou uma preferência pela losartana em muitos países, inclusive no Brasil, onde, apesar do seu custo ser um dos limitantes, a losartana foi, daqueles fornecidos pelo programa Farmácia Popular, o fármaco de maior faturamento, em anos recentes, entre todos os medicamentos comercializados.

Quanto aos inibidores da enzima conversora da angiotensina, houve uma maior prevalência de enalapril em Recife (39%) ($p<0,001$) e de captopril no interior (13,2%) ($p=0,010$), demonstrando as vantagens de assegurar um elenco condizente com as necessidades da população e de se dispor de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, multiprofissional, como é o caso do município de Recife, onde o captopril, devido aos efeitos adversos e a necessidade de maior dose diária, é mais utilizado para tratar as urgências hipertensivas (KARNIKOWSKI, et al., 2017; RECIFE, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Entre os antidiabéticos, predominou, neste estudo, a metformina, que teve maior prevalência de uso em Recife (34,3%), em relação ao interior (23,3%) ($p=0,032$). Enquanto entre as sulfonilureias, destacou-se um maior uso de glibenclamina no interior (20,2%), em relação a Recife (11,4%) ($p=0,028$), que se destacou pelo maior uso de gliclazida (9,5%), em relação ao interior (menos de 1% de uso) ($p=0,001$).

Entre os antidiabéticos presentes na RENAME, a metformina e a gliclazida são mais condizentes com as recomendações das diretrizes nacionais e internacionais. A metformina, principal representante da classe das biguanidas, tem sido a primeira opção terapêutica, pois atua na diminuição da produção hepática de glicose e tem menor índice de reações adversas, como a hipoglicemia, que é um efeito comum aos agentes que aumentam a secreção de insulina (sulfonilureias). A metformina apresenta como vantagens os anos de experiência de uso, o baixo custo e tem sido recomendada como primeira escolha, tanto nas diretrizes nacionais como internacionais. Enquanto a gliclazida, apesar de ter um maior custo de tratamento em relação a glibenclamida, é uma melhor opção, entre as sulfonilureias padronizadas na RENAME, pois teve sua segurança cardiovascular comprovada e apresenta menor risco de hipoglicemia em relação à glibenclamida (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; BRASIL, 2017;

GAJOS, 2018; NASCIMENTO; DOURADO; NASCIMENTO, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; WANNMACHER, 2017).

O uso de insulina foi citado por um terço dos entrevistados, com predomínio em Recife (17,1%) em relação ao interior (9,3%) ($p=0,044$), e pode ser indicativo de evolução do quadro de diabetes, demonstrando falência da célula β para secreção de insulina. A literatura recomenda que a insulina seja associada a outro antidiabético oral, quando necessário. No presente estudo, a insulina esteve associada a metformina e/ou sulfonilureias, corroborando as recomendações da literatura (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

A posologia, referida pelos entrevistados, tanto para anti-hipertensivos como para antidiabéticos, apresentou uma mediana de administração de 1 a 2 comprimidos por dia, o que mostrou uma facilidade para o uso do medicamento, atribuindo-se a isso o menor percentual de usuários que referiram o esquecimento de tomar o medicamento. Lefort et al. (2018) identificaram uma variação inversamente proporcional do número de comprimidos com a adesão. Os autores destacaram, ainda, as vantagens das combinações de doses fixas dos medicamentos.

Quanto à associação de anti-hipertensivos, constatou-se, nesta tese, que a maioria dos entrevistados estava em politerapia, com associações diversificadas de anti-hipertensivos e predomínio do grupo dos diuréticos para o tratamento do hipertenso com ou sem diabetes, enquanto os bloqueadores dos receptores da angiotensina II e inibidores da enzima conversora de angiotensina foram mais citados em monoterapia para os hipertensos com ou sem diabetes, corroborando as diretrizes nacionais e internacionais (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

As associações mais prevalentes foram de diuréticos com inibidor da enzima conversora de angiotensina, com bloqueador dos receptores da angiotensina II ou betabloqueador. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) e a Sociedade Europeia de Cardiologia (2020), as associações de diuréticos tiazídicos com bloqueadores dos receptores da angiotensina, e/ou bloqueadores dos canais de cálcio e/ou inibidor da enzima conversora de angiotensina são recomendadas. A Sociedade Europeia de Cardiologia (2020) alerta, ainda, que a combinação de betabloqueadores com diuréticos favorece o

desenvolvimento do DM e deve ser evitada em pré-DM, a menos que seja necessário por outras razões.

Em hipertensos com diabetes, as Diretrizes nacionais recomendam incluir classes de medicamentos eficazes para reduzir eventos cardiovasculares, entre os quais destacam-se os inibidores da enzima conversora de angiotensina, os bloqueadores dos receptores da angiotensina, os diuréticos semelhantes a tiazida ou bloqueadores dos canais de cálcio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). De acordo com a American Diabetes Association (2020), o tratamento inicial de hipertensos com diabetes depende da gravidade da hipertensão. Tomando-se como exemplo aqueles com pressão arterial \geq a 160/100 mmHg, recomenda-se iniciar o tratamento com dois anti-hipertensivos.

Há uma forte evidência para necessidade da associação de anti-hipertensivos para o controle pressórico, contudo as combinações de inibidor da enzima conversora de angiotensina com bloqueador dos receptores de angiotensina II, citadas por 1% e 4,2% dos entrevistados em uso de dois e de três ou mais anti-hipertensivos associados, respectivamente, são contraindicadas. Essa situação é ainda pior em hipertensos com diabetes, devido ao risco de ocorrência de lesão renal aguda e de hiperpotassemia, e foi citada por 1,8% dos entrevistados em uso de dois anti-hipertensivos. Essa associação, além de não mostrar benefício em desfechos cardiovasculares, acrescentou risco de efeitos adversos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; BURNIER; BAKRIC; WILLIAMS, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) recomenda, ainda, que outras associações menos testadas devem ser reservadas para os casos em que haja necessidade de maior número de medicamentos.

Nascimento, Dourado e Nascimento (2018) analisaram a complexidade da farmacoterapia, em usuários com hipertensão e diabetes cadastrados em unidades básicas de saúde do Maranhão, e constataram um aumento na complexidade proporcional à frequência das doses e ao aumento da politerapia, que pode favorecer a ocorrência das interações medicamentosas e reações adversas. Os autores perceberam, também, a ampla utilização de captopril, enalapril e losartana para o tratamento da hipertensão em diabéticos e reconheceram que esses fármacos eram benéficos para aquele grupo de usuários por evitarem o declínio da função renal, reduzirem a proteinúria e a pressão intraglomerular, além de preservarem a função ventricular.

As associações de anti-hipertensivos e antidiabéticos, observadas nesta tese, em sua maioria, estavam em consonância com as diretrizes nacionais e internacionais (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). Nesse aspecto, Póvoa et al. (2014) destacou os benefícios da combinação medicamentosa fixa, com o objetivo de facilitar a adesão ao tratamento, pois favorece a administração de menor número de comprimidos. Entre as associações identificadas na presente tese, algumas – como por exemplo: captopril e hidroclorotiazida; enalapril e hidroclorotiazida; losartana e hidroclorotiazida; glibenclamida e metformina – estão disponíveis em apresentações em combinações fixas, ou seja, num mesmo comprimido, porém não foram incorporados a RENAME (BRASIL, 2017, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016 ; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Os achados desta tese demonstram regimes terapêuticos relativamente simples, no que diz respeito à posologia e uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos, evidenciado pelo fato de que menos de 20% dos entrevistados relataram esquecimento para tomar os medicamentos e a maioria dos entrevistados (mais de 90% no caso dos anti-hipertensivos e mais de 80% no caso dos antidiabéticos) estavam satisfeitos com o seu tratamento, diziam que o medicamento "funcionava bem" e poucos referiram algum incômodo. A dificuldade em tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo foi a mais citada pelos hipertensos participantes deste estudo, situação que se agrava devido ao uso de múltiplos medicamentos.

Moura et al. (2015) realizaram uma pesquisa-ação, com hipertensos cadastrados na ESF, e encontraram resultados semelhantes quanto ao perfil de anti-hipertensivos utilizados e a ausência de queixas quanto às reações adversas. Enquanto Atinga, Yarney e Gavu (2018), em um estudo qualitativo, realizado com hipertensos e/ou diabéticos internados no Hospital de Ensino Korle-Bu, localizado na capital de Gana, Accra, na região da Grande Accra, identificaram uma baixa adesão ao tratamento farmacológico, pois os pacientes tinham uma percepção ruim da eficácia dos medicamentos para aliviar suas condições e, muitas vezes, foram reinternados em decorrência do inadequado controle pressórico.

Há um paradoxo entre os dados encontrados nesta tese, pois, apesar de a maioria afirmar que está satisfeita com o tratamento farmacológico, constatou-se que menos de 50% estavam com a Pressão Arterial controlada. Convém salientar que estudos realizados há pouco mais de 5 anos, também com uma amostra representativa do estado de Pernambuco,

encontraram resultados semelhantes, tanto com relação à prevalência de uso dos anti-hipertensivos e antidiabéticos como em relação ao controle pressórico e glicêmico, o que chama a atenção para uma possível inércia terapêutica (BARRETO et al., 2015; BRASIL, 2017, 2020; FONTBONNE et al., 2013; LIMA et al., 2016).

Ressalta-se, diante dessa constatação, os avanços na área de pesquisa e desenvolvimento de anti-hipertensivos e antidiabéticos com o aprimoramento de fármacos pertencentes aos grupos farmacológicos citados nesta tese, bem como o desenvolvimento de outras opções terapêuticas que trouxeram mais benefícios na redução dos riscos de complicações, principalmente cardiovasculares. No caso dos antidiabéticos, além dos já comentados, a American Diabetes Association (2020) destaca a eficácia de novas classes como os agonistas do receptor de peptídio semelhante a glucagon (glucagon-like peptide-1, GLP-1), entre as quais exenatida, liraglutida e lixisenatida e as glitazonas, como a pioglitazona, que apesar da alta eficácia têm custo elevado (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Nesse contexto, torna-se evidente a contribuição da pesquisa e desenvolvimento de fármacos e o grande investimento da indústria farmacêutica nos processos de inovação terapêutica, na busca de fármacos mais seguros e efetivos para o tratamento das DCNT, entre elas a HAS e o DM2. Não há como negar os benefícios resultantes da Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) de medicamentos, com ampliação da eficácia terapêutica e minimização dos riscos associados ao uso de alguns fármacos que precisaram ser substituídos. São palpáveis os subsídios daí advindos para colaborar no controle pressórico e glicêmico, visando minimizar as sequelas do não tratamento das enfermidades sob discussão, entretanto esses medicamentos inovadores, devido ao elevado custo do tratamento, nem sempre estão acessíveis aos usuários da APS (BARROS, 2014; BOTELHO; MARTINS; REIS, 2018; BRASIL, 2017; NATHAN et al., 2009; NGONGO, 2017).

8.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS AO ACESSO AOS MEDICAMENTOS PELOS USUÁRIO COM HIPERTENSÃO CADASTRADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No que tange a importância do suporte para o tratamento de pacientes com hipertensão arterial na APS, desde 2001, houve, no Brasil, um grande investimento em políticas públicas, como, por exemplo, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e

Diabéticos – HIPERDIA; o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil; e o Programa Farmácia Popular, para favorecer a distribuição de medicamentos e, assim, minimizar as desigualdades, possibilitando a distribuição de anti-hipertensivos e antidiabéticos para todas as faixas de renda da população (ALMEIDA et al., 2019; BRASIL, 2001, 2011a; COSTA et al., 2016; MONTEIRO et al., 2019). A Estratégia Saúde da Família e a Política de Assistência Farmacêutica subsidiaram a implementação das políticas em prol dos usuários com hipertensão, pois favoreceram uma ampliação do atendimento e acompanhamento por uma equipe multiprofissional de saúde, além da promoção do acesso e uso racional de medicamentos.

O presente estudo pôde constatar o vínculo do usuário com a equipe da ESF, tendo em vista que a maioria dos entrevistados referiram que o seu anti-hipertensivo e antidiabético (quando necessário) foi prescrito pelo médico da USF. Um estudo realizado por Mzoughi et al. (2018), na Tunísia, com um grupo de hipertensos atendidos em hospital, constatou que a diversidade de prescritores representa um grande obstáculo para a adesão ao tratamento farmacológico e destacou a relevância da equipe multiprofissional para coordenação do cuidado, enfatizando a importância do farmacêutico que dispensa o tratamento medicamentoso e que é, frequentemente, o primeiro o interlocutor do paciente para seus problemas.

No que diz respeito ao acesso, este estudo identificou que mais de 70% dos entrevistados afirmaram receber os seus medicamentos na USF, no entanto 30,4% os receberam parcialmente. Houve um maior percentual de entrevistados no interior (62,8%), em relação a Recife (33,8%), que afirmaram receber os seus medicamentos na própria USF. Esse fato pode ser devido à implantação, em Recife, do Programa Farmácia da Família, que centralizou o atendimento de algumas USF em locais estratégicos e, assim, as farmácias das USF, referenciadas para Farmácia da Família, foram desativadas e os usuários foram redirecionados para uma Farmácia da Família próxima de sua residência. Das 61 equipes selecionadas em Recife, 28 eram vinculadas à Farmácia da Família. Essa situação não foi considerada na escolha das USF (de Recife) incluídas neste estudo e não tinha questionamento que mostrasse essa situação (BARRETO et al., 2014).

Losartana, enalapril, anlodipino, atenolol e gliclazida foram os anti-hipertensivos mais citados em relação a dificuldade para ser recebido na USF. Esses achados, especialmente para losartana e gliclazida, chamam atenção, devido ao custo do tratamento, e corroboram outros estudos realizados no Brasil com hipertensos e/ou diabéticos vinculados à APS, enfatizando a

importância de investimentos na Política de Assistência Farmacêutica (BARRETO et al., 2015; COSTA et al., 2016; MEINERS et al. 2017; MENGUE et al., 2016; PETRIS, 2014).

A PNAUM, realizada no período de setembro de 2013 a janeiro de 2014, com abrangência em todo território nacional, identificou um acesso, com financiamento total pelo SUS, superior a 70% para os antidiabéticos (exceto, insulina e seus análogos). Entretanto, os dados mostraram algumas fragilidades macrorregionais, na forma de obtenção de medicamentos pelo país, com maior vulnerabilidade nas regiões centro-oeste e norte (MEINERS et al., 2017). Em outro estudo da PNAUM que analisou o fornecimento gratuito de medicamentos para o tratamento das DCNT no Brasil, entre as quais HAS, identificou um fornecimento gratuito de anti-hipertensivos de aproximadamente 50%, com um maior percentual para os diuréticos (78%), agentes que atuam no sistema renina-angiotensina (73,4%) e betabloqueadores (62,7%). Mais de 70% dos medicamentos utilizados para o tratamento do diabetes foram fornecidos gratuitamente (TAVARES, N. et al., 2016), demonstrando, assim, que o percentual nacional foi semelhante aos achados encontrados na amostra analisada nesta tese.

Os achados desta tese mostraram o reflexo da falta do medicamento para a continuidade do tratamento. Aproximadamente um terço dos entrevistados no estado de Pernambuco referiram um pouco de dificuldade em receber algum dos anti-hipertensivos e/ou antidiabéticos. Quando questionados sobre a conduta adotada em caso de falta do medicamento na farmácia da USF, mais de 70% dos entrevistados afirmaram comprar o medicamento. No entanto, um maior percentual de hipertensos de Recife, quando comparados com os do interior, afirmaram comprar mesmo com dificuldade. A falta do medicamento na farmácia da USF foi, ainda, o principal motivo para a interrupção do tratamento farmacológico para mais de 20% dos usuários entrevistados. Essa condição enfatiza a importância de assegurar o fornecimento gratuito dos medicamentos, especialmente se tratando de usuários em situação de vulnerabilidade social, para os residentes em áreas de elevado custo de vida.

Entre outras dificuldades relacionadas à farmacoterapia, apontadas pelos entrevistados deste estudo, a leitura das informações contidas nas embalagens (43,6%), o quantitativo de comprimidos tomados diariamente (11,8%,) e o manuseio da embalagem (6,0%) foram as mais citadas como muita dificuldade. Gomes et al. (2019) e Gewehr et al. (2018) encontraram resultados semelhantes.

8.4 ANÁLISE DOS FATORES QUE IMPACTAM NA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM HIPERTENSOS

Neste estudo, mais da metade (59,9%) dos participantes se enquadraram no critério de adesão ao tratamento farmacológico. Vale ressaltar, todavia, que a maioria estava na classe de "provável adesão". Considerando as cidades polos, não se identificou diferenças significativas entre Recife e interior, com relação à adesão ao tratamento farmacológico. Esses resultados condizem com estudos realizados no Sul (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016; GEWEHR et al., 2018) e Sudeste (GHELMAN et al., 2018; TAVARES, D. et al., 2016) do Brasil, que também investigaram a adesão à farmacoterapia por pessoas com HAS. Considerando os três domínios do BMQ, o que mais influenciou a alta adesão ao tratamento farmacológico foi o domínio crença (81,1%), seguido do domínio regime (61,5%) e recordação (26,6%).

Gewehr et al. (2018), realizaram um estudo com delineamento transversal exploratório, com entrevista aos hipertensos cadastrados na ESF em um município do Rio Grande do Sul, utilizando o BMQ, e identificaram um predomínio de mulheres e com idade de 60 anos e mais. Quanto à classificação de adesão, mais de 66,2% apresentaram alta adesão, porém a maioria (46,2%) foi considerada provável aderente.

O aumento da idade esteve associado à alta adesão ao tratamento farmacológico, corroborando os achados de Lefort et al. (2018), Boratas e Kilic (2018) e D. Tavares et al. (2016), que também verificaram uma maior adesão com o aumento da idade, atribuindo-se ao fato de que o aumento da idade influencia numa maior preocupação com o estado de saúde. Todavia, em outros estudos realizados no Brasil (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016; GEWEHR et al., 2018) houve uma relação inversa entre a idade e a adesão ao tratamento farmacológico. Os autores argumentaram que os idosos tendem a apresentar diversas vulnerabilidades, como declínio das capacidades físicas, mentais e cognitivas, o que dificulta a compreensão e a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico prescritos e, conseqüentemente, o controle pressórico.

Quanto à influência do nível socioeconômico, os resultados da análise bivariada apontaram para um grande percentual de pessoas sem ocupação, mas com renda, ou seja, aposentados, pensionistas etc., além dos não alfabetizados, que se enquadraram nos critérios de alta adesão à farmacoterapia. Na análise multivariada, a renda acima de dois salários mínimos ($p=0,060$) e o aumento da idade ($p=0,021$) permaneceram como fatores

socioeconômicos, associados positivamente à adesão, assim como no estudo de Gewehr et al. (2018).

Outros estudos realizados com hipertensos constataram que o baixo nível de escolaridade foi associado com a baixa adesão à medicação (GHELMAN et al., 2018; LOR et al., 2019; MZOUGHJI et al., 2018). Situação que se agrava num país com desigualdades regionais, como demonstrado numa análise realizada por Albuquerque et al. (2017), no período de 2000 a 2016, que, apesar de apontar para avanços na redução da pobreza e das desigualdades nos anos 2000, destacou efeito paradoxal sobre o território brasileiro, em que a distribuição dos municípios com muita pobreza permaneceu concentrada no Norte e Nordeste. Essas desigualdades regionais influenciam no acesso, também desigual, aos medicamentos destinados a portadores de HAS e/ou DM, o que pode impactar a adesão ao tratamento (BARRETO et al., 2015; COSTA et al., 2016).

Os hipertensos com diabetes apresentaram menor adesão ao tratamento farmacológico, principalmente quando em politerapia com antidiabéticos. Ressalta-se, então, a principal dificuldade por eles relatada de tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo, resultando numa menor adesão. Esses achados são condizentes com os resultados referentes ao domínio recordação, que foi o que apresentou um maior percentual de baixa adesão (73,4%), demonstrando a dificuldade de lembrar de tomar todos os medicamentos, fato que se agrava pela quantidade de fármacos associados, esquema de múltiplas doses e aumento da idade.

Estudos nacionais e internacionais mostram que esquemas com múltiplos fármacos dificultam a adesão ao tratamento farmacológico (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016; GEWEHR et al., 2018; GOMES; PAES; TRAVERSO, 2019; LEFORT et al., 2018; MZOUGHJI et al., 2018;). Outros estudos constataram que um maior tempo de diagnóstico implica menor adesão, e atribuíram causas como o caráter crônico da doença, o uso de associação de fármacos e a presença de outras comorbidades (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016; GEWEHR et al, 2018; MANTOVANI et al., 2016; TAVARES, D. et al., 2016). De fato, de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) e Sociedade Brasileira de Diabetes (2017), na medida em que a doença evolui, há uma tendência para inclusão de anti-hipertensivos e/ou antidiabéticos de classes diferentes. Uma pesquisa realizada com 1.029 idosos residentes em Uberaba/MG, identificou que a maioria dos que não aderiram ao tratamento tinham mais comorbidades associadas (TAVARES, D. et al., 2016).

Os resultados encontrados nesta tese não permitiram estabelecer uma associação entre a adesão e o tempo de conhecimento da sua condição de hipertenso ou diabético, nem com o

acesso aos medicamentos, pois um baixo percentual de entrevistados afirmaram que paravam de tomar o seu anti-hipertensivo ou antidiabético quando o medicamento estava em falta no serviço, sendo esse grupo o que apresentou mais baixa adesão ao tratamento farmacológico. Problemas relacionados ao acesso não foram citados como motivos de interromper o tratamento, no estudo de N. Tavares et al. (2016).

Outro fator analisado foi a relação da adesão ao tratamento farmacológico com o controle pressórico. Nesse caso, não foi possível estabelecer uma relação estatisticamente significativa entre o descontrole pressórico com os diversos domínios de adesão. Esses achados divergem de estudos internacionais e nacionais que referiram um descontrole pressórico entre os hipertensos que não aderiram ao tratamento farmacológico (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016; DURAND et al., 2017; GEWEHR et al., 2018; GHELMAN et al., 2018; RAJPURA; NAYAK, 2014; TAVARES, D. et al., 2016).

Vale ressaltar que foi possível evidenciar, nesta pesquisa, que os hipertensos em politerapia, principalmente os que tinham diabetes, tiveram uma maior tendência de uma baixa adesão ao tratamento farmacológico e pior controle pressórico ($p=0,014$).

Nessa perspectiva, Barreto, Matsuda e Marcon (2016) analisaram os fatores relacionados ao controle pressórico em 392 hipertensos cadastrados na região Sul do Brasil, dos quais 176 (44,89%) apresentaram inadequado controle pressórico, e constataram que, entre os não aderentes ao tratamento medicamentoso, os acima de 60 anos e com prescrições medicamentosas de três ou mais medicamentos tinham maiores chances de apresentar a pressão arterial não controlada. Os autores recomendaram a simplificação do esquema terapêutico como um dos pontos-chave para o incremento da adesão aos tratamentos crônicos, visando favorecer a adesão e melhorar o controle dos níveis tensionais.

De acordo com Rajpura e Nayak (2014), além dos esquemas medicamentosos complexos, os pacientes idosos também podem sofrer de habilidades físicas e cognitivas reduzidas, que afetam a visão, audição, força e funcionamento cognitivo adequado. Essas situações podem afetar adversamente as atividades dos pacientes, incluindo comportamentos de autocuidado, como a adesão à medicação.

Esta pesquisa buscou identificar algumas fragilidades dos usuários com hipertensão, percebidas pelos entrevistadores no decorrer da entrevista, sendo a mais citada o analfabetismo, seguida de problemas emocionais, diminuição da acuidade visual ou auditiva e outras dificuldades. O analfabetismo teve uma relação positiva, na análise bivariada, com a alta adesão ($p=0,026$) e os problemas emocionais, como depressão e outras barreiras psicológicas, foram mais relacionados com a baixa adesão ($p=0,003$).

Outros estudos encontraram, entre os fatores que dificultaram a adesão à farmacoterapia, os problemas visuais (TAVARES, D. et al., 2016) e os sintomas depressivos (LOR et al., 2019; MEINERS et al., 2017; TAVARES, N. et al., 2016), situações que alertam para a necessidade de um maior suporte da equipe de saúde e dos familiares, visando identificar os problemas físicos, cognitivos e emocionais que impactam na qualidade de vida do idoso, refletindo na adesão à farmacoterapia.

Kassavou et al. (2019), realizaram um estudo piloto na tentativa de encontrar alternativas para melhorar a adesão ao tratamento farmacológico em usuários da APS, no Reino Unido, criando alertas, através de texto e mensagem de voz, sobre o momento da tomada do medicamento, para verificar o impacto dessa intervenção no aumento da adesão à medicação. Os autores concluíram que as intervenções automáticas personalizadas de mensagens de texto e voz são formas viáveis de melhorar a adesão à medicação, como um complemento aos cuidados primários. Mesmo com todo suporte tecnológico é imprescindível a atenção, o acolhimento e o apoio, pois nada substitui uma comunicação efetiva.

8.5 PONTOS FORTES E LIMITES DO ESTUDO

Entre os pontos fortes deste estudo, destacam-se a representatividade da amostra, ao menos para a população adscrita à ESF em quatro cidades polos regionais de Pernambuco, e a utilização da versão em português do BMQ, um instrumento validado nos Estados Unidos e aplicado em diversos estudos, permitindo a comparação entre eles.

Dentre as limitações, destacam-se a dificuldade para mensurar adesão, motivo pelo qual vários estudos que abordaram adesão ao tratamento utilizaram mais de um instrumento, e o fato dos dados terem sido obtidos das declarações feitas pelos participantes da pesquisa que, devido ao nível de escolaridade e outras fragilidades pessoais, tiveram dificuldades em responder a algumas perguntas do extenso formulário. Para minimizar esses vieses, contamos com uma equipe experiente de entrevistadores e o formulário foi pré-testado.

Outra limitação encontrada tem relação com o desenho transversal adotado, que não permite estabelecer relação de causa e efeito entre as variáveis associadas e da aferição da PA no momento da entrevista, visto que os níveis tensionais sofrem influências momentâneas do ambiente, da alimentação e do estado emocional do indivíduo, todavia, para minimizar esse problema, a PA foi aferida mais de uma vez.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou analisar o estilo de vida, o perfil de uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos, bem como os demais fatores que influenciam à farmacoterapia e o respectivo impacto no controle pressórico dos usuários com hipertensão, cadastrados na Estratégia Saúde da Família, no Nordeste do país, uma região que tem uma população com vulnerabilidades socioeconômicas e requer realização de estudos com ênfase ao tratamento das DCNT na APS, que ainda são escassos para a região.

Os fatores associados à alta adesão foram a maior idade e a renda superior a dois salários mínimos. Os problemas emocionais, mais comuns em Recife, e o uso de múltiplos fármacos, especialmente nos hipertensos com diabetes, tiveram maior influência na baixa adesão e na dificuldade do controle pressórico de hipertensos com diabetes.

Os resultados encontrados, a partir da utilização de um instrumento validado, o BMQ, permitiram ampliar o conhecimento sobre os fatores que influenciam a adesão à farmacoterapia e outros fatores condicionantes. Também forneceu observações sobre as condutas relacionadas ao tratamento na APS, em função do elenco padronizado no SUS e peculiaridades intrínsecas aos usuários, bem como identificou as fragilidades e potencialidades desses usuários.

A taxa de baixa adesão e a dificuldade no controle pressórico encontradas neste estudo, apesar de condizente com outros estudos no Brasil e além do Brasil, alertou para a persistente necessidade de intervenções conjuntas, entre a equipe de saúde e familiares, no incentivo ao uso contínuo desses medicamentos, enfatizando a importância de assegurar os investimentos na APS e na Política de Assistência Farmacêutica.

Outras situações que vão além do acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, e que impedem o cumprimento do tratamento farmacológico e não farmacológico, como situação socioeconômica, dificuldades pessoais, esquemas terapêuticos, entre outros, foram constatadas. Portanto, só fornecer o medicamento não é suficiente: necessário é reconhecer as dificuldades encontradas pelo hipertenso com relação ao seu tratamento e contribuir para minimizar os problemas. O tratamento farmacológico pertence à essência da integralidade do cuidado, pois, ao final de todo processo, se o paciente não aderir ao tratamento, os gastos do sistema de saúde podem ser considerados ineficientes, além de requerer um maior investimento para o tratamento das complicações.

Assim, no final desta tese, gostaríamos de tecer as seguintes recomendações para melhoria da adesão dos usuários com hipertensão, acompanhados na APS, no Brasil:

- a) estimular a adoção e cumprimento das políticas públicas para o hipertenso e diabético;
- b) investir no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e na Política de Assistência Farmacêutica, com ênfase na promoção do acesso e uso racional de medicamentos.
- c) avaliar o elenco da RENAME de forma a favorecer as adequações necessárias, embasados nas Notificações das Reações Adversas e na necessidade de associações fixas de anti-hipertensivos e/ou antidiabéticos;
- d) incentivar a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos no Brasil, nos âmbitos público e privado, a fim de se obter medicamentos eficazes e custo acessível;
- e) estimular a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, identificando os obstáculos para a sua ocorrência;
- f) envolver a equipe multiprofissional, para favorecer a integralidade do atendimento do usuário com hipertensão;
- g) realizar acompanhamento farmacoterapêutico, especialmente nos idosos em tratamento com politerapia, visando reduzir a taxa de esquecimento quanto ao uso dos medicamentos e prevenir a ocorrência de reações adversas em decorrência de interações medicamentosas;
- h) identificar e notificar as reações adversas aos anti-hipertensivos e antidiabéticos, bem como outras dificuldades apresentadas pelos hipertensos para seguir o seu tratamento;
- i) monitorar, por meio de pesquisas e outras iniciativas, na APS, o atendimento ao usuário com hipertensão, buscando identificar o cumprimento da farmacoterapia, as mudanças no estilo de vida e as repercussões no controle pressórico;
- j) estimular a atuação do farmacêutico na equipe multiprofissional de saúde, de forma a favorecer uma maior atenção à farmacoterapia.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M.; FREITAS, O. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1s-5s, 2017. Supl. 2.
- ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1955-1064, abr. 2017.
- ALESSI, A. *et al.* I Posicionamento Brasileiro sobre Pré-Hipertensão, Hipertensão do Avelal Branco e Hipertensão Mascarada: Diagnóstico e Conduta. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 102, n. 2, p.110-119, fev. 2014.
- ALMEIDA, A. T. C. *et al.* Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 20, p. 1-11, 2019.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 244-260, 2018. Edição especial.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes – 2019 Abridged for Primary Care Providers. **Clin. Diabet.**, New York, v. 37, n. 1, p. 11-34, Jan. 2019. DOI: 10.2337/cd18-0105. Disponível em: https://clinical.diabetesjournals.org/content/37/1/11?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=Clin_Diabetes_TrendMD_0. Acesso em: 11 fev. 2020.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes – 2020. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment. **Diabetes care**, Alexandria, v. 43, p. s98–s110, Jan. 2020. Suppl 1. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc20-S009>.
- AQUINO, G. A. *et al.* Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n 1, p. 111-122, fev. 2017.
- ARAÚJO, T. P.; LIMA, R. A. Educação em Pernambuco: trajetória recente, percalços, avanços. In: ARAÚJO, T. B.; ARAÚJO, T. P. (org.). **Socioeconomia Pernambucana: Mudanças e Desafios**. Recife: Cepe Editora, 2018. p. 219-244.
- ATINGA, R. A.; YARNEY, L.; GAVU, N. M. Factors influencing long-term medication non-adherence among diabetes and hypertensive patients in Ghana: A qualitative investigation. **PLoS One**, San Francisco (US), v. 13, n. 3, p. e0193995, Mar. 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0193995. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5874015/>. Acesso em: 20 fev. 2020.
- BARBOSA, J. M. V. *et al.* Correlates of physical activity counseling by health providers to patients with diabetes and hypertension attended by the Family Health Strategy in the state of Pernambuco, Brazil. **Prim Care Diabetes**, Oxford (UK), v. 11, n. 4, p. 327-336, Aug. 2017.

BARRETO, M. N. S. C. *et al.* Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 413-424, jun. 2015.

BARRETO, M. N. S. C. *et al.* Análise do acesso aos medicamentos para tratamento de hipertensos e diabéticos assistidos nas Unidades de Saúde da Família do município de Recife. *In:* GURGEL, I. G. D. *et al.* (org.). **Gestão em Saúde Pública**: estudos de avaliação. Recife: Editora UFPE, 2014. p. 141-154.

BARRETO, M. S.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 114-120, mar. 2016.

BARROS, J. A. C. A dicotomia entre Ciência Negócios, a mídia e a medicalização na sociedade contemporânea. **Boletim Informativo Geum**, Teresina, v. 5, n. 1, p. 7-21, 2014.

BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 279-289, abr. 2012.

BERTOLDI, A. D. *et al.* Perfil sociodemográfico dos usuários de medicamentos no Brasil: resultados da PNAUM 2014. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 1s-5s, 2016. Supl. 2.

BORATAS, S.; KILIC, H. F. Evaluation of medication adherence in hypertensive patients and influential factors. **Pak J. Med. Sci.**, Karachi (PK) v. 34, n. 4, p. 959-963, Aug. 2018.

BOSZCZOVSKI, R.; FRONZA, D.; BOLSON, M. A. Alta adesão aos medicamentos prescritos apesar de baixo comparecimento às reuniões de grupo entre pacientes do programa HIPERDIA. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-7, 2016.

BOTELHO, S. F.; MARTINS, M. A. P.; REIS, A. M. M. Análise de medicamentos novos registrados no Brasil na perspectiva do Sistema Único de Saúde e da carga de doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 215-228, jan. 2018.

BRAMLEY, T. J. *et al.* Relationship of Blood Pressure Control to Adherence With Antihypertensive Monotherapy in 13 Managed Care Organizations. **J Manag Care Pharm**, Alexandria, v. 12, n. 3, p. 239-245, Apr 2006.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde. *In:* BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES**. Brasília: Datasus, [2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipePE.def>. Acesso em: 23 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 371, de 4 de março de 2002. o Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano, 139, n. 44, p. 88, 6 mar. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 204, p. 48-55, 24 out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 151, n. 220, p. 68-70, 13 nov. 2014.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de atenção básica, n. 37).

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 210 p.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Componente populacional: introdução, método e instrumentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 80 p. (Série PNAUM – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil; Caderno, n. 1).

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 217 p.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 102 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 59).

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 130 p.

BURNIER, M.; BAKRIC, G.; WILLIAMS, B. Redefining diuretics use in hypertension: why selecta thiazide-like diuretic? **J. Hypertens**, Londres. v. 37, n. 8, p. 1574-1586, Aug. 2019.

CANESQUI, A. M. **Pressão alta no cotidiano: representações e experiências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CARVALHO, A. L. M. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, jul. 2012.

COSENTINO F. *et al.* 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force for diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the

European Association for the Study of Diabetes (EASD). **European Heart Journal**, Londres, v. 41, n. 2, p. 255–323, 2020.

COSTA, K. S. *et al.* Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. e00090014, 2016.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. HÓRUS: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 91-99, 2012. Supl. 1.

CUSPIDI, C. *et al.* Treatment of hypertension: The ESH/ESC guidelines recommendation. Treatment of hypertension: The ESH/ESC guidelines recommendations, **Pharmacol. Res.**, Milano (IT), v. 128, p. 315-321, Feb 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2017.10.003>.

DELGADO, I. Z; VILLARRASO, M. T. C.; GARCÍA, M. R. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. **Enferm. Nefrol.**, Madrid, v. 17, n. 4, p. 251-60, dez. 2014.

DURAND, H. *et al.* Medication adherence among patients with apparent treatment-resistant hypertension: systematic review and meta-analysis. **J. Hypertens.**, Londres, v. 35, n. 12, p. 2346-2357, Dec 2017.

FERREIRA, F. M. *et al.* Fatores Relacionados a adesão farmacoterapêutica de pacientes hipertensos acolhidos na Estratégia de Saúde da Família, **Rev. A.P.S.**, Juiz de Fora, v.16, n. 3, p. 258-268, set. 2013.

FONTBONNE, A. *et al.* Risk factor control in hypertensive and diabetic subjects attended by the Family Health Strategy in the State of Pernambuco, Brazil: the SERVIDIAH study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1195–1204, jun. 2013.

FUCHS, F. D. Hipertensão Arterial Sistêmica. *In:* FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. **Farmacologia clínica e terapêutica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p.537-558.

GAJOS, G. Diabetes and cardiovascular disease: from new mechanisms to new therapies. **Pol. Arch. Intern. Med.** Varsóvia, v. 128, n. 3, p.178-186, Mar 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29579035/>. Acesso em: 24 de abril de 2020.

GEWEHR, D. M. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 179-190, jan. 2018.

GHELMAN, L. G. *et al.* Adherence to the drug treatment of blood hypertension and associated factors. **J. Nurs UFPE online**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1273-1280, May 2018.

GIROTTI, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, jun. 2013.

GOMES, B. R. P.; PAES, G. O.; TRAVERSO, F. A. Adesão ao tratamento e hábitos de vida de hipertensos. **Rev. Fun. Care Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 113-117, jan./mar. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.113-117>

IBGE. **Panorama Caruaru, PE**: população no último censo – 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/caruaru/panorama>. Acesso em: 23 jan. 2020.

IBGE. **Panorama Petrolina, PE**: população no último censo – 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010c. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/petrolina/panorama>. Acesso em: 23 jan. 2020.

IBGE. **Panorama Recife, PE**: população no último censo – 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama>. Acesso em: 23 jan. 2020.

IBGE. **Panorama Serra Talhada, PE**: população no último censo – 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010d. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/serra-talhada/panorama>. Acesso em: 23 jan. 2020.

KARNIKOWSKI, M. G. O. *et al.* Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1s-10s, 2017. Supl. 2.

KASSAVOU, A. *et al.* Development and piloting of a highly tailored digital intervention to support adherence to antihypertensive medications as an adjunct to primary care consultations. **BMJ Open**, Londres, v. 9, n. 1, e024121, 2019 DOI: 10.1136/bmjopen-2018-024121.

LEFORT, M. *et al.* Sex differences in adherence to antihypertensive treatment in patients aged above 55: The French League Against Hypertension Survey (FLAHS). **J. Clin. Hypertens.**, Nova York, v. 20, n. 10, p. 1496-1503, Oct 2018 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30238630/>. Acesso em: 24/04/2020

LIMA, R. F. *et al.* Fatores associados ao controle glicêmico em pessoas com diabetes na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco. **Rev. esc. enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 6, p. 937-945, dez. 2016.

LIMA, T. M.; MEINERS, M. M. M. A; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz. Saude**, Ananindeua, v. 1, n. 2, p. 113-120, jun. 2010.

LOR, M. *et al.* Association between health literacy and medication adherence among Hispanics with hypertension. **J. Racial Ethn. Health Disparities**, Berna (CH), v. 6, n. 3, p. 517-524, Jun 2019.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalence of High Blood Pressure Measured In The Brazilian Population, National Health Survey, 2013. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 134, n. 2, p. 163-170, abr. 2016.

MANTOVANI, M. F. *et al.* Motivos para adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 42, n. 2, p. 59-66, dez. 2016.

MARINHO, M. G. S. *et al.* Análise de custos da assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife – Brasil. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** São Paulo, v. 55, n. 6, p. 406-411, ago. 2011.

MEINERS, M. M. M. A. *et al.* Acesso e adesão a medicamentos entre pessoas com diabetes no Brasil: evidências da PNAUM. **Rev. bras epidemiol.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 445-459, jul. 2017.

MENGUE, S. S. *et al.* Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 1s-13s, 2016. Supl. 2.

MOITA, B. *et al.* A utilização de fontes administrativas de dados na estimação da adesão terapêutica aos antagonistas dos receptores da angiotensina. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 34, n. 1, p. 20-29, mar. 2016.

MONTEIRO, C. N. *et al.* Utilização de anti-hipertensivos e antidiabéticos no Brasil: análise das diferenças socioeconômicas. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 22, e190014, 2019. Supl. 2.

MOURA, S. L. O. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da Hipertensão Arterial Sistêmica: análise de um grupo de hipertensos. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 2, p. 683-691, fev. 2015.

MZOUGH, K. *et al.* Etude des facteurs de mauvaise observance médicamenteuse chez les hypertendus. **La Tunisie Méd.**, Tunis (TN), v. 96, p. 385-390, 2018.

NASCIMENTO, M. O.; DOURADO, C. S. M. E.; NASCIMENTO, D.O. Complexidade Terapêutica de diabéticos na atenção primária. **Rev. Ciênc. Méd.** Campinas, v. 27, n. 1, p. 1-10, 2018.

NATHAN, D. M. *et al.* Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 32, n. 1, p. 193-203, Jan 2009.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Hypertension in adults: diagnosis and management**. Londres: NICE, 2019. Disponível em: www.nice.org.uk/guidance/ng136. Acesso em: 24/04/2020.

NGONGO, J. Y. M. **Hipertensão primária: abordagem terapêutica**. 2017. Dissertação (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2017.

OBRELI-NETO, P. R. *et al.* Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. **Rev. Bras. Farm.**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 4, p. 403-410, 2012.

OLIVEIRA, J. S. *et al.* Influência da renda e do nível educacional sobre a condição de saúde percebida e autorreferida de pessoas idosas. **J. Health Biol. Sci.**, Fortaleza, v. 7, n. 4, p. 395-398, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global recommendation on physical activity for health**. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>. Acesso em: 20 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Adherence to Long-Term Therapies: evidence for action**. Geneva: World Health Organization, 2003. Disponível em: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/. Acesso em: 17 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. Acesso em: 20 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Noncommunicable diseases country profiles 2018**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>. Acesso em: 20 fev. 2020.

PARRA, D. I.; GUEVARA, S. L. R.; ROJAS, L. Z. Influential Factors in Adherence to the Therapeutic Regime in Hypertension and Diabetes. **Invest. Educ Enferm.**, Medellín (CO), v. 37, n. 3, e02, Sep 2019.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife: SES 2011. Disponível em: <http://ead.saude.pe.gov.br/mod/resource/view.php?id=707>. Acesso em: 20 mar 2020.

PETRIS, A. J. **Acesso a medicamentos para tratamento de fatores de risco cardiovascular**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

PIERIN, A. M. G.; STRELEC, M. A. A. M.; MION JÚNIOR, D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. *In*: PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Ed. Manole, 2004. p. 275-289.

PINTO, I. C.; MARTINS, D. Prevalence and risk factors of arterial hypertension: A literature review. **J Cardiovasc Med Ther**, v. 1, n. 2, p. 1-7, 2017.

PÓVOA, R. *et al.* I Posicionamento Brasileiro sobre Combinação de Fármacos Anti-Hipertensivos. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 102, n. 3, p. 203-210, mar. 2014.

RAJPURA, J.; NAYAK, R. Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. **J. Manag. Care Pharm.**, Alexandria, v. 20, n. 1, p. 58-65, Jan 2014.

REACH, G. Les défis de l'observance dans les maladies chroniques. **Méd. mal. métab.**, Moulieaux (FR), v. 12, n. 6, p. 511-515, Oct. 2018.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Portaria nº 58, de 27 de setembro de 2018. Altera a composição da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Recife. **Diário Oficial do Recife**: Recife, ano 47, n. 110, p. 11, 29 set. 2018.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, p. 126-136, jan. 2014.

ROCHA, B. J. B.; LYRA JÚNIOR, D. P.; GARCIA, R. A. P. C. A magnitude da adesão terapêutica no contexto da dispensação de medicamentos. *In*: LYRA JÚNIOR, D. P.;

MARQUES, T. C. (org.). **As Bases da Dispensação Racional de medicamentos para farmacêuticos**. São Paulo: Pharmabooks Editora, 2012. p. 201-224.

RODRIGUES, M. T. P.; MOREIRA, T. M. M.; ANDRADE, D. F. et al. Elaboração e validação de um instrumento avaliador da adesão ao tratamento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 232-240, abr. 2014.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, Londres, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, Jun. 2011. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673611601359#aep-abstract-id13>. Acesso em 23/04/2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 3, set. 2016. Supl. 3.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Posicionamento Oficial SBD nº 01/2019**. Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2: Algoritmo SBD 2019. São Paulo: SBD, 2019.

SOUSA, D. M. P. *et al.* Métodos indiretos para mensurar a adesão ao tratamento medicamentoso na hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura. **Boletim Informativo Geum**, Teresina, v. 4, n. 1, p. 50-64, 2014.

SOUSA, L. S. *et al.* Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes hipertensos não controlados atendidos em uma unidade de pronto atendimento. **Nursing**, São Paulo, v. 22, n. 255, p. 3088-3094, ago. 2019.

SOUZA, N. P. **Hipertensão arterial no estado de Pernambuco**: análise dos determinantes à luz da transição alimentar e nutricional em um contexto de desenvolvimento e desigualdade. 2019. 199 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

STOPA, S. R. *et al.* Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, p. e00198717, 2018.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 134-141, fev. 2016.

TAVARES, N. U. L. *et al.* Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 1s-10s, 2016. Supl. 2. DOI: [dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006118](https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006118).

TOMASI, E. *et al.* Diabetes Care in Brazil Program to Improve Primary Care Access and Quality – PMAQ. **J. Ambul. Care Manage**, Hagerstown, v. 40, p. s12-s13, Apr./Jun. 2017. Supl. 2.

UCHMANOWICZ, B. *et al.* Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. **Clin. Interv. Aging**, Auckland, v. 13, p. 2425-2441, 2018.

WANG, Y. R.; ALEXANDER, G. C.; STAFFORD, R. S. Outpatient hypertension treatment, treatment intensification, and control in Western Europe and the United States. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 167, n. 2, p. 141-147, Jan 2007.

WANNMACHER, L. Tratamento de doenças do Sistema endócrino: Diabetes Melito. *In*: FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. **Farmacologia clínica e terapêutica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 662-679.

WEI, J. *et al.* Comparison of Cardiovascular Events Among Users of Different Classes of Antihypertension Medications A Systematic Review and Network Meta-analysis. **JAMA Netw Open**, v. 3, n. 2, e1921618, Feb 2020. DOI: doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.21618.

WILLIAMS, B. *et al.* The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). **Eur. heart j.**, Londres, v. 39, n. 33, p. 3021–3104, 2018. DOI:10.1093/eurheartj/ehy339. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-abstract/39/33/3021/5079119>. Acesso em: 9 mar. 2020.

APÊNDICE A – ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA SAÚDE EM DEBATE

Adesão à farmacoterapia em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família: Estudo RedeNut

Adherence to pharmacotherapy in hypertensive subjects followed by the Family Health Strategy: Study RedeNut

RESUMO:

Adesão à farmacoterapia em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família: estudo RedeNut

Adherence to pharmacotherapy in hypertensive subjects followed by the Family Health Strategy: the RedeNut Study

Resumo: O artigo analisou a adesão à farmacoterapia e os fatores associados em usuários hipertensos e sua relação com o controle pressórico. Trata-se de estudo transversal com abordagem quantitativa, baseado nos dados do estudo ‘RedeNut - Avaliação da inserção do Componente Alimentação e Nutrição na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco’, conduzido na Estratégia Saúde da Família nos municípios polos das macrorregiões de saúde de Pernambuco, em 2015-16. Foram sorteados 404 usuários acima de 20 anos. O escore de adesão baseou-se no *Brief Medication Questionnaire*. A amostra foi de 339 hipertensos, predominantemente mulheres, 48,8% tinham a pressão controlada e 45,4%, além de hipertensos, eram diabéticos. Foram considerados aderentes 60% dos hipertensos. Na análise multivariada, as variáveis significativamente associadas, positivamente, à adesão foram idade (OR=1,028; p=0,021) e renda familiar mensal (OR=2,147; p=0,060); e negativamente, a politerapia antidiabética (OR=0,270; p=0,010) e dificuldade em tomar vários medicamentos (OR=0,357; p=0,038). Não se evidenciou relação entre a adesão e o controle pressórico. Os resultados, além de fornecerem observações ainda escassas para a região Nordeste do país, alertam para a persistente necessidade de desenvolver estratégias capazes de aprimorar a adesão aos tratamentos de uso contínuo, de forma a prevenir a ocorrência de complicações.

Palavras-chave: Adesão à medicação. Atenção primária à saúde. Hipertensão.

Abstract: The article analyzed adherence to pharmacotherapy and associated factors in users with hypertension, and its relationship with blood pressure control. The study was cross-sectional with a quantitative approach and based on data of the 'RedeNut study- Evaluation of the insertion of Food and Nutrition Components in the care network for hypertensive and diabetic patients in Pernambuco', conducted in the Family Health Strategy of the cities heading the health regions of Pernambuco, in 2015-16. A total of 404 subjects 20 years or over were randomly selected. The adherence score was based on the Brief Medication Questionnaire. The sample consisted of 339 hypertensive subjects, predominantly women, 48.8% had their blood pressure controlled and 45.4% were also diabetic. Sixty percent were considered adherent. In multivariate analysis, variables associated with adherence were, positively, age (OR=1.028; p=0.021) and monthly family income (OR=2.147; p=0.060); and, negatively, polytherapy for diabetes (OR=0.270; p=0.010) and difficulty in taking many medicines (OR=0.357; p=0.038). There was no relationship between adherence and blood pressure control. The results, in addition to providing still scarce observations for the Northeastern region of Brazil, alert about the persistent need to develop strategies capable of improving adherence to long-term treatments, and thus prevent the occurrence of complications.

Keywords: Medication adherence. Primary health care. Hypertension.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 25% da população mundial tem hipertensão arterial sistêmica (HAS)¹. No Brasil, estudo conduzido com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, identificou que 22,8% da população brasileira tem pressão arterial aferida maior ou igual a 140/90 mmHg, sendo mais elevada em homens (25,8%) do que em mulheres (20,0%)².

A HAS, por sua condição multifatorial e associação frequente a distúrbios metabólicos, causa alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, fato que se torna ainda mais grave quando ocorre concomitante ao diabetes mellitus (DM)^{3,4}. O uso contínuo de anti-hipertensivos, aliado às mudanças no estilo de vida, é fundamental para o controle da hipertensão e representa meta prioritária para redução das complicações^{3,4}. Todavia, por ser uma doença silenciosa, algumas vezes o tratamento é negligenciado. Estudos nacionais⁵⁻⁸ e internacionais⁹⁻¹² relatam as causas multifatoriais que podem afetar a adesão à farmacoterapia. Essas causas podem ser intencionais (processo ativo, relacionado à decisão do paciente) e não intencionais (processo passivo, por exemplo, habilidades cognitivas, regime complexo, idade, dificuldades financeiras ou de acesso aos medicamentos).

Dessa forma, é imprescindível reforçar os cuidados primários que favoreçam o cumprimento das medidas farmacológicas e não farmacológicas. No SUS, esses cuidados são subsidiados pela Atenção Primária à Saúde (APS), que conta com o apoio dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo, portanto, indispensável identificar os fatores que influenciam a adesão a farmacoterapia, a fim de que se possa estabelecer estratégias, em parceria com a equipe de saúde da família e o usuário, capazes de favorecer a continuidade do tratamento.

É provável que esses fatores sejam diferentes entre regiões do Brasil. Uma análise das desigualdades regionais, realizada no período de 2000 a 2016, apesar de apontar para avanços na redução da pobreza e das desigualdades nos anos 2000, destacou efeito paradoxal sobre o território brasileiro, em que a distribuição dos municípios com muita pobreza permaneceu concentrada no Norte e Nordeste¹³. Essas desigualdades regionais influenciam no acesso, também desigual, aos medicamentos destinados a portadores de HAS e/ou DM^{14,15}, o que pode impactar a adesão ao tratamento.

Nesse contexto, conduziu-se uma análise em usuários com hipertensão, cadastrados na Estratégia Saúde da Família do Estado de Pernambuco, dentro do contexto de baixo desenvolvimento socioeconômico da região Nordeste, com o objetivo de identificar as variáveis relacionadas com a adesão à farmacoterapia, assim como a influência desses aspectos na saúde dos hipertensos e, conseqüentemente, no tratamento farmacológico e controle pressórico.

Métodos

Trata-se de um estudo com delineamento transversal com abordagem quantitativa, realizado com base nos dados do estudo epidemiológico ‘RedeNut: Avaliação da inserção do Componente Alimentação e Nutrição na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco’, desenvolvido pelo Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz-Pernambuco. O objetivo principal foi estudar as práticas e conhecimentos, dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da ESF, a respeito da dieta e da atividade física recomendadas para sua condição. Foi calculado um tamanho amostral mínimo de 300 pessoas para estimar com precisão de 6% a proporção de usuários bem informados sobre esses aspectos de seu tratamento, tendo em conta um efeito de conglomerado de 1,5. A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2015 a setembro de 2016 e foi realizada nos quatro polos das macrorregiões de saúde do Estado de Pernambuco: Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina¹⁶. O tamanho da amostra permitiu a comparação Recife x interior, sendo que o nome ‘interior’ se aplica ao agrupamento das três últimas cidades (Caruaru, Serra Talhada, Petrolina).

A amostra foi constituída em duas etapas. Na primeira etapa, realizou-se um levantamento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em que se constatou haver 399 equipes atuando na ESF, em abril de 2015, nos quatro municípios alvo da pesquisa. Foram selecionadas, de forma aleatória, 25% dessas equipes, proporcionalmente ao número de equipes de cada polo. Assim, 61 equipes foram sorteadas em Recife, 16 em Caruaru, 05 em Serra Talhada e 19 em Petrolina, totalizando 101 equipes.

Na segunda etapa, em cada equipe participante, selecionou-se, a partir da listagem do Agente Comunitário de Saúde, uma amostra aleatória de dois usuários hipertensos e dois usuários diabéticos, acima de 20 anos, de ambos os sexos, para realização de entrevistas, totalizando 404 usuários sorteados. Para análise da adesão ao tratamento farmacológico,

foram selecionados os hipertensos, com ou sem diabetes, que estavam em farmacoterapia no momento da entrevista.

Foram excluídos da análise os usuários que se recusaram a participar da entrevista, os que não estavam em uso de anti-hipertensivos no momento da entrevista ou cujo questionários apresentaram inconsistências.

Entrevistadores, devidamente treinados, aplicaram formulários padronizados, construídos, testados e validados internamente antes da coleta de dados no campo.

A adesão à farmacoterapia foi considerada a variável dependente deste estudo, sendo obtida por meio da aplicação de questionários, embasados na versão em português do teste *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), um instrumento composto por perguntas organizadas em 11 escores e dividido em três domínios que identificam as barreiras para adesão quanto ao regime de tratamento prescrito (sete escores), as crenças (dois escores) e a recordação (dois escores), em relação ao tratamento medicamentoso, na perspectiva do paciente¹⁷.

O domínio 'regime' avalia o comportamento do paciente em relação ao regime prescrito. É solicitado ao paciente que liste os medicamentos que toma, a dosagem diária, se interrompeu a terapia por falta de algum medicamento, se esqueceu de tomar ou reduziu, omitiu alguma dose ou tomou dose extra, ou não sabia responder a alguma pergunta do formulário. O domínio 'crença' avalia a crença dos pacientes na eficácia do tratamento e seus efeitos colaterais indesejáveis. O terceiro domínio, 'recordação', identifica problemas em relação à lembrança em tomar o medicamento, a partir do questionamento sobre o quanto é difícil lembrar de tomar os fármacos e revisa o regime de tomada das medicações.

A adesão ao tratamento farmacológico foi categorizada, a partir do escore calculado, em: aderente (não respondeu afirmativamente nenhuma pergunta), provavelmente aderente (respondeu afirmativamente apenas uma pergunta), provavelmente pouco aderente (respondeu afirmativamente duas perguntas), e pouco aderente (respondeu afirmativamente três ou mais perguntas). Para fins de análise, os resultados do BMQ foram dicotomizados e os hipertensos foram classificados em dois grupos: os que tiveram de zero a um ponto nos três domínios foram classificados como 'alta adesão', e os que apresentaram pontuação de dois pontos ou mais como 'baixa adesão'.

A pressão arterial foi aferida duas vezes durante a entrevista, utilizando tensiômetros digitais de pulso. Quando a diferença entre a primeira e segunda medida, tanto para a pressão

arterial sistólica (PAS) como para a pressão arterial diastólica (PAD), era superior a 4 mmHg, realizava-se uma terceira aferição, tirando uma média das PAs aferidas. A classificação do controle da PA seguiu as orientações da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão³ e da VIII Diretriz Brasileira de Diabetes⁴. A partir dos valores obtidos, os participantes não diabéticos foram divididos em dois grupos: o primeiro grupo, classificado com PA controlada, foi constituído por usuários que apresentaram PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg; e o segundo grupo foi caracterizado com PA não controlada, tendo em vista que os indivíduos apresentavam PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg. Para usuários com hipertensão e diabetes, optou-se pelas recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes⁴, que preconiza um controle pressórico mais rigoroso, ou seja, para ser considerado controlado é necessário que PAS < 130 mmHg e PAD < 80 mmHg.

A partir da construção dos escores de adesão, foi possível realizar uma análise comparativa da alta ou baixa adesão com os fatores socioeconômicos e demográficos, os aspectos clínicos e farmacológicos (esquemas de tratamento com anti-hipertensivos e antidiabéticos), as dificuldades relatadas pelos hipertensos na condução do tratamento (classificadas em não tem, tem pouca ou tem muita dificuldade), assim como as percepções dos entrevistadores quanto às limitações apresentadas pelos usuários e sua influência na adesão à farmacoterapia. Para averiguar as condutas dos usuários, referentes ao tratamento farmacológico, considerou-se as variáveis relacionadas ao acesso, que engloba os locais de aquisição dos anti-hipertensivos e antidiabéticos (na própria ESF, na Farmácia Popular, na Farmácia da Família e outros). Verificou-se, também, a condução do tratamento quando o medicamento acaba ou está em falta na Unidade de Saúde. Investigou-se, ainda, estabelecer uma correlação entre os domínios de BMQ com o controle pressórico.

Os dados coletados foram tabulados utilizando o programa EpiData 3.1 e compilados em tabelas por meio do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19, para armazenamento e análise dos dados.

As variáveis qualitativas/categóricas foram apresentadas por meio de suas frequências, absoluta e relativa, e as variáveis quantitativas por meio de média e desvio-padrão. Na análise bivariada, a finalidade foi verificar a associação entre a adesão ao tratamento farmacológico (variável dependente) e algumas das variáveis independentes do estudo, que englobaram as variáveis socioeconômicas e demográficas, os aspectos clínicos e farmacológicos, as dificuldades encontradas pelos usuários na condução do seu tratamento farmacológico e

acesso aos medicamentos. Para a análise estatística bivariada, utilizou-se o teste Qui-Quadrado ou teste exato de Fisher (quando necessário), no caso das variáveis qualitativas, e o teste t de Student, para as quantitativas. Além disso, foi de interesse investigar a associação entre os domínios do BMQ e a variável de adesão com o controle da pressão arterial, utilizando para tal o teste Qui-Quadrado ou teste exato de Fisher, quando necessário. Todas as conclusões foram tomadas ao nível de 5% de significância (valor de $p < 0,05$).

Para a análise multivariada, variáveis com associação estatisticamente significativa a 20% (valor de $p < 0,20$), na análise bivariada, entraram no modelo de regressão logística, com estatística de Wald, com o objetivo de determinar a contribuição de cada covariável para adesão ao tratamento. O método de seleção das variáveis foi o *backward*, mantidas, no modelo final, as variáveis que apresentaram um nível de significância inferior a 10%. Dessa forma, foi calculada a razão de chances, ou *odds ratio* (OR), de ocorrência do evento (adesão ao tratamento) e respectivo intervalo de confiança (IC 95%).

O estudo RedeNut foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz-Pernambuco e pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde), conforme CAAE: 21989413.0.0000.5190. Os usuários entrevistados foram convidados a assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram informados sobre a justificativa, os objetivos e os procedimentos utilizados na pesquisa.

Resultados

Dos 404 usuários selecionados para o estudo, um pouco mais de 15% da amostra sorteada ($n=65$) inseriu-se nos critérios de exclusão para a presente análise, por recusa do usuário em participar da entrevista ($n=9$), por não estarem em uso de anti-hipertensivos no momento da entrevista ($n=49$) ou por inconsistência dos questionários ($n=7$), resultando numa amostra final de 339 usuários.

As características da amostra total estão apresentadas na tabela 1. Pôde-se constatar que, entre os entrevistados, mais de 60% eram adstritos a equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Recife. A idade média dos entrevistados foi de $64,0 \pm 13,1$ anos, e a média de anos de estudo formal para os que declararam saber ler e escrever foi de $6,3 \pm 3,6$ anos. A

maioria era do sexo feminino (68,4%), sabia ler e escrever (67,3%), tinha uma renda familiar mensal de até um salário mínimo (40,7%) e era aposentado ou pensionista (61,7%).

Em relação aos aspectos clínicos (Tabela 2), pouco mais de 50% eram apenas hipertensos e apresentaram o tempo médio de conhecimento da sua condição de $12,7 \pm 9,7$ anos. Verificou-se que 45,4% dos hipertensos eram também diabéticos e apresentaram um tempo médio de conhecimento do diabetes de $10,2 \pm 8,6$ anos. Houve informação, por 334 hipertensos, sobre os anti-hipertensivos em uso e a maioria (64,4%) estava em politerapia com dois ou mais medicamentos anti-hipertensivos. Dos 154 hipertensos que referiram ser também diabéticos, 133 estavam em uso de antidiabéticos, em monoterapia (70,7%) ou politerapia (29,3%).

Menos da metade (48,8%) dos entrevistados estava com a PAS e PAD controlada. De acordo com o critério de adesão BMQ, 60% dos hipertensos foram classificados na categoria dicotomizada de ‘alta adesão’, dos quais 18% se apresentaram aderentes e 42% foram considerados como provavelmente aderentes. Entre os 40% classificados com uma ‘baixa adesão’, 31,1% se enquadraram no critério de provavelmente pouco aderentes. No tocante aos domínios que compõem o BMQ constatou-se uma maior adesão dos usuários no domínio ‘crença’ (81,1%), seguida do domínio ‘regime’ (61,5%) e ‘recordação’ (26,6%) (Tabela 3). Não se evidenciou relação entre o grau de adesão e o controle da pressão arterial.

As principais dificuldades relacionadas à farmacoterapia, citadas pelos entrevistados em ordem decrescente, foram a leitura das informações contidas nas embalagens (72,1%), o quantitativo de comprimidos tomados diariamente (33,9%,) e o manuseio da embalagem (13,4%) (Tabela 4).

De acordo com a tabela 5, mais de 70% dos entrevistados informaram que receberam os seus medicamentos na Unidade de Saúde da Família, no entanto 40,4% deles os receberam parcialmente. Quando os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde, 47,5% dos usuários informaram que os compravam, com dificuldades. A interrupção do anti-hipertensivo e antidiabético, devido à falta de medicamento, foi citada por 4,1% dos usuários.

Outro aspecto considerado diz respeito às limitações dos hipertensos, percebidas pelo entrevistador. A mais citada delas foi o analfabetismo (26,3%), seguida de problemas emocionais, como sintomas depressivos (20,6%) e diminuição da acuidade visual ou auditiva

(20,0%). Os entrevistadores não identificaram nenhuma limitação em apenas 19 (5,6%) dos entrevistados (informação não apresentada em tabela).

Na análise bivariada, os hipertensos com maior idade ($p=0,003$), não alfabetizados ($p=0,024$), com renda superior a dois salários mínimos ($p=0,053$) e que, mesmo sem ocupação, possuíam alguma fonte de renda (aposentados/pensionistas e correlatos) ($p=0,044$), apresentaram maior adesão ao tratamento farmacológico (Tabela 1). Quanto à situação clínica, observou-se maior adesão entre os hipertensos que não tinham diabetes ($p=0,040$), não tomavam nenhum antidiabético ($p=0,004$) (Tabela 2); não tinham dificuldade em tomar vários medicamentos ($p=0,001$) (Tabela 4); e não paravam de tomar o remédio quando estava em falta no serviço ($p=0,003$) (Tabela 5). Quanto às limitações referidas pelos entrevistadores, enquanto o analfabetismo influenciou positivamente ($p=0,026$) na alta adesão ao tratamento farmacológico, os problemas emocionais tiveram uma maior relação com a baixa adesão ao tratamento ($p=0,003$).

Na análise multivariada, os fatores sociodemográficos e econômicos que permaneceram no modelo final foram a idade ($OR=1,028$; $p=0,021$) e a renda superior a dois salários mínimos ($OR=2,147$; $p=0,060$), associadas positivamente à adesão. Entre os aspectos clínicos, permaneceram no modelo as variáveis referentes ao número de medicamentos antidiabéticos ($OR=0,27$; $p=0,010$) e dificuldade em tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo ($OR=0,357$; $p=0,038$), relacionados ao menor grau de adesão.

Discussão

Neste estudo, conduzido numa amostra aleatória de hipertensos, acompanhados pela Estratégia Saúde da Família nos quatro polos de macrorregiões de saúde de Pernambuco, mais da metade (60%) dos participantes se enquadraram no critério de adesão ao tratamento farmacológico. Vale ressaltar, todavia, que a maioria desses participantes estava na classe de ‘provável adesão’. Esses resultados condizem com outros estudos realizados nas regiões Sul^{8,18} e Sudeste^{6,19} do Brasil, que também investigaram a adesão à farmacoterapia por pessoas com HAS.

Considerando os três domínios do BMQ, o que mais influenciou para adesão foi o domínio ‘crença’, seguido dos domínios ‘regime’ e ‘recordação’. Em estudo que utilizou o mesmo instrumento, observou-se resultados semelhantes quanto à adesão nos três domínios⁸.

No que diz respeito à investigação dos fatores relacionados com a adesão ao tratamento farmacológico, ter idade mais avançada e ter renda familiar acima de dois salários mínimos impactaram positivamente na adesão à farmacoterapia; enquanto o uso de um maior número de medicamentos antidiabéticos e a dificuldade em tomar vários comprimidos diariamente impactaram negativamente.

O aumento da idade esteve associado à adesão ao tratamento farmacológico, corroborando com os achados de estudos que também verificaram uma maior adesão com o aumento da idade, atribuindo-se ao fato de que quanto maior a idade maior a preocupação com o estado de saúde¹⁹⁻²¹. Todavia, em outros estudos no Brasil^{8,18}, houve uma relação inversa entre a idade e a adesão ao tratamento farmacológico. Os autores argumentaram que os idosos tendem a apresentar diversas vulnerabilidades, como declínio das capacidades físicas, mentais e cognitivas, o que dificulta a compreensão e a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico prescrito, e, conseqüentemente, o controle pressórico.

Quanto à influência do nível socioeconômico, os resultados da análise bivariada apontaram para um grande percentual de pessoas sem ocupação, mas com renda, ou seja, aposentados, pensionistas etc., além dos não alfabetizados, que se enquadraram nos critérios de alta adesão à farmacoterapia. Esses fatores não permaneceram no modelo multivariado, quando ajustado pela idade a qual estão ligados. Todavia, a renda acima de dois salários mínimos permaneceu como fator socioeconômico independente e positivamente associado à adesão, apesar da significância limítrofe ($p=0,060$), assim como observado em outro estudo realizado no Brasil⁸.

Vale notar também que, quando mencionado enquanto limitação percebida pelos entrevistadores, o analfabetismo confirmou ter uma relação positiva com a alta adesão, enquanto os problemas emocionais, como depressão e outras barreiras psicológicas, foram relacionados com baixa adesão. Outros estudos encontraram, entre os fatores que dificultaram a adesão à farmacoterapia, os problemas visuais¹⁹ e os sintomas depressivos^{5,11,19,22,23}, situações que alertam para a necessidade de um maior suporte da equipe de saúde e dos familiares, visando identificar os problemas físicos, cognitivos e emocionais que impactam na qualidade de vida dos pacientes hipertensos, notadamente o da pessoa idosa, refletindo na adesão à farmacoterapia.

Os hipertensos com diabetes associado apresentaram menor adesão ao tratamento farmacológico, principalmente quando em politerapia com antidiabéticos, fator acrescentado à

dificuldade referida pelos entrevistados, sobre ter que tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo, também associada a uma menor adesão. Estudos nacionais e internacionais mostram que esquemas com múltiplos fármacos dificultam a adesão ao tratamento farmacológico^{8,18,20}. Outros estudos realizados constataram que um maior tempo de diagnóstico implica menor adesão e atribuíram como causas o caráter crônico da doença, o uso de associação de fármacos e a presença de outras comorbidades^{8,18,19}. De fato, de acordo com as Diretrizes Brasileiras de HAS e DM^{3,4}, na medida em que a doença evolui, há uma tendência para inclusão de anti-hipertensivos e/ou antidiabéticos de classes diferentes. Em uma pesquisa com 1.029 idosos residentes em Uberaba/MG, observou-se que a maioria dos que não aderiram ao tratamento tinham mais comorbidades associadas¹⁹.

Vale ressaltar que a adesão muito baixa no domínio ‘recordação’, identificada no presente estudo, pode se justificar pela idade média dos entrevistados, assim como pela quantidade de comprimidos que se toma em um dia.

Os resultados encontrados não permitiram estabelecer uma associação entre a adesão e o acesso aos medicamentos, nem relacionar a adesão ao controle pressórico aferido no momento da entrevista. Diversos estudos, internacionais e nacionais, referiram dificuldade em controlar a pressão arterial entre os hipertensos que não aderiram ao tratamento farmacológico^{6,8,9,18,19,24}. A divergência com a presente análise pode ser devida a algumas limitações do estudo base, como o desenho transversal, que não permite estabelecer relação de causa e efeito entre as variáveis associadas, e verificação da PA no momento da entrevista, visto que os níveis tensionais sofrem influências momentâneas do ambiente, da alimentação e do estado emocional do indivíduo. Todavia, para minimizar esse problema, a PA foi aferida mais de uma vez.

Quanto ao acesso, não houve influência na adesão ao tratamento farmacológico, pois a maioria dos hipertensos investigados afirmaram comprar o medicamento quando necessário, apesar das dificuldades. Vale ressaltar que, apesar de representar uma pequena quantidade de pessoas, a maioria daqueles que pararam de tomar a medicação, em virtude da falta no serviço, apresentaram baixa adesão.

Problemas de acesso não foram citados como motivos de interromper o tratamento em outros estudos^{19,22}. Constatou-se, assim, a importância da implementação de políticas públicas, entre as quais destaca-se o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011–2022²⁵, com a incorporação da

campanha ‘Saúde Não Tem Preço’, vinculada ao Programa Farmácia Popular, que subsidiou a distribuição gratuita de anti-hipertensivos, insulinas e hipoglicemiantes e que, por ser complementar às farmácias dispensadoras vinculadas ao SUS, favoreceu um maior acesso a este grupo de fármacos²⁶⁻²⁸. A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), realizada no período de setembro de 2013 a janeiro de 2014, com abrangência em todo território nacional, confirmou, em relação aos medicamentos hipoglicemiantes, um acesso amplo – quase 98% – com obtenção gratuita (com financiamento total pelo SUS) de 70,7%⁵.

Entre as forças do estudo, destacam-se a seleção aleatória da amostra, ao menos para a população adscrita à ESF em quatro cidades polos regionais de Pernambuco, e a utilização de um instrumento validado no Brasil, o BMQ, aplicado em diversos estudos, permitindo a comparação entre eles. No entanto, sabe-se da dificuldade para mensurar adesão, motivo pelo qual vários estudos que abordaram adesão ao tratamento utilizaram mais de um instrumento. Outro problema refere-se à coleta de dados, obtidos das declarações feitas pelos sujeitos da pesquisa que, devido ao nível de escolaridade e outras fragilidades pessoais, poderiam ter dificuldades em responder a algumas perguntas do extenso formulário. Para minimizar esses vieses, foi contratada uma equipe experiente de entrevistadores e o formulário foi pré-testado. As limitações do desenho transversal e da aferição da PA no momento da entrevista já foram mencionadas anteriormente.

Conclusão

Os resultados encontrados permitiram ampliar o conhecimento sobre os fatores que influenciam a adesão à farmacoterapia, com anti-hipertensivos e antidiabéticos, em usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Além de se tratar de uma população com vulnerabilidades socioeconômicas, as informações e observações ainda são escassas para a região Nordeste do país. A taxa de baixa adesão encontrada (40%), apesar de condizente com outros estudos no Brasil, e além do Brasil, alerta para a persistente necessidade de intervenções conjuntas entre a equipe de saúde e familiares, no incentivo ao uso contínuo desses medicamentos. Portanto, só fornecer o medicamento não é suficiente, é necessário identificar as dificuldades encontradas pelo usuário com relação ao seu tratamento e contribuir para minimizar os problemas.

O tratamento farmacológico pertence à essência da integralidade do cuidado, pois, ao final de todo processo, se o paciente não aderir ao tratamento, os gastos do sistema de saúde

podem ser considerados ineficientes, além de requerer um maior investimento para o tratamento das complicações. Dessa forma, é imprescindível fomentar as ações em prol do uso racional de medicamentos e acompanhamento farmacoterapêutico.

Referências

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Malta DC, Santos NB, Perillo RD, et al. Prevalence of high blood pressure measured in the Brazilian population, National Health Survey, 2013. *São Paulo Med J* 2016; 134: 163-70.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq. bras. cardiol.* 2016; 107(3):1-83.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Editora Clannad; 2017.
5. Meiners MMMA, Tavares NUL, Guimarães LSP, et al. Acesso e adesão a medicamentos entre pessoas com diabetes no Brasil: evidências da PNAUM. *Rev. bras. epidemiol.* 2017; 20(3):445-59.
6. Ghelman LG, Assunção MF, Farias SNP, et al. Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial e fatores associados. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2018; 12(5):1273-80.
7. Stopa SR, Cesar CLG, Segri NJ, et al. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. *Cad. saúde pública.* 2018; 34(10):e00198717.
8. Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate.* 2018; 42(116):179-90.
9. Rajpura J, Nayak R. Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *J Manage Care Pharm.* 2014; 20(1):58-65.
10. Reach G. Les défis de l'observance dans les maladies chroniques. *Médecine des maladies Métaboliques.* 2018; 12:511-15.
11. Lor M, Koleck TA, Bakken S, et al. Association between health literacy and medication adherence among Hispanics with hypertension. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2019; 6(3):517-24.
12. Mzoughi K, Zairi I, Jemai A, et al. Etude des facteurs de mauvaise observance médicamenteuse chez les hypertendus. *Tunis Med.* 2018; 96:385-90.
13. Albuquerque MV, Viana ALA, Lima LD, et al. Desigualdades regionais na saúde:

- mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1055-64.
14. Barreto MNSC, Cesse EAP, Lima RF, et al. Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2015; 18(2):413-24.
 15. Costa KS, Francisco PMSB, Malta DC, et al. Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011. *Cad. saúde pública.* 2016; 32(2):e00090014.
 16. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (Pernambuco). Plano Diretor de Regionalização [internet]. Recife: SES-PE; 2011. [Acesso em 20 mar 2020]. Disponível em: <http://ead.saude.pe.gov.br/mod/resource/view.php?id=707>.
 17. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev. saúde pública.* 2012; 46(2):279-89.
 18. Barreto MS, Matsuda LM, Marcon SS. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2016; 20(1):114-20.
 19. Tavares DMS, Guimarães MO, Ferreira PCS, et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. *Rev. bras. enferm.* 2016; 69(1):134-41.
 20. Lefort M, Neufcourt L, Pannier B, et al. Sex differences in adherence to antihypertensive treatment in patients aged above 55: The French League Against Hypertension Survey (FLAHS). *J Clin Hypertens.* 2018; 20(10):1496-1503.
 21. Boratas S, Kilic HF. Evaluation of medication adherence in hypertensive patients and influential factors. *Pak J Med Sci.* 2018; 34(4):959-63.
 22. Mantovani MF, Mattel AT, Rocha EN, et al. Motivos para adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial. *Saúde (Santa Maria)* 2016; 42(2):59-66.
 23. Coutinho MFC, Dwyer, GO, Frossard V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. *Saúde debate.* 2018; 42(116):148-61.
 24. Durand H, Hayes P, Morrissey EC, et al. Medication adherence among patients with apparent treatment-resistant hypertension: systematic review and meta-analysis. *J Hypertens.* 2017; 35(12):2346-57.
 25. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância à Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil,

- 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
26. Bertoldi AD, Pizzol TSD, Ramos LR, et al. Perfil sociodemográfico dos usuários de medicamentos no Brasil: resultados da PNAUM 2014. *Rev. saúde pública.* 2016; 50(2):5s.
 27. Almeida ATC, Sá EB, Vieira FS, et al. Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. *Rev. saúde pública.* 2019; 53:20.
 28. Silva RM, Chaves GC, Chaves LA, et al. Farmácia Popular Program: pharmaceutical market analysis of antihypertensive acting on the renin-angiotensin system medicines. *Cienc. saúde coletiva.* 2017; 22(8):2501-12.

TABELAS DO ARTIGO

Tabela 1 - Análise bivariada entre as variáveis socioeconômicas, demográficas e a adesão ao tratamento farmacológico em hipertensos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | Amostra | | Baixa adesão | | Alta adesão | | Valor de p* |
|---|---------|-------|--------------|--------|-------------|--------|-------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Local de residência | | | | | | | 0,689 |
| Recife | 210 | 61,9 | 86 | 41,0 | 124 | 59,0 | |
| Interior | 129 | 38,1 | 50 | 38,8 | 79 | 61,2 | |
| Idade (anos, m±DP) | 64,0 | ±13,1 | 61,4 | ± 14,1 | 65,8 | ± 12,1 | 0,003 |
| Sexo | | | | | | | 0,621 |
| Masculino | 107 | 31,6 | 45 | 42,1 | 62 | 57,9 | |
| Feminino | 232 | 68,4 | 91 | 39,2 | 141 | 60,8 | |
| Sabe ler e escrever | | | | | | | 0,024 |
| Não | 111 | 32,7 | 35 | 31,5 | 76 | 68,5 | |
| Sim | 228 | 67,3 | 101 | 44,3 | 127 | 55,7 | |
| Anos de estudo formal (m±DP)** | 6,3 | ± 3,6 | 5,9 | ± 3,5 | 6,6 | ± 3,7 | 0,165 |
| Renda familiar mensal em salários mínimos | | | | | | | 0,053 |
| Até 1 SM | 138 | 40,7 | 60 | 43,5 | 78 | 56,5 | |
| Mais de 1 e até 2 SM | 126 | 37,2 | 55 | 43,7 | 71 | 56,3 | |
| Mais de 2 SM | 75 | 22,1 | 21 | 28,0 | 54 | 72,0 | |
| Situação profissional | | | | | | | 0,044 |
| Empregado (com ou sem carteira) | 16 | 4,7 | 7 | 43,8 | 9 | 56,2 | |
| Autônomo / comerciante | 26 | 7,7 | 11 | 42,3 | 15 | 57,7 | |
| Desempregado | 17 | 5,0 | 9 | 52,9 | 8 | 47,1 | |
| Do lar | 51 | 15,0 | 25 | 49,0 | 26 | 51,0 | |
| Sem ocupação, com renda (aposentado ou pensionista) | 209 | 61,7 | 71 | 34,0 | 138 | 66,0 | |
| Outras ocupações | 20 | 5,9 | 13 | 65,0 | 7 | 35,0 | |
| Chefe de família | | | | | | | 0,438 |
| Não | 109 | 32,2 | 47 | 43,1 | 62 | 56,9 | |
| Sim | 230 | 67,8 | 89 | 38,7 | 141 | 61,3 | |

Fonte: RedeNut 2015-2016.

* Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas / Teste t de Student para variáveis quantitativas.

Tabela 2 - Análise bivariada entre os aspectos clínicos e farmacológicos e a adesão ao tratamento farmacológico em hipertensos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | Amostra | | Baixa adesão | | Alta adesão | | Valor de p* |
|---|---------|-------|--------------|-------|-------------|-------|-------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Há quanto tempo sabe que tem hipertensão (m±DP) | 12,5 | ± 9,7 | 12,4 | ± 9,5 | 12,9 | ± 9,9 | 0,683 |
| Tem diabetes: Sim | 154 | 45,4 | 71 | 46,1 | 83 | 53,9 | 0,040 |
| Não | 185 | 54,6 | 65 | 35,1 | 120 | 64,9 | |
| Há quanto tempo sabe que tem diabetes (m±DP)** | 10,2 | ± 8,6 | 9,7 | ± 8,7 | 10,6 | ± 8,5 | 0,532 |
| Nº de anti-hipertensivos | | | | | | | 0,685 |
| Monoterapia | 119 | 35,6 | 46 | 38,7 | 73 | 61,3 | |
| Politerapia | 215 | 64,6 | 88 | 40,9 | 127 | 59,1 | |
| Nº de anti-diabéticos | | | | | | | 0,004 |
| Nenhum | 206 | 60,8 | 73 | 35,4 | 133 | 64,6 | |
| Monoterapia | 94 | 27,7 | 38 | 40,4 | 56 | 59,6 | |
| Politerapia | 39 | 11,5 | 25 | 64,1 | 14 | 35,9 | |

Fonte: RedeNut 2015-2016.

* Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas / Teste t de Student para variáveis quantitativas

** Para os hipertensos com diabetes

Tabela 3 - Associação entre os domínios do Brief Medication Questionnaire (BMQ) e o controle pressórico* em hipertensos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | Amostra | | HAS controlada (n=165) | | HAS não controlada (n=173) | | Valor de p** |
|------------------------------|--------------------------|------|---------------------------|------|-------------------------------|------|--------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| | Categorias dicotomizadas | | | | | | |
| Baixa adesão | 135 | 40,0 | 67 | 40,6 | 68 | 39,3 | |
| Alta adesão | 203 | 60,0 | 98 | 59,4 | 105 | 60,7 | |
| Categorias de adesão BMQ | | | | | | | 0,880 |
| Aderente | 61 | 18,0 | 32 | 19,4 | 29 | 16,8 | |
| Provavelmente aderente | 142 | 42,0 | 66 | 40,0 | 76 | 43,9 | |
| Provavelmente pouco aderente | 105 | 31,1 | 52 | 31,5 | 53 | 30,6 | |
| Pouco aderente | 30 | 8,9 | 15 | 9,1 | 15 | 8,7 | |
| Domínio Regime | | | | | | | 0,918 |
| Alta adesão | 208 | 61,5 | 102 | 61,8 | 106 | 61,3 | |
| Baixa adesão | 130 | 38,5 | 63 | 38,2 | 67 | 38,7 | |
| Domínio Crenças | | | | | | | 0,730 |
| Alta adesão | 274 | 81,1 | 135 | 81,8 | 139 | 80,3 | |
| Baixa adesão | 64 | 18,9 | 30 | 18,2 | 34 | 19,7 | |
| Domínio Recordação | | | | | | | 0,818 |
| Alta adesão | 90 | 26,6 | 43 | 26,1 | 47 | 27,2 | |
| Baixa adesão | 248 | 73,4 | 122 | 73,9 | 126 | 72,8 | |

Fonte: RedeNut 2015-2016.

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

* Não foi possível classificar o controle pressórico de um hipertenso

** Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher)

Tabela 4 - Análise bivariada entre as dificuldades para tomada de medicamentos e a adesão ao tratamento farmacológico em hipertensos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | Amostra | | Baixa adesão | | Alta adesão | | Valor de p* |
|--|---------|------|--------------|------|-------------|------|-------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Dificuldade de abrir ou fechar a embalagem | | | | | | | 0,338 |
| Não tem dificuldade | 284 | 86,6 | 109 | 38,4 | 175 | 61,6 | |
| Pouca dificuldade | 26 | 7,9 | 11 | 42,3 | 15 | 57,7 | |
| Muita dificuldade | 18 | 5,5 | 10 | 55,6 | 8 | 44,4 | |
| Dificuldade de ler o que está escrito na embalagem | | | | | | | 0,170 |
| Não tem dificuldade | 81 | 27,8 | 31 | 38,3 | 50 | 61,7 | |
| Pouca dificuldade | 83 | 28,5 | 29 | 34,9 | 54 | 65,1 | |
| Muita dificuldade | 127 | 43,6 | 60 | 47,2 | 67 | 52,8 | |
| Dificuldade de tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo | | | | | | | 0,001 |
| Não tem dificuldade | 218 | 66,1 | 61 | 28,0 | 157 | 72,0 | |
| Pouca dificuldade | 73 | 22,1 | 49 | 67,1 | 24 | 32,9 | |
| Muita dificuldade | 39 | 11,8 | 20 | 51,3 | 19 | 48,7 | |

Fonte: RedeNut 2015-2016.

*Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher)

Tabela 5 - Análise bivariada entre a adesão ao tratamento farmacológico e as formas de aquisição dos medicamentos e condutas quando os medicamentos estão em falta relatadas por hipertensos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do estado de Pernambuco, 2015-2016.

| Variáveis | Amostra (n=339) | | Baixa adesão | | Alta adesão | | Valor de p* |
|--|--------------------|------|-----------------|------|----------------|------|----------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Formas de aquisição dos anti-hipertensivos e antidiabético | | | | | | | 0,160 |
| Na própria equipe de saúde da família | 152 | 44,8 | 65 | 42,8 | 87 | 57,2 | |
| Farmácia popular | 26 | 7,7 | 8 | 30,8 | 18 | 69,2 | |
| Farmácia comunitária | 27 | 8,0 | 8 | 29,6 | 19 | 70,4 | |
| Parte compra e parte recebe na ESF | 103 | 30,4 | 47 | 45,6 | 56 | 54,4 | |
| Outro | 31 | 9,1 | 8 | 25,8 | 23 | 74,2 | |
| Conduta do usuário quando medicamento está em falta no Serviço | | | | | | | |
| Para de tomar o remédio | 14 | 4,1 | 11 | 78,6 | 3 | 21,4 | 0,003 |
| Compra sem dificuldades | 102 | 30,1 | 34 | 33,3 | 68 | 66,7 | 0,095 |
| Compra com dificuldades | 161 | 47,5 | 67 | 41,6 | 94 | 58,4 | 0,593 |
| Pede a amigos/parentes que comprem | 10 | 2,9 | 6 | 60,0 | 4 | 40,0 | 0,208 |
| Outro | 25 | 7,4 | 9 | 36,0 | 16 | 64,0 | 0,662 |
| Nunca falta | 40 | 11,8 | 15 | 37,5 | 25 | 62,5 | 0,719 |

Fonte: RedeNut 2015-2016.

* Teste Qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) para variáveis qualitativas / Teste t de Student para variáveis quantitativas.

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

 **Ministério da Saúde**
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Aggeu Magalhães

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos com a utilização do banco de dados da pesquisa "RedeNut: Avaliação da inserção do Componente Alimentação e Nutrição na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco", pela aluna do doutorado em saúde pública, **Maria Nelly Sobreira de Carvalho Barreto**, para o desenvolvimento da Pesquisa intitulada de: Análise dos conhecimentos e práticas que influenciam a adesão ao tratamento farmacológico dos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família no Estado de Pernambuco, sob a orientação da pesquisadora Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse, facultando-lhe o uso das instalações do LAM SAÚDE, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM).

Ressaltamos que o projeto RedeNut foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CEP/CPqAM (CAAE: 21989413.0.0000.5190)

Recife, 10 de julho de 2017.


Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Av. Professor Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária - Campus da UFPE
Recife - PE - CEP: 50.670-420
Telefone: (81) 2101-2500/2101-2900 Fax: (81) 3453-1911
www.cpqam.fiocruz.br

ANEXO B – FORMULÁRIO USUÁRIOS DO ESTUDO REDENUT

Município N°ESF N°Usuário

REDENUT – FORMULÁRIO USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1. Município: Recife
 Caruaru
 Serra Talhada
 Petrolina
2. Nome da equipe ESF: _____
3. Número da equipe: |__|_|
4. Nome do usuário: _____
5. Número do usuário nesta equipe: |__|
- Atenção: copiar no cabeçalho de cada página do formulário as informações 1,3 e 5.*
6. Data da entrevista: |__|_| |__|_| |__|_|_|_|

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

7. Data de nascimento: |__|_| |__|_| |__|_|_|_|
8. Sexo Masculino
 Feminino
9. O(a) senhor(a) sabe ler e escrever? Sim Não
Pular para 11
- Caso sim**
10. Quantos anos o(a) senhor(a) fez de estudo formal: |__|_| anos

11. Qual a renda familiar mensal usual em termos de salários mínimos na sua casa? (Considere como renda: salários, pensões, bolsa-família, etc., de todos que moram na casa)

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção.

- Até 1 SM Mais de 3 e até 4 SM
 Mais de 1 e até 2 SM Mais de 4 SM e até 5 SM
 Mais de 2 e até 3 SM Mais de 5 SM
 NS

Município
 N°ESF
 N°Usuário

12. Neste momento, o(a) senhor(a) está:

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção, a principal.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Empregado, com carteira assinada | <input type="checkbox"/> 7 Dona de casa |
| <input type="checkbox"/> 2 Empregado, sem carteira assinada | <input type="checkbox"/> 8 Aposentado |
| <input type="checkbox"/> 3 Fazendo biscates | <input type="checkbox"/> 9 Auxílio doença (encostado por doença) |
| <input type="checkbox"/> 4 Dono do próprio negócio | <input type="checkbox"/> 10 Pensionista |
| <input type="checkbox"/> 5 Trabalhador autônomo | <input type="checkbox"/> 11 Outro, qual: |
| <input type="checkbox"/> 6 Desempregado | _____ |

13. O(a) senhor(a) é o chefe da família?

1 Sim 0 Não

Pular para 16.

Caso não

14. O(a) chefe da família sabe ler e escrever?

1 Sim 0 Não

Pular para 15.

Caso sim

14.1. Quantos anos o(a) chefe da família fez de estudo formal: anos

15. Neste momento, o chefe da família está:

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção, a principal.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Empregado, com carteira assinada | <input type="checkbox"/> 7 Dona de casa |
| <input type="checkbox"/> 2 Empregado, sem carteira assinada | <input type="checkbox"/> 8 Aposentado |
| <input type="checkbox"/> 3 Fazendo biscates | <input type="checkbox"/> 9 Auxílio doença (encostado por doença) |
| <input type="checkbox"/> 4 Dono do próprio negócio | <input type="checkbox"/> 10 Pensionista |
| <input type="checkbox"/> 5 Trabalhador autônomo | <input type="checkbox"/> 11 Outro, qual: |
| <input type="checkbox"/> 6 Desempregado | _____ |



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Município N°ESF N°Usuário

HISTÓRIA E TRATAMENTO

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU ESTADO DE SAÚDE.

16. O(a) senhor(a) tem HIPERTENSÃO (pressão alta)? Sim Não Pular para 18.

Caso sim

17. Há quanto tempo o(a) senhor(a) sabe que tem hipertensão?

anos (00 se menos de 01 ano)
Riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra.

18. O(a) senhor(a) tem DIABETES? Sim Não Pular para 22.

Caso sim

19. Há quanto tempo o(a) senhor(a) sabe que tem diabetes?

anos (0 se menos de 01 ano)
Riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra.

20. Atualmente, o(a) senhor(a) usa insulina para tratar o seu diabetes?

Sim Não NS/NA

21. Atualmente, o(a) senhor(a) faz automonitoramento da glicemia com tiras e aparelho de leitura (em casa)?

Sim Não NS/NA

Pular para 22.

Caso sim

21.1. Como recebeu o aparelho de leitura?

Para o(a) entrevistador(a): Escrever neste quadro a(s) resposta(s).

22. Algum profissional de saúde disse que o(a) senhor(a) deveria mudar a alimentação?

Sim Não NS

Caso sim

Pular para 24.

23. Quem orientou as mudanças na alimentação?

LER as alternativas. Pode marcar mais de uma opção.

Educador físico

Médico

Enfermeiro

Nutricionista

Outro profissional, diga qual:

_____ NS/NA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

RedeNut – Usuários, práticas e conhecimentos – Pág. 3

Município N°ESF N°Usuário

24. Algum profissional de saúde disse que o(a) senhor(a) deveria fazer atividade física?

1 Sim 0 Não 9 NS

Caso sim

[Pular para 26](#)

25. Quem orientou a fazer atividade física?

LER as alternativas. Pode marcar mais de uma opção.

Educador físico

Outro profissional, diga qual:

Médico

Enfermeiro

Nutricionista

NS/NA

26. Algum profissional de saúde disse que o(a) senhor(a) deveria usar medicação para hipertensão e/ou diabetes?

1 Sim 0 Não 9 NS/NA

27. Atualmente o(a) senhor(a) está seguindo:

27.1. Orientação alimentar

1 Sim 0 Não 9 NS/NA

27.2. Fazer atividade física

1 Sim 0 Não 9 NS/NA

27.3. Usar medicação para hipertensão e/ou diabetes

1 Sim 0 Não 9 NS/NA

28. O(a) senhor(a) fuma cigarro/ cachimbo/ charuto ou outros tipos de fumo atualmente ou já fumou no passado?

NÃO LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção.

1 Sim, fumo atualmente

2 Fumei no passado, mas parei de fumar

3 Nunca fumei

29. O(a) senhor(a) consome algum tipo de bebida alcoólica?

NÃO LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção.

1 Sim, ao menos uma vez por semana

2 Sim, menos que uma vez por semana

3 Não, nunca consumi

4 Não, parei de consumir



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

RedeNut – Usuários, práticas e conhecimentos – Pág. 4

Município N°ESF N°Usuár

30. Na Unidade de Saúde da Família que o(a) senhor(a) está cadastrado existe algum grupo para hipertensos e diabéticos (HIPERDIA)?

Sim Não NS

Caso sim

31. O(a) senhor(a) participa do grupo?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção.

- Sim, participa com regularidade
 Sim, participa de vez em quando
 Não

Caso sim

31.1. Quais são as atividades realizadas pelo grupo?

LER as alternativas. Pode marcar mais de uma opção.

Riscar se NS/NA.

- Ações educativas (palestras, oficinas, teatro, etc.)
 Entrega de medicamentos
 Aferição da pressão arterial
 Aferição da glicemia
 Outras, quais: _____

32. O(a) senhor(a) já ouviu falar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ou NASF?

Sim Não

Caso sim

33. Algum profissional do NASF já realizou alguma atividade, com orientações, consulta, suporte emocional, com o(a) senhor(a)?

Sim Não NS

34. Caso o(a) senhor(a) tenha um(a) cuidador(a), algum profissional do NASF já realizou alguma atividade, como orientações, consulta, suporte emocional com o(a) cuidador(a)?

Sim Não NS

Município N°ESF N°Usuário

PRÁTICAS SOBRE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO.

35. Como o(a) senhor(a) considera seus hábitos alimentares?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção.

- Ótimo Ruim
 Bom Não sabe dizer
 Regular

36. Quais são as dificuldades que o(a) senhor(a) encontra para ter uma alimentação saudável ou seguir sua dieta (as primeiras coisas que lhe vêm à cabeça)?

Para o(a) entrevistador(a): Escrever neste quadro a(s) resposta(s). *Riscar se NS/NA.*

37. O(a) senhor(a) costuma colocar sal no prato de comida?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção.

- Nunca coloca sal no prato da comida Coloca quase sempre mesmo sem provar
 Prova e coloca se estiver sem sal Não sabe dizer

38. Com que frequência o(a) senhor(a) costuma ler nos rótulos dos produtos:

- | | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| 38.1. O prazo de validade: | <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Às vezes | <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| 38.2. Os ingredientes: | <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Às vezes | <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| 38.3. O valor nutricional: | <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Às vezes | <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| 38.4. O modo de conservação: (depois de aberto) | <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Às vezes | <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Nunca |

39. Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma trocar a comida do ALMOÇO por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?

- Nunca ou quase nunca 5 a 6 dias por semana
 1 a 2 dias na semana Todos os dias incluindo sábado e domingo
 3 a 4 dias por semana Não sabe responder

40. Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma trocar a comida do JANTAR por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?

- Nunca ou quase nunca 1 a 2 dias na semana



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

RedeNut –Usuários, práticas e conhecimentos – Pág. 6

Município N°ESF N°Usuário

3 3 a 4 dias por semana

5 Todos os dias incluindo sábado e domingo

4 5 a 6 dias por semana

9 Não sabe responder

41. Agora vamos tentar avaliar juntos a alimentação do(da) senhor(a).

| ALIMENTOS | QUANTAS VEZES VOCÊ COME | | | | | | | | | | UNIDADE | | | | |
|---|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------|---|---|---|---|
| | N | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | D | S | M | A |
| CEREAIS E DERIVADOS | N | | | | | | | | | | | | | | |
| Arroz | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arroz integral | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pão francês branco | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pão integral | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outros pães (hot dog, hamburger, doce) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bolacha tipo cream cracker | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bolacha integral | | | | | | | | | | | | | | | |
| Milho (cuscuz e outros derivados) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Macarrão | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aveia | | | | | | | | | | | | | | | |
| RAÍZES E TUBERCULOS | N | | | | | | | | | | | | | | |
| Batata inglesa | | | | | | | | | | | | | | | |
| Batata frita | | | | | | | | | | | | | | | |
| Batata doce | | | | | | | | | | | | | | | |
| Farinha de mandioca | | | | | | | | | | | | | | | |
| Macaxeira | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inhame | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tapioca | | | | | | | | | | | | | | | |
| LEGUMINOSAS | N | | | | | | | | | | | | | | |
| Feijão (mulatinho, cariquinha, preto) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Feijão verde e macassar | | | | | | | | | | | | | | | |
| Soja | | | | | | | | | | | | | | | |
| Amendoim natural/ salgado | | | | | | | | | | | | | | | |
| Castanhas, nozes, amêndoas (nat/ salg) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Amendoim ou castanha tipo japonês/ cobertura caramelizada ou outras | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRODUTOS LÁCTEOS | N | | | | | | | | | | | | | | |
| Leite integral | | | | | | | | | | | | | | | |
| Leite desnatado ou semi desnatado | | | | | | | | | | | | | | | |
| Leite ou extrato de soja (Ex:Ades) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Creme de leite | | | | | | | | | | | | | | | |
| logurte integral | | | | | | | | | | | | | | | |
| logurte light | | | | | | | | | | | | | | | |
| Requeijão integral | | | | | | | | | | | | | | | |
| Requeijão light | | | | | | | | | | | | | | | |
| Queijos coalho, prato, mussarela, manteiga | | | | | | | | | | | | | | | |
| Queijos ricota, minas, coalho light | | | | | | | | | | | | | | | |
| CARNES, PESCADOS e OVOS | N | | | | | | | | | | | | | | |
| Carne bovina guisada | | | | | | | | | | | | | | | |
| Carne bovina assada no forno/ grelhada | | | | | | | | | | | | | | | |
| Carne bovina frita | | | | | | | | | | | | | | | |



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

RedeNut – Usuários, práticas e conhecimentos – Pág. 7

Município N°ESF N°Usuário

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|--|--|
| Charque/ carne de sol | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Carne de porco | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fígado, miúdo de frango, boi, porco | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Galinha sem pele assada no forno/ grelhada | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CARNES, PESCADOS e OVOS | N | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | D | S | M | A | | |
| Galinha c/pele ou frita ou guisada | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Peixe ao molho | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Peixe assado (no forno) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Peixe frito | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frutos do mar | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atum/sardinha em conserva | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mortadela,presunto,linguiça, salsicha | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Carne em conserva (enlatada) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Empanado | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Toucinho/ bacon | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ovo (galinha) cozido | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ovo (galinha) frito | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VERDURAS E LEGUMES | N | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | D | S | M | A | | |
| Salada crua (folhas, tomate, cebola, pepino) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Salada cozida (na água ou vapor) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Chuchu | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cenoura | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jerimum | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quiabo/ maxixe | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vagem | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Couve flor/ repolho/ Acelga | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Espinafre/ couve folha/ brócolis | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beterraba | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FRUTAS | N | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | D | S | M | A | | |
| Banana | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Laranja | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acerola | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Maracujá | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manga | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Maçã | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mamão | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Abacate | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Goiaba | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Melão | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jaca | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Melancia | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uva | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Siriguela | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Abacaxi | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Umbu | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cajá | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pinha | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Ministério da Saúde

FIUCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

RedeNut – Usuários, práticas e conhecimentos – Pág. 8

Município
 N°ESF
 N°Usuário

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|--|--|--|
| Pêra | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Graviola | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Caju | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Carambola | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tamarindo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FRUTAS | N | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | D | S | M | A | | | |
| Morango/ Kiwi | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frutas em calda ou cristalizadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GORDURAS | N | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | D | S | M | A | | | |
| Margarina | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manteiga | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Maionese | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Maionese light | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Azeite | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AÇÚCARES/GULOSEIMAS | N | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | D | S | M | A | | | |
| Açúcar | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Achocolatado | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Balas e doces | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mel/ Rapadura | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pudim/ Manjar/ Sorvetes/ Chocolate | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MISCELÂNEAS | N | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | D | S | M | A | | | |
| Salgadinhos de pacote (industrializ.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Salgadinho de forno | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coxinha/Empada/Risole/Pastel | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pizza/ Sanduíche/McDonalds | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ketchup/mostarda | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Biscoito tipo maisena e Maria | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Biscoito com recheio ou amanteigado | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bolo simples caseiro | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Misturas para bolo (bolo de padaria) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bolo com cobertura e tortas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Macarrão instantâneo (miojo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barras de cereal | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cereais matinais açucarados | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BEBIDAS | N | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | D | S | M | A | | | |
| Café | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Chá | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Refrigerante | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Refrigerante light | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cerveja | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vinho | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pinga/ Uísque | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Água de côco | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Suco de frutas sem açúcar (fruta natural) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Suco de frutas com açúcar (fruta natural) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Suco artificial (pó ou garrafa ou caixa) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Ministério da Saúde

 FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Município N°ESF N°Usuário

PRÁTICAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ATIVIDADE FÍSICA.

42. Como o(a) senhor(a) considera sua atividade física?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção.

- 1 Sedentário
 2 Pouco ativo
 3 Moderadamente ativo
 4 Muito ativo
 9 Não sabe dizer

43. O(a) senhor(a) participa de algum programa regular de atividade física oferecido pelo SUS (tipo Academia da Saúde ou programas da Unidade de Saúde da Família)?

1 Sim 0 Não

44. Quais são as dificuldades que o(a) senhor(a) encontra para ter uma atividade física com regularidade (as primeiras coisas que lhe vêm à cabeça)?

Para o(a) entrevistador(a): Escrever neste quadro a(s) resposta(s). Riscar se NS/NA.

AMBIENTE PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O AMBIENTE PERTO DA SUA CASA. CONSIDERE COMO PERTO OS LOCAIS QUE O(A) SENHOR(A) CONSEGUE CHEGAR CAMINHANDO EM ATÉ 10 MINUTOS.

45. Existem mercadinhos, supermercados, farmácia, padaria e locais próximos a sua casa numa distância que você pode ir caminhando para comprar ou fazer coisas que você precisa na sua vida cotidiana?

1 Sim 0 Não 9 NS/NR

46. Existem pontos de ônibus e/ou metrô próximos a sua casa que você possa ir caminhando?

1 Sim 0 Não 9 NS/NR

47. Existem espaços públicos, como praças, locais para caminhar, quadra de esportes para realizar atividade física, próximos a sua casa?

1 Sim 0 Não 9 NS/NR



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

RedeNut – Usuários, práticas e conhe

Município N°ESF N°Usuário

48. Existem calçadas na maioria das ruas perto de sua casa?

1 Sim 0 Não 9 NS/NR

Caso sim

[Pular para 50](#)

49. Como o(a) senhor(a) considera as calçadas perto de sua casa para caminhar?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção.

1 Boas 2 Regulares 3 Ruins 9 NS/NA

50. Existem áreas verdes com árvores nas ruas perto de sua casa?

1 Sim 0 Não 9 NS/NR

Caso sim

[Pular para 52](#)

51. Como o(a) senhor(a) considera as áreas verdes perto de sua casa?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção.

1 Boas 2 Regulares 3 Ruins 9 NS/NA

52. As ruas perto de sua casa são planas (sem subidas e descidas)?

1 Sim 0 Não 9 NS/NR

53. Existem locais com acúmulo de lixo nas ruas perto de sua casa?

1 Sim 0 Não 9 NS/NR

54. Existem locais com esgoto a céu aberto nas ruas perto de sua casa?

1 Sim 0 Não 9 NS/NR

55. O trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos dificulta a prática de caminhada ou o uso de bicicleta perto da sua casa?

1 Sim 0 Não 9 NS/NR

56. Existem faixas para atravessar nas ruas perto de sua casa?

1 Sim 0 Não 9 NS/NR

Caso sim

[Pular para 58](#)

57. Os motoristas costumam parar e deixar que as pessoas atravessem na faixa de segurança?

1 Sim 0 Não 9 NS/NR

58. Existe fumaça de poluição perto de sua casa?

1 Sim 0 Não 9 NS/NR



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

RedeNut – Usuários, práticas e conh

Município N°ESF N°Usuário

59. As ruas perto de sua casa são bem iluminadas à noite?

1 Sim 0 Não 9 NS/NR 1 Sim

60. Durante o dia, o(a) senhor(a) acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa?

1 Sim 0 Não 9 NS/NR

61. Durante a noite, o(a) senhor(a) acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa?

1 Sim 0 Não 9 NS/NR

62. O clima (frio, chuva, calor) dificulta que o(a) senhor(a) caminhe, ande de bicicleta ou pratique esportes no seu bairro?

1 Sim 0 Não 9 NS/NR

Nos últimos três meses com que frequência algum(a) AMIGO(A) OU VIZINHO(A):

63. Fez caminhada, andou de bicicleta ou praticou esporte com o(a) senhor(a)?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção.

1 Sempre 2 Às vezes 0 Nunca

64. Convidou-lhe a fazer caminhada, andar de bicicleta ou praticar esportes com ele?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção.

1 Sempre 2 Às vezes 0 Nunca

65. Incentivou-lhe a fazer caminhada, andar de bicicleta ou praticar esportes?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção.

1 Sempre 2 Às vezes 0 Nunca

Nos últimos três meses com que frequência algum PARENTE:

66. Fez caminhada, andou de bicicleta ou praticou esporte com o(a) senhor(a)?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção.

1 Sempre 2 Às vezes 0 Nunca

67. Convidou-lhe a fazer caminhada, andar de bicicleta ou praticar esportes com ele?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção.

1 Sempre 2 Às vezes 0 Nunca

68. Incentivou-lhe a fazer caminhada, andar de bicicleta ou praticar esportes?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção.

1 Sempre 2 Às vezes 0 Nunca

Município N°ESF N°Usuário

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ - VERSÃO LONGA)

Agora vamos tentar avaliar juntos como é sua atividade física. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física NA ÚLTIMA SEMANA. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim.

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. NÃO incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

69 a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

- Sim
 Não – Vá para seção 2: Transporte.

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você fez na última semana de trabalho habitual, como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. NÃO inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS:

69 b. Em quantos dias de uma semana normal você ANDA, durante pelo menos 10 minutos contínuos, COMO PARTE DO SEU TRABALHO? Por favor, NÃO inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

- dias por SEMANA
 nenhum - Vá para a questão 69 d.

69 c. Quanto tempo no total você usualmente gasta POR DIA caminhando COMO PARTE DO SEU TRABALHO?

Horas: Minutos:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Município N°ESF N°Usuário

69 d. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades MODERADAS, por pelo menos 10 minutos contínuos, como carregar pesos leves COMO PARTE DO SEU TRABALHO?

dias por SEMANA

() nenhum - [Vá para a questão 69 f.](#)

69 e. Quanto tempo no total você usualmente gasta POR DIA fazendo atividades moderadas COMO PARTE DO SEU TRABALHO?

Horas: Minutos:

69 f. Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades VIGOROSAS, por pelo menos 10 minutos contínuos, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas COMO PARTE DO SEU TRABALHO:

dias por SEMANA

() nenhum - [Vá para seção 2.](#)

69 g. Quanto tempo no total você usualmente gasta POR DIA fazendo atividades físicas vigorosas COMO PARTE DO SEU TRABALHO?

Horas: Minutos:

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem À FORMA TÍPICA como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

70 a. Em quantos dias da última semana você andou de carro, ônibus, metrô ou trem?

dias por SEMANA

() nenhum - [Vá para questão 70 c.](#)

70 b. Quanto tempo no total você usualmente gasta POR DIA andando de carro, ônibus, metrô ou trem?

Horas: Minutos:

Agora pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro na última semana.

70 c. Em quantos dias da última semana você andou de bicicleta por PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS para ir de um lugar para outro? (NÃO inclua o pedalar por lazer ou exercício)

dias por SEMANA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Município N°ESF N°Usuário

() Nenhum - [Vá para a questão 70 e.](#)

70 d. Nos dias que você pedala, quanto tempo no total você pedala POR DIA para ir de um lugar para outro?

Horas: Minutos:

70 e. Em quantos dias da última semana você caminhou por PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS para ir de um lugar para outro? (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

dias por SEMANA

() Nenhum - [Vá para a Seção 3.](#)

70 f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro, quanto tempo POR DIA você gasta? (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

Horas: Minutos:

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA.

Esta parte inclui as atividades físicas que você fez NA ÚLTIMA SEMANA na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense somente naquelas atividades físicas que você faz POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS.

71 a. Em quantos dias da última semana você fez atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar (usar o ciscador) NO JARDIM OU QUINTAL:

dias por SEMANA

() Nenhum - [Vá para questão 71 c.](#)

71 b. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta POR DIA fazendo essas atividades moderadas NO JARDIM OU NO QUINTAL?

Horas: Minutos:

71 c. Em quantos dias da última semana você fez atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão DENTRO DA SUA CASA:

dias por SEMANA

() Nenhum - [Vá para questão 71 e.](#)



Ministério da Saúde
 FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Município N°ESF N°Usuário

71 d. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas DENTRO DA SUA CASA quanto tempo no total você gasta POR DIA?

Horas: Minutos:

71 e. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades físicas VIGOROSAS NO JARDIM OU QUINTAL por pelo menos 10 minutos como capinar, lavar o quintal, esfregar o chão:

dias por SEMANA

() Nenhum - [Vá para a seção 4.](#)

71 f. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas NO QUINTAL OU JARDIM quanto tempo no total você gasta POR DIA?

Horas: Minutos:

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER.

Esta seção se refere às atividades físicas que você fez NA ÚLTIMA SEMANA unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS. Por favor, NÃO inclua atividades que você já tenha citado.

72 a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias da ultima semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos NO SEU TEMPO LIVRE?

dias por SEMANA

() Nenhum - [Vá para questão 72 c.](#)

72 b. Nos dias em que você caminha NO SEU TEMPO LIVRE, quanto tempo no total você gasta POR DIA?

Horas: Minutos:

72 c. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades MODERADAS NO SEU TEMPO LIVRE por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis:

dias por SEMANA

() Nenhum - [Vá para questão 72 e.](#)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Município N°ESF N°Usuário

72 d. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas **NO SEU TEMPO LIVRE** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

Horas: Minutos:

72 e. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades **VIGOROSAS NO SEU TEMPO LIVRE** por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido:

dias por SEMANA
 () Nenhum - [Vá para seção 5](#)

72 f. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas **NO SEU TEMPO LIVRE** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

Horas: Minutos:

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro e durante as refeições principais.

73 a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante **UM DIA DE SEMANA**?

Horas: Minutos:

73 b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em **UM DIA DE FINAL DE SEMANA**?

Horas: Minutos:

PRÁTICAS PARA O TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO E/OU DIABETES.

74. Como normalmente o(a) senhor(a) consegue a maioria dos medicamentos para **controlar a pressão alta e/ou o diabetes**?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE uma opção.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Na própria equipe da saúde da família | <input type="checkbox"/> Na farmácia convencional |
| <input type="checkbox"/> Na farmácia popular (Programa Governo) | <input type="checkbox"/> Parte compra e parte recebe |
| | <input type="checkbox"/> Não usa medicação |

Município N°ESF N°Usuário

6 Outro, diga qual: _____ 9 NS/NA

75. Atualmente, quando seu remédio acaba e ele está em falta no serviço público como posto de saúde, hospital, farmácia popular, etc., o(a) senhor(a) faz o que:

LER as alternativas. Pode marcar mais de uma opção.

Riscar se NS/NA.

- Para de tomar o remédio
- Compra sem dificuldades
- Compra, mesmo com dificuldades
- Pede a amigos/parentes que comprem para o(a) senhor(a)
- Pede ao médico para mudar a receita
- Outro, diga qual: _____
- Nunca falta

76. Acontece de o(a) senhor(a) parar de tomar o remédio prescrito para controle da pressão e/ou do diabetes?

1 Sim 0 Não 9 NS/NA

Pular para 78

Caso sim

77. Por que motivos?

NÃO LER as alternativas. Pode marcar mais de uma opção.

Riscar se NS/NA.

- Médico não renovou receita
- Médico mandou parar
- Ficou curado
- Acabou o remédio na Unidade de Saúde da Família
- É muito caro
- Remédio fez mal
- Outro, diga qual: _____

78. O(a) senhor(a) acha difícil abrir ou fechar as embalagens dos medicamentos?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE uma opção.

- 0 Não
- 1 Sim, um pouco
- 2 Sim, muito
- 9 NS

79. O(a) senhor(a) acha difícil ler o que está escrito nas embalagens dos medicamentos?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE uma opção.

- 0 Não
- 1 Sim, um pouco



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Município
 N°ESF
 N°Usuário

2 Sim, muito

9 NS

80. O(a) senhor(a) acha difícil lembrar de tomar todos os medicamentos?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE uma opção.

0 Não

1 Sim, um pouco

2 Sim, muito

9 NS

81. O(a) senhor(a) acha difícil tomar tantos medicamentos ao mesmo tempo?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE uma opção.

0 Não

1 Sim, um pouco

2 Sim, muito

9 NS

Pedir para ver a receita ou a embalagem dos medicamentos para hipertensão e/ou diabetes; e preencher uma ficha para cada medicamento que o usuário apresenta

Se o usuário apresentar um medicamento que não seja para tratamento de hipertensão e/ou diabetes, indicar o nome na ficha de medicamentos e riscar a parte ao lado. Essas fichas vão ser recolhidas para análise.

Em caso de dúvida, sobre se o medicamento está ou não para tratamento de hipertensão e/ou diabetes, preencher a ficha.

PERGUNTAS PARA O FIM DO QUESTIONÁRIO PARA O ENTREVISTADOR REFERENTE À SUA PERCEPÇÃO

82. No decorrer da entrevista podem-se perceber as seguintes dificuldades:

Pode marcar mais de uma opção. Riscar se não há o que assinalar.

Déficit cognitivo

Analfabetismo

Diminuição da acuidade visual

Diminuição da acuidade auditiva

Problemas emocionais, sintomas depressivos e outras barreiras psicológicas

Medos: da perda da independência; de hipoglicemia, do ganho de peso

Medo: das aplicações de insulina

Medo: das complicações



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Município N°ESF N°Usuário

O Outras, quais: _____

MEDIDAS DE PRESSÃO E MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

M1. Pressão arterial (1ª medida, SENTADO): 1. Sistólica mmHg

2. Diastólica mmHg

M2. Pressão arterial (2ª medida, SENTADO): 1. Sistólica mmHg

2. Diastólica mmHg

Caso medidas difiram mais de 4 mmHg

M3. Pressão arterial (3ª medida, SENTADO): 1. Sistólica mmHg

2. Diastólica mmHg

M4. Peso: kg

M5. Altura: cm

M6. Circunferência abdominal (1ª medida): cm

M7. Circunferência abdominal (2ª medida): cm

Caso medidas difiram mais de 1 cm

M8. Circunferência abdominal (3ª medida): cm

M9. Circunferência do quadril (1ª medida): cm

M10. Circunferência do quadril (2ª medida): cm

Caso medidas difiram mais de 1 cm

|_| |_|_| |_|
Município N°ESF N°Usuário

M11. Circunferência do quadril (3ª medida): |_|_|_|_|_| cm

Muito obrigado, por haver disponibilizado seu tempo livre para responder este questionário



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

ANEXO C – FICHA DE MEDICAMENTOS DE USO ORAL PARA HIPERTENSÃO E DIABETES DO ESTUDO REDENUT

Município N°ESF N°Usuário

FICHA DE MEDICAMENTOS DE USO ORAL PARA HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Uma ficha para cada medicamento diferente.

Nome do usuário: _____

Colocar a identificação no cabeçalho

| | |
|--|---|
| 1. Medicamento <input type="radio"/> Metformina <input type="radio"/> Glibenciamida <input type="radio"/> Gliclazida <input type="radio"/> Hidroclorotiazida <input type="radio"/> Furosemida <input type="radio"/> Espiranolactona <input type="radio"/> Atenolol <input type="radio"/> Metoprolol <input type="radio"/> Caverdilol <input type="radio"/> Propranolol <input type="radio"/> Captopril <input type="radio"/> Enalapril <input type="radio"/> Metildopa <input type="radio"/> Anlodipino <input type="radio"/> Verapamil <input type="radio"/> Losartana <input type="radio"/> Outro, qual: _____ _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;">Se o medicamento não for para hipertensão ou diabetes, colocar o nome e riscar a parte ao lado</div> | 2. Nº de comprimidos/dia: <input type="text"/> 3. A que momento do dia o(a) senhor(a) deve tomá-lo? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: x-small;">VER as alternativas. Pode marcar mais de uma opção</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: x-small;">Riscar se NÃO</div> <input type="radio"/> No café da manhã <input type="radio"/> No almoço <input type="radio"/> No jantar <input type="radio"/> Em outro horário, qual: _____ 4. O(a) senhor(a) sabe para que usa esse medicamento? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: x-small;">NÃO VER as alternativas. Pode marcar mais de uma opção</div> <input type="radio"/> Hipertensão <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Outro, qual: _____ <input type="radio"/> Não sabe 5. Quem prescreveu esse medicamento? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: x-small;">VER as alternativas. Pode marcar SOMENTE uma opção</div> <input type="checkbox"/> O(a) médico(a) da Unidade de Saúde da Família <input type="checkbox"/> Especialista por encaminhamento da Unidade de Saúde da Família <input type="checkbox"/> Especialista sem encaminhamento da Unidade de Saúde da Família <input type="checkbox"/> Centro de referência em hipertensão e diabetes <input type="checkbox"/> Outro, qual: _____ <input type="checkbox"/> Não sabe 6. O(a) senhor(a) acha difícil conseguir esse medicamento? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: x-small;">VER as alternativas. Pode marcar SOMENTE uma opção</div> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, um pouco <input type="checkbox"/> Sim, muito <input type="checkbox"/> Não sabe |
|--|---|



Município

 N°ESF

 N°Usuário

Agora eu vou fazer perguntas em relação a esse medicamento, pensando na última semana:

7. Quantos dias o(a) senhor(a) tomou esse remédio? |__|

8. Quantas vezes por dia o(a) senhor(a) tomou esse remédio? |__|

9. Quantos comprimidos o(a) senhor(a) tomou em cada vez? |__|

10. Quantas vezes o(a) senhor(a) esqueceu de tomar esse remédio?

VER as alternativas. Pode marcar SOMENTE uma opção

0 Nenhuma

1 Algumas vezes

2 Esqueceu muito

3 Não tomou o remédio na última semana

9 Não sabe dizer

11. Como esse medicamento funciona para o(a) senhor(a)?

VER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção

1 Funciona bem

2 Funciona regular

3 Não funciona bem

9 Não sabe dizer

12. Esse remédio causa problemas/incomoda o(a) senhor(a)?

 Sim

 Não

Caso sim

13. Quanto esse remédio incomoda o(a) senhor(a)?

VER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção

1 Muito

2 Um pouco

3 Muito pouco

14. Como descreveria o incômodo?

Resposta do usuário:



ANEXO D – FICHA DE MEDICAMENTOS INSULINA DO ESTUDO REDENUT

 Município N°ESF N°Usuário

FICHA DE INSULINA E SERINGAS PARA DIABÉTICOS

Uma ficha para cada insulina diferente (se houver)

Nome do usuário: _____

Colocar a identificação no cabeçalho

| | |
|--|---|
| 1. Medicamento | |
| <input type="radio"/> Insulina Humana NPH <input type="radio"/> Insulina Humana Regular <input type="radio"/> Outro tipo de Insulina, qual: _____ _____ _____ _____ | 2. N° de injeções / dia: <input type="text"/> 3. A que momento(s) do dia o(a) senhor(a) faz a(s) injeção(ões)? <u>LER as alternativas. Pode marcar mais de uma opção</u> <u>Recor. se NS</u> <input type="radio"/> No café da manhã <input type="radio"/> No almoço <input type="radio"/> No jantar <input type="radio"/> Antes de dormir <input type="radio"/> Em outro horário, qual: _____ 4. O(a) senhor(a) sabe para que usa a insulina? <u>NÃO LER as alternativas. Pode marcar mais de uma opção</u> <input type="radio"/> Hipertensão <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Outro, qual: _____ <input type="radio"/> Não sabe 5. Quem faz a aplicação de insulina? <u>NÃO LER as alternativas. Pode marcar mais de uma opção</u> <u>Recor. se NS</u> <input type="radio"/> O(a) senhor(a) <input type="radio"/> Alguém da família <input type="radio"/> Amigo <input type="radio"/> Vizinho <input type="radio"/> Cuidador <input type="radio"/> Alguém da Unidade de Saúde da Família <input type="radio"/> Paga a um profissional para aplicar <input type="radio"/> Outro, quem: _____ 6. Quem prescreveu a insulina? <u>LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE uma opção</u> <input type="checkbox"/> O(a) médico(a) da Unidade de Saúde da Família <input type="checkbox"/> Especialista por encaminhamento da Unidade de Saúde da Família <input type="checkbox"/> Especialista sem encaminhamento da Unidade de Saúde da Família <input type="checkbox"/> Centro de referência em hipertensão e diabetes <input type="checkbox"/> Outro, qual: _____ <input type="checkbox"/> Não sabe |



Município

NºESF

NºUsuário

7. Quem acompanha o tratamento com a insulina?

VER as alternativas. Pode marcar SOMENTE uma opção

- 1 O(a) médico(a) da Unidade de Saúde da Família
 2 Especialista por encaminhamento da Unidade de Saúde da Família
 3 Especialista sem encaminhamento da Unidade de Saúde da Família
 4 Centro de referência em hipertensão e diabetes
 5 Outro, qual: _____
 6 Não sabe

8. O(a) senhor(a) acha difícil conseguir a insulina?

VER as alternativas. Pode marcar SOMENTE uma opção

- 0 Não
 1 Sim, um pouco
 2 Sim, muito
 3 Não sabe

9. O(a) senhor(a) acha difícil conseguir os insumos (seringas, lancetas, tiras reativas) para aplicação da insulina?

VER as alternativas. Pode marcar SOMENTE uma opção

- 0 Não
 1 Sim, um pouco
 2 Sim, muito
 3 Não sabe

10. Onde o(a) senhor(a) guarda a insulina?

NÃO LER as alternativas. Pode marcar mais de uma opção

- 0 Geladeira
 1 Armário
 2 Outro, qual: _____
 3 Não sabe

11. O(a) senhor(a) reutiliza as seringas?

1 Sim 0 Não

12. O que o(a) senhor(a) faz para descartar as seringas?

Respostas do usuário:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Getúlio Vargas

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

RedeNUT – Usuários, fichas de insulinas e insumos – Pág. 2

Município

NºESF

NºUsuário

Agora eu vou fazer perguntas em relação à insulina, pensando na última semana:

13. Quantas vezes o(a) senhor(a) esqueceu de tomar a insulina?

VER as alternativas. Pode marcar SOMENTE uma opção

- 0 Nenhuma
 1 Algumas vezes
 2 Esqueceu muito
 3 Não tomou a Insulina na última semana
 4 Não sabe

14. Como a insulina funciona para o(a) senhor(a)?

VER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção

- 1 Funciona bem
 2 Funciona regular
 3 Não funciona bem
 4 Não sabe dizer

15. A insulina causa problemas/incomoda o(a) senhor(a)?

1 Sim 0 Não

Caso sim

16. Quanto a insulina incomoda o(a) senhor(a)?

VER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção

- 1 Muito
 2 Um pouco
 3 Muito pouco

17. Como descreveria o incômodo?

Respostas do usuário:



Ministério da Saúde

PROUR
 Fundação Getúlio Vargas

Centro de Pesquisas René Venâncio

RedeNiz – Usuários, fichas de insulinas e insumos – Pág. 3

ANEXO E – CARTA DE ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RedeNut: Avaliação da inserção do Componente Alimentação e Nutrição na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco.

Pesquisador: Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Área Temática: A critério do CEP

Versão: 4

CAAE: 21989413.0.0000.5190

Instituição Proponente: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A CIÊNCIA E TECNOLOGIA - FACEPE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 768.025

Data da Relatoria: 27/08/2014

Apresentação do Projeto:

Introdução: Nas últimas décadas, transformações socioeconômicas, históricas e culturais afetaram os aspectos nutricionais e educacionais da população brasileira, gerando modificações no perfil nutricional, especialmente representadas pela diminuição da prevalência de deficiências nutricionais e aumento populacional do binômio sobrepeso/obesidade (excesso de peso) e de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas a essas doenças, sendo que a OMS destaca como seus principais fatores de risco o tabagismo, a inatividade física, a alimentação não saudável e o uso prejudicial de álcool. O Ministério da Saúde do Brasil, a partir da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, reconhece que "o declínio do nível de atividade física, aliado a adoção de modos de se alimentar pouco saudáveis, com a adesão a um padrão de dieta rica em alimentos com alta densidade energética e baixa concentração de nutrientes, o aumento do consumo de alimentos ultra processados e o consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açúcar tem relação direta com o aumento da obesidade e demais doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão, e explicam, em parte, as crescentes prevalências de sobrepeso e obesidade observadas nas últimas décadas". Estudos evidenciaram que o excesso de peso decorrente dessas modificações na alimentação e atividade física não poupa mais a população de baixa renda do país, seguindo um processo já

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº. 466 de 2012 e na Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

BRASILIA, 28 de Agosto de 2014

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS USUÁRIOS (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIOS

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa com o título **RedeNut: Avaliação da inserção do Componente Alimentação e Nutrição na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco**, coordenada pela pesquisadora **Eduarda Ângela Pessoa Cesse**.

Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre a mesma e sobre o seu papel enquanto participante.

Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Atenção à Saúde a promoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividade física, em particular, em relação ao tratamento não medicamentoso dos hipertensos e diabéticos.

A sua contribuição na pesquisa ocorrerá através da medição da sua pressão arterial, de seu peso, altura, cintura e quadril, bem como, respondendo a um questionário.

Você terá como benefícios o recebimento dos resultados de suas medidas e seu encaminhamento, se necessário, pela equipe da pesquisa ao posto de saúde.

A qualquer momento você pode desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo para o seu atendimento no posto.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma): _____

Assinatura do participante: _____ Data: ____/____/____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado.

Assinatura do pesquisador: _____ Data: ____/____/____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:
Coordenadora da Pesquisa: Eduarda Ângela Pessoa Cesse.
Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego, Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.
E-mail: educasse@cpqm.fiocruz.br
Telefone: (81) 2101 – 2609

ANEXO G – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

[SD] Agradecimento pela submissão

Hoje 15:53

Maria Nelly Sobreira de Carvalho Barreto,

Agradecemos a submissão do trabalho "Adesão à farmacoterapia em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família: estudo RedeNut" para a revista Saúde em Debate.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão:

<http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/authorDashboard/submission/3938>

Login: nelly

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Mariana Chastinet

revista@saudeemdebate.org.br