

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



TESE DE DOUTORADO

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM IDOSOS
E HIPERTENSOS**

NOEMIA URRUTH LEÃO TAVARES

Orientador: Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue

Porto Alegre, Junho de 2012.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



TESE DE DOUTORADO

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM IDOSOS
E HIPERTENSOS**

NOEMIA URRUTH LEÃO TAVARES

Orientador: Prof.Dr. Sotero Serrate Mengue

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil.

2012

CIP - Catalogação na Publicação

TAVARES, NOEMIA URRUTH LEÃO
ADESÃO AO TRATAMENTO EM IDOSOS E HIPERTENSOS /
NOEMIA URRUTH LEÃO TAVARES. -- 2012.
136 f.

Orientador: SOTERO SERRATE MENGUE.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. ADESÃO AO TRATAMENTO. 2. HIPERTENSÃO. 3. IDOSOS. 4. ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE. 5. ESTUDOS TRANSVERSAIS. I. MENGUE, SOTERO SERRATE, orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Maria Cristina Werlang. Faculdade de Farmácia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Isabela Heineck. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Tatiane da Silva Dal Pizzol. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MENSAGEM

“A felicidade murcha como as flores; entretanto, assim como o bom jardineiro sempre tem a seu alcance outras para substituí-las, quem possui conhecimentos pode, também, substituir constantemente os motivos que dão permanência à felicidade na vida. O conhecimento a fixa, a torna estável; permite sentir seu palpitar de eternidade”.

Carlos Bernardo González Pecotche.

AGRADECIMENTOS

Esta tese é resultado do trabalho que só foi possível pelo apoio de várias pessoas. Agradeço a todos que de alguma maneira contribuíram na sua execução, em especial a:

O Programa de Pós-graduação em Epidemiologia e seus professores por contribuírem na minha formação.

Meu orientador, *Sotero Serrate Mengue*, pela confiança no meu trabalho, encorajamento e apoio durante todo o curso. Por me ensinar de forma segura e competente a trilha pelo conhecimento da adesão ao tratamento.

Andréa Homsí Dâmaso, minha querida amiga e “co-orientadora”, obrigada pelo incansável apoio e incentivo em todas as etapas deste doutoramento. Seu exemplo de profissionalismo, e sua dedicação foram fundamentais durante esta trajetória.

Elaine Thumé, obrigada pela confiança e acolhimento do tema de estudo no seu projeto e ter compartilhado comigo os desafios do doutorado.

Lucia A. S. Vieira (Luca) pela amizade incansável e dedicada e parceria na coordenação do trabalho de campo nos dois estudos, tornando a execução competente, tranquila e exitosa.

A minha família:

Meu pai João (in memorian) pelo exemplo de retidão de caráter, de amor à família e o incentivo pela busca do conhecimento.

A minha mãe *Gilda*, sem você este sonho não teria se realizado, palavras seriam insuficientes para descrever a minha gratidão pelo apoio e amor incondicional durante toda a minha vida.

Ao meu esposo *André Luis*, obrigada pelas palavras de encorajamento e incentivo, pelo cuidado e afeto com a nossa família, enfim, por compartilhar da realização deste sonho. Te amo muito.

Aos meus filhos, *Júlia e Nicolas*, sem vocês nada faria sentido. Amo vocês.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS.....	8
RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	11
1. APRESENTAÇÃO.....	13
2. INTRODUÇÃO.....	14
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
3.1 Aspectos epidemiológicos do envelhecimento populacional e da hipertensão Arterial.....	16
3.2 Adesão ao Tratamento Farmacológico.....	22
3.2.1 Fatores associados a Adesão ao Tratamento.....	24
3.2.2 Métodos de mensuração de Adesão ao Tratamento.....	29
4. OBJETIVOS.....	37
4.1 Objetivo Geral.....	37
4.2 Objetivos Específicos	37
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
6. ARTIGO 1.....	45
7. ARTIGO 2.....	71
8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
9. ANEXOS.....	101
A - Mapa da área urbana de Bagé e distribuição das Unidades Básicas de Saúde. Bagé, 2008.....	102
B – Questionário estudo 1.....	103
C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudo 1.....	122
D – Parecer Comitê de ética e Pesquisa – Estudo 1.....	124
E – Questionário estudo 2.....	125
F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudo 2.....	135
G – Parecer Comitê de ética e Pesquisa – Estudo 2.....	136

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla em inglês para *Acquired Immune Deficiency Syndrome*).

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

HA – Hipertensão Arterial

HIV – Vírus da Aids (sigla em inglês para *Human immunodeficiency virus*).

MEMS - Monitorização do número de tomadas de medicamentos (sigla em inglês para *Monitoring Event Medication System*).

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PA – Pressão Arterial.

RESUMO

TAVARES, Noemia Urruth Leão. **Adesão ao Tratamento Medicamentoso em idosos e hipertensos**. 2012. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A adesão ao tratamento pode ser conceituada como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação às orientações do médico ou de outro profissional de saúde. O baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e a sua qualidade de vida, constituindo-se em problema relevante, que pode trazer consequências pessoais, sociais e econômicas. A tese aqui apresentada aborda a *adesão tratamento medicamentoso*, analisando dois contextos de extrema importância epidemiológica: os fatores associados a baixa adesão ao tratamento medicamentoso em uma população idosa residente na comunidade e os determinantes da adesão ao tratamento anti-hipertensivo por pacientes hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da família (ESF). Os resultados apresentados são de dois estudos distintos, realizados no município de Bagé, RS, em 2008 e 2010, respectivamente. O primeiro estudo foi transversal de base populacional, com amostra representativa de 1.593 idosos entrevistados em seus domicílios. A baixa adesão referida ao tratamento medicamentoso foi mensurada através do *Brief Medication Questionnaire (BMQ)* e verificada a sua associação em relação aos fatores demográficos e socioeconômicos, comportamentais e de saúde, assistência e prescrição. No segundo estudo amostra foi composta por 1.588 indivíduos hipertensos adultos e idosos residentes na área de abrangência urbana da ESF do município. Os dados também foram coletados através de entrevistas domiciliares. Para mensuração da adesão ao tratamento anti-hipertensivo foram utilizados dois instrumentos de adesão referida pelo paciente, o *Brief Medication Questionnaire (BMQ)* e o *Morisky Medication Adherence Scale, 8-items (MMAS-8)* e analisada a associação em relação aos fatores demográficos e socioeconômicos, comportamentais e de saúde e também relativos à assistência ao paciente e a prescrição de medicamentos anti-hipertensivos. Para a análise das associações foi utilizado modelo de regressão de Poisson para estimar as razões de prevalência bruta e ajustada, os respectivos intervalos com 95% de confiança e p-valor (teste de Wald). Do total de idosos entrevistados, 1.247 referiram ter usado algum medicamento nos últimos sete dias, e destes, cerca de um terço (28,7%) foram considerados com baixa adesão ao tratamento. Os fatores estatisticamente associados a baixa adesão ao tratamento foram: idade (65 a 74 anos), não ter plano de saúde, ter que comprar (totalmente ou em parte) os seus medicamentos, ter três ou mais morbidades, possuir

incapacidade instrumental para a vida diária e usar três ou mais medicamentos. Em relação ao segundo estudo, 1588 hipertensos foram entrevistados, onde a prevalência de pacientes aderentes ao tratamento foi de 19,1% pelo BMQ e 48,1% foram considerados com níveis de alta adesão pelo MMAS-8. Os principais fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo avaliado pelo BMQ foram: renda maior que um salário mínimo, melhor autopercepção de saúde, ter menor número de morbidades e menor número de anti-hipertensivos utilizados. Os níveis de alta adesão ao tratamento pelo MMAS-8 foram associados a maior idade, melhor autopercepção de saúde e maior vínculo com a equipe assistencial. Os resultados aqui apresentados reforçam que a elevação da frequência de doenças crônico-degenerativas que acomete os idosos, o seu processo de envelhecimento que predispõe a incapacidade funcional, a dificuldade no acesso ao tratamento e a utilização aumentada de medicamentos são fatores importantes que devem ser considerados pelos profissionais de saúde visando a promoção da adesão ao tratamento nesta faixa etária e aumentando a resolutividade terapêutica e a qualidade de vida destes pacientes. E enfatiza que a equipe de saúde pode contribuir para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo, prescrevendo regimes menos complexos, explicando os benefícios e efeitos colaterais dos medicamentos, e principalmente fortalecendo o vínculo com o paciente em um processo compartilhado permanente de cuidado em relação a sua saúde.

Palavras-chave: Adesão à Medicação; Hipertensão; idosos; Atenção Primária à Saúde; Estudos Epidemiológicos; estudos transversais.

ABSTRACT

TAVARES, Noemia Urruth Leão. **Adherence of elderly and hypertensive patients to Medical Treatment**. 2012. Doctoral Degree – Epidemiology Program, Federal University of Rio Grande do Sul. Brazil.

Adherence to treatment can be construed as the level of agreement of an individual's behavior towards the guidelines provided by a doctor or other health professional. Low levels of adherence might affect negatively both the patient's clinical progression as well as his quality of life, which represents a relevant problem that might entail personal, social and economic consequences. The present thesis addresses the issue *Adherence to Medical Treatment* by analyzing two crucial epidemiological contexts: factors related to low adherence to medical treatment within the elderly population living in a specific community and the determining factors of adherence to antihypertensive treatment of patients assisted by the Family Health Strategy (FHS). The findings presented refer to two different studies carried out in the municipality of Bagé, Rio Grande do Sul, in 2008 and 2010 respectively. The first was a cross-sectional population-based study, with a representative sample of 1.593 elderly citizens interviewed in their households. Low adherence to medical treatment was assessed through the *Brief Medication Questionnaire (BMQ)* and associated to demographic, socioeconomic and behavioral determiners, as well as health, assistance and prescription factors. The second study was also a cross-sectional study with a sample of 1.588 adult and senior hypertensive patients living in the urban area covered by the municipality's FHS. The data were collected through household interviews as well. In order to measure adherence to antihypertensive treatment, there was a twofold tool responded by the patients themselves, the *Brief Medication Questionnaire (BMQ)* and the *Morisky Medication Adherence Scale, 8-items (MMAS-8)* and further association with demographic, socioeconomic and behavioral variables, as well as those related to patient assistance and prescription of antihypertensive medicaments. Analyses were carried out using the Poisson regression model to assess crude and adjusted prevalence ratios, with their respective 95% confidence and p-values intervals (Wald test). From the total number of the elderly interviewed, 1.247 claimed to have taken some kind of medicine in the previous seven days, and among these, approximately one third (28.7%) were considered to have low adherence to the treatment. The statistical factors associated to low adherence to treatment were: age (65 to 74 years old), not having a health plan, having to purchase (totally or partially) their own medicines, having three or more morbidities, having functional disabilities and using three or more medicines. Regarding the second study, 1.588 hypertensive patients were interviewed, with the prevalence of patients joining the treatment being 19.1% according to the BMQ and 48.1% with a high level of adherence according to the MMAS-8. The main factors related to higher or lower adherence to the antihypertensive treatment as per the BMQ were: income higher than the minimum wage, better health self-awareness, less comorbidity and fewer antihypertensive drugs used. Higher

taxes of adherence to the treatment as per the MMAS-8 were related to older age, better health self-awareness and greater bond to the health team. The results here presented reinforce the fact that the rise of chronic-degenerative diseases that affect the elderly, the ageing process that leads to functional disability, the difficulty to gain access to the treatment and the increased use of medicaments are crucial factors that should be considered by health professionals, aiming at fostering adherence to treatment and increasing therapeutic solutions and quality of life of said patients. In addition, they highlight that the health team can contribute to increase patient adherence to the antihypertensive treatment, by prescribing less strict and complex diets, by explaining the benefits and side effects of the medicaments, and most importantly, by strengthening the bond with the patient, participating actively in the health care process.

Keywords: *Medication Adherence; Hypertension; Elderly; Primary Health Care; Epidemiologic Studies; Cross-Sectional Studies.*

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “**Adesão ao tratamento medicamentoso em idosos e hipertensos**”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 05 de junho de 2012. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos.
2. Artigo(s).
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

INTRODUÇÃO

A combinação da diminuição da mortalidade e da fecundidade, alteração da estrutura etária com incremento da população idosa e aumento da concentração populacional urbana articulada com mudanças econômicas tem produzido reflexos no modo de adoecer da população (SHRAMM, et al.,2004).

No Brasil, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens (BRITO,2007). Os dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE de 2008 mostram que 79,1% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de, pelo menos, uma das doze doenças crônicas selecionadas (IBGE,2010).

Estes resultados demonstram que uma população em processo rápido de envelhecimento tem um crescente incremento relativo das condições crônicas, pois essas condições de saúde afetam mais os segmentos de maior idade. Este representa um dos maiores desafios a serem enfrentados pelos sistemas de saúde e profissionais na atualidade, tanto pelo seu impacto na mortalidade como na carga imposta aos indivíduos e a sociedade (SILVA, et al.,2006).

No controle clínico das doenças crônicas, e em especial a hipertensão arterial, apesar da disponibilidade de tratamentos efetivos, estudos realizados em vários países demonstram que apenas cerca de um terço dos pacientes hipertensos tratados atingem níveis pressóricos terapêuticos desejados, sendo a não adesão ao tratamento uma das causas mais frequentes (KROUSEL-WOOD M,2004). Entre os idosos este quadro ainda se soma as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento que pode levar ao tratamento simultâneo para várias condições crônicas de saúde e resultar em polimedicação, regimes de medicação complexos que levam a tomar medicamentos muitas vezes ao

dia predispondo os idosos a não adesão ao tratamento (MACLAUGHLIN, et al.,2005;WHO,2003).

A tese aqui apresentada aborda a *Adesão ao tratamento Medicamentoso*, tema diretamente ligado ao sucesso terapêutico e que está presente no cotidiano dos profissionais e pacientes nos serviços de saúde, e que será tratado na sua dimensão coletiva, abordando o tema sob dois contextos de extrema importância epidemiológica: a população idosa residente na comunidade e os pacientes hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os resultados apresentados são referentes a duas investigações epidemiológicas distintas que abordam o tema adesão ao tratamento realizadas no município de Bagé, RS.

O primeiro artigo trata de análise que buscou investigar os fatores associados a baixa adesão ao tratamento em indivíduos com 60 anos ou mais, residentes na área de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde da zona urbana do município e que faz parte de um estudo transversal de base populacional sobre o desempenho dos serviços de atenção básica no atendimento domiciliar aos idosos, os fatores associados e as características do acesso, segundo os modelos de atenção – ESF e Tradicional (THUME, et al.;THUME, et al.,2011), realizado em 2008.

No segundo artigo são analisados os resultados de outro estudo realizado no mesmo município de outubro de 2010 a janeiro de 2011 que investigou a adesão ao tratamento em uma amostra de pacientes hipertensos acompanhados pela ESF, em relação aos seus principais determinantes individuais, de assistência e os relacionados a prescrição.

REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aspectos epidemiológicos do envelhecimento populacional e da Hipertensão Arterial

O envelhecimento populacional caracteriza-se pela redução no número de crianças e jovens e pelo aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais. A definição de uma idade cronológica é utilizada para orientar a população alvo, objeto de uma determinada política de saúde ou de assistência social, com variações entre os países. A OMS em países em desenvolvimento considera idoso aquele indivíduo com 60 anos ou mais de idade. No Brasil, esta recomendação é adotada na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2006a).

No início do século XX havia no mundo 600 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Na maioria dos países desenvolvidos, a diferença média na expectativa de vida entre homens e mulheres situava-se entre cinco e oito anos (média de 7,4 anos). Nos países em desenvolvimento, a diferença média estava em torno de cinco anos (MURRAY, et al.,1996).

A esperança de vida ao nascer no Brasil, em 1990 era de 66,6 anos, em 2005 passou para 71,6 anos. O número de pessoas de 60 anos ou mais passou de três milhões para 7 milhões, entre 1960 e 1975, e em 2006, era de 17 milhões, correspondendo a quase 10% da população brasileira. No período de 1995 e 2005, a população idosa aumentou em mais de cinco milhões de pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2006b.;VERAS,2007). Para 2025 as projeções estimam que os idosos brasileiros totalizem mais de 33 milhões, ocupando a 5º posição entre os países com população total acima de 100 milhões, ficando atrás apenas da China, Índia, Estados Unidos e

Indonésia (WHO,2007;WHO, et al.,2005).

O grupo que mais cresce é o de idosos com 80 anos ou mais. Os países europeus concentram a maior proporção nesta faixa etária (na Suécia a proporção é próxima a 5%), enquanto na China existe o maior número aproximadamente 10,5 milhões (WHO,2001). No Brasil, os octogenários totalizam mais de 2,4 milhões de pessoas. Nas regiões metropolitanas de Porto Alegre, Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro e Recife, o número de idosas acima de 80 anos é mais que o dobro do de homens, indicando uma concentração feminina nos grandes centros urbanos. Os estados do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul apresentam a maior proporção de idosos, com 14% e 12%, respectivamente (IBGE,2009).

Entre os anos de 1980 e 2000, foi observado um aumento na proporção de idosos que recebem benefícios da seguridade social (55% e 77%,respectivamente). Também foi observada uma tendência crescente no percentual de mulheres idosas exercendo a chefia das famílias (27% em 1980 e 37% em 2000) (CAMARANO, et al.,2004).

As condições crônicas são responsáveis por 60% do ônus decorrente de doenças no mundo e tem potencial para se tornarem a primeira causa de incapacidades até o ano 2020. Nesta classificação estão incluídas as doenças não transmissíveis (diabetes, câncer, doenças cardiovasculares), as doenças transmissíveis persistentes (HIV/AIDS), os distúrbios mentais de longo prazo (depressão e demência) e as deficiências físicas (amputações, cegueira e transtornos das articulações) (WHO.,2003a).

As doenças cardiovasculares representam a causa mais comum de morte nos idosos, em ambos os sexos, na maioria dos países. As doenças coronarianas e o infarto são as maiores causas de mortes e de incapacidades nos idosos do sexo masculino.

Aproximadamente 52 milhões de mortes ocorrem em todo mundo a cada ano, 39 milhões destas em países em desenvolvimento. Ao todo, há

mais mortes por doenças coronarianas (5,2 milhões) do que infarto (4,6 milhões) (WHO,1999). No Brasil, a análise da carga de doenças, medida em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, demonstra que 14,7% dessa carga são por doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição; 10,2%, por causas externas; 8,8%, por condições maternas e perinatais e 66,3%, por doenças crônicas. O somatório das duas últimas, ambas condições crônicas, indica que 75% da carga de doenças no país são determinados por condições crônicas, o que, ainda, exclui o percentual de doenças transmissíveis de curso longo (SILVA, et al.,2006).

A situação epidemiológica brasileira tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças por que envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas (SHRAMM, et al.,2004).

A hierarquia das principais causas de mortalidade entre idosos no Brasil não se modificou nos últimos 20 anos. Entretanto, algumas mudanças puderam ser observadas no período de 1980 a 2000. Houve declínio constante e acentuado nas taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e um aumento gradativo nas taxas de mortalidade por neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Essas tendências foram consistentemente observadas em ambos os sexos assim como nas três faixas etárias investigadas (60 a 69 anos; 70 a 79 anos e 80 anos e mais) (LIMA COSTA, et al.,2004).

A redução das taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório tem sido observada em vários países do mundo desenvolvido como consequência, entre outros fatores, de mudanças no estilo de vida e melhoria da tecnologia para prevenção e tratamento dessas doenças (WHO,2001). Ainda assim, as análises de tendência indicam que esse grupo continuara representando a principal causa de óbito nessa população, por

um longo tempo (LIMA COSTA, et al.,2004).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas como uma epidemia na atualidade e constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda (SILVA, et al.,2006). São doenças com desenvolvimento lento, que duram períodos extensos – mais de 6 meses – e apresentam efeitos de longo prazo, difíceis de prever. A maioria dessas doenças não tem cura, como diabetes, asma, doença de Alzheimer e hipertensão. Entretanto, várias delas podem ser prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, mudanças no estilo de vida e acesso a tratamento adequado recomendado pelo profissional de saúde (WHO,2011).

No Brasil, em 2008 as DCNT responderam por 62,8% do total das mortes por causa conhecida e, séries históricas de estatísticas de mortalidade disponíveis para as capitais dos estados brasileiros indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 30 e de 90 (IBGE,2009).

O paciente diagnosticado com uma doença crônica precisa mudar sua rotina passando a incorporar e manter novos comportamentos, como dieta alimentar balanceada, atividade física e uso permanente de medicamentos. O controle da doença crônica depende de um tratamento complexo e trabalhoso, com exigências diárias contínuas, o que gera grande impacto na vida cotidiana do paciente, podendo resultar em baixos níveis de adesão (WHO,2003).

Dentre as doenças cardiovasculares destaca-se a hipertensão arterial (HA), condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente

aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA,2010).

A HA tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doenças cardiovasculares aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA,2010). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração (WILLIAMS,2010), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos.

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HA acima de 30% (CESARINO, et al.,2008;ROSARIO, et al.,2009). Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (CESARINO, et al.,2008;ROSARIO, et al.,2009). Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (PEREIRA, et al.,2009).

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HA são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA,2010). No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%). Estima-se que essas taxas devem estar superestimadas, devido, principalmente, à heterogeneidade dos trabalhos realizados (JARDIM, et al.,2007;ROSARIO, et al.,2009). A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos

estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos de 35 países, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura da ESF (ROSARIO, et al.,2009).

Estes resultados demonstram que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da hipertensão.

A HA é uma doença silenciosa, inicialmente sem sintomas, e diagnosticada muitas vezes no aparecimento das complicações e, comumente nas unidades de emergência, tardiamente, causando significativa perda na qualidade de vida e aumento nas taxas de morbidade e mortalidade. Isto causa altos custos à sociedade, pois requer normalmente atendimento terciário, além de atingir uma parcela economicamente ativa da população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA,2010).

Para o acompanhamento e controle da hipertensão arterial, é importante a sua detecção, iniciada pela aferição da PA. O rastreamento da PA elevada deve ser realizado por profissionais da saúde como medida preventiva de saúde. Este simples procedimento pode revelar a presença de níveis pressóricos elevados em pacientes assintomáticos, permitindo um tratamento precoce, seja ele farmacológico ou não (WHELTON, et al.,2002).

Deste modo, conhecer a distribuição da hipertensão arterial em uma população e identificar os grupos mais vulneráveis possibilitam ações eficazes no seu controle, sendo de grande interesse à saúde pública (LIMA-COSTA, et al.,2004).

Deve-se destacar que há muitos fatores que contribuem para a elevação da pressão sanguínea, que incluem fatores genéticos, ambientais e sociais. São considerados fatores de risco clássicos para a hipertensão

arterial a idade avançada, raça negra, obesidade, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, dislipidemias, diabetes mellitus e os elementos que compõem a dieta (produtos com alto teor de sódio) (CHOBANIAN, et al.,2003;SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA,2010).

A identificação dos fatores associados à hipertensão arterial permite a adoção de estratégias a grupos mais susceptíveis. A maioria destes fatores, além da própria hipertensão arterial, pode ser modificada ou atenuada por mudanças nos hábitos de vida e/ou por medicamentos (JARDIM, et al.,2007).

Neste sentido, visando tornar o controle da hipertensão mais eficaz, torna-se indispensável, além do seu tratamento (farmacológico ou não), também o controle de seus fatores de risco.

Apesar de grandes avanços no diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial nas últimas décadas, ainda existem muitos problemas quanto ao cumprimento dos regimes farmacoterapêuticos e às mudanças no estilo de vida. Assim, a adesão ao tratamento nas doenças crônicas como a hipertensão é um fator importante a ser considerado pelos profissionais e serviços de saúde.

Os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares. Estudos isolados apontam controle de 20% a 40%. As melhores estimativas indicam que em dois terços dos casos em que não há controle, a causa está relacionada a não adesão ao tratamento (BARDEL, et al.,2007;HYRE, et al.,2007;KROUSEL-WOOD, et al.,2009).

3.2 Adesão ao Tratamento farmacológico

Os pressupostos para a definição do conceito de adesão podem ser

diferentes. Os termos utilizados para definir a adesão ao tratamento refletem a compreensão que os autores possuem sobre o papel dos atores no processo.

Segundo Brawley (BRAWLEY, et al.,2000), os termos mais utilizados na língua inglesa *adherence* e *compliance* tem significados diferentes. O termo *compliance*, que pode ser traduzido como concordância, pressupõe um papel passivo do paciente, e *adherence*, ou adesão como o termo utilizado para identificar uma escolha livre das pessoas de adotarem ou não certa recomendação.

Uma consulta ao verbete adesão no Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa nos remete a um importante sentido para a compreensão do processo de adesão/não adesão, por parte do paciente, família e/ou cuidador, à terapêutica proposta pela equipe de saúde:

“ato pelo qual uma pessoa, instituição ou Estado, antes alheio a um negócio ou processo, passou a participar deste por consentimento próprio.”

O termo *adesão* foi proposto como alternativo à *concordância* e tem vindo a ser usado com mais frequência, pois sugere uma diminuição do poder do clínico na decisão do tratamento, havendo uma melhor relação profissional de saúde–paciente, pela cooperação do último na escolha do seu tratamento. São reconhecidas, então, não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos os que estão envolvidos (direta ou indiretamente) no tratamento (OSTERBERG, et al.,2005;VERMEIRE, et al.,2001).

A organização Mundial da Saúde (OMS) assumiu inicialmente a definição de adesão como "o grau que o paciente segue as instruções médicas"(SABATE,2001). Entretanto o termo "instruções médicas" foi sentido como insuficiente para descrever a gama de intervenções utilizadas para tratar doenças crônicas. Além disso, o termo "instruções" implica que o

paciente é um recipiente passivo e aquiescente do especialista em vez de um colaborador ativo no processo do tratamento.

Em 2003, através do documento - A iniciativa global para aumento das taxas de adesão às terapias de longa duração- a OMS adotou uma nova versão para adesão ao tratamento que compila as definições de Haynes (HAYNES, et al.,2002) e Rand (RAND,1993): "Adesão é quando o comportamento de uma pessoa – em relação a tomar a medicação, seguir uma dieta, e/ou mudar estilo de vida – corresponde com as recomendações de um profissional de saúde", e reconhece que a efetividade do tratamento é caracterizada pela relação estabelecida onde as alternativas terapêuticas são exploradas, o regime terapêutico é negociado, a adesão é discutida e o acompanhamento planejado.

A adesão ao tratamento, dessa forma, não está somente relacionada ao ato de tomar ou não os medicamentos prescritos, mas como o paciente "administra" seu tratamento, ou seja, o seu comportamento em relação a ele. Portanto, é importante que o objeto das investigações e das ações para promover a adesão considere os fatores relacionados ao paciente que interferem na adesão à terapêutica, refletindo o contexto individual, familiar e social e não somente as expectativas dos profissionais, pois motivos considerados sem importância pelo profissional de saúde muitas vezes são aqueles que realmente determinam o seguimento ou não do tratamento pelo paciente (LEITE, et al.,2003).

3.2.1 Fatores associados à Adesão ao Tratamento

A adesão é um fenômeno multidimensional determinada pela interação de um conjunto de fatores, e a crença que os pacientes são os únicos responsáveis por aderir o tratamento é enganoso e na maioria das vezes reflete um mal-entendido de como outros fatores afetam o comportamento e a capacidade das pessoas de seguir o tratamento (WHO,2003). Diversos

fatores podem estar relacionados à adesão, sejam socioeconômicos, demográficos, relacionados à doença, ao regime terapêutico ou ao serviço e os profissionais de saúde.

Embora a situação socioeconômica não tenha sido consistentemente considerada um preditor independente de adesão, alguns fatores relatados parecem ter um efeito significativo sobre a adesão: pior condição socioeconômica, nível de analfabetismo, baixa escolaridade, desemprego, falta de eficazes redes de apoio social, instáveis condições de vida, longa distância do centro de tratamento, o custo elevado de transporte e o alto custo de medicamentos entre outros (WHO,2003).

Os fatores socioeconômicos (renda e escolaridade) são os mais investigados e parecem estar associados a adesão ao tratamento em diversos contextos assistenciais, e mediar o processo de adesão principalmente em doenças crônicas (DIMATTEO,2004). Outros autores citam além da baixa escolaridade a não compreensão das recomendações como fator influente sobre a adesão (JOHNELL, et al.,2006).

O custo dos medicamentos tem sido descrito por muitos estudos como um dos mais importantes fatores relacionados à adesão ao tratamento (MACIEJEWSKI, et al.,2011;OSTERBERG, et al.,2005). Taira ao estudar pessoas cobertas por plano de saúde e que tinham que ter co-participação para ter acesso aos medicamentos, observou que quanto maior a co-participação no pagamento dos medicamentos menor a adesão (TAIRA, et al.,2006).

No Brasil, os pacientes tem acesso gratuito pelo Sistema único de Saúde (SUS) a um elenco de medicamentos essenciais, com ênfase para o tratamento das doenças mais prevalentes como as doenças crônicas. Apesar da disponibilidade dos medicamentos para doenças crônicas nas unidades de saúde parecer ter aumentado nos últimos anos (HELFER, et al.,2012) e os níveis de acesso a estes medicamentos terem resultados favoráveis (PANIZ, et al.,2008), ressalta-se que os medicamentos não

fornecidos pelo SUS podem levar os usuários a adquiri-los no setor privado ou a não cumprir os tratamentos prescritos por impossibilidade de pagar.

Apesar das divergências dos resultados, em relação aos fatores demográficos, alguns estudos apontam que os mais jovens, homens e negros apresentam menos adesão ao tratamento (DIMATTEO,2004;OSTERBERG, et al.,2005;VLASNIK, et al.,2005).

A idade é um fator que parece afetar a adesão, e devido à inconsistências dos resultados os mesmos devem preferencialmente ser avaliados separadamente para cada condição, e, se possível, pelas características do paciente e, por subgrupos de idade (ou seja, crianças dependentes dos pais, adolescentes, adultos e idosos).

A adesão ao tratamento por crianças e adolescentes está descrita em intervalo de 43% a 100%, com uma média de 58% em países desenvolvidos que sugerem que os adolescentes são menos aderentes do que crianças mais novas (DIMATTEO,2004) bem como os idosos com menos de 75 anos comparados com os mais velhos (KROUSEL-WOOD, et al.,2009).

Todos os grupos etários são afetados pela má adesão ao tratamento, mas os pacientes idosos são os principais consumidores e os maiores beneficiários da farmacoterapia moderna e, portanto, também podem ser os mais afetados. O padrão elevado de utilização de medicamentos por esta faixa etária, onde em torno de 80% tomam no mínimo um medicamento diariamente, que tem sido descrito em vários estudos aponta para a necessidade de avaliações dos aspectos referentes a esta utilização, entre elas a adesão ao tratamento medicamentoso (COELHO FILHO, et al.,2004;FLORES, et al.,2005;LINJAKUMPU, et al.,2002;LOYOLA FILHO, et al.,2006;PANIZ, et al.,2008;RIBEIRO, et al.,2008).

Cabe ressaltar ainda que algumas barreiras para a adesão à terapia são mais comuns neste grupo de pacientes e garante atenção especial no manejo clínico (MACLAUGHLIN, et al.,2005). O tratamento simultâneo para

várias condições crônicas de saúde pode resultar em polimedicação, regimes de medicação complexos que levam a tomar medicamentos muitas vezes ao dia apresentando riscos farmacológicos e predispondo os idosos a não adesão (MACLAUGHLIN, et. al.,2005;WHO,2003).

Fatores relacionados com a condição da doença representam particulares demandas enfrentadas pelo paciente. Alguns fortes determinantes de adesão são aqueles relacionados com a gravidade dos sintomas, nível de deficiência (física, psicológica, social e profissional), taxa de progressão e severidade da doença, bem como a disponibilidade de tratamento (HAYNES, et al.,2002). Co-morbidades, tais como a depressão, abuso de drogas e álcool, são importantes fatores do comportamento de adesão (CIECHANOWSKI, et al.,2000;LIN, et al.,2004). Uma redução significativa da utilização de anti-hipertensivos por idosos com hipertensão que apresentavam a alta prevalência de comorbidades foi descrita reforçando a importância deste fator na adesão ao tratamento em condições crônicas (WANG, et al.,2005).

DiMatteo et. al em uma metanálise encontrou uma associação três vezes maior entre não adesão e pessoas com depressão (DIMATTEO, et al.,2002). Considerando uma morbidade específica, outros autores observaram que pessoas depressivas tinham maior risco de não adesão ao tratamento antihipertensivo dos que os que não apresentavam sinais de depressão (WANG, et al.,2002).

A forma como o paciente vê o seu estado de saúde e compreende a sua enfermidade também parece ter alguma relação com a adesão ao tratamento (KLOK, et al.,2009). Em uma metanálise foi descrito que os pacientes que apresentavam uma melhor autopercepção de saúde e tiveram uma melhor adesão ao tratamento o que pode contribuir para diminuir o agravamento dos pacientes (DIMATTEO, et al.,2002).

Outros estudos tem avaliado a adesão a partir da perspectiva do usuário e tem proposto um “modelo de decisão terapêutica” adotado pelo

paciente. Segundo o modelo, há três tipos de usuários de medicamentos: os que aceitam e procuram cumprir a prescrição médica; os que aceitam as prescrições, porém não sem testar variações da prescrição e então optar pelo seguimento ou não, e os céticos, que não aceitam as prescrições médicas. De acordo com os autores, a aceitação do tratamento está intimamente relacionada com a aceitação da própria doença e não tanto com outros fatores (DOWELL, et al.,1997;LEITE, et al.,2003).

Conrad et al. observaram que pacientes com doença crônica desenvolvem uma prática de auto regulação (*self-regulation*) em relação ao seu tratamento, parando de tomar, diminuindo ou aumentando a dose dos medicamentos prescritos conforme sua avaliação do estado da doença. Esse hábito teria a intenção de superar o estigma de ser considerado um doente crônico, pois o ato de tomar o medicamento regularmente faz lembrar que se está doente (CONRAD,1985). Esses estudos enfatizam a necessidade de se compreender questões relacionadas ao paciente e ao meio sociocultural em que ele está inserido, como forma de incentivar a adesão à prescrição medicamentosa.

A má comunicação entre a equipe de saúde e o paciente, a má organização dos serviços de saúde, a sensação de melhora do paciente, além de aspectos sociais e culturais, que irão influenciar na capacidade de compreensão e aceitação das informações fornecidas, também pode ser entendida como algumas das razões pelas quais não se cumprem as indicações médicas (BRAWLEY, et al.,2000;DIMATTEO, et al.,2002;HAYNES, et al.,2007).

Os profissionais de saúde, em especial o médico, sem conhecimento sobre as crenças culturais dos pacientes em relação ao seu tratamento contribuem para a pobre adesão dos pacientes ao tratamento ao prescreverem esquemas complexos, não explicando adequadamente os benefícios e efeitos colaterais da medicação, não avaliando o estilo de vida dos pacientes e os custos dos medicamentos (OSTERBERG, et al.,2005). Em geral, a utilização de abordagens centradas nas necessidades do

paciente podem ser formas eficazes de aumentar a adesão ao tratamento (LEWIS, et al.,2003;MAUE, et al.,2002).

Em relação ao regime terapêutico a quantidade de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico e os efeitos adversos também estão associados a não adesão mesmo quando o medicamento é fornecido (PRADO, et al.,2007).

A complexidade do esquema terapêutico que tem no número de medicamentos prescritos o seu componente mais relevante, parece também contribuir bastante na aderência a tomada dos medicamentos (ISKEDJIAN, et al.,2002). Há evidências de que os pacientes sejam mais aderentes a tomar os medicamentos uma vez por dia que duas vezes ou três vezes ao dia (SAINI, et al.,2009). Uma revisão sistemática de 76 ensaios que utilizaram monitores eletrônicos de contagem de pílulas verificou que a adesão foi inversamente proporcional à frequência da dose, onde os pacientes que tomavam os medicamentos quatro vezes ao dia alcançaram taxas médias de adesão de cerca de 50% (intervalo de 31 a 71%) (CLAXTON, et al.,2001).

3.2.2 Métodos de mensuração de Adesão ao Tratamento

Não há consenso sobre um método para avaliar a adesão que possa ser tomado como padrão ouro (BURKHART, et al.,2003;HAYNES, et al.,2002). Estudos mostram baixa a moderada correlação entre os métodos, o que pode ser atribuído ao fato de medirem dimensões diversas de um mesmo construto, de estabelecerem diferentes pontos de corte para não adesão, das limitações dos próprios métodos ou da dificuldade de controlar os fatores subjetivos relacionados ao paciente (CHOO, et al.,1999;GARBER, et al.,2004). Essas questões resultam em medidas variadas de frequência de não adesão ao longo do tempo e entre diversas doenças (DIMATTEO, et al.,2002).

Deve se levar em conta que a adesão é maior para algumas condições do que para outras, para o HIV tem se encontrado níveis de 88%, para diabetes e distúrbios do sono 66% e para hipertensão, 50% (DIMATTEO, et al.,2002). Neste sentido a interpretação da não adesão em um contexto clínico levanta questões importantes sobre os modelos conceituais matemáticos que ligam a adesão aos resultados. A taxa de abandono de 25% pode ser perfeitamente aceitável para terapia com aspirina para infarto do miocárdio, que apresenta capacidade em inibir a agregação plaquetária para um total de sete dias, mas absolutamente inaceitável para o tratamento antibiótico de múltipla resistência a tuberculose ou no caso da terapia antihipertensiva onde encontramos um aumento dos benefícios com a adesão crescente (KRAVITZ, et al.,2004).

No tratamento para a hipertensão arterial tem sido considerado como aderentes os que tomam pelo menos 80% dos medicamentos prescritos (HAYNES, et al.,1982). Psaty et al. mostrou que os pacientes com uso inferior a 80% dos medicamentos anti-hipertensivos tinham um risco quatro vezes maior para eventos cardíacos agudos do que os pacientes que tomaram acima deste percentual os seus medicamentos (PSATY, et al.,1990).

As medidas de adesão podem ser obtidas através de estudos epidemiológicos experimentais (ensaios clínicos) ou observacionais analíticos (transversais) ou em estudos de monitoramento do tipo longitudinal (coorte).

Os ensaios clínicos randomizados que envolvem medicamentos que são estudos de intervenção, usualmente com acompanhamento de participantes voluntários, utilizam técnicas quantitativas como contagem manual de comprimidos, monitoramento eletrônico de doses e monitoramento de fluido biológico (HAWKSHEAD, et al.,2007).

Quanto aos estudos observacionais, os estudos transversais são amplamente utilizados. Tem custo relativamente baixo, execução sem

grandes dificuldades e permitem explorar as associações com características do paciente, do tratamento e do serviço (GARBER, et al.,2004).

Já os estudos longitudinais (em particular as coortes) mostram as alterações da adesão ao longo do tempo. Permitem estimar o risco de “não adesão” melhor que os estudos transversais, bem como monitorar resultados de intervenções realizadas nos serviços. Sua factibilidade esbarra no alto custo e da necessidade de estrutura logística bem maior que a dos estudos transversais (KROUSEL-WOOD, et al.,2009).

Para os métodos que quantificam a medicação tomada em um período, a medida de adesão pode ser apresentada como variável contínua (percentual de adesão) ou dicotômica (aderentes x não aderentes). Para estes métodos (contagem manual de comprimidos, monitoramento eletrônico, questionários que perguntam sobre doses tomadas ou monitoramento biológico) permitem a construção de várias medidas contínuas (proporção de doses tomadas/prescritas), bem como a elaboração de valores médios (ou mediano) representativo de um dado grupo de pacientes.

Na prática, mesmo os que utilizam medida contínua, estabelecem um ponto de corte que significa um limite aceitável de não adesão. Este pode ser uma estratégia, por exemplo, no caso de serviços de saúde que queiram avaliar e monitorar a efetividade de estratégias de melhoria de adesão. O ponto de corte é, em geral, baseado em estudos de comparação com outros métodos e leva em conta a resposta clínica aceitável para cada doença.

As técnicas utilizadas para aferir a adesão são classicamente como *diretas ou indiretas* e compreendem:

Métodos Diretos

São métodos que procuram confirmar se realmente houve a ingestão do medicamento. Há duas maneiras distintas de se obter tal comprovação: observação direta da tomada dos medicamentos ou monitoramento biológico

do medicamento e a adição de um marcador ou traçador do medicamento ingerido. Embora considerados como o que melhor mede a adesão, ambos os métodos diretos não são utilizados costumeiramente.

Observação direta

A observação direta é pouco utilizada em estudos que visam primariamente aferir a adesão de grupos, sendo mais usada como tecnologia para melhorar a adesão e reduzir as taxas de abandono, como no tratamento da tuberculose (FRIEDEN, et al.,2005).

Monitoramento biológico de fármaco

O monitoramento biológico de fármaco é mais utilizado em ensaios clínicos e outros estudos prospectivos de efetividade. Permite avaliar a través da análise no sangue ou na urina do medicamento ingerido ou de um de seus metabólitos se o paciente usou ou não o medicamento e dependendo do medicamento, estimar se a dose/frequência utilizada foi aquela a prescrita (FARMER,1999).

Apesar de ser considerado método padrão ouro, para avaliar adesão, apresenta alguns inconvenientes que dificultam sua utilização. Tem custo elevado e disponibilidade restrita a poucos medicamentos, o que torna difícil o seu uso em estudos ambulatoriais com grandes amostras e múltiplos medicamentos. Além disto, pode sofrer alterações de outros fatores biológicos, por exemplo: proporção absorvida pelo trato gastrointestinal, função hepática e renal, capacidade de se ligar às proteínas, uso de medicação concomitante que interfere com seu metabolismo entre outras (HAYNES, et al.,2007). Ainda assim, é utilizado com algumas substâncias como anticonvulsivantes e antibióticos.

Adição de um traçador

Este método baseia-se na adição, ao medicamento em uso, de outra substância inócua ao organismo. Pode-se adicionar uma substância que

tenha o método de análise mais facilitado que o medicamento em si. É um método que, além dos problemas já referidos anteriormente, apresenta a necessidade ética de informar ao paciente sobre a ingestão de ambas as substâncias (HAWKSHEAD, et al.,2007).

Métodos Indiretos

Os métodos indiretos incluem processos de medida descritos abaixo:

Contagem de comprimidos

É um método que requer colaboração do paciente, é trabalhoso e o paciente deve retornar com todos os frascos ou caixas vazios dispensados na prescrição anterior. O fato de um indivíduo apresentar boa adesão ao tratamento, avaliada por contagem de pílula, não significa que ele fez uso dos comprimidos. Está bem reconhecido o fato de que o paciente pode ter retirado o comprimido do frasco sem, no entanto, ingerir o medicamento (RUDD, et al.,1989).

Controle da dispensação de medicamentos

Baseia-se na retirada dos medicamentos da farmácia pelos pacientes. Aqueles que retiraram seus medicamentos regularmente são considerados aderentes. Taxas de dispensação de medicamentos é uma medida bastante útil de adesão em um sistema de farmácia fechada desde que as retiradas de medicamentos sejam medidas em diversos pontos no tempo. Um sistema de saúde que usa registros médicos eletrônicos e uma dispensação de medicamentos informatizada pode fornecer informações objetivas sobre as taxas de retirada dos medicamentos as quais podem ser usadas para avaliar se um paciente está aderindo ao regime e para corroborar as respostas do paciente às perguntas diretas ou a questionários.

As medidas obtidas por este modo fornecem resultados semelhantes aos relatos dos pacientes, com alguma sobrestimação de adesão. Alguns estudos mostraram correlação entre a dispensação e outras medidas de adesão tais como contagem de pílulas ($r=0,68$, $p=0,001$), análise biológica

das drogas (coeficientes de correlação variando entre 0,21 e 0,47), efeito clínico de Anti-hipertensivos (coeficientes de correlação variando de 0,49 a 0,63) (STEINER, et al.,1997). Um problema com essa abordagem é que obter o medicamento não garante seu uso. Além disso, essa informação pode ser incompleta, pois os pacientes podem usar mais de uma farmácia ou dados podem não ser rotineiramente e/ou adequadamente registrados (BURKHART, et al.,2003).

Monitorização do número de tomadas de medicamentos – MEMS (Monitoring Event Medication System)

Este é o método mais recente de avaliação de adesão ao tratamento. Esta abordagem, mais onerosa, requer o uso de frascos especiais, que contenham na tampa um microprocessador. O processo baseia-se, resumidamente, no fato de cada abertura e fechamento da tampa ser memorizada como uma tomada do medicamento. Os dados coletados posteriormente, por um computador, informam as datas e os horários e os intervalos entre todas as “prováveis” tomadas. De maneira similar à contagem de pílulas, a adesão é superestimada, caso a abertura dos frascos não reflita a ingestão pelo paciente. Uma das grandes falhas do sistema está na impossibilidade de detectar a tomada de uma dose excessiva ou quando ocorre a ingestão de várias pílulas de uma só vez. Além disso, o dispositivo pode incentivar a tomada dos medicamentos pelo fato de ser um instrumento não usualmente utilizado pelo paciente e por estabelecer uma vigilância ao ato da tomada (HAWKSHEAD, et al.,2007).

Em um estudo realizado em 228 pacientes moderadamente hipertensos a mediana da adesão foi menor no MEMS do que na contagem de pílulas (91,6 vs. 96,1; $p < 0,001$). Ambos os métodos concordaram em definir que 107 (47%) dos hipertensos eram aderentes e 33 (14%) eram não aderentes, mas 31 (14%) hipertensos foram considerados aderentes somente pelo MEMS e 59 (25%) somente pela contagem de pílulas (VAN ONZENOORT, et al.,2009).

Questionários

Esses instrumentos de pesquisa, obtidos por entrevista ou autopreenchimento, são as opções mais usadas em estudos observacionais por sua facilidade operacional e baixo custo. Estes procuram estimar a quantidades de doses tomadas e/ou o comportamento do paciente quanto a tomada dos medicamentos.

Os questionários que objetivam medir o número de doses perdidas ou fora de horário em um dado período de tempo permitem a construção de medidas de frequências contínuas, semelhantes as obtidas pela contagem manual de comprimidos ou pelo monitoramento eletrônico de doses (HOLT, et al.,2010;SVARSTAD, et al.,1999). Por outro lado os questionários que buscam estimar padrões de comportamento de adesão estabelecem pontos de corte para definir, dependendo da resposta a uma ou mais questões formuladas, um indivíduo como aderente ou não aderente ao tratamento, estabelecendo-se a frequência de indivíduos não aderentes em um dado grupo (MORISKY, et al.,1986).

Assim, apesar de serem colocados sob uma única denominação, trata-se de vários questionários com características diversas e com variação entre o número de perguntas. Alguns deles foram validados em pacientes hipertensos e têm sido utilizados para avaliar a adesão ao tratamento neste grupo de pacientes (MORISKY, et al.,2008;MORISKY, et al.,1986;SVARSTAD, et al.,1999).

Cada uma das técnicas para aferição apresentam limites e vantagens. Em relação à acurácia, o monitoramento eletrônico é considerado o de melhor desempenho, seguido da contagem manual e dos questionários (MACLAUGHLIN, et al.,2005;WHO,2003).

Os métodos indiretos são mais sujeitos a vieses de aferição e as medidas transversais não permitem uma maior oportunidade de identificar as relações dos resultados da adesão com efeitos das mudanças no estado de

saúde e regimes de tratamento, grau de estabilidade de comportamentos de adesão e todos os problemas clínicos do paciente. Isso exigiria equipes interdisciplinares (por exemplo, médicos para avaliar parâmetros clínicos e cientistas comportamentais para avaliar o comportamento de forma eficaz) (DIMATTEO, et al.,2002).

Mas por outro lado existem vantagens potenciais, pois a adesão à medicação é um comportamento sobre o qual as pessoas devem ser capazes de comunicar. E o auto-relato é potencialmente o registro mais preciso do que um determinado paciente faz se ele está motivado para ser absolutamente sincero sobre o que é lembrado. Assim, o contexto apropriado de medição e estratégias para aumentar a recuperação é essencial para a avaliação exata do comportamento de adesão (MORISKY, et al.,2011).

É importante ressaltar que a escolha do melhor instrumento para avaliar a adesão deve considerar os recursos disponíveis nos serviços de saúde e as estratégias empregadas devem obedecer a normas básicas psicométricas de confiabilidade e validade aceitáveis(HAWKSHEAD, et al.,2007)

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar a Adesão ao Tratamento Medicamentoso em idosos residentes na comunidade e pacientes hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família na cidade de Bagé, RS.

4.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características demográficas, socioeconômicas, de saúde e assistência aos idosos residentes na comunidade em Bagé;
- Investigar a prevalência e os fatores associados a baixa adesão ao tratamento medicamentoso nos idosos que residem no município;
- Descrever as características dos hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família no município conforme variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde.
- Investigar a prevalência e os determinantes individuais, de assistência e prescrição associados a adesão ao tratamento anti-hipertensivo nos pacientes hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da família no município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardel A, Wallander MA, Svardsudd K. Factors associated with adherence to drug therapy: a population-based study. *European journal of clinical pharmacology*. 2007 Mar;63(3):307-14.

Brawley LR, Culos-Reed SN. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. *Controlled clinical trials*. 2000 Oct;21(5 Suppl):156S-63S.

Brito F, ed. *A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG 2007.

Burkhart PV, Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *J Nurs Scholarsh*. 2003;35(3):207.

Camarano A, Kanso S, Mello J, Pasinato M. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Camarano A, ed. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA 2004:p.137-67.

Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JF, Ciorlia LA, Godoy MR, Cordeiro JA, et al. Prevalence and sociodemographic factors in a hypertensive population in Sao Jose do Rio Preto, Sao Paulo, Brazil. *Arq Bras Cardiol*. 2008 Jul;91(1):29-35.

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003 Dec;42(6):1206-52.

Choo PW, Rand CS, Inui TS, Lee ML, Cain E, Cordeiro-Breault M. Validation of patient reports, automated pharmacy records, and pill counts with electronic monitoring of adherence to antihypertensive therapy. *Medical care*. 1999;37(9):846-57.

Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of internal medicine*. 2000 Nov 27;160(21):3278-85.

Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clinical therapeutics*. 2001 Aug;23(8):1296-310.

Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Medication use patterns among elderly people in urban area in Northeastern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2004 Aug;38(4):557-64.

Conrad P. The meaning of medications: another look at compliance. *Social science & medicine* (1982). 1985;20(1):29-37.

DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004;42:200-9.

DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care*. 2002 Sep;40(9):794-811.

Dowell J, Hudson H. A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. *Family practice*. 1997 Oct;14(5):369-75.

Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical therapeutics*. 1999 Jun;21(6):1074-90; discussion 3.

Flores LM, Mengué SS. Drug use by the elderly in Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2005 Dec;39(6):924-9.

Frieden TR, Munsiff SS. The DOTS strategy for controlling the global tuberculosis epidemic. *Clinics in chest medicine*. 2005 Jun;26(2):197-205, v.

Garber MC, Nau DP, Erickson SR, Aikens JE, Lawrence JB. The concordance of self-report with other measures of medication adherence: a summary of the literature. *Med Care*. 2004 Jul;42(7):649-52.

Hawkshead J, Krousel-Wood MA. Techniques for Measuring Medication Adherence in Hypertensive Patients in Outpatient Settings: Advantages and Limitations. 2007:109-18.

Haynes R, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald H. Interventions for enhancing medication adherence. *The Cochrane Library*. 2007(4).

Haynes RB, Gibson ES, Taylor DW, Bernholz CD, Sackett DL. Process versus outcome in hypertension: a positive result. *Circulation*. 1982 Jan;65(1):28-33.

Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane database of systematic reviews* (Online). 2002(2):CD000011.

Helfer A, Camargo A, Tavares N, Kanavos P, Bertoldi A. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):225-32.

Holt EW, Muntner P, Joyce CJ, Webber L, Krousel-Wood MA. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. *Age and ageing*. 2010 Jul;39(4):481-7.

Hyre AD, Krousel-Wood MA, Muntner P, Kawasaki L, DeSalvo KB. Prevalence and predictors of poor antihypertensive medication adherence in an urban health clinic setting. *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.* 2007 Mar;9(3):179-86.

IBGE. Indicadores Sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE 2009.

IBGE, ed. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção da saúde. Rio de Janeiro: IBGE 2010.

Iskedjian M, Einarson TR, MacKeigan LD, Shear N, Addis A, Mittmann N, et al. Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: evidence from a meta-analysis. *Clinical therapeutics*. 2002 Feb;24(2):302-16.

Jardim PC, Gondim Mdo R, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PV, Souza WK, et al. High blood pressure and some risk factors in a Brazilian capital. *Arq Bras Cardiol*. 2007 Apr;88(4):452-7.

Johnell K, Lindstrom M, Sundquist J, Eriksson C, Merlo J. Individual characteristics, area social participation, and primary non-concordance with medication: a multilevel analysis. *BMC public health*. 2006;6:52.

Klok T, Sulkers EJ, Kaptein AA, Duiverman EJ, Brand PL. Adherence in the case of chronic diseases: patient-centred approach is needed. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 2009;153:A420.

Kravitz RL, Melnikow J. Medical adherence research: time for a change in direction? *Med Care*. 2004 Mar;42(3):197-9.

Krousel-Wood M TS, Muntner P, et al. . Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Curr Opin Cardiol*. 2004;19:357–62.

Krousel-Wood MA, Muntner P, Islam T, Morisky DE, Webber LS. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. *The Medical clinics of North America*. 2009 May;93(3):753-69.

Leite S, Vasconcellos M. Adherence to prescribed therapy: points for concepts and presuppositions discussion. *Ciênc saúde coletiva* 2003;8(3):775-82.

Lewis T, Woof R. Patient centred approach may help in hypertension. *BMJ* (Clinical research ed. 2003 Jan 11;326(7380):103.

Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JO. Validity of self-reported hypertension and its determinants (the Bambui study). *Rev Saude Publica*. 2004 Oct;38(5):637-42.

Lima Costa M, Peixoto S, Giatti L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980 - 2000). *Epidemiol Serv Saúde*. 2004;13(4):217-28.

Lin EH, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes care*. 2004 Sep;27(9):2154-60.

Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivela SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *Journal of clinical epidemiology*. 2002 Aug;55(8):809-17.

Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. A population-based study on use of medication by the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*. 2006 Dec;22(12):2657-67.

Maciejewski ML, Bryson CL, Perkins M, Blough DK, Cunningham FE, Fortney JC, et al. Increasing copayments and adherence to diabetes, hypertension, and hyperlipidemic medications. *The American journal of managed care*. 2011 Jan;16(1):e20-34.

MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? *Drugs & aging*. 2005;22(3):231-55.

Maue SK, Rivo ML, Weiss B, Farrelly EW, Brower-Stenger S. Effect of a primary care physician-focused, population-based approach to blood pressure control. *Family medicine*. 2002 Jul-Aug;34(7):508-13.

Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica* nº 19 2006b.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS 2006a.

Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of clinical hypertension* (Greenwich, Conn. 2008 May;10(5):348-54.

Morisky DE, DiMatteo MR. Improving the measurement of self-reported medication nonadherence: response to authors. *Journal of clinical epidemiology*. 2011 Mar;64(3):255-7; discussion 8-63.

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive ability of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67-73.

Murray C, Lopez A. *Global health statistics: a compendium of incidence, prevalence, and mortality estimates for over 200 conditions*. Boston: Harvard School of Public Health 1996.

Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *The New England journal of medicine*. 2005 Aug 4;353(5):487-97.

Paniz VM, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Access to continuous-use medication among adults and the elderly in South and Northeast Brazil. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*. 2008 Feb;24(2):267-80.

Paniz VM, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. [Access to continuous-use medication among adults and the elderly in South and Northeast Brazil]. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*. 2008 Feb;24(2):267-80.

Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens*. 2009;27:963-75.

Prado JC, Kupek E, Mion D. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. *Journal of human hypertension*. 2007;21(7):579-84.

Psaty BM, Koepsell TD, Wagner EH, LoGerfo JP, Inui TS. The relative risk of incident coronary heart disease associated with recently stopping the use of beta-blockers. *Jama*. 1990 Mar 23-30;263(12):1653-7.

Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *The American journal of cardiology*. 1993 Sep 30;72(10):68D-74D.

Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, Cesar CC, Acurcio Fde A. Survey on medicine use by elderly retirees in Belo Horizonte, Southeastern Brazil. *Rev Saude Pública*. 2008 Aug;42(4):724-32.

Rosario TM, Scala LC, Franca GV, Pereira MR, Jardim PC. Prevalence, control and treatment of arterial hypertension in Nobres - MT. *Arq Bras Cardiol*. 2009 Dec;93(6):622-8, 72-8.

Rudd P, Byyny RL, Zachary V, LoVerde ME, Titus C, Mitchell WD, et al. The natural history of medication compliance in a drug trial: limitations of pill counts. *Clinical pharmacology and therapeutics*. 1989 Aug;46(2):169-76.

Sabate E. WHO Adherence Meeting Report. Geneva: World Health Organization; 2001.

Saini SD, Schoenfeld P, Kaulback K, Dubinsky MC. Effect of medication dosing frequency on adherence in chronic diseases. *The American journal of managed care*. 2009 Jun;15(6):e22-33.

Shramm J, Oliveira A, Leite I, Valente J, Gadelha A, Portela M, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciencia & saúde coletiva*. 2004(9):987-08.

Silva J, Gomes F, Cezário A, Moura L, . Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ AFN, ed. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi 2006.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 2010.

Steiner JF, Prochazka AV. The assessment of refill compliance using pharmacy records: methods, validity, and applications. *Journal of clinical epidemiology*. 1997 Jan;50(1):105-16.

Svarstad B, et al., 14. The brief medication questionnaire: a tool for screening adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns*. 1999;37:113-24.

Taira DA, Wong KS, Frech-Tamas F, Chung RS. Copayment level and compliance with antihypertensive medication: analysis and policy implications for managed care. *The American journal of managed care*. 2006 Nov;12(11):678-83.

Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia research*. 2000 May 5;42(3):241-7.

Thume E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. *American journal of public health*. May;101(5):868-74.

Thume E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. *American journal of public health*. 2011 May;101(5):868-74.

van Onzenoort HA, Verberk WJ, Kroon AA, Kessels AG, Neef C, van der Kuy PH, et al. Electronic monitoring of adherence, treatment of hypertension, and blood pressure control. *American journal of hypertension*. 2009 Jan;25(1):54-9.

Veras R. Population aging and health information from the National Household Sample Survey: contemporary demands and challenges.

Introduction. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*. 2007 Oct;23(10):2463-6.

Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*. 2001 Oct;26(5):331-42.

Vlasnik JJ, Aliotta SL, DeLor B. Medication adherence: factors influencing compliance with prescribed medication plans. *The Case manager*. 2005 Mar-Apr;16(2):47-51.

Wang PS, Avorn J, Brookhart MA, Mogun H, Schneeweiss S, Fischer MA, et al. Effects of noncardiovascular comorbidities on antihypertensive use in elderly hypertensives. *Hypertension*. 2005 Aug;46(2):273-9.

Wang PS, Bohn RL, Knight E, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *Journal of general internal medicine*. 2002 Jul;17(7):504-11.

Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. *Jama*. 2002 Oct 16;288(15):1882-8.

WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO 2003.

WHO. Global age-friendly cities : a guide. Geneva: WHO 2007.

WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO 2011.

WHO. Men ageing and health: achieving health across the life span. Geneva: WHO 2001.

WHO. Towards an International Consensus on Policy for Long-Term Care of the Ageing. Washington, DC: WHO 1999.

WHO, OPAS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS 2005.

WHO. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: WHO 2003a.

Williams B. The year in hypertension. *JACC*. 2010;55(1):66-73.

WorldHealthOrganization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. In: Geneva, ed. 2003.

ARTIGO 1

FATORES ASSOCIADOS À BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO EM IDOSOS NO SUL DO BRASIL

ASSOCIATED FACTORS TO LOW ADHERENCE TO MEDICATION OF
ELDERLY POPULATION IN THE SOUTH OF BRAZIL

Noemia Urruth Leão Tavares, Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser submetido aos Cadernos de Saúde Pública

FATORES ASSOCIADOS À BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO EM IDOSOS NO SUL DO BRASIL

ASSOCIATED FACTORS TO LOW ADHERENCE TO MEDICATION OF
ELDERLY POPULATION IN THE SOUTH OF BRAZIL

Noemia Urruth Leão Tavares^I

Andréa Dâmaso Bertoldi^{II}

Elaine Thumé^{III}

Luiz Augusto Facchini^{II}

Sotero Serrate Mengue^I

I Departamento de Medicina Social. Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande
do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

II Departamento de Medicina Social. Programa de Pós-graduação em
Epidemiologia. Faculdade de Medicina. (UFPel). Pelotas, RS, Brasil.

III Departamento de Enfermagem. Faculdade de Enfermagem. Universidade
Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas, RS, Brasil.

Endereço para correspondência:

Noemia Urruth Leão Tavares
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
R. Ramiro Barcelos, 2400 – Santa Cecília
90035-003 Porto Alegre, RS, Brasil

nul.tavares@gmail.com

RESUMO

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores associados a baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos residentes na comunidade de um município do sul do Brasil.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional, com amostra representativa de 1.593 indivíduos com 60 anos ou mais, residentes na região urbana de Bagé, RS, em 2008. A amostragem foi realizada em múltiplos estágios. Os dados foram coletados em entrevistas individuais nos domicílios. Para a análise da associação entre a baixa adesão referida ao tratamento medicamentoso mensurado através do *Brief Medication Questionnaire (BMQ)* em relação aos fatores demográficos e socioeconômicos, comportamentais e de saúde, assistência e prescrição foi utilizado modelo de regressão de Poisson para estimar as razões de prevalência bruta e ajustada, os respectivos intervalos com 95% de confiança e p-valor (teste de Wald).

RESULTADOS

Do total de idosos entrevistados, 1.247 referiram ter usado algum medicamento nos últimos sete dias, e destes, cerca de um terço (28,7%) foram considerados com baixa adesão ao tratamento. Os fatores estatisticamente associados a baixa adesão ao tratamento foram: idade (65 a 74 anos), não ter plano de saúde, ter que comprar (totalmente ou em parte) os seus medicamentos, ter três ou mais morbidades, possuir incapacidade instrumental para a vida diária e usar três ou mais medicamentos.

CONCLUSÕES

Os resultados aqui apresentados reforçam que a elevação da frequência de doenças crônico-degenerativas que acomete os idosos, o seu processo de envelhecimento que predispõe a incapacidade funcional, a dificuldade no acesso ao tratamento e a utilização aumentada de medicamentos são fatores importantes que devem ser considerados pelos profissionais de saúde visando a promoção da adesão ao tratamento e aumento da resolutividade terapêutica e da qualidade de vida destes pacientes.

Descritores: Idoso. Adesão ao tratamento; Programa Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Estudos Transversais.

ABSTRACT

OBJECTIVE

The objective of this study was to assess the associated factors to the low adherence to pharmacotherapy of the elderly population living in a community in a municipality in the south of Brazil.

METHODS

Cross-sectional population-based study, with a representative sample of 1.593 senior citizens aged 60 and more, living in the urban area of Bagé, Rio Grande do Sul, in 2008. The sample was taken in multiple stages. The data was collected through individual household interviews. The analysis of the connection between low adherence regarding pharmacotherapy measured by the *Brief Medication Questionnaire (BMQ)* and demographic, socioeconomic, behavioral, health, assistance and prescription factors was carried out using Poisson regression model to assess crude and adjusted prevalence ratios, their respective 95% confidence and p-values intervals (Wald test).

RESULTS

From the total number of the elderly interviewed, 1.247 claimed to have taken some kind of medicine in the previous seven days, and among these, approximately one third (28,7%) were considered to have low adherence to the treatment. The statistical factors associated to low adherence to treatment were: age (65 to 74 years old), not having a health plan, having to purchase (totally or partially) their own medicines, having three or more morbidities, having functional disabilities and using three or more medicines.

CONCLUSIONS

The results here presented reinforce the fact that the rise of chronic-degenerative diseases that affect the elderly, the ageing process that leads to functional disability, the difficulty to gain access to the treatment and the increased use of medicines are crucial factors that should be considered by health professionals, aiming at fostering adherence to treatment and increasing therapeutic solutions and quality of life of said patients.

Keywords: Elderly. Medication Adherence. Primary Health Care. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

Os pacientes idosos são os principais consumidores e os maiores beneficiários da farmacoterapia moderna. O padrão elevado de utilização de medicamentos por esta faixa etária, onde em torno de 80% tomam no mínimo um medicamento diariamente, tem sido descrito [1-6], apontando para a necessidade de avaliações dos aspectos referentes a esta utilização, entre elas a adesão ao tratamento medicamentoso.

A adesão ao tratamento pode ser conceituada como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação às orientações do médico ou de outro profissional de saúde [7-9]. O baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e a sua qualidade de vida, constituindo-se em problema relevante, que pode trazer consequências pessoais, sociais e econômicas [10].

Múltiplos fatores que afetam diretamente o paciente podem influenciar a adesão à terapêutica [11]. Estes fatores, que podem determinar o comportamento da pessoa em relação às recomendações referentes ao tratamento, estão relacionados às condições demográficas e sociais do paciente, à natureza da doença, às características da terapêutica, ao relacionamento do paciente com os profissionais de saúde, bem como a outras características, intrínsecas ao próprio paciente [9, 12].

Algumas barreiras para a adesão à terapia são mais comuns em pacientes idosos e exigem atenção especial no manejo clínico [13]. O tratamento simultâneo para várias condições crônicas de saúde pode resultar em polimedicação, regimes de medicação complexos que levam a tomar medicamentos muitas vezes ao dia apresentando riscos farmacológicos e predispondo os idosos a baixa adesão [9, 13].

A informação acerca da adesão ao tratamento farmacológico entre idosos brasileiros em estudos de base populacional é escassa [14] e os resultados deste estudo poderão contribuir para o direcionamento das intervenções a este grupo de pacientes. O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores associados a baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos residentes na comunidade.

MÉTODOS

O presente estudo faz parte de um estudo transversal de base populacional sobre assistência domiciliar a idosos [15], realizado de julho a novembro de 2008. A amostra foi composta por indivíduos com 60 anos ou mais, residente na área de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde da zona urbana de Bagé, RS. Em 2006, o município possuía 122.461 habitantes, 82% residente na zona urbana. Em 2008, 15 Unidades de Saúde da Família, totalizando 19 equipes, eram responsáveis por 51% da população urbana do Município. Cinco unidades mantinham o modelo tradicional de atenção básica e atendiam o restante da população (49%).

Com a amostra de 1593 idosos, foi possível estimar a prevalência de baixa adesão com margem de erro de três pontos percentuais. Já para a análise de associações, o poder foi de pelo menos 80% para detectar riscos relativos de 1,30 ou maiores, mantendo o nível de significância em 5%.

A coleta de dados incluiu a delimitação da área de abrangência de cada uma das Unidades Básicas de Saúde, seguida da sua divisão em microáreas e da numeração das respectivas quadras. O ponto de início da coleta de dados foi selecionado aleatoriamente em cada quadra. Os domicílios localizados à esquerda foram considerados elegíveis. Um a cada seis domicílios foi selecionado para favorecer a dispersão da amostra na área. Todos os idosos residentes no domicílio foram convidados a participar do estudo. Entrevistas não realizadas após três tentativas em dias e horários

diferentes foram consideradas perdas ou recusas, não sendo admitidas substituições.

Foi utilizado questionário estruturado com questões pré-codificadas, após realização de um estudo piloto. Em caso de incapacidade parcial para responder o questionário, as respostas foram dadas por um familiar responsável ou pelo cuidador principal. Para aqueles com total incapacidade, não foram aplicadas questões de auto relato.

As variáveis demográficas e socioeconômicas estudadas foram: sexo (feminino/masculino), idade (60 a 64/ 65 a 74/ 75 anos ou mais), cor da pele auto referida (branca/não branca), situação conjugal (casado ou com companheiro/ viúvo/ solteiro ou divorciado), escolaridade em anos completos de estudo (0/ 1 a 7 /8 a 20 anos), nível socioeconômico (classes A a E, conforme o “Critério de Classificação Econômica Brasil”, ABEP, www.abep.org) e plano privado de saúde (sim/ não).

Em relação à situação de saúde, foi avaliado o número de morbidades referidas (hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral, problema pulmonar, câncer, problema de coluna, problema nos rins, reumatismo) agrupados em 0, 1, 2, 3 ou mais morbidades e a auto percepção de saúde analisada em duas categorias (péssima, ruim e regular/ boa e muito boa).

Foi aplicado o teste mini mental [16] para rastreamento de sinais de déficit cognitivo, sendo o resultado dicotomizado (presença/ ausência de déficit) e a presença de sintomas de depressão foi avaliada utilizando a Escala de Depressão Geriátrica [17], sendo os resultados divididos em depressão presente (escore de 0 a 5) e ausente (escore \geq 6). A incapacidade funcional para atividades instrumentais para a vida diária (AIVD) (sim/não) foi mensurada através da Escala de Lawton [18] onde foram avaliadas oito atividades instrumentais (usar o telefone, ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte, fazer compras, arrumar a casa, lavar roupa, preparar a própria refeição, tomar medicamentos e cuidar

do dinheiro), sendo considerados com incapacidade os idosos que relataram precisar de ajuda para no mínimo uma das atividades.

Também foi avaliado se houve consulta médica nos últimos três meses (nenhuma/ uma/ duas ou mais vezes), o tipo de modelo de atenção primária do local do domicílio (tradicional/ Estratégia Saúde da Família - ESF), a forma como consegue os medicamentos na maioria das vezes (posto de saúde/ teve que comprar/ parte conseguiu no posto e parte teve que comprar) e o número de medicamentos utilizados nos últimos sete dias (1, 2, 3 ou mais).

A variável dependente “adesão ao tratamento” foi coletada para todos os que utilizavam pelo menos um medicamento nos últimos setes dias e mensurada através do instrumento de adesão referida pelo paciente, o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) [19], composto por três domínios com perguntas que identificam barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso. Foi utilizada a versão traduzida e validada para o português do BMQ [20] que classifica, de acordo com o número de respostas positivas, em alta adesão (nenhuma), provável alta adesão (1), provável baixa adesão (2) e baixa adesão (3 ou mais) em qualquer domínio. A análise dos dados foi realizada utilizando o programa estatístico STATA 11.0. A análise descritiva incluiu valores absolutos e percentuais de todas as variáveis envolvidas no estudo. Na análise bruta, a prevalência de baixa adesão ao tratamento foi calculada para as categorias das variáveis independentes considerando o desfecho de adesão dicotomizado, onde foram considerados com não aderentes aqueles pacientes com pontuação de 3 ou mais no BMQ.

Na análise multivariável, foi utilizado modelo de regressão de Poisson com estimativas robustas de variância, com cálculo de razões de prevalência bruta e ajustadas e intervalos com 95% de confiança (IC 95%). A análise ajustada buscou controlar possíveis fatores de confusão sendo mantidas no modelo todas as variáveis com $p \leq 0,20$. Associações com valores $p \leq 0,05$

foram consideradas estatisticamente significantes. A significância estatística foi avaliada pelo teste de Wald.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (Processo nº 15/08, de 2008). Os princípios éticos foram assegurados, recorrendo-se ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

RESULTADOS

Foram identificados 1.713 idosos, dos quais 1.593 participaram do estudo. A proporção de resposta foi de 93,0%, com 4% de perdas e 3% de recusas.

A Tabela 1 descreve a população estudada de acordo com as variáveis em estudo. As mulheres representaram cerca de dois terços da amostra. A maioria referiu ser branca (78,6%) e ter idade entre 65 e 74 anos, cerca da metade tinha de um a sete anos completos de estudo e eram casados ou viviam com companheiro. Mais da metade da amostra (66,0%) pertencia aos níveis socioeconômicos C, D ou E, não tinha plano de saúde (64,6%) e 53% vivia em área de cobertura da (ESF). Em relação à autopercepção de saúde, mais da metade a consideraram como muito boa ou boa e relataram terem tido pelo menos uma consulta médica nos últimos três meses.

Quanto às morbidades investigadas, metade dos idosos referiu ter duas ou mais morbidades, sendo a hipertensão arterial (55,3%), problema na coluna (37,4%), problema no coração (29,6%) e diabetes (15,1%) as mais frequentes. Cerca de um terço apresentaram incapacidades instrumentais para a vida diária, 14,9% sinais de depressão e 13,1% apresentaram déficit cognitivo.

Do total de idosos entrevistados, 1.247 referiram ter usado algum medicamento nos últimos sete dias, resultando em uma prevalência de utilização de medicamentos de 77,9%. Em média foram usados três (DP 1,9) medicamentos (máximo de 14) sendo que 24,2% utilizaram um medicamento, e mais da metade dos idosos (53,2%) utilizou três ou mais medicamentos nos últimos sete dias. Quando perguntados sobre como conseguiam os medicamentos na maioria das vezes, 37,4% relataram que conseguiam no posto de saúde, 45,0% compravam os seus medicamentos e 17,6% conseguiam parte no posto de saúde e parte tinha que comprar.

Em relação à adesão ao tratamento medicamentoso, segundo os resultados do BMQ, 11,6% dos entrevistados foi classificado como aderente (nenhuma resposta positiva nos domínios avaliados), 26,7% provável aderente (1 resposta positiva), 32,9% com provável baixa adesão (2 respostas positivas) e cerca de um terço (28,7%) foram considerados com baixa adesão ao tratamento (3 ou mais respostas positivas).

A Tabela 2 descreve os principais aspectos abordados nos domínios do BMQ, onde podemos salientar a falha de dias (59,8%) e de doses no tratamento (37,6%) que foram aspectos relacionados ao regime do tratamento prescrito avaliados pelo domínio regime do BMQ. No domínio que avaliou a crença dos pacientes na eficácia do tratamento e opiniões sobre os efeitos colaterais indesejáveis, 5,2% relataram que o medicamento não funciona muito bem e que algum dos medicamentos causa algum problema. No domínio recordação que identifica problemas em relação à recordação em tomar os medicamentos 65,3% recebem esquemas de múltiplas doses do medicamento e relataram ter dificuldade de ler o que está escrito na embalagem (20,8%), e ainda 16% relatou dificuldade de lembrar de tomar os medicamentos (16,0%).

Usando o desfecho na forma dicotômica (baixa adesão ou 3 ou + respostas positivas ao BMQ), foram realizadas as análises brutas e ajustadas. As seguintes variáveis foram estatisticamente associadas a baixa adesão ao tratamento na análise bruta: idade (65 a 74 anos), não ter plano

de saúde, ter que comprar (totalmente ou em parte) os seus medicamentos, ter três ou mais morbidades, possuir incapacidade instrumental para a vida diária e usar três ou mais medicamentos (Tabela 4).

Após a análise ajustada estas associações se mantiveram, sendo a baixa adesão 25% maior no grupo de idosos de 65 a 74 anos em relação aos de 60 a 64 anos (Tabela 4). Os idosos que tinham plano de saúde apresentaram baixa adesão ao tratamento 20% menor comparado com os que não o tinham e os que referiram não conseguir todos os medicamentos e ter que comprar parte deles, apresentou quase o dobro (97,0%) a mais de baixa adesão em relação aos que conseguiam os medicamentos no posto de saúde.

Apresentar três ou mais doenças aumentou em 39% o risco de baixa adesão ao tratamento e ter incapacidade instrumental para a vida diária em 25%. O número de medicamentos utilizados se mostrou fortemente associado a baixa adesão ao tratamento entre os idosos, onde os que utilizavam três ou mais medicamentos apresentaram 10 vezes mais baixa adesão ao tratamento do que os que utilizavam somente um medicamento.

Não se mostraram associados a baixa adesão ao tratamento: sexo, cor da pele, escolaridade, nível sócio econômico, situação conjugal, modelo de atenção primária à saúde, autopercepção de saúde, consulta médica nos últimos três meses e ter sinais de depressão e déficit cognitivo.

DISCUSSÃO

Compreender as diferenças nas barreiras relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso dentro de subgrupos demográficos como no caso dos idosos, pode ajudar na construção de intervenções visando superar barreiras à adesão específicas dos pacientes e melhorar os resultados clínicos terapêuticos [24].

A prevalência de baixa adesão ao tratamento entre os idosos foi de 28,7%, o que reforça a preocupação mundial com as evidências que demonstram que cerca de 20 a 50% dos pacientes em geral não aderem ao tratamento [8, 9, 25]. Quando comparamos com os resultados de outros estudos nesta faixa etária que utilizaram diferentes instrumentos de adesão referida, os resultados encontrados foram abaixo do encontrado em outro estudo nacional com 466 idosos onde 62,9% foram considerados não aderentes ao tratamento [14] e acima de estudo internacional com uma coorte de 2149 pacientes idosos hipertensos, onde somente 14,1% dos pacientes idosos foram considerados com baixa adesão ao tratamento [24]. A literatura acerca do uso de medicamentos na população idosa aponta diversos fatores que influenciam a baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Dentre eles, destacam-se os efeitos colaterais, a falta de informações sobre a terapêutica, o alto custo e o número elevado de medicamentos, além das características socioeconômicas [26].

No presente estudo as características socioeconômicas e o nível educacional não estiveram associados a baixa adesão ao tratamento. Dentre os fatores demográficos a baixa adesão ao tratamento foi mais comum entre os participantes que tinham menos de 75 anos de idade, o que também foi descrito em outro estudo que avaliou a adesão em pacientes idosos [24]. Uma hipótese para o fato de que os pacientes com mais idade aderem mais ao tratamento pode ser explicado por que uma das motivações para cumprir a terapêutica medicamentosa, é o medo de agravo à saúde, a vontade de viver e a necessidade do cumprimento da terapêutica, descrito em um estudo de abordagem exploratória onde estes aspectos apareceram de forma explícita nos depoimentos: *...não pode ficar sem tomar, porque sem tomar piora...vontade de viver, de não ficar doente* [27].

Fatores relacionados à saúde e a assistência aos pacientes idosos que podem afetar a adesão ao tratamento incluem o tipo, a gravidade e duração da doença, número de morbidades, frequência de uso de serviços médicos, a satisfação do paciente com os profissionais de saúde e a

qualidade do atendimento [13]. Não encontramos diferenças significativas entre os níveis de adesão ao tratamento e o tipo de modelo de atenção à saúde da área do domicílio e ter consultado nos últimos três meses, mas ter plano privado de saúde se mostrou associado a um menor risco de baixa adesão ao tratamento. Este resultado aponta para uma necessidade de rever as práticas e ações prestadas neste nível de cuidado sobre o uso de medicamentos a população idosa, levando em consideração que a equipe de saúde, principalmente o médico, pode contribuir para diminuir a baixa adesão dos pacientes, prescrevendo regimes menos complexos, dando informações sobre os benefícios e efeitos colaterais do tratamento, e considerando as dificuldades cognitivas e o acesso aos tratamentos prescritos para estes pacientes [8].

O aumento do número de doenças associadas ao envelhecimento também tem grande repercussão, onde a prevalência de doenças crônicas nesse grupo etário implica em tratamentos que requerem um alto consumo de fármacos, aumento dos custos em saúde assim como mudanças de comportamento e de hábitos de vida [21, 28]. Encontramos uma associação positiva entre um maior número de morbidades referidas e a baixa adesão ao tratamento, o que reforça que a dificuldade do tratamento simultâneo para várias condições crônicas de saúde, a falta de compartilhamento na gestão de suas morbidades crônicas e do seu regime medicamentoso pode predispor os idosos a baixa adesão [9, 13, 29].

No presente estudo não encontramos uma associação entre a baixa adesão ao tratamento nos idosos com sinais de depressão e déficit cognitivo, mas estudos têm identificado associações clinicamente relevantes entre a presença de sintomas depressivos e baixa adesão ao tratamento em idosos [24, 30]. O comprometimento cognitivo também é descrito como um dos mais importantes fatores de risco para baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos, com um risco de baixa adesão cerca de três vezes maior para pacientes com deficiência cognitiva em comparação com

aqueles com cognição normal avaliado pelo exame do estado mental [31, 32].

Outros estudos sobre áreas específicas de funcionamento cognitivo que são críticas para as tarefas envolvidas na autogestão da medicação têm encontrado domínios como a capacidade de definir prioridade, planejar e organizar e a memória (capacidade de recordar informações) como fatores de risco para a baixa adesão [33-35], neste sentido é importante enfatizar que a dificuldade em lembrar de tomar os seus medicamentos e usar vários medicamentos ao mesmo tempo foram barreiras referidos pelos pacientes que participaram do presente estudo para o cumprimento da sua terapia avaliadas pelo BMQ.

Dentre os comprometimentos advindos com o avanço cronológico da idade, está a ocorrência de incapacidade funcional, onde estudos apontam para a associação entre incapacidade funcional em atividades instrumentais para a vida diária com o aumento da idade [36] e a necessidade de recebimento de assistência domiciliar [37]. Os resultados encontrados na população estudada onde os pacientes com incapacidade instrumental para a vida diária tiveram um maior risco para baixa adesão ao tratamento, reforça a importância deste indicador no planejamento das ações pelos serviços de saúde visando prevenir ou postergar a incapacidade funcional, melhorando a autonomia na gestão do cuidado ao idoso com a sua saúde incluindo a do seu tratamento medicamentoso.

Outro fator importante quando pensamos na adesão ao tratamento por idosos é o acesso aos medicamentos, considerando-se que a maioria da população atendida no serviço público de saúde é de baixa renda, a obtenção gratuita é, frequentemente, a única alternativa de acesso ao medicamento. Os idosos que necessitaram comprar parte ou todos os seus medicamentos tiveram níveis de adesão mais baixo em relação aos que não precisaram pagar pelos medicamentos, o que reforça que o custo do tratamento é um fator importante na adesão ao tratamento medicamentoso nesta faixa da população [26]. A dificuldade para adquirir os medicamentos

foi relatada por grande parcela dos idosos em um estudo onde a falta de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde foi o principal motivo identificado para esta dificuldade [27] enfatizando a importância da gestão adequada da assistência farmacêutica na atenção básica a saúde como facilitador do acesso aos medicamentos neste nível de cuidado e que pode impactar na adesão ao tratamento.

O número de medicamentos utilizados pelos idosos se mostrou um forte preditor para a baixa adesão ao tratamento, aumentando o risco em cerca de dez vezes em relação aos que usam menos de três medicamentos, este resultado também foi descrito em outros estudos [14, 24]. A polimedicação aliada aos problemas relacionados às propriedades cognitivas discutidas anteriormente, de dificuldade para a recordação correta dos seus regimes terapêuticos prescritos e a crença em relação aos efeitos colaterais dos medicamentos colaboram para as dificuldades da adesão ao tratamento pelos idosos [27, 38].

No Brasil, estudos de base populacional sobre a adesão ao tratamento em idosos são praticamente inexistentes. Portanto, os resultados aqui apresentados irão contribuir para entender o processo de adesão ao tratamento medicamentosos dos pacientes nesta faixa etária e identificar pontos onde se podem focar as intervenções.

Neste sentido cabe destacar que estratégias devem ser implementadas tanto no sentido de uma prescrição mais racional, com um número menor de medicamentos prescritos, como para a redução do número de administrações diárias através do desenvolvimento de associações de doses fixas ou formas farmacêuticas de liberação modificada e o acompanhamento da farmacoterapia pelos serviços de saúde.

Outros fatores como a frequência de doenças crônico-degenerativas que acomete os idosos, o seu processo de envelhecimento que predispõe a incapacidade funcional, a dificuldade no acesso ao tratamento também são fatores importantes a serem considerados pelos profissionais de saúde

visando a promoção da adesão ao tratamento e aumento da resolutividade terapêutica e da qualidade de vida destes pacientes.

REFERÊNCIAS

- [1] Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Medication use patterns among elderly people in urban area in Northeastern Brazil. *Revista de saude publica*. 2004 Aug;38(4):557-64.
- [2] Flores LM, Mengue SS. [Drug use by the elderly in Southern Brazil]. *Revista de saude publica*. 2005 Dec;39(6):924-9.
- [3] Loyola Filho AI, Firmo JO, Uchoa E, Lima-Costa MF. Birth cohort differences in the use of medications in a Brazilian population of older elderly: the Bambui Cohort Study of Aging (1997 and 2008). *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*.27 Suppl 3:S435-43.
- [4] Paniz VM, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. [Access to continuous-use medication among adults and the elderly in South and Northeast Brazil]. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*. 2008 Feb;24(2):267-80.
- [5] Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivela SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *Journal of clinical epidemiology*. 2002 Aug;55(8):809-17.
- [6] Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, Cesar CC, Acurcio Fde A. [Survey on medicine use by elderly retirees in Belo Horizonte, Southeastern Brazil]. *Revista de saude publica*. 2008 Aug;42(4):724-32.
- [7] Haynes R, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald H. Interventions for enhancing medication adherence. *The Cochrane Library*. 2007(4).
- [8] Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *The New England journal of medicine*. 2005 Aug 4;353(5):487-97.
- [9] WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action.: <http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf>
- 2003.
- [10] Marinker M, Shaw J. Not to be taken as directed. *BMJ (Clinical research ed)*. 2003 Feb 15;326(7385):348-9.

- [11] Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*. 2001 Oct;26(5):331-42.
- [12] Vlasnik JJ, Aliotta SL, DeLor B. Medication adherence: factors influencing compliance with prescribed medication plans. *The Case manager*. 2005 Mar-Apr;16(2):47-51.
- [13] MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? *Drugs & aging*. 2005;22(3):231-55.
- [14] Rocha CH, de Oliveira AP, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, de Souza AC, et al. [Medication adherence of elderly in Porto Alegre, RS]. *Ciencia & saude coletiva*. 2008 Apr;13 Suppl:703-10.
- [15] Thume E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. *American journal of public health*. May;101(5):868-74.
- [16] Folstein MF, Folstein ES, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
- [17] Sheikh JI, Yesavage JA. *Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version*. Hayworth: New York 1986.
- [18] Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
- [19] Svarstad B, et al., 14. The brief medication questionnaire: a tool for screening adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns*. 1999;37:113-24.
- [20] Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. The Brief Medication Questionnaire and Morisky-Green test to evaluate medication adherence. *Revista de saude publica*. 2012 Apr;46(2):279-89.
- [21] Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. [Health status, physical functioning, health services utilization, and expenditures on medicines among Brazilian elderly: a descriptive study using data from the National Household Survey]. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*. 2003 May-Jun;19(3):735-43.
- [22] Fuchs Z, Novikov I, Blumstein T, Chetrit A, Gindin J, Modan B. Patterns of drug use among the community-dwelling old-old population in Israel. *Isr Med Assoc J*. 2003 May;5(5):346-51.

- [23] Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. [A population-based study on use of medication by the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil]. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*. 2006 Dec;22(12):2657-67.
- [24] Krousel-Wood MA, Muntner P, Islam T, Morisky DE, Webber LS. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. *The Medical clinics of North America*. 2009 May;93(3):753-69.
- [25] Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2002(2):CD000011.
- [26] Cooper C, Carpenter I, Katona C, Schroll M, Wagner C, Fialova D, et al. The AdHOC Study of older adults' adherence to medication in 11 countries. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005 Dec;13(12):1067-76.
- [27] Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Medicine adherence in elderly people in an ambulatorial attendance. *Ciencia & saude coletiva*. Nov;15 Suppl 3:3507-15.
- [28] Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of internal medicine*. 2002 Nov 11;162(20):2269-76.
- [29] Mishra SI, Gioia D, Childress S, Barnet B, Webster RL. Adherence to medication regimens among low-income patients with multiple comorbid chronic conditions. *Health & social work*. 2011 Nov;36(4):249-58.
- [30] Wang PS, Bohn RL, Knight E, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *Journal of general internal medicine*. 2002 Jul;17(7):504-11.
- [31] Okuno J, Yanagi H, Tomura S. Is cognitive impairment a risk factor for poor compliance among Japanese elderly in the community? *European journal of clinical pharmacology*. 2001 Oct;57(8):589-94.
- [32] Thiruchselvam T, Naglie G, Moineddin R, Charles J, Orlando L, Jaglal S, et al. Risk factors for medication nonadherence in older adults with cognitive impairment who live alone. *International journal of geriatric psychiatry*. 2012 Feb 15.
- [33] Insel K, Morrow D, Brewer B, Figueredo A. Executive function, working memory, and medication adherence among older adults. *The journals of gerontology*. 2006 Mar;61(2):P102-7.

- [34] Stillely CS, Bender CM, Dunbar-Jacob J, Sereika S, Ryan CM. The impact of cognitive function on medication management: three studies. *Health Psychol.* Jan;29(1):50-5.
- [35] Stoehr GP, Lu SY, Lavery L, Bilt JV, Saxton JA, Chang CC, et al. Factors associated with adherence to medication regimens in older primary care patients: the Steel Valley Seniors Survey. *The American journal of geriatric pharmacotherapy.* 2008 Dec;6(5):255-63.
- [36] Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. *Revista de saude publica.* 2009 Oct;43(5):796-805.
- [37] Thume E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LA. Home health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care. *Revista de saude publica.* 2010 Dec;44(6):1102-11.
- [38] Teixeira JJ, Lefevre F. [Drug prescription from the perspective of elderly patients]. *Revista de saude publica.* 2001 Apr;35(2):207-13.

Tabela 1- Descrição da população de idosos estudada de acordo com as variáveis em estudo. Bagé, RS, 2008.

Variáveis	N	%
Sexo (N=1.593)		
Masculino	593	37,2
Feminino	1.000	62,8
Idade (N=1.593)		
60-64	400	25,1
65-74	696	43,7
75 ou mais	497	31,2
Cor da pele (N=1.593)		
Branca	1.252	78,6
Não Branca	341	21,4
Escolaridade (anos de estudo) (N=1.592)		
0	382	24,0
1 a 7 anos	868	54,5
8 a 20 anos	342	21,5
Nível socioeconômico* (N=1.581)		
A/B	537	34,0
C	615	38,9
D/E	429	27,1
Situação Conjugal (N=1.592)		
Solteiro/divorciado	238	15,0
Casado	816	51,3
Viúvo	538	33,8
Plano privado de saúde (N=1.586)		
Não	1.025	64,6
Sim	561	35,4
Modelo de Atenção Primária a Saúde (N=1593)		
Tradicional	741	46,5
ESF	852	53,5
Autopercepção de saúde (N=1.540)		
Muito boa/ Boa	906	58,8
Regular/Ruim/Péssimo	634	41,2
Consulta médica nos últimos 3 meses (N=1.591)		
Não	723	45,4
Sim	868	54,6
Número de morbidades referidas** (N=1342)		
0	288	20,9
1	404	29,3
2	420	30,4
3 ou +	269	19,5
Incapacidade AIVD*** (N=1.589)		
Não	1.045	65,8
Sim	544	34,2

Depressão (N=1512)		
Não	1.287	85,1
Sim	225	14,9
Déficit Cognitivo (N=1.514)		
Não	1.315	86,9
Sim	199	13,1

*Conforme o “Critério de Classificação Econômica Brasil ” - ABEP (www.abep.org).

** Hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral, problema pulmonar, câncer, problema de coluna, problema nos rins, reumatismo.

***Atividades instrumentais para a vida diária.

Tabela 2- Descrição das principais questões abordadas nos domínios do *Brief Medical Questionnaire* (BMQ). Bagé, RS, Brasil, 2008 (N=1242).

Questões aplicadas através do BMQ	%
Domínio Regime	
Relatou alguma falha de dias do tratamento	59,8
Relatou alguma falha de doses do tratamento	37,6
Domínio Crenças	
Relatou que algum dos medicamentos “não funciona bem”	5,2
Domínio Recordação	
Recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos	65,3
Relatou ter dificuldade de ler o que está escrito na embalagem	20,8
Relatou ter dificuldades em lembrar-se de tomar os medicamentos	16,0
Relatou ter dificuldades de conseguir os seus medicamentos	12,0
Relatou ter dificuldades de tomar vários medicamentos ao mesmo tempo	13,5

Tabela 3 – Prevalência de idosos classificados com baixa adesão[&] ao tratamento segundo *Brief Medical Questionnaire* (BMQ), e razões de prevalência bruta^{&&} com os fatores em estudo. Bagé, RS, Brasil, 2008 (N=1.242).

Nível ^{&&}	Variáveis	N	% Baixa Adesão	RP Bruta	IC95%	p-valor ^{&&&}
1	Sexo (N=1.242)					0,273
	Masculino	468	26,9	1	-	
	Feminino	774	29,8	1,11	0,92 - 1,33	
	Idade (N=1.242)					0,048
	60-64	307	26,4	1	-	
	65-74	562	32,2	1,22	0,98 - 1,52	
	75 ou mais	373	25,5	0,97	0,75 - 1,25	
	Cor da pele (N=1.242)					0,537
	Branca	981	28,3	1	-	
	Não Branca	261	30,3	1,07	0,87 - 1,32	
	Escolaridade (anos de estudo) (N=1.241)					0,306
	0	293	31,1	1	-	
	1 a 7 anos	686	29,2	0,94	0,76 - 1,15	
	8 a 20 anos	262	25,2	0,81	0,62 - 1,06	
	Nível socioeconômico (N=1.232)*					0,807
A/B	408	29,9	1	-		
C	487	27,9	0,93	0,76 - 1,15		
D/E	337	29,1	0,97	0,78 - 1,22		
Situação Conjugal (N=1.242)					0,877	
Solteiro/divorciado	195	28,2	1	-		
Casado	629	28,3	1,00	0,78 - 1,30		
Viúvo	418	29,7	1,05	0,80 - 1,38		
Plano privado de saúde (N=1.236)					0,027	
Não	792	31,1	1	-		
Sim	444	25,0	0,80	0,66 - 0,97		
2	Modelo de Atenção Primária a Saúde (N=1.242)					0,973
	Tradicional	568	28,7	1	-	
	ESF	674	28,8	1,00	0,84 - 1,20	
	Como consegue medicamento (N=1241)					<0,001
	Posto de saúde	465	24,1	1	-	
	Tem que comprar	558	25,3	1,05	0,85 - 1,30	
	Parte no posto e parte compra	218	47,7	1,98	1,60 - 2,45	
	Consulta médica nos últimos 3 meses (N=1.240)					0,782
	Não	551	28,3	1	-	
	Sim	689	29,0	1,03	0,86 - 1,22	
Autopercepção de saúde (N=1.206)					0,079	
Muito boa/ Boa	716	26,4	1	-		
Regular/Ruim/Péssimo	490	31,0	1,18	0,98 - 1,41		
Número de morbidades referidas** (N=1.242)					0,004	

3	0	226	23,5	1	-	
	1	305	27,2	1,16	0,86	- 1,56
	2	333	26,1	1,11	0,83	- 1,50
	3 ou +	378	35,4	1,51	1,15	- 1,98
	Incapacidade AIVD*** (N=1.238)					0,009
	Não	810	26,2	1	-	
	Sim	428	33,2	1,27	1,06	- 1,51
	Depressão (N=1.184)					0,491
	Não	1.007	28,0	1	-	
	Sim	177	30,5	1,09	0,85	- 1,39
	Déficit Cognitivo (N=1.184)					0,673
	Não	1.025	28,7	1	-	
	Sim	159	27,0	0,94	0,72	- 1,24
	Total de medicamentos utilizados (N=1.241)					<0,001
	1	300	3,7	1	-	
	2	291	24,7	6,75	3,65	- 12,47
	3 ou +	650	42,0	11,45	6,37	- 20,61

*Conforme o "Critério de Classificação Econômica Brasil" - ABEP (www.abep.org).

** hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral, problema pulmonar, câncer, problema de coluna, problema nos rins, reumatismo.

***Atividades instrumentais para a vida diária.

& Não aderentes = Baixa adesão segundo o BMQ (3 ou + respostas positivas).

&& variáveis estão agrupadas em níveis de acordo com a sua entrada no modelo de análise ajustada.

&&& Teste de Wald.

Tabela 4 - Razões de prevalência ajustadas[&] entre os idosos classificados com baixa adesão^{&&} ao tratamento segundo *Brief Medical Questionnaire* (BMQ) com os fatores em estudo. Bagé, RS, Brasil, 2008 (N=1242).

Variáveis	N	% Baixa Adesão	RP ajustada	IC95%	p-valor ^{&&&}
Idade (N=1.242)					0,052
60-64	307	26,4%	1	-	
65-74	562	32,2%	1,25	1,00 - 1,56	
75 ou mais	373	25,5%	1,01	0,78 - 1,31	
Plano privado de saúde (N=1.236)					0,028
Não	792	31,1%	1,00	-	
Sim	444	25,0%	0,81	0,67 - 0,98	
Como consegue medicamento (N=1.241)					<0,001
Posto de saúde	465	24,1%	1	-	
Tem que comprar	558	25,3%	1,07	0,86 - 1,33	
Parte no posto e parte compra	218	47,7%	1,97	1,59 - 2,44	
Número de morbidades referidas* (N=1.242)					0,012
0	226	23,5%	1	-	
1	305	27,2%	1,04	0,78 - 1,40	
2	333	26,1%	1,09	0,81 - 1,46	
3 ou +	378	35,4%	1,39	1,06 - 1,82	
Incapacidade AIVD** (N=1.238)					0,011
Não	810	26,2%	1	-	
Sim	428	33,2%	1,25	1,05 - 1,49	
Total de medicamentos utilizados (N=1.241)					<0,001
1	300	3,7%	1	-	
2	291	24,7%	6,50	3,52 - 12,01	
3 ou +	650	42,0%	10,18	5,65 - 18,33	

[&] Apenas estão apresentadas as variáveis significativas ao nível de 5% após a análise ajustada através de Regressão de Poisson.

^{&&} Baixa adesão segundo o BMQ (3 ou + respostas positivas).

^{&&&} Referente ao teste de Wald.

ARTIGO 2

DETERMINANTES DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

DETERMINANTS IN ADHERENCE TO ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT WITHIN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Noemia Urruth Leão Tavares, Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser submetido à Revista de Saúde Pública

**DETERMINANTES DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DETERMINANTS IN ADHERENCE TO ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT
WITHIN THE FAMILY HEALTH STRATEGY**

Noemia Urruth Leão Tavares ^a

Andréa Dâmaso Bertoldi^b

Sotero Serrate Mengue ^a

^a Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

^b Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

| Endereço para correspondência:

Noemia Urruth Leão Tavares

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

R. Ramiro Barcelos, 2400 – Santa Cecília

90035-003 Porto Alegre, RS, Brasil

nul.tavares@gmail.com

* Projeto financiando pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

RESUMO

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi analisar os determinantes da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em uma população de hipertensos assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município no Sul do Brasil.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado no período de outubro de 2010 a janeiro de 2011. A amostra foi composta por indivíduos hipertensos adultos e idosos residentes na área de abrangência urbana da ESF de Bagé, RS. Os dados foram coletados através de entrevistas domiciliares. Para mensuração da adesão ao tratamento anti-hipertensivo foram utilizados dois instrumentos de adesão referida pelo paciente, o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) e o *Morisky Medication Adherence Scale, 8-items* (MMAS-8). As variáveis independentes analisadas foram relativas a fatores demográficos e socioeconômicos, comportamentais e de saúde e também relativos a assistência ao paciente e a prescrição de medicamentos anti-hipertensivos. Utilizou-se regressão de Poisson com estimativas robustas de variância, com ordem de entrada das variáveis conforme modelo hierarquizado de análise sendo a significância estatística avaliada pelo teste de wald.

RESULTADOS

Foram entrevistados 1588 hipertensos, sendo que a prevalência de pacientes aderentes ao tratamento foi de 19,1% pelo BMQ e 48,1% dos pacientes foram considerados com níveis de alta adesão pelo MMAS-8. Os principais fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo avaliado pelo BMQ foram: renda maior que um salário mínimo, melhor autopercepção de saúde, ter menos morbidades e menor número de anti-hipertensivos utilizados. Os níveis de alta adesão ao tratamento pelo MMAS-8 foram associados a maior idade, melhor autopercepção de saúde e maior vínculo com a equipe assistencial.

CONCLUSÕES

Os resultados encontrados apontam que a equipe de saúde, principalmente o médico, pode contribuir para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento, prescrevendo regimes menos complexos, explicando os benefícios e efeitos colaterais dos medicamentos, e principalmente fortalecendo o vínculo com o paciente em um processo compartilhado permanente de cuidado em relação a sua saúde.

Palavras-chave: Hipertensão; Adesão à Medicação; Atenção Primária à Saúde; Estudos Epidemiológicos.

ABSTRACT

OBJECTIVE

The purpose of this study was to analyze the determining factors for adhering to the antihypertensive treatment for the group of hypertensive patients assisted by the Family Health Strategy (FHS) in a municipality in the south of Brazil.

METHODOS

Cross-sectional study carried out between October 2010 and January 2011. The sample was composed of adult and senior hypertensive patients living in the urban area covered by the ESF in Bagé, Rio Grande do Sul. The data was collected through household interviews. In order to measure the level of adherence to the antihypertensive treatment, there was a twofold tool responded by the patients themselves, the *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) and the *Morisky Medication Adherence Scale, 8-items* (MMAS-8). The independent variables analyzed referred to demographic, socioeconomic, behavioral and health factors, as well as those related to patient assistance and prescription of antihypertensive medicines. Poisson regression model was used for estimating crude and adjusted prevalence ratios, their related 95% confidence intervals and p-values (Wald test).

RESULTS

Interviews with 1.588 hypertensive patients were carried out, with the prevalence of patients joining the treatment being 19.1% according to the BMQ and 48.1% with a high level of adherence according to the MMAS-8. The main factors related to higher or lower adherence to the antihypertensive treatment as per the BMQ were: income higher than the minimum wage, better health self-awareness, less comorbidity and fewer antihypertensive drugs used. Higher taxes of adherence to the treatment as per the MMAS-8 were related to older age, better health self-awareness and greater bond to the health team.

CONCLUSIONS

The findings point out that the health team, and more specifically the doctor, can contribute to improve patient adherence to the treatment, as long as they take time to prescribe less strict and complex diets and to explain the benefits and side effects of the medicaments; but most importantly, adherence is achieved by strengthening the bond with the patient, participating actively in the health care process.

Keywords - Hypertension; Medication Adherence; Primary Health Care; Epidemiologic Studies

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, e como entidade isolada, está entre as mais frequentes morbidades do adulto no Brasil e no mundo [1, 2]. A prevalência de HA varia de 19 a 44% (dependendo do critério adotado e processo de aferição) com frequências mais elevadas entre os indivíduos maiores de 60 anos e os de menor escolaridade [3, 4].

Apesar da disponibilidade de tratamentos efetivos, estudos realizados em vários países demonstram que apenas cerca de um terço dos pacientes tratados para HA atingem níveis pressóricos terapêuticos desejados, sendo a não adesão ao tratamento uma das causas mais frequentes [5]. Estudos abrangendo cinco décadas estimam que 20 a 50% dos pacientes não tomam seus medicamentos de acordo com a prescrição médica [6].

A adesão ao tratamento é um fenômeno complexo e multideterminado, influenciado simultaneamente por fatores socioeconômicos, fatores relacionados ao sistema de saúde e a equipe, fatores relacionados à prescrição e fatores individuais do paciente [7-9].

Os métodos utilizados para avaliar a adesão ao tratamento incluem relato do paciente, contagem manual ou eletrônica de comprimidos, registros de farmácia, monitoramento do nível plasmático dos fármacos, entre outros [10]. No entanto, a abordagem mais fácil de aplicar na prática clínica são os instrumentos de relato do paciente, devido a sua simplicidade, velocidade e a viabilidade de utilização.

Várias escalas foram desenvolvidas e validadas para avaliar a adesão referida à terapia e avaliam diferentes aspectos relacionados à sua determinação como às crenças e dificuldades que envolvem a terapia e o comportamento de tomada dos medicamentos anti-hipertensivos [11, 12].

Promover a adesão do paciente é um grande obstáculo clínico que é necessário para diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular [11]. Tendo em vista que a Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto modelo

assistencial da atenção básica a saúde no Brasil é responsável pela porta de entrada da rede de atenção a saúde [13], e que os pacientes acompanhados pela ESF têm acesso facilitado aos medicamentos anti-hipertensivos [14, 15] é importante analisar os determinantes da adesão ao tratamento em pacientes hipertensos acompanhados neste nível de cuidado, para que ações de intervenção possam ser pautadas a seguir.

O objetivo do estudo foi analisar os determinantes da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em uma população de hipertensos assistidos pela ESF em um município no Sul do Brasil.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado no período de outubro de 2010 a janeiro de 2011. A amostra foi composta por indivíduos hipertensos com idade igual ou superior a 19 anos residentes na área de abrangência da estratégia saúde da família (ESF) da zona urbana de Bagé, RS. O município possuía em 2010 uma população de 116.794 habitantes, 83,7% residentes na zona urbana (Censo Demográfico, 2010 IBGE). Os serviços de atenção básica a saúde do município contavam com 16 unidades básicas de saúde da família totalizando 21 equipes responsáveis por 64,6% da população urbana do município. O total de hipertensos cadastrados pela ESF, na época do estudo, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, era de 4.610 hipertensos.

Utilizando as unidades básicas de saúde da família como unidade amostral primária, o processo de amostragem dos hipertensos foi feita em três etapas. Primeiro, o número total de indivíduos da amostra foi distribuído por equipes proporcionalmente ao número de hipertensos cadastrados na sua área de abrangência. Posteriormente, o número de participantes por equipe foi distribuído pelo número de microáreas e então os indivíduos sorteados aleatoriamente pelo cadastro de hipertensos de cada microárea.

O tamanho da amostra baseou-se no maior valor encontrado para dois cálculos diferentes: amostra para estimação da prevalência de adesão ao tratamento e para estudo de associação entre a adesão e os possíveis determinantes. Os cálculos resultaram em uma amostra mínima necessária de 1.320 pessoas com nível de confiança de 95%. Incluiu-se, ainda, um adicional de 10% para eventuais perdas, 15% para controle de fatores de confusão e efeito de delineamento de 1,3.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um questionário estruturado, pré-codificado, composto por uma parte específica sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e outra incluindo variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, de saúde e de assistência ao paciente. O instrumento foi submetido a um estudo pré-piloto para teste de compreensão das perguntas. Após as correções necessárias, um estudo-piloto foi realizado com pacientes hipertensos não incluídos na amostra visando o teste final do questionário, manual de instruções e treinamento dos entrevistadores. Esses eram profissionais da área da saúde com nível superior completo que participaram de treinamento.

A coleta de dados incluiu a delimitação da área de abrangência de cada uma das unidades de saúde da família, seguida da sua divisão em microáreas. Os dados foram coletados através de entrevistas aos pacientes hipertensos selecionados na amostra em seus domicílios. Entrevistas não realizadas após três tentativas foram consideradas perdas ou recusas, não sendo admitidas substituições.

Para mensuração da adesão ao tratamento anti-hipertensivo foram utilizados dois instrumentos de adesão referida pelo paciente, o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) [12] e o *Morisky Medication Adherence Scale, 8-items* (MMAS-8) [11] que foram respondidos somente se o paciente estivesse em uso de algum medicamento anti-hipertensivo nos últimos sete dias.

O BMQ é composto por três domínios com perguntas que identificam barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso. O domínio regime e o relativo às crenças ao

tratamento foi aplicado para cada medicamento anti-hipertensivo que os pacientes referiram usar nos últimos sete dias e o domínio recordação que aborda as dificuldades relativas ao tratamento foi aplicado de forma geral do tratamento. Foi utilizada a versão traduzida e validada para o português do BMQ[16] que classifica, de acordo com o número de respostas positivas, em alta adesão (nenhuma), provável alta adesão (1), provável baixa adesão (2) e baixa adesão (3 ou mais) em qualquer domínio.

O MMAS-8 foi desenvolvido a partir de uma escala previamente validada com quatro itens – Teste de Morisky-Green (TMG)[17] – e complementada com mais quatro itens adicionais para captar melhor o comportamento do paciente em relação ao uso habitual dos medicamentos relativos ao tratamento anti-hipertensivo. O instrumento original foi traduzido para o português e as perguntas testadas no estudo piloto para as adequações necessárias e a versão final aprovada pelo autor da escala. O escore MMAS-8 pode variar de zero a oito sendo definidos a partir do número de respostas negativas, três níveis de adesão. Escore 8 identifica alta adesão, escores de 6 a < 8 adesão moderada e <6 baixa adesão.

Os determinantes individuais investigados foram: sexo, idade (em anos completos), cor da pele auto referida (classificada como branca ou não branca), escolaridade (anos completos de estudo categorizado em 0, 1 a 4, 5 a 8, 9 a 11 e 12 ou mais), nível socioeconômico (classes A a E, conforme o “Critério de Classificação Econômica Brasil”, ABEP, www.abep.org), plano de saúde (tem plano de saúde: sim/não) , fumo (fuma atualmente: sim/não), ativo fisicamente no lazer (considerado ativo no lazer o adulto que pratica atividade de intensidade leve ou moderada por pelo menos 30 minutos diários em 5 ou mais dias da semana ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos diários em 3 ou mais dias da semana), consumo abusivo de álcool (considerado como uso abusivo se chegou a consumir nos últimos 30 dias mais do que 5 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião para homens ou mais do que 4 doses para mulheres), autopercepção de saúde (excelente, muito boa/boa, regular ou ruim) e número de morbidades referidas (diabetes, problema no coração, problema pulmonar).

Os determinantes de prescrição investigados foram o número de medicamentos anti-hipertensivos, número de doses por dia e se conseguiu todos os medicamentos anti-hipertensivos nos últimos trinta dias. As variáveis relacionadas à assistência prestada foram: consulta médica nos últimos 30 dias por causa da HA, se procurou o ESF nos últimos seis meses, qual o médico que trata regularmente para HA (médico da ESF, médico de outro posto de saúde, particular ou não tem) e o componente longitudinalidade da versão validada do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool versão adulto)[18] constituído de 14 itens que avaliam a relação entre a população e sua fonte de atenção, a relação interpessoal e a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde, com escore final classificado em alto ou baixo escore deste atributo.

Os dados foram digitalizados pelo *Teleform Workgroup V10*, armazenados e analisados no programa estatístico STATA 11. A análise descritiva incluiu números absolutos e percentuais de todas as variáveis envolvidas no estudo. Na análise bruta, a prevalência de adesão ao tratamento foi calculada para as categorias das variáveis independentes considerando os desfechos de adesão dicotomizados, onde foram considerados com alta adesão aqueles pacientes com pontuação igual a oito no MMAS-8 e aderentes os com zero de pontuação no BMQ. A significância estatística foi avaliada pelo teste de Wald.

Na análise multivariável, utilizou-se regressão de Poisson com estimativas robustas de variância, com ordem de entrada das variáveis conforme modelo hierarquizado de análise que incluiu primeiro as variáveis demográficas e socioeconômicas e posteriormente as variáveis comportamentais e de saúde. Por último, foram analisadas as variáveis relativas aos determinantes de prescrição e assistência ao paciente. A análise ajustada buscou controlar possíveis fatores de confusão em relação às variáveis do mesmo nível e de níveis anteriores, sendo mantidas no modelo todas as variáveis com $p \leq 0,20$. Valores $p \leq 0,05$ foram considerados como estatisticamente significativos.

O protocolo do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (São Leopoldo-RS). Os princípios éticos foram assegurados e os participantes que concordaram em participar do estudo assinaram um termo de consentimento livre esclarecido.

RESULTADOS

O estudo incluiu uma amostra de 1681 hipertensos, sendo que destes foram entrevistados 1664 indivíduos (1,01% de perdas ou recusas). Dos entrevistados, 76 referiram não ser hipertensos, apesar de constarem no cadastro de hipertensos da unidade de saúde e foram excluídos das análises resultando em uma amostra final de 1588 hipertensos.

A Tabela 1 descreve a amostra em relação às variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde. Pode-se observar que a maioria dos hipertensos eram mulheres (70,9%) e com cor da pele branca (67,6%). Mais da metade da amostra tinha idade igual ou superior a 60 anos, escolaridade de até quatro anos de estudo completo e viviam com companheiro. A grande maioria (91,0%) pertencia aos níveis socioeconômicos C, D ou E e não tinha plano de saúde (79,0%). Mais de 80% da amostra tinha renda familiar mensal até 3 salários mínimos.

Quanto aos hábitos de vida, 16,9% dos hipertensos relataram fumar atualmente, 2,8% tiveram consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias e somente 8,3% foram considerados ativos no lazer. Em relação à autopercepção de saúde quase metade da amostra a considerou como regular, ruim ou péssima. Além da hipertensão 51%, dentre as morbidades referidas investigadas, problemas no coração (36,8%) e diabetes (20,0%) foram as mais frequentes (Tabela 1).

Em relação à assistência a saúde, mais da metade (66,8%) dos pacientes relataram ter procurado a unidade de saúde da família nos últimos seis meses e tratar a hipertensão com o médico da unidade (58,9%), mas somente 39,4% referiram ter tido consulta médica no mesmo período. Quanto ao atributo longitudinalidade que analisa a relação interpessoal e a confiança

mútua entre os usuários e os profissionais de saúde, a maioria (71,8%) apresentou um alto escore.

Quando questionados sobre o que fazem para controlar a hipertensão, apesar da maioria (87,3%) referir tomar a medicação de rotina, 4,5% dos pacientes relatou que toma os medicamentos somente quando tem problema com a pressão. Alguns referiram medidas não farmacológicas como diminuir o sal (9,5%) e fazer atividade física (3,7%) e ainda 6,4% deles não fazer nada.

A prevalência de utilização de medicamentos anti-hipertensivos foi de 91,5%, onde 1.454 pacientes referiram estarem tomando algum medicamento para o tratamento da hipertensão nos últimos sete dias. O número médio de anti-hipertensivos utilizados foi de 2,2 medicamentos, com um máximo de sete, sendo que 29,2% utilizaram um, 45,1% utilizaram dois e 25,7% utilizaram três ou mais medicamentos para o tratamento da hipertensão. Com relação ao acesso ao tratamento, 89,0% referiram ter conseguido todos os medicamentos anti-hipertensivos no último mês.

A descrição da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em relação aos dois instrumentos utilizados está demonstrada na Tabela 2.

Os resultados do BMQ em relação às barreiras ao tratamento anti-hipertensivo demonstram que cerca da metade dos entrevistados foi classificado com provável alta adesão ao tratamento (uma resposta positiva em um dos domínios avaliados), um terço como provável baixa ou baixa adesão (duas ou mais respostas positivas) e 19,1% foram considerados com alta adesão ao tratamento (nenhuma resposta positiva).

No domínio do BMQ que avalia aspectos relacionados ao regime do tratamento prescrito, 16,4% dos pacientes tiveram pelo menos uma resposta positiva, sendo que 8,9% relataram falha de dias no tratamento e 11,4% relataram ter esquecido de tomar alguma dose dos medicamentos. No domínio que avaliou a crença dos pacientes na eficácia do tratamento e opiniões sobre os efeitos colaterais indesejáveis 6,5% responderam positivamente para uma das questões, onde 2,5% relataram que o medicamento não funciona muito bem e 4,7% acham que algum dos medicamentos causa algum problema. No

domínio que identifica problemas em relação à recordação em tomar os medicamentos, 76,5% tiveram pelo menos uma resposta positiva, onde 71,5% recebem esquemas de múltiplas doses de tratamento anti-hipertensivo e 21,3% relataram ter dificuldade em lembrar de tomar os medicamentos.

De acordo com a escala do MMAS-8, um pouco mais da metade dos pacientes foram classificados com níveis de baixa (<6) e moderada (6-7) adesão e 48,3% com alta adesão ao tratamento conforme o número de respostas negativas às perguntas relacionadas ao comportamento de tomar seus medicamentos. Cerca de um terço dos pacientes relataram falha de dias ou de doses e que tem dificuldade de lembrar de usar os medicamentos para o tratamento da hipertensão (23,6%). Além disso, 11,3% referiram parar de usar os seus medicamentos por que se sentiam piores quando tomavam e 5,8% interrompiam o tratamento quando sentiam que a pressão estava controlada.

Na análise bruta (Tabela 3), as seguintes características foram estatisticamente associadas à adesão ao tratamento pelo BMQ: maior escolaridade, maior renda familiar, ter plano de saúde, indivíduos considerados ativos no lazer, que relataram ter menor número de morbidades, com melhor autopercepção de saúde e que utilizavam menos medicamentos anti-hipertensivos. Apesar da maioria dos indivíduos relatarem ter procurado à unidade de saúde da família nos últimos seis meses, a prevalência bruta de aderentes foi maior nos que não o fizeram, nos que tem como referência para tratamento da HA médico particular ou por convênio, e nos que referiram não terem tido consulta médica nos últimos seis meses.

Os níveis de alta adesão ao tratamento avaliado pelo MMAS-8 foram estatisticamente associados na análise bruta com: idade, escolaridade, ter melhor autopercepção de saúde, ser ativo no lazer e não ter consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias. Os pacientes com alto escore do atributo longitudinalidade da atenção básica tiveram associação positiva à alta adesão ao tratamento assim como os que tratam a hipertensão com médico particular ou convênio e os que utilizaram mais medicamentos anti-hipertensivos (Tabela 4).

Após a análise ajustada (Tabela 5), segundo o BMQ, a renda se manteve associada positivamente a adesão ao tratamento, onde os que tinham renda familiar de um a três salários mínimos apresentaram uma adesão quase duas vezes maior do que os que recebiam até um salário mínimo. Menor número de morbidades referidas e melhor autopercepção de saúde também se mostraram associadas com a adesão ao tratamento (73% maior quando comparados aos que referiram ter duas ou mais morbidades e 42% maior em relação aos que tiveram uma pior autopercepção de sua saúde). Aqueles que tratam a HA com médico particular também tiveram uma maior adesão (55% maior do que os que se tratam com o médico da ESF).

O total de medicamentos anti-hipertensivos utilizados se mostrou fortemente associado à adesão, onde os que utilizavam apenas um medicamento indicaram três vezes mais adesão ao tratamento em relação aos que utilizavam três ou mais medicamentos. A variável relacionada ao acesso ao tratamento, após a análise ajustada passou a apresentar significância estatística, onde os pacientes que referiram não ter conseguido todos os medicamentos anti-hipertensivos no último mês apresentaram maior adesão (55%) do que os que relataram ter conseguido todos os medicamentos.

As variáveis escolaridade, plano de saúde, atividade física no lazer, ter procurado o ESF e ter tido consulta médica nos últimos seis meses perderam a significância estatística após a análise ajustada de acordo com o BMQ.

Em relação ao MMAS-8, após a análise ajustada (Tabela 5), a idade se manteve associada estatisticamente a alta adesão ao tratamento, onde os pacientes com 19-49 anos tiveram uma adesão 24% menor quando comparados com aqueles de 70 anos ou mais. A alta adesão ao tratamento foi 23% maior nos pacientes que consideraram a sua saúde ótima ou boa em relação aos que consideraram sua saúde como regular/ruim/péssima. Com relação ao número total de medicamentos anti-hipertensivos utilizados, a alta adesão foi cerca de 15% menor nos que utilizavam um ou dois medicamentos quando comparados aos que utilizavam três ou mais. Comparando com os pacientes com alto escore do atributo longitudinalidade, os classificados com baixo escore tiveram uma adesão 27% menor.

A escolaridade, atividade física no lazer, o consumo abusivo de álcool e o médico que trata regularmente a HA não se mantiveram estatisticamente associados à alta adesão ao tratamento após a análise ajustada.

DISCUSSÃO

A utilização de medidas farmacológicas como uma das principais estratégias para o tratamento da HA foi evidenciada no presente estudo, onde a alta frequência de utilização de medicamentos anti-hipertensivos pelos entrevistados reforça a importância de se investigar a adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas.

Foram encontradas diferenças nas prevalências e fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo entre os dois instrumentos de mensuração da adesão utilizados. Este resultado vem ao encontro com o que vem sendo descrito na literatura que a baixa a moderada correlação entre os métodos e instrumentos utilizados para mensurar a adesão ao tratamento pode ser atribuído ao fato de que exploram atributos da adesão diferentes [16, 19].

A prevalência de pacientes aderentes e com alta adesão classificados segundo os dois instrumentos, mesmo que mensurem aspectos diferentes em relação às barreiras relacionadas ao tratamento e o comportamento em tomar os medicamentos, está de acordo com outros estudos, onde somente de 15,9% a 58% dos pacientes aderem ao tratamento anti-hipertensivo [11, 20-22]. Este fato é preocupante, quando pensamos na relação entre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e o controle da hipertensão arterial [23]. Uma metanálise revelou que pacientes aderentes ao tratamento anti-hipertensivo tinham três vezes mais chance de controle adequado da pressão arterial, quando comparados àqueles que eram não aderentes [24] o que pode impactar na redução dos seus efeitos adversos como o aumento da morbimortalidade e dos gastos em saúde [25, 26].

Em relação aos fatores demográficos, apesar das divergências dos resultados, alguns estudos apontam que os mais jovens, homens e negros

apresentam menos adesão ao tratamento anti-hipertensivo [6, 10]. No presente estudo encontramos uma associação positiva entre a idade e os níveis altos de adesão ao tratamento mensurado pelo MMAS-8. Uma hipótese para este achado é que o jovem não se sente vulnerável à doença, enquanto que o idoso, mais preocupado com a saúde, se apegua ao tratamento como alternativa de prolongamento da vida.

A renda familiar se mostrou associada a níveis de alta de adesão pelo BMQ, e apesar de não ter se mantido após a análise ajustada, encontramos uma maior adesão ao tratamento entre os pacientes com maior escolaridade nos resultados de ambos os instrumentos utilizados. Este resultado reforça que as condições socioeconômicas e o nível educacional podem mediar o processo de adesão principalmente em doenças crônicas [6].

Os resultados encontrados apontam que a autopercepção de saúde e o número de morbidades parecem ser preditores importantes da adesão ao tratamento. Uma maior adesão ao tratamento foi observada em pacientes com uma melhor autopercepção de saúde e menor número de morbidades. Outros estudos já descreveram que estas associações podem contribuir para diminuir o agravamento dos pacientes [27] e aumentar a utilização dos medicamentos anti-hipertensivos [28].

O custo dos medicamentos tem sido descrito por muitos estudos como um dos mais importantes fatores relacionados à adesão ao tratamento [7, 29, 30]. Diferente dos estudos citados, no Brasil, os pacientes tem acesso gratuito pelo SUS a um elenco de medicamentos para o tratamento da HA e apesar da disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas nas unidades de saúde parecer ter aumentado nos últimos anos [31] e os níveis de acesso a estes medicamentos terem resultados favoráveis [15], os níveis de adesão ao tratamento encontrados no presente estudo não foram superiores aos citados anteriormente onde o custo do tratamento era um fator que dificultava a adesão ao tratamento. Convém ressaltar que pelo resultado do BMQ não ter conseguido todos os medicamentos para o tratamento da HA no último mês, não fez com que os pacientes tivessem níveis de adesão menores ao

tratamento que eles tiveram acesso, enfatizando que o acesso por si só não garante a adesão ao tratamento.

Por outro lado, a complexidade do esquema terapêutico que tem no número de medicamentos prescritos o seu componente mais relevante, parece contribuir bastante na aderência a tomada dos medicamentos [32]. Encontramos uma associação importante em relação ao menor número de medicamentos anti-hipertensivos utilizados e maior adesão ao tratamento avaliado pelo BMQ que tem sido descrito em outros estudos [16].

É importante destacar que os aspectos avaliados pelo BMQ incluem o regime do tratamento e que a maioria dos pacientes que participaram do estudo usam esquemas terapêuticos com múltiplas doses, fator preditor da não adesão ao tratamento. Em revisão sistemática foi observado que os pacientes que tomavam os medicamentos quatro vezes ao dia alcançaram taxas médias de adesão de cerca de 50% (intervalo de 31 a 71%) [33]. Nos resultados encontrados no MMAS-8 em relação ao número de medicamentos anti-hipertensivos e a adesão ao tratamento esta associação se inverteu. Uma hipótese para este achado é que esta escala não aborda questões relacionadas ao regime terapêutico, diferente do BMQ.

A importância atenção básica como porta de entrada na rede de atenção a saúde no SUS e no acesso aos serviços de saúde aos pacientes hipertensos ficou evidenciada nos resultados encontrados, onde somente 20% dos pacientes que participaram do estudo referiram ter plano de saúde privado e 69% procuraram a unidade de saúde da família para o tratamento da HA nos últimos seis meses. Em contrapartida, a adesão ao tratamento foi maior naqueles que relataram não ter procurado a unidade e nem ter tido consulta médica no mesmo período. E mais ainda, esta associação se manteve para os pacientes que tem como referência para tratamento da HA médico particular ou de convênio em relação aos que referiram tratar com o médico da unidade. Este resultado demonstra que os compromissos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica [13] de coordenar a integralidade da gestão do cuidado no conjunto da rede de atenção à saúde, ainda deixa lacunas importantes a serem enfrentadas.

Neste sentido, o resultado encontrado de uma maior adesão ao tratamento nos pacientes que apresentaram um alto escore do atributo longitudinalidade da atenção primária a saúde, ressalta a importância deste atributo que pressupõe a continuidade da relação clínica evitando a perda de referências, que pode impactar na adesão ao tratamento [13, 18].

Como limitações do estudo, ressaltamos que os múltiplos determinantes da adesão dificultam a análise dos resultados, tanto que não há consenso sobre um método para avaliar a adesão que possa ser tomado como padrão-ouro [10, 27]. Os métodos indiretos são mais sujeitos a vieses de aferição e as medidas transversais não permitem uma maior oportunidade de identificar as relações dos resultados da adesão com efeitos das mudanças no estado de saúde e regimes de tratamento, grau de estabilidade de comportamentos de adesão e todos os problemas clínicos do paciente [27]. Também requer algumas precauções na interpretação das associações, em função das dificuldades em estabelecer a relação temporal entre o desfecho e exposições que podem ser afetadas por este, como no caso da autopercepção de saúde.

Mas, por outro lado, existem vantagens potenciais, pois a adesão ao tratamento é um comportamento sobre o qual as pessoas devem ser capazes de comunicar, e o auto-relato é potencialmente um registro importante do que um determinado paciente faz se ele está motivado para ser absolutamente sincero sobre o que é lembrado, tornando a utilização de medidas de adesão referida pelo paciente válida e clinicamente útil [34, 35].

Por fim, enfatizamos que os resultados encontrados apontam para a necessidade da incorporação deste tema as práticas dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento dos pacientes com doenças crônicas como a hipertensão. A equipe de saúde e principalmente o médico, pode contribuir para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento, prescrevendo regimes menos complexos, explicando os benefícios e efeitos colaterais dos medicamentos, e principalmente construindo vínculo com o paciente em um processo compartilhado permanente de cuidado em relação a sua saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegon M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;370:1929–38.
- [2] Rodgers A, Ezzati M, Vander Hoorn S, Lopez AD, Lin RB, Murray CJ. Distribution of major health risks: findings from the Global Burden of Disease study. *PLoS Med*. 2004;1.
- [3] Passos V, Assis T, SM. B. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006;15(1):35-45.
- [4] Pereira M, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens* 2009;27:963-75.
- [5] Krousel-Wood M TS, Muntner P, et al. . Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Curr Opin Cardiol*. 2004;19:357–62.
- [6] DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004;42:200-9.
- [7] Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005 Aug 4;353(5):487-97.
- [8] Vlasnik JJ, Aliotta SL, DeLor B. Medication adherence: factors influencing compliance with prescribed medication plans. *Case Manager*. 2005 Mar-Apr;16(2):47-51.
- [9] WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO 2003.
- [10] Hawkshead J, Krousel-Wood MA. Techniques for Measuring Medication Adherence in Hypertensive Patients in Outpatient Settings: Advantages and Limitations. 2007:109-18.
- [11] Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn)*. 2008 May;10(5):348-54.

- [12] Svarstad B, et al., 14. The brief medication questionnaire: a tool for screening adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns*. 1999;37:113-24.
- [13] Brasil. Portaria Nº 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). In: *Saúde. Md*, ed. 2011.
- [14] Bertoldi AD, de Barros AJ, Wagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2009 Mar;89(3):295-302.
- [15] Paniz VM, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. [Access to continuous-use medication among adults and the elderly in South and Northeast Brazil]. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*. 2008 Feb;24(2):267-80.
- [16] Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública*. 2012 14 fev
- [17] Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive ability of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67-73.
- [18] Brasil., Saúde. Md, Saúde. SdAe. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil. In: *Básica. DdA*, ed. 2010:80.
- [19] Garber MC, Nau DP, Erickson SR, Aikens JE, Lawrence JB. The concordance of self-report with other measures of medication adherence: a summary of the literature. *Med Care*. 2004 Jul;42(7):649-52.
- [20] Hyre AD, Krousel-Wood MA, Muntner P, Kawasaki L, DeSalvo KB. Prevalence and predictors of poor antihypertensive medication adherence in an urban health clinic setting. *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn)*. 2007 Mar;9(3):179-86.
- [21] Krousel-Wood M, Islam T, Webber LS, Re RN, Morisky DE, Muntner P. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. *The American journal of managed care*. 2009 Jan;15(1):59-66.
- [22] Prado JC, Kupek E, Mion D. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. *Journal of human hypertension*. 2007;21(7):579-84.
- [23] Morgado M, Rolo S, Macedo AF, Pereira L, Castelo-Branco M. Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. *Journal of cardiovascular disease research*. 2010 Oct;1(4):196-202.

- [24] Kettani FZ, Dragomir A, Cote R, Roy L, Berard A, Blais L, et al. Impact of a better adherence to antihypertensive agents on cerebrovascular disease for primary prevention. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2009 Jan;40(1):213-20.
- [25] Pittman DG, Tao Z, Chen W, Stettin GD. Antihypertensive medication adherence and subsequent healthcare utilization and costs. *The American journal of managed care*. 2010 Aug;16(8):568-76.
- [26] Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, Filippi A, Sessa E, Immordino V, et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation*. 2009 Oct 20;120(16):1598-605.
- [27] DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care*. 2002 Sep;40(9):794-811.
- [28] Wang PS, Avorn J, Brookhart MA, Mogun H, Schneeweiss S, Fischer MA, et al. Effects of noncardiovascular comorbidities on antihypertensive use in elderly hypertensives. *Hypertension*. 2005 Aug;46(2):273-9.
- [29] Maciejewski ML, Bryson CL, Perkins M, Blough DK, Cunningham FE, Fortney JC, et al. Increasing copayments and adherence to diabetes, hypertension, and hyperlipidemic medications. *The American journal of managed care*. Jan;16(1):e20-34.
- [30] Taira DA, Wong KS, Frech-Tamas F, Chung RS. Copayment level and compliance with antihypertensive medication: analysis and policy implications for managed care. *The American journal of managed care*. 2006 Nov;12(11):678-83.
- [31] Helfer A, Camargo A, Tavares N, Kanavos P, Bertoldi A. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):225-32.
- [32] Iskedjian M, Einarson TR, MacKeigan LD, Shear N, Addis A, Mittmann N, et al. Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: evidence from a meta-analysis. *Clinical therapeutics*. 2002 Feb;24(2):302-16.
- [33] Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clinical therapeutics*. 2001 Aug;23(8):1296-310.
- [34] Jerant A, DiMatteo R, Arnsten J, Moore-Hill M, Franks P. Self-report adherence measures in chronic illness: retest reliability and predictive validity. *Med Care*. 2008 Nov;46(11):1134-9.
- [35] Morisky DE, DiMatteo MR. Improving the measurement of self-reported medication nonadherence: response to authors. *Journal of clinical epidemiology*. 2011 Mar;64(3):255-7; discussion 8-63.

Tabela 1 – Descrição da amostra de hipertensos conforme variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde. Bagé, RS, Brasil 2010.

Variáveis	N	%	IC95%	
Sexo (N=1.588)				
Masculino	462	29,1	26,9	31,3
Feminino	1.126	70,9	68,7	73,1
Idade (anos) (N=1.588)				
19-49	314	19,8	17,8	21,7
50-59	378	23,8	21,7	25,9
60-69	472	29,7	27,5	32,0
70 ou mais	424	26,7	24,5	28,9
Cor da pele (N=1.585)				
Não Branca	513	32,4	30,1	34,7
Branca	1.072	67,6	65,3	69,9
Escolaridade (em anos completos de estudo) (N=1.586)				
0	322	20,3	18,3	22,3
1 a 4	505	31,8	29,5	34,1
5 a 8	512	32,3	30,0	34,6
9 a 11	190	12,0	10,4	13,6
12 ou +	57	3,6	2,7	4,5
Situação conjugal atual (N=1.408)				
Sem companheiro	425	30,2	27,8	32,6
Com companheiro	983	69,8	67,4	72,2
Nível socioeconômico* (N=1.587)				
A/B	141	8,9	7,5	10,3
C/D/E	1.446	91,1	89,7	92,5
Renda familiar (salários mínimos**) (N=1.554)				
≤ 1	516	33,2	30,9	35,5
>1 a 3	824	53,0	50,5	55,5
>3	214	13,8	12,1	15,5
Plano de saúde ou convênio (N=1.587)				
Não	1.254	79,0	77,0	81,0
Sim	333	21,0	19,0	23,0
Tabagismo atual (N=1.588)				
Não	1.320	83,1	81,3	85,0
Sim	268	16,9	15,0	18,7
Uso abusivo de álcool nos últimos 30 dias (N=1.505)				
Não	1.463	97,2	96,4	98,0
Sim	42	2,8	2,0	3,6
Atividade física no lazer (N=1.575)				

Não	1.445	91,8	90,4	93,1
Sim	130	8,3	6,9	9,6
Autopercepção de saúde (N=1.587)				
Regular/Ruim/Péssima	777	49,0	46,5	51,4
Ótima/Boa	810	51,0	48,6	53,5
Morbidades referidas*** (N=1588)				
0	778	49,0	11,7	15,1
1	597	37,6	35,2	40,0
2 ou +	213	13,4	46,5	51,5

*Conforme o "Critério de Classificação Econômica Brasil 2008"- ABEP (www.abep.org)

**Salário mínimo R\$ 510,00.

***Diabetes, problema no coração, problema pulmonar.

Tabela 2 – Descrição da adesão ao tratamento anti-hipertensivo de acordo com os instrumentos *Brief Medical Questionnaire* (BMQ) e *Morisk Medication Adherence Scale* (MMAS-8). Bagé, RS, Brasil 2010.

Variáveis	N	%	IC95%
Escore BMQ (N=1.454)			
Alta adesão	277	19,1	17,0 21,1
Provável Alta adesão	724	49,8	47,2 52,4
Provável Baixa Adesão	256	17,6	15,6 19,6
Baixa Adesão	197	13,6	11,8 15,3
Escore MMAS-8 (N=1.453)			
Baixa	267	18,4	16,4 20,4
Moderada	485	33,4	31,0 35,8
Alta	701	48,3	45,7 50,8

Tabela 3 – Prevalência de pacientes classificados com alta adesão ao tratamento segundo *Brief Medical Questionnaire* (BMQ), e razões de prevalência bruta com os determinantes do estudo. Bagé, RS, Brasil, 2010 (N=1454).

Variável	N	% de aderentes	RP	IC95%	P-valor ^{&&}
NÍVEL 1^{&}					
Sexo					
Feminino	1.051	18,6	1,00		0,527
Masculino	403	20,1	1,08	0,85 1,36	
Idade (anos)					
19-49	279	19,7	1,17	0,85 1,61	0,597
50-59	346	19,1	1,13	0,83 1,54	
60-69	438	20,5	1,22	0,91 1,62	
70 ou mais	391	16,9	1,00		
Cor da pele					
Não branca	454	17,0	1,00		0,181
Branca	997	20,0	1,18	0,93 1,49	
Escolaridade (anos de estudo)					
0	293	18,8	1,00		0,015
1 a 4	460	15,2	0,81	0,59 1,12	
5 a 8	470	20,2	1,08	0,80 1,45	
9 a 11	175	22,9	1,22	0,85 1,75	
12 ou +	54	31,5	1,68	1,06 2,66	
Situação conjugal atual					
Sem companheiro	386	18,6	1,00		0,853
Com companheiro	906	19,1	1,02	0,80 1,31	
Nível socioeconômico*					
A/B	131	23,4	1,27	0,92 1,76	0,151
C/D/E	1.322	18,6	1,00		
Renda familiar (salários mínimos**)					
≤ 1	475	14,8	1,00		<0,001
>1 a 3	751	18,9	1,28	0,99 1,67	
>3	197	28,9	1,96	1,44 2,67	
Plano de saúde					
Não	1.140	17,9	1,00		0,028
Sim	313	23,3	1,30	1,03 1,65	
NÍVEL 2					
Tabagismo					
Não	1.219	18,4	1,00		0,130
Sim	235	22,6	1,23	0,94 1,60	
Uso abusivo de álcool					
Não	1.344	19,0	1,00		0,063
Sim	32	31,3	1,65	0,97 2,79	
Atividade física no lazer					
Não	1.322	18,2	1,00		0,010

Sim	120	27,5	1,51	1,10	2,06	
Autopercepção de saúde						
Ótima/Boa	745	23,2	1,58	1,27	1,97	<0,001
Regular/Ruim/Péssima	708	14,7	1,00			
Morbidades referidas***						
Não	695	24,5	1,81	1,25	2,63	<0,001
1	559	14,3	1,06	0,71	1,59	
2 ou +	200	13,5	1,00			
NÍVEL 3						
Total de medicamentos antihipertensivos						
1	425	30,6	3,56	2,48	5,10	<0,001
2	654	17,4	2,03	1,40	2,94	
3 ou +	372	8,6	1,00			
Conseguiu todos os medicamentos para HAS						
Não	57	26,3	1,41	0,90	2,20	0,135
Sim	1.396	18,7	1,00			
Procurou ESF nos 6 meses prévios						
Não	459	24,2	1,45	1,17	1,79	0,001
Sim	995	16,7	1,00			
Consulta médica nos 6 meses prévios						
Não	835	21,0	1,26	1,01	1,57	0,043
Sim	611	16,7	1,00			
Trata HAS com que médico?						
ESF	869	16,0	1,00			0,001
Outro posto de saúde	148	18,2	1,14	0,78	1,66	
Particular/convênio	317	26,2	1,64	1,29	2,08	
Não Tem	78	24,4	1,52	1,00	2,32	
Outro	40	22,5	1,41	0,78	2,55	
Escore Longitudinalidade						
Baixo Escore	398	20,6	1,11	0,88	1,40	0,369
Alto Escore	1.052	18,5	1,00			

& As variáveis estão agrupadas em níveis de acordo com a sua entrada no modelo de análise ajustada.

&& Teste de Wald.

*Conforme o "Critério de Classificação Econômica Brasil"- ABEP (www.abep.org).

**Salário mínimo R\$ 510,00

***Diabetes, problema no coração, problema pulmonar.

Tabela 4 – Prevalência de alta adesão ao tratamento de acordo com *Morisk Medication Adherence Scale* (MMAS-8) e razões de prevalência bruta com os determinantes do estudo. Bagé, RS, Brasil, 2010 (N=1453).

Variável	N	% de aderentes	RP	IC95%	P-valor ^{&&}
NÍVEL 1					
Sexo					
Feminino	1.050	47,1	1,00		0,134
Masculino	403	51,4	1,09	0,97 1,22	
Idade (anos)					
19-49	279	39,8	0,76	0,64 0,91	0,005
50-59	346	45,7	0,88	0,76 1,02	
60-69	438	52,3	1,00	0,88 1,14	
70 ou mais	390	52,1	1,00		
Cor da pele					
Não branca	453	48,8	1,00		0,738
Branca	997	47,8	0,98	0,87 1,10	
Escolaridade (anos de estudo)					
0	292	56,9	1,00		0,002
1 a 4	460	47,4	0,83	0,73 0,96	
5 a 8	470	45,1	0,79	0,69 0,91	
9 a 11	175	41,7	0,73	0,60 0,90	
12 ou +	54	57,4	1,01	0,79 1,30	
Situação conjugal atual					
Sem companheiro	385	49,4	1,00		0,606
Com companheiro	906	47,8	0,97	0,86 1,09	
Nível socioeconômico*					
A/B	131	53,4	1,12	0,94 1,33	0,195
C/D/E	1.321	47,8	1,00		
Renda familiar (salários mínimos**)					
≤ 1	474	48,1	1,00		0,916
>1 a 3	751	48,2	1,00	0,89 1,13	
>3	197	49,8	1,03	0,87 1,22	
Plano de saúde					
Não	1.139	48,5	1,00		0,789
Sim	313	47,6	0,98	0,86 1,12	
NÍVEL 2					
Tabagismo					
Não	1.218	49,3	1,00		0,068
Sim	235	42,6	0,86	0,74 1,01	
Uso abusivo de álcool					
Não	1.343	49,8	1,00		0,014
Sim	32	21,9	0,44	0,23 0,85	
Atividade física no lazer					
Não	1.321	47,4	1,00		0,003

Sim	120	60,0	1,27	1,08	1,48	
Autopercepção de saúde						
Ótima/Boa	744	51,8	1,16	1,04	1,29	0,007
Regular/Ruim/Péssima	708	44,6	1,00			
Morbidades referidas***						0,247
Não	694	47,4	0,89	0,76	1,03	
1	559	47,4	0,89	0,76	1,04	
2 ou +	200	53,5	1,00			
NÍVEL 3						
Total de medicamentos antihipertensivos						
1	425	47,1	0,85	0,75	0,96	0,0253
2	654	45,7	0,87	0,76	1,00	
3 ou +	372	54,0	1,00			
Conseguiu todos os medicamentos para HAS						
Não	57	38,6	0,79	0,57	1,11	0,172
Sim	1.396	48,6	1,00			
Procurou ESF nos 6 meses prévios						
Não	459	47,1	0,96	0,86	1,08	0,541
Sim	994	48,8	1,00			
Consulta médica nos 6 meses prévios						
Não	834	49,0	1,04	0,93	1,16	0,514
Sim	611	47,3	1,00			
Trata HAS com que médico?						
ESF	868	48,5	1,00			0,049
Outro posto de saúde	148	48,7	1,00	0,84	1,20	
Particular/convênio	317	50,8	1,05	0,92	1,19	
Não Tem	78	29,5	0,61	0,43	0,86	
Outro	40	55,0	1,13	0,85	1,51	
Escore Longitudinalidade						
Baixo Escore	398	36,2	0,69	0,59	0,79	<0,001
Alto Escore	1.051	52,8	1,00			

& As variáveis estão agrupadas em níveis de acordo com a sua entrada no modelo de análise ajustada.

&& Teste de Wald.

*Conforme o "Critério de Classificação Econômica Brasil" - ABEP (www.abep.org)

**Salário mínimo R\$ 510,00

***Diabetes, problema no coração, problema pulmonar.

Tabela 5 - Razões de prevalência ajustadas[&] entre os pacientes classificados como aderentes segundo *Brief Medical Questionnaire* (BMQ) e os pacientes classificados com alta adesão ao tratamento de acordo com *Morisk Medication Adherence Scale* (MMAS-8) com os determinantes do estudo. Bagé, RS, Brasil, 2010.

Variável	BMQ			MMAS-8				
	RP	IC95%	p-valor ^{&&}	RP	IC95%	p-valor ^{&&}		
Idade (anos)								
19-49				0,76	0,64	0,91	0,005	
50-59				0,88	0,76	1,02		
60-69				1,00	0,88	1,14		
70 ou mais				1,00				
Renda familiar (salários mínimos*)								
≤ 1	1,00						0,001	
>1 a 3	1,91	1,34	2,70					
>3	1,43	1,07	1,93					
Autopercepção de saúde								
Ótima/Boa	1,42	1,11	1,82	0,005	1,23	1,09	1,38	0,001
Regular/Ruim/Péssima	1,00				1,00			
Morbidades referidas**								
Não	1,73	1,13	2,65	<0,001				
1	1,07	0,68	1,69					
2 ou +	1,00							
Total de medicamentos								
1	3,21	2,21	4,65	<0,001	0,86	0,75	0,97	0,029
2	1,84	1,25	2,70		0,85	0,75	0,99	
3 ou +	1,00				1,00			
Conseguiu todos os medicamentos para HAS								
Não	1,55	1,03	2,34	0,036				
Sim	1,00							
Trata HAS com que médico?								
ESF	1,00			0,021				
Outro posto de saúde	1,27	0,88	1,83					
Particular/convênio	1,55	1,18	2,03					
Não Tem	1,27	0,86	1,87					
Outro	1,73	0,93	3,21					
Escore Longitudinalidade								
Alto Escore				1,00			<0,001	
Baixo Escore				0,73	0,63	0,85		

[&] Apenas estão apresentadas as variáveis significativas ao nível de 5% após a análise ajustada através de Regressão de Poisson.

^{&&} Referente ao teste de Wald.

*Salário mínimo R\$ 510,00

**Diabetes, problema no coração, problema pulmonar.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O impacto das doenças crônicas não transmissíveis sobre as sociedades humanas é crescente, e conseqüentemente, também seus custos econômicos e sociais, seja devido à morte prematura ou incapacidade definitiva de pessoas em idade produtiva ou pela sobrecarga na demanda por serviços assistenciais. Este fato pode ser atribuído a uma maior longevidade da população e também modificações ocorridas nos estilos de vida.

O envelhecimento populacional decorrente da transição demográfica e o conseqüente aumento das doenças crônicas impôs um grande desafio para o sistema de saúde e os profissionais envolvidos no processo e cuidado.

Os resultados aqui apresentados dimensionam um pouco o tamanho do desafio. A alta utilização de medicamentos (77,9%) pelos idosos que participaram do estudo, onde cerca da metade estava em uso de mais de três medicamentos e destes, 65% com esquemas terapêuticos de múltiplas doses diárias, contribui para riscos farmacológicos e predispõe a não adesão destes pacientes ao tratamento. Cabe ressaltar que 28,7% dos idosos que estavam em uso de algum medicamento foram considerados com baixa adesão ao tratamento e que os que utilizavam mais medicamentos apresentaram um risco cerca de 10 vezes maior a terem baixa adesão ao tratamento.

A adesão ao tratamento é influenciada por vários fatores que podem ser modificáveis, e onde devem ser centradas as intervenções. Os idosos que não tinham plano de saúde e tiveram que comprar (totalmente ou em parte) os seus medicamentos, também apresentaram um maior risco para baixa adesão ao tratamento, demonstrando a importância do sistema público de saúde no acesso ao tratamento e aos serviços de saúde que pode impactar na resolutividade terapêutica dos tratamentos prescritos.

Somando-se ainda a estes fatores, o aumento do número de doenças associadas ao envelhecimento e os comprometimentos advindos com o avanço cronológico da idade como a ocorrência de incapacidade funcional que também tem grande repercussão, encontramos uma associação positiva entre um maior número de morbidades referidas e incapacidade instrumental para a vida diária e baixa adesão ao tratamento, o que reforça que a dificuldade do tratamento simultâneo para várias

condições crônicas de saúde e as limitações impostas pelo avanço da idade pode predispor os idosos a baixa adesão.

Quando analisamos a adesão ao tratamento sob a ótica de uma morbidade específica, os desafios são ainda maiores. A hipertensão arterial é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da hipertensão aos níveis considerados normais em todo o mundo.

Os resultados encontrados onde a maioria dos pacientes (cerca de 80%) referiu alguma barreira à adesão ao tratamento anti-hipertensivo avaliado pelo BMQ e menos da metade tiveram níveis altos de adesão ao tratamento em relação ao comportamento da tomada dos medicamentos avaliado pelo MMAS-8, é preocupante, quando pensamos na relação entre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e o controle da hipertensão arterial e pode servir como ponto de partida para futuras intervenções.

Em relação aos determinantes, assim como no caso dos idosos, o número de morbidades e o número de medicamentos foram considerados preditores da adesão ao tratamento.

A luta pela adesão aos tratamentos anti-hipertensivos constitui um grande desafio para os profissionais de saúde, pois depende da implementação de medidas multidisciplinares em todos os níveis de atendimento aos pacientes hipertensos, para que as intervenções sejam mais eficazes.

A ESF implantada pelo Ministério da Saúde em 1994, como modelo assistencial de expansão da atenção básica à saúde, com enfoque na família, que objetiva desde a sua implantação reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo de assistência individualista, curativista, ou seja, passar de um modelo procedimento-centrado para um modelo usuário-centrado que favorece as medidas de intervenção para a mudança no estilo de vida tem grandes desafios a serem

enfrentados em relação à adesão ao tratamento dos pacientes assistidos.

Os resultados encontrados, onde somente 20% dos pacientes que participaram do estudo referiram ter plano de saúde privado e 69% procuraram a unidade de saúde da família para o tratamento da HA nos últimos seis meses reforçam a importância deste nível de cuidado ao acesso e atendimento aos pacientes portadores de doenças crônicas. Em contrapartida, a adesão ao tratamento foi maior naqueles que relataram ter como referência para tratamento da HA médico particular ou de convênio em relação aos que referiram tratar com o médico da unidade.

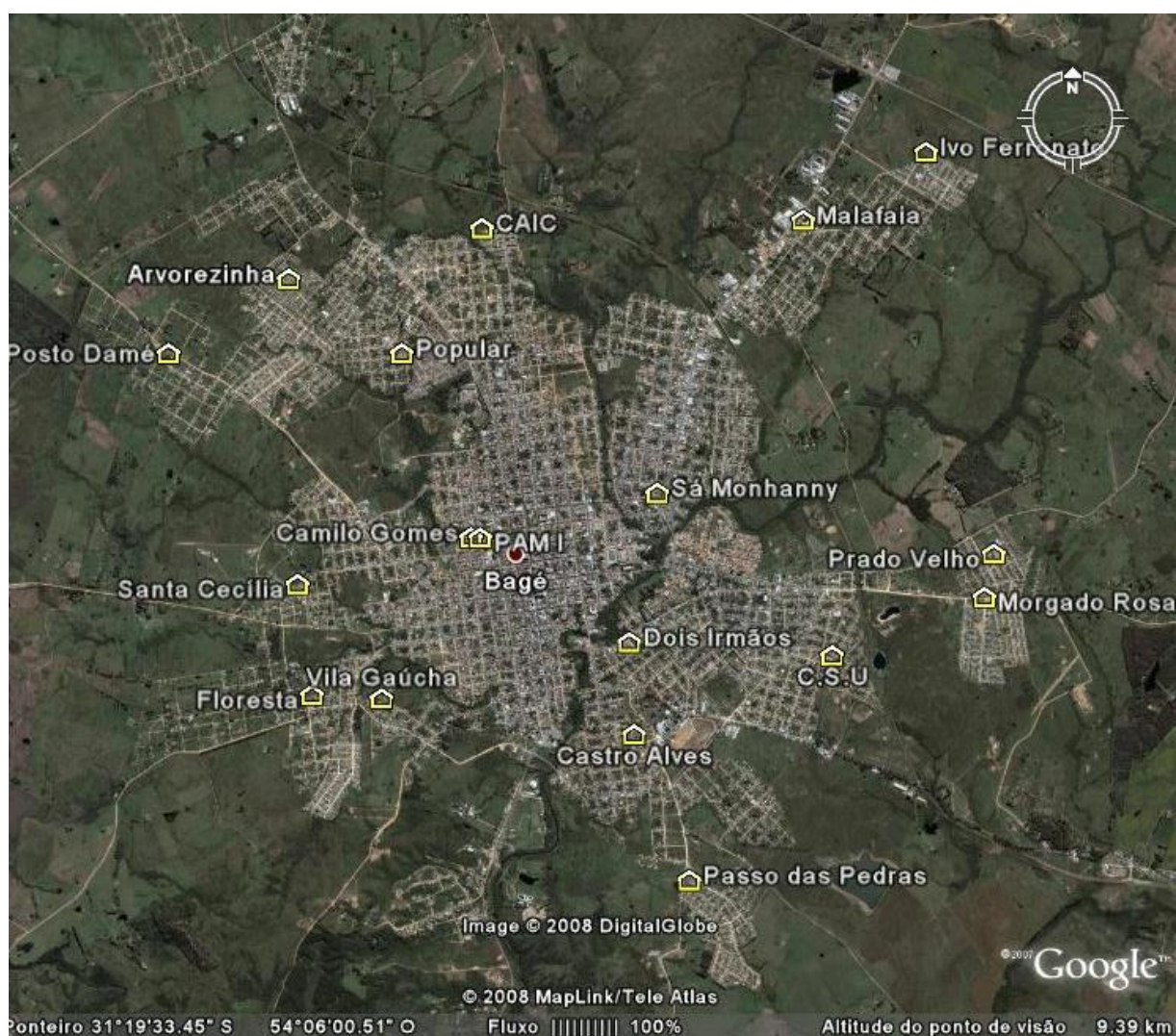
Este resultado demonstra que os compromissos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica de coordenar a integralidade da gestão do cuidado no conjunto da rede de atenção à saúde, ainda deixa lacunas importantes a serem enfrentadas.

Neste sentido, o resultado encontrado de uma maior adesão ao tratamento nos pacientes que apresentaram um alto escore do atributo longitudinalidade da atenção primária a saúde, ressalta a importância deste atributo que pressupõe a continuidade da relação clínica evitando a perda de referências, que pode impactar na adesão ao tratamento.


Por fim, os resultados encontrados reforçam que a adesão tratamento não pode ser vista pelos profissionais como um “problema do paciente”, o processo de cuidado deve ser visto como uma verdadeira “aliança terapêutica”, onde os vínculos são estabelecidos, a autonomia do paciente é preservada em um processo compartilhado permanente de cuidado em relação ao seu tratamento e a sua saúde.

ANEXOS

ANEXO A – Mapa da área urbana de Bagé e distribuição das Unidades Básicas de Saúde. Bagé, 2008.



ANEXO B Questionário estudo 1.

 <p style="text-align: center;">Universidade Federal de Pelotas Departamento de Medicina Social Centro de Pesquisas Epidemiológicas QUESTIONÁRIO – IDOSOS DE 60 ANOS OU MAIS DE IDADE</p>		NÃO ESCREVER NESTA COLUNA
IDENTIFICAÇÃO		
Número do(a) entrevistador (a): ___ ___		<i>NUENT</i> ___ ___
Unidade Básica de Saúde: ___ ___		<i>UBS</i> ___ ___
Número da micro-área: ___ ___		<i>MICRO</i> ___ ___
Número da quadra: ___ ___		<i>QUADRA</i> ___ ___
Número do domicílio: ___ ___		<i>DOM</i> ___ ___
Número da Pessoa no domicílio: ___ ___		<i>NPED</i> ___ ___
Data da entrevista: ___ / ___ / 2008		
Horário de início da entrevista: ___ : ___ hs		
Endereço? _____		
Telefone para contato: (___) _____		
ATENÇÃO ENTREVISTADOR: NÃO PERGUNTAR, APENAS OBSERVAR		
1. Cor da pele ou raça do entrevistado: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena		<i>CORPEL</i> ___
2. Sexo do entrevistado: (0) Masculino (1) Feminino		<i>SEXO</i> ___
INICIAR ENTREVISTA: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO		
3. Qual é o seu nome?		
4. Qual é a sua idade? ___ ___ (anos completos)		<i>IDADE</i> ___ ___
5. Qual é sua data de nascimento? ___ / ___ / ___		<i>DN</i> ___ ___
PERGUNTAR AO ENTREVISTADO		
6. Qual é o seu peso atual? ___ ___, ___ kg (888,8)NSA (999,9)IGN		<i>PEK</i> ___ ___, ___
7. Qual é a sua altura? ___ ___ cm (888)NSA (999)IGN		<i>ALTC</i> ___ ___
8. Qual a cor da sua pele ou raça? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (9)IGN		<i>CORAUT</i> ___
9. Na sua opinião, qual a cor da minha pele ou raça? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (9)IGN		<i>CORENT</i> ___
10. O(a) Sr.(a) frequentou a escola? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 12 (1) Sim (9)IGN		<i>FREQESC</i> ___
11. Até que série o(a) Sr.(a) estudou? Série: _____ GRAU: _____		<i>SERESTA</i> ___

(Codificar após encerrar o questionário)		
Anos completos de estudo: ___ anos (88)NSA (9)IGN		
12. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (2) Só assina (9)IGN		LERESC__
13. O(a) Sr.(a) trabalhou, sendo pago(a), no último mês? (0) Não (1) Sim (9)IGN		TRABULTM__
14. O(A) Sr.(a) é aposentado(a)? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 16 (1) Sim (9)IGN		APOS__
15. Com qual idade o(a) Sr.(a) se aposentou? ___ anos (88)NSA (99)IGN		IDAPOS__
16. Qual a sua situação conjugal atual? (1) Casado(a) ou mora com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) – PULE PARA QUESTÃO 18 (3) Separado(a) - – PULE PARA QUESTÃO 18 (4) Viúvo(a) - - PULE PARA QUESTÃO 18		SITCONJ__
17. Qual a idade de seu (sua) esposo(a)/ companheiro(a)? ___ (anos completos) (888)NSA (999)IGN		IDESPA__
18. O(A) Sr.(a) tem ou teve filhos (inclui filhos adotivos)? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 20 (1) Sim (99)IGN		FILHO__
19. Se SIM, quantos? ___ (número de filhos homens) ___ (número de filhas mulheres) (88)NSA (99)IGN		FILQTH__ FILQTM__
20. A casa em que o Sr(a) mora é: (0) Própria (1) Alugada (2) De um parente ou de amigo. Qual? (9)IGN		CASAPR__ CASAPRQ__
21. O Sr.(a) mora sozinho(a)? (0) Não (1) Sim - PULE PARA QUESTÃO 24		MORSOZ__
22. Além do Sr.(a), quantas pessoas moram nesta casa? ___ pessoas (88)NSA		QTSMOR__
23. Qual a relação de parentesco destas pessoas com o Sr.(a)? Esposo(a) / companheiro(a) (0) Não (1) Sim (8)NSA Pai (0) Não (1) Sim (8)NSA Mãe (0) Não (1) Sim (8)NSA Neto(a)s (0) Não (1) Sim (8)NSA Sogro / Sogra (0) Não (1) Sim (8)NSA Filho(s) / filha(s) (0) Não (1) Sim (8)NSA Irmão(s) /irmã(s) (0) Não (1) Sim (8)NSA Outros familiares (0) Não (1) Sim (8)NSA Empregado(s) (0) Não (1) Sim (8)NSA Outros: _____		ESPMO__ PAIMO__ MAEMO__ NETOMO__ SOGMO__ FILHOMO__ IRMOR__ OUTMO__ EMPMO__ OUMO__
24. O(A) Sr.(a) costuma ficar sozinho durante o dia (dia e noite)? (0) Nunca ou raramente (1) Sim, cerca de uma hora (2) Sim, longos períodos de tempo – ex: toda manhã, toda tarde (3) Sim, somente durante o dia (4) Sim, somente durante a noite (5) Sim, fica todo tempo sozinho (9)IGN		FICARSOZ__
25. O(A) Sr.(a) usa algum destes equipamentos ou acessórios no seu dia-a-dia? Bengala (0)Nãc (1)Sim Andador (0)Nãc (1)Sim Cadeira de rodas (0)Nãc (1)Sim Aparelho auditivo (no ouvido) (0)Nãc (1)Sim Dentadura na parte superior (0)Nãc (1)Sim		USABENG__ USAAND__ USACADR__ USAAPARAUD__ USADENTSUP__

Dentadura na parte inferior	(0)Nãc (1)Sim	USADENTINF__
Prótese de fêmur	(0)Nãc (1)Sim	USAPROTFEM__
Colchão de espuma com pontinhas (piramidal)	(0)Nãc (1)Sim	USACOP__
Almofada de ar para cadeira ou cama	(0)Nãc (1)Sim	USAALM__
Outro(s): _____		USAOUT__
26. Como o(a) Sr.(a) considera sua saúde? <i>MOSTRAR AS CARINHAS!</i> (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (9)IGN		ISAUD__
27. Em comparação com <OS ÚLTIMOS 5 ANOS>, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde hoje é: (1) Melhor (2) Mesma coisa (3) Pior (9)IGN		ISAUDH__
28. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está: (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (9)IGN		ISAUOUT__
29. Como o(a) Sr.(a) se sente em relação à sua vida em geral? (0) Insatisfeito (1) Satisfeito – pule para pergunta 31 (9)IGN		ISENT__
30. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com a vida. (Anotar até 3 motivos). (1) Problema econômico (de dívidas, pouco dinheiro); (2) Problema de saúde; (3) Problema de moradia; (4) Problema de transporte (não tem como sair de casa); (5) Conflito nos relacionamentos pessoais; (6) Falta de atividade (7) Outro problema _____ (8)NSA (9)IGN		IMDIMP1__ IMDIMP2__ IMDIMP3__
31. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr.(a) consultou com algum(a) médico(a), em serviço de urgência (SAMU, Pronto Socorro)? (0) Não (1) Sim, quantas _____ vezes (99)IGN		CONM3__
32. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr.(a) consultou com algum(a) médico(a) em serviços que não foram de urgência? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 34 (1) Sim, quantas _____ vezes (99)IGN		CONMA__ CONNUVEZ__
33. SE SIM, a última vez que o(a) Sr.(a) consultou foi no? (01) Posto de saúde (02) Médico particular (03) Médico conveniado (04) Outro _____ (88)NSA (99)IGN		LOCONUV__
34. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 36 (1) Sim - Há quanto tempo: ____ anos ____ meses (99)IGN		HASREF__ HASTEMA__ HASTEMM__
35. O(A) Sr.(a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para pressão alta? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN		HREMED__
36. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 38 (1) Sim - Há quanto tempo: ____ anos ____ meses (99)IGN		DIAREF__ DIATEMA__ DIATEMM__
37. O(A) Sr.(a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para diabetes? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN		DIAREMED__
38. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem problema pulmonar (bronquite, enfisema, DPOC, asma)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 40 (1) Sim - Há quanto tempo: ____ anos ____ meses (99)IGN		PULREF__ PULTEMA__ PULTEMM__
39. O(A) Sr.(a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para o problema pulmonar (bronquite, enfisema, DPOC, asma)? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN		PULREMD__

40. Neste ano (2008) o(a) Sr.(a) fez a vacina contra a gripe? (0) Não. Por que não? _____ (1) Sim. Onde? _____ (9)IGN	VACGRIFE__ VACNÃOOPQ__ VACONDE__
41. <NOS ÚLTIMOS 10 ANOS> o(a) Sr.(a) fez a vacina contra o tétano? (0) Não (1) Sim (9)IGN	VACTET__
42. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem problema no coração? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 44 (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (99)IGN	CORREF__ CORTEMA__ CORTEMM__
43. O(A) Sr.(a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para o problema no coração? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN	CORREMED__
44. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) teve derrame ou AVC? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (99)IGN	DERREF__ DERTEMA__ DERTEMM__
45. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem doença na coluna? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (99)IGN	COLREF__ COLTEMA__ COLTEMM__
46. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem reumatismo, artrite ou artrose? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (99)IGN	RAAREF__ RAATEMA__ RAATEMM__
47. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem problema nos rins? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (99)IGN	RIAREF__ RITEMA__ RITEMM__
48. O(A) Sr.(a) está fazendo hemodiálise? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (99)IGN	HEMOD__ HEMTEMA__ HEMTEMM__
49. Alguma vez algum médico lhe disse que o(a) Sr.(a) estava com câncer? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 52 (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (88)NSA (99)IGN Em que lugar do corpo: _____ (88)NSA (99)IGN Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (88)NSA (99)IGN Em que lugar do corpo: _____ (88)NSA (99)IGN	CAREF__ CATEMA1__ CATEM1__ CALUG1__ CATEMA2__ CATEM2__ CALUG2__
50. Atualmente o(a) Sr.(a) está fazendo algum tratamento para câncer? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 52 (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (8)NSA (9)IGN	TCAREF__ TCATEMA__ TCATEMM__
51. SE SIM, qual tratamento? (1) Quimioterapia (2) Radioterapia (3) Outro _____ (8)NSA (9)IGN	TIPOTRATCA__
52. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) teve que amputar alguma parte do seu corpo? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses Que parte do corpo? _____ (9)IGN	AMPREF__ AMPTEMA__ AMPTEMM__ AMPLUG__
53. O(A) Sr.(a) tem problema de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente (não dá tempo de chegar ao banheiro, ou quando está dormindo; ou quando tosse ou espirra, ou faz força)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 57 (1) Sim (9)IGN	INCURIN__
54. <NOS ÚLTIMOS 30 DIAS> com que frequência isso aconteceu? (1) Uma ou duas vezes por dia (2) Mais de duas vezes por dia (3) Uma ou duas vezes por semana (4) Mais do que duas vezes por semana (5) Uma ou duas vezes por mês (6) Mais de duas vezes por mês (8)NSA (9)IGN	FREINCURIN__

					NUTOMED__ __
59. Algum dos seus remédios causa problemas para você?					REMEDINC__
60. (0) Não – PULA PARA 61 (1) Sim (8)NSA (9)IGN					
61. Pode me dizer qual(is) remédios(s) (quanto e como incomoda o Sr. (a))?					
Nome do Remédio	O quanto ele incomoda o Sr. (a)?			Em que ele incomoda o Sr. (a)	REMED1__ INCREMED1__ QINCOMED1__ REMED2__ INCREMED2__ QINCOMED2__ REMED3__ INCREMED3__ QINCOMED3__ REMED4__ INCREMED4__ QINCOMED4__ REMED5__ INCREMED5__ QINCOMED5__
	Muito	Um pouco	Não muito		
1. _____					
2. _____					
3. _____					
4. _____					
5. _____					
62. Agora vou ler alguns problemas que as pessoas têm ao tomar seus remédios e gostaria que o(a) Sr. (a) me dissesse se é “muito difícil”, “um pouco difícil” ou se “não é difícil” fazer cada uma das tarefas.					RETREM__
Tarefa	Muito difícil	Um pouco difícil	Não é difícil	Comentários (quais remédios)	
1. <u>Abrir ou fechar a embalagem</u>					LERREM__ LEMBREM__ CONSREM__ TOMUREM__
2. <u>Ler o que está escrito na embalagem</u>					
3. <u>Lembrar de tomar todos o remédios</u>					
4. <u>Conseguir os remédios</u>					
5. <u>Tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo</u>					
63. Como o(a) Sr.(a) consegue estes remédios <u>na maioria das vezes</u> ?					REMAVZ__ REMAVZPS__
(1) No Posto de Saúde. Qual? _____					
(2) Na Secretaria Municipal de Saúde					
(3) Tem que comprar – APLIQUE QUESTÃO 63, SE NÃO PULE PARA 64					
(4) Conseguiu parte da medicação e outra parte tem que comprar - APLIQUE QUESTÃO 63					
(5) Outro: _____ (8)NSA (9)IGN					
64. Se teve que comprar, quanto gastou com medicação desde <ÚLTIMOS 30 DIAS>?					REMPOMP
R\$: _____, _____ (8888,88)NSA (9999,99)IGN					_____
65. Teve algum remédio que o (a) Sr.(a) precisou tomar desde <ÚLTIMOS 30 DIAS> e não conseguiu?					RETONC__
(0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN					
66. O(A) Sr.(a) caiu alguma vez desde <1 ANO ATRÁS > até agora?					QUEULTA__

(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 67 (1) Sim (9)IGN	
67. SE SIM - Quantas vezes? ___ vezes (88)NSA (99)IGN	QUEVZA___
68. Desde <1 ANO ATRAS> o(a) Sr.(a) quebrou ou fraturou algum osso? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 69 (1) Sim (9)IGN	FRAT___
69. SE SIM - Quantas vezes? ___ vezes (88)NSA (99)IGN	FRATVZA___
70. Desde <4 ANOS ATRAS>, o(a) Sr.(a) precisou internar (baixar) em algum hospital? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 71 (1) Sim (9)IGN	INT4ANO___
71. SE SIM, quantas vezes? ___ (nº de vezes) (8)NSA (9)IGN	INT4AVZ___
72. Desde <1 ANO ATRAS>, o(a) Sr.(a) precisou internar (baixar) em algum hospital? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 74 (1) Sim (9)IGN	INTEULTA___
73. SE SIM, qual o motivo da última internação? _____ (8)NSA (9)IGN	INTMOT___
74. SE SIM, quantas vezes? ___ (nº de vezes) (8)NSA (9)IGN	INTULTMVZ___
75. Desde <1 ANO ATRAS>, o(a) Sr.(a) precisou passar a noite em algum hospital em observação(como paciente)? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 76 (1) Sim (9)IGN	NOIHOSUA___
76. SE SIM, quantas vezes? ___ (nº de vezes) (8)NSA (9)IGN	NOIHOSVZ___
77. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) consultou para os olhos, com especialista de olhos, médico ou técnico? (excluindo os exames para fazer ou renovar carteira de motorista) (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 78 (1) Sim (9)IGN	CONSOLHOS___
78. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) consultou para os olhos? (0) Há menos de 1 ano (1) Entre 1 e 5 anos atrás (2) Há mais de 5 anos (9) Não lembra há quanto tempo (8)NSA (9)IGN	VICONSOLHT___
79. O(A) Sr.(a) usa óculos ou lente de contato? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 80 (1) Sim - Há quanto tempo? ___ anos (99)IGN	VISOCLEN___ VITEOCLEN___
80. Este óculos ou lente de contato foi receitado por profissional da saúde? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN	VIOCLENMED___
81. O(A) Sr.(a) considera sua visão? (com ou sem óculos ou lente) <i>MOSTRAR CARINHAS!</i> (1) ótima (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (9)IGN	VISAO___
82. A sua visão atrapalha o(a) Sr.(a) para fazer as coisas que o(a) Sr.(a) precisa ou quer fazer? (0) Não (1) Sim (9)IGN	VIATRP___
83. Como o(a) Sr.(a) considera a sua audição? (ouve bem? escuta bem?) (com ou sem a ajuda de aparelhos) <i>MOSTRAR CARINHAS!</i> (1) ótima (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (9)IGN	AUDI___
84. O(A) Sr.(a) usa aparelho para ouvir? (0) Não (1) Sim, há quanto tempo? ___ (meses) (9)IGN	AUDIAP___ AUDIAPTE___
85. A sua audição atrapalha o(a) Sr.(a) para as atividades que o(a) Sr.(a) precisa ou quer fazer? (0) Não (1) Sim (9)IGN	AUDIATRP___
86. Como o(a) Sr.(a) considera a situação da sua boca? <i>MOSTRAR CARINHAS!</i> (1)ótima (2)boa (3)regular (4)ruim (5)péssima (9)IGN	ODCA___
87. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) consultou com um dentista? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 90 (1) Sim (9)IGN	ODCONS___
88. Há quanto tempo foi a última consulta com o dentista? (1) Há menos de 1 ano	ODCAULT___

(2) Entre 1 e 5 anos atrás (3) Há mais de 5 anos (4) Não lembra há quanto tempo (8)NSA (9)IGN	
89. Qual(is) o(s) principal(ais) motivo da última vez que o(a) Sr.(a) consultou com o dentista? (0) Rotina/manutenção (1) Estava com dor (2) Estava com sangramento ou inflamação na gengiva (3) Estava com cárie/restauração/obturação (4) Tinha alguma ferida, caroço ou manchas na boca (5) Estava com o rosto inchado (6) Precisava fazer tratamento de canal (7) Precisava arrancar algum dente (8) Tinha que fazer uma dentadura nova (9) Outros (88)NSA (99)IGN	ODMOTC1__ __ ODMOTC2__ __ ODMOTC3__ __
90. Onde o(a) Sr.(a) consultou com o dentista? (0) No Posto de Saúde - Qual? _____ (1) Dentista particular (2) Ambulatório de sindicato ou empresa (3) Dentista conveniado (9) Outro (88)NSA (99)IGN	ODLOC__ __ PSQUAL__ __
91. O(A) Sr.(a) tem algum problema ou dificuldade para mastigar os alimentos? (0) Não (1) Sim (9)IGN	ODIFMAS__
92. <NOS ÚLTIMOS 30 DIAS> o(a) Sr.(a) precisou ficar na cama (esteve acamado)? (0) Não – PULAR PARA QUESTÃO 93 (1) Sim (9)IGN	ACAM30D__
93. Por quanto tempo ficou acamado? __ __ (meses) __ __ (dias) (88)NSA (99)IGN	TEMACM__ __ TEMACD__ __
94. O(A) Sr.(a) alguma vez recebeu a visita de algum Agente Comunitário de Saúde (ACS) em sua casa? (0) Não→ PULAR PARA QUESTÃO 96 (1) Sim (9)IGN	VISACS__
95. SE SIM, o(a) Sr.(a) recebeu visita do ACS em sua casa no: <NOS ÚLTIMOS 30 DIAS> (0)Não (1) Sim, __ __ vezes (8)NSA (9)IGN <DESDE 3 MESES ATRÁS> (0)Não (1) Sim, __ __ vezes (8)NSA (9)IGN	VACS30D__ VACS30DV__ __ VACS3M__ VACS3M__ __
96. Quais das atividades que eu vou ler, o ACS fez na sua casa?	
Preencheu uma ficha para seu cadastro (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	CAD__
Perguntou sobre sua situação de saúde (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	SITSAU__
Perguntou sobre uso de medicamentos (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	USOMED__
Entregou medicamentos ou material de curativo (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ENTMED__
Orientou sobre vacinas (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	VACONS__
Orientou sobre a importância da limpeza da boca e da prótese (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ORITBOCA__
Deu orientações sobre cuidados com a saúde (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ORITSAU__
Agendou consulta (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	AGENDCONS__
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO DE SAÚDE EM CASA	
97. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr.(a) recebeu em casa algum dos seguintes atendimentos:	
Consulta médica? (0)Não (1)Sim (9)IGN	RECONMED__
Assistência social? (0)Não (1)Sim (9)IGN	RECASSISOC__
Fisioterapia? (0)Não (1)Sim (9)IGN	RECFIS__
Atendimento do dentista? (0)Não (1)Sim (9)IGN	RECATDENT__
Atendimento de enfermagem? (0)Não (1)Sim (9)IGN	RECATENF__
Verificação da pressão? (0)Não (1)Sim (9)IGN	RECATA__
Curativo? (0)Não (1)Sim (9)IGN	RECCUR__
Injeção? (0)Não (1)Sim (9)IGN	RECINJ__
Aplicação de vacina contra gripe? (0)Não (1)Sim (9)IGN	RECVAC__
Nebulização? (0)Não (1)Sim (9)IGN	RECNEB__
Sondagem vesical? (0)Não (1)Sim (9)IGN	RECSONVES__
Foi coletado material para exames (ex:sangue)? (0)Não (1)Sim (9)IGN	RECOLEX__

Outro _____	RECOU _____
SE SIM EM ALGUMA DAS PERGUNTAS ACIMA, APLICAR QUESTÕES 97, 98 e 99;	
SE NÃO PULAR PARA QUESTÃO 100	
98. Por qual motivo precisou de atendimento de saúde em casa?	
Estava acamado (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MOTADAC__
Estava com dificuldade de caminhar (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MOTADDL__
Sua situação de saúde tinha piorado (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MOTADSP__
Precisava de acompanhamento após a alta do hospital (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MOTADSP__
Não tinha quem o(a) levasse até o posto de saúde (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MOTADNA__
Outro: _____	MOTIVOU__
99. Quantas vezes recebeu atendimento de saúde em casa desde <3 MESES ATRÁS>? _____	PREAD3M__
Quantas destas foram <NO ÚLTIMO MÊS>? _____	PREADULM__
Quantas destas foram <NA ÚLTIMA SEMANA>? _____ (88) NSA (99)IGN	PREADULS__
100.O(A) Sr.(a) recebeu o atendimento de algum:	
Profissional do posto de saúde (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	REPROPSAU__
Profissional particular (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	REPROFFPAR__
Profissional do convênio (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	REPROCON__
De algum familiar seu (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	REFAMILIAR__
De algum vizinho ou amigo (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	REVIZAMIGO__
Outro: _____	REAOUT__
101.Foi solicitado o atendimento em casa desde <3 MESES ATRÁS>?	
(0) Não (1) Sim - PULE PARA QUESTÃO 102 (9) IGN	SOLAD__
102.Por qual motivo não solicitou o atendimento em casa?	
O serviço não faz atendimento em casa (0)Não (1)Sim (8)NS, (9)IGN	MONSADNF__
Não tem profissional para atender em casa (0)Não (1)Sim (8)NS, (9)IGN	MONSADNTP__
O serviço não tem telefone ou não funciona (0)Não (1)Sim (8)NS, (9)IGN	MONSADNTT__
Não tinha como ir marcar a consulta ou solicitar o atendimento (0)Não (1)Sim (8)NS, (9)IGN	MONSADNTC__
Teve medo de solicitar e não ser atendido (0)Não (1)Sim (8)NS, (9)IGN	MONSADTM__
Porque melhorou (0)Não (1)Sim (8)NS, (9)IGN	MONSADMEL__
Outro: _____	MONSADOUT__
103.SE SIM: Onde solicitou o atendimento em casa?	
(0) Posto de Saúde. Qual? _____	
(1) Na Secretaria Municipal de Saúde	
(2) No SAMU	
(3) No convênio ou plano de saúde	
(4) Em ambulatório ou serviço particular	
(5) Outro: _____ (8)NSA (9)IGN	ONSOLAD__
	PSQUAL__
	SADOUT__
104.SE SIM: Quem fez a solicitação para atendimento em casa?	
O Sr.(a) mesmo (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADSOLS__
Algum familiar seu (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADSOLF__
Algum vizinho ou amigo (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADSOLVA__
O Agente Comunitário de Saúde (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADSOLACS__
Outro: _____	ADSOLOU__
105.SE SIM: Como fez para solicitar?	
Através do telefone (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	FSOADSE__
Algum familiar ou vizinho foi até o serviço (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	FSOLSER__
Pediu para o ACS (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	FSOLACS__
Outro: _____	FSOLOU__
106.O(A) Sr.(a) recebeu o atendimento solicitado?	
(0) Não – PULE PARA QUESTÃO 108 (1) Sim (8)NSA (9) IGN	RECEBEU__
107.Quantos dias se passaram entre a solicitação e a vinda dos profissionais na sua casa?	
____ (dias) (88)NSA (99)IGN	QTSOLAD__
108.Qual sua opinião sobre o tempo de espera para ser atendido em casa desta última vez?	
<i>MOSTRAR CARINHAS!</i>	OPINTEAD__

(1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (8)NSA (9)IGN		
109.SE NÃO: Por qual motivo não foi atendido?		
Não consegui ficha no serviço	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MONRADF__
O serviço não atende em casa	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MONRADNF__
Não teve resposta do serviço	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MONRADNR__
O serviço não tinha profissional para atender	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MONRADNTP__
O serviço estava fechado	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MONRADPF__
Precisava pagar e não tinha dinheiro	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MONRADNPP__
O telefone estava sempre ocupado	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MONRADTO__
() Outro: _____		MONRADOU__
110.SE NÃO RECEBEU: O que aconteceu com sua situação de saúde?		
(1) Continua na mesma situação (2) Melhorou (3) Piorou		PRENROQAC__
() Outro: _____ (8)NSA (9)IGN		
PARA OS QUE NÃO RECEBERAM ATENDIMENTO DOMICILIAR ENCERRAR AQUI E CONTINUAR COM QUESTÃO 126		
111.Quantas vezes o(a) Sr.(a) foi atendido em casa nos últimos três meses por pessoal do ...		
Posto de Saúde do seu bairro: ____	(88)NSA (99)IGN	
Quantas vezes no último mês? ____	(88)NSA (99)IGN	ADQVPSB__
Quantas na última semana? ____	(88)NSA (99)IGN	ADQVPSBUM__
		ADQVPSBUS__
Posto de Saúde de outro bairro:		
Qual? _____	(88)NSA (99)IGN	ADQVPSOB__
Quantas vezes no último mês? ____	(88)NSA (99)IGN	ADQVPSOBUM__
Quantas vezes na última semana? ____	(88)NSA (99)IGN	ADQVPSOBUS__
SAMU: ____ vezes		ADQVSAMU__
Quantas vezes no último mês? ____	(88)NSA (99)IGN	ADQVSAMUUM__
Quantas vezes na última semana? ____	(88)NSA (99)IGN	ADQVSAMUUS__
Outro: _____	(88)NSA (99)IGN	ADQVOUT__
Quantas vezes no último mês? ____	(88)NSA (99)IGN	ADQVOUTUM__
Quantas vezes na última semana? ____	(88)NSA (99)IGN	ADQVOUTUS__
AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA VEZ QUE RECEBEU ATENDIMENTO DE SAÚDE EM CASA		
112.Quais os profissionais que lhe atenderam em casa desta última vez?		
Enfermeiro	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVENF__
Auxiliar/ Técnico de Enfermagem	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVTENF__
Médico	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVMED__
Dentista	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVOD__
Fisioterapeuta	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVFIS__
Nutricionista	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVNUT__
Psicólogo	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVPSI__
Educador Físico	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVEDFI__
Fonoaudiólogo	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVFON__
Assistente Social	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVASS__
Estudante(s)	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADUVEST__
Outro: _____		ADUVOUT__
113.O que foi feito com o(a) Sr.(a) durante o atendimento em casa desta última vez?		
Consulta médica	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADCMED__
Fizeram fisioterapia	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADFISIO__
Consulta de enfermagem	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADCENF__
Curativo	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADCUR__
Nebulização	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADNEB__
Aplicaram injeção	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADMEDIN__
Mediram a pressão arterial	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADMPA__
Mediram a temperatura	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADMTEM__
Trocaram a "bolsa" de ostomia	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADTBOL__
Colocaram / trocaram sonda uretral	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADTSON__
Colocaram / trocaram sonda nasogástrica / naso-	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ADSNG__

enteral						
Fizeram dosagem de açúcar no sangue	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	ADDAS__	
Aplicaram vacina contra gripe	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	ADVACG__	
Aplicaram vacina contra o tétano	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	ADVACT__	
Limpeza dos dentes	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	ADLIMPD__	
Obturação de dente	(0)Não	(1)Sim)NSA	(9)IGN	ADOBD__	
Extração de dente (arrancar)	(0)Não	(1)Sim)NSA	(9)IGN	ADEXD__	
Ajuste ou confecção de prótese, pivô, dentadura	(0)Não	(1)Sim)NSA	(9)IGN	ADPPD__	
Outro _____					ADOUT__	
114.O(A) Sr(a) permaneceu em acompanhamento após este atendimento?						PEACAD__
(0) Não - PULAR PARA QUESTÃO 110	(1) Sim	(8)NSA	(9)IGN			
115.Se SIM, o seu acompanhamento, na maior parte das vezes foi:						
Diário	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	READDI__	
1 vez por semana	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	READUVS__	
2 ou mais vezes por semana	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	READDVS__	
1 vez a cada quinze dias	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	READUQD__	
1 vez por mês	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	READUVM__	
Outra: _____					READOUT__	
116.Durante este atendimento foi?						
Encaminhado para o hospital	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	ENCHOS__	
Encaminhado para especialista	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	ENCESP__	
Solicitado exame	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	SOLEX__	
Prescrito novo medicamento	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	PRESNM__	
Orientado sobre cuidados de saúde	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	DISPMAT__	
Deixado material ou equipamento	(0)Não	(1)Sim	(8)NSA	(9)IGN	DEIXMAT__	
Se SIM, aplicar a 116, se NÃO pular para 117						
117.Quais os materiais ou equipamentos que a equipe do Posto de Saúde deixou na sua casa para o seu atendimento?						
(0) gaze						MATEQD1__
(1) seringa						MATEQD2__
(2) medicamentos						MATEQD3__
(3) algodão						MATEQD4__
(4) esparadrapo						
(5) luvas						
(6) sonda vesical						
() Outros: _____	(8) NSA	(9) IGN				
118.O(A) Sr.(a) recebeu alguma explicação sobre o motivo do seu atendimento em casa?						RECEXPOT__
(0) Não	(1)Sim	(8) NSA	(9) IGN			
119.O(A) Sr.(a) gastou algum dinheiro no último atendimento que recebeu em casa?						GADICA__
(0) Não – PULE PARA QUESTÃO 120	(1)Sim	(8) NSA	(9) IGN			
120.Se SIM: Quanto gastou?						GADIQT_ _ _ _ , _ _
R\$ _____, ____	(8888,88) NSA	(9999,99) IGN				
121.O (A) Sr.(a) recebeu alguma receita de remédio neste último atendimento em casa?						RECRECUAC__
(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 124	(1)Sim	(8) NSA	(9) IGN			
122.O (A) Sr.(a) conseguiu os remédios pelo SUS?						CONSREMSUS__
(0) Não	(1)Sim	(8) NSA	(9) IGN			
123.SE NÃO: O(A) Sr(a) comprou algum remédio?						COMPREM__
(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 124	(1)Sim	(8) NSA	(9) IGN			
124.SE COMPROU: Quanto gastou?						QUANTOGAS_ _ _ _ ,
R\$: _____, ____	(8888,88) NSA	(9999,99) IGN				
125.Qual sua opinião sobre o atendimento de saúde que recebeu em casa desta última vez?						OPIADUV__
MOstrar CARINHAS!						
(1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo	(8)NSA	(9)IGN				
126. Após ter recebido o atendimento de saúde em casa, o (a) Sr.(a) considera que seu problema:						AADPROB__
(0) Piorou						
(1) Continua como antes						

(2) Melhorou um pouco (3) Melhorou bastante (4) Curou / resolveu	(8)NSA (9)IGN	
A SEGUIR VOU LHE FAZER PERGUNTAS SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES DO SEU DIA A DIA E GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) ME RESPONDESSE DE ACORDO COM AS ALTERNATIVAS QUE EU VOU LHE DAR		
127. Quando o(a) Sr.(a) vai tomar seu banho: (2) Não recebe ajuda (entra e sai do banheiro sozinho) (1) Recebe ajuda no banho apenas para uma parte do corpo (costas ou pernas, por exemplo) (0) Recebe ajuda no banho em mais de uma parte do corpo		IBANHO __
128. Quando o(a) Sr.(a) vai se vestir: (2) Não recebe ajuda (1) Pega as roupas e se veste sem ajuda (exceto para amarrar os sapatos) (0) Recebe ajuda para pegar as roupas ou para vestir-se (ou permanece parcial ou totalmente despido)		IVESTIR __
129. Quando o(a) Sr.(a) precisa usar o banheiro para suas necessidades: (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda para ir ao banheiro (0) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar		ITOALET __
130. Para passar da cama para uma cadeira, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda (0) Não sai da cama		ICADEIR __
131. Tem controle para fazer xixi ou cocô, o(a) Sr.(a): (2) Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar (1) Tem 'acidentes' ocasionais (0) Não consegue controlar o xixi ou cocô e usa fralda ou sonda		ICAMIN __
132. Para se alimentar (para comer): (2) Alimenta-se sem ajuda (1) Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão (0) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado por sonda		IALIMEN __
133. Para usar o telefone o(a) Sr.(a) ? (2) Não tem qualquer dificuldade (1) Pode fazer com dificuldade (0) Não consegue usar sozinho		ITELEF __
134. Para ir a lugares distantes, usando ônibus ou táxi, o(a) Sr.(a) : (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue ir sozinho		ISAIR __
135. Para fazer suas compras, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue fazer sozinho		ICOMPR __
136. Para preparar suas próprias refeições, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue preparar sozinho		ICOMIDA __
137. Para arrumar sua casa, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue arrumar sozinho		ILIMPEZ __
138. Para lidar com objetos pequenos como, por exemplo, uma chave, ou fazer pequenos reparos ou trabalhos manuais domésticos o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue fazer sozinho		IOBJPEQ __
139. Para tomar seus remédios na dose e horários certos o(a) Sr.(a)? (2) Não recebe ajuda		IREMED __

(1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue tomar sozinho	
140. Para cuidar do seu dinheiro o(a) Sr.(a)? (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue cuidar sozinho	IDINHE __
141. Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue andar sozinho	ICAQUA __
142. Para subir um lance de escada o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue subir sozinho	ILANCE __
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU QUE PRECISA AJUDA PARCIAL OU GRANDE AJUDA NAS QUESTÕES ACIMA, APLIQUE A QUESTÃO 142. SE NÃO, PULE PARA QUESTÃO 145.	
143. De quem o(a) Sr.(a) recebe ajuda na maioria das tarefas que o precisa? (1) Companheiro(a); esposo(a)- SE NÃO TEM COMPANHEIRO, NÃO LER ESTA OPÇÃO! (2) Filho(a) – SE NÃO TEM FILHOS, NÃO LER ESTA OPÇÃO! (3) Vizinho(a) (4) Amigos (5) Acompanhante pago – APLIQUE QUESTÃO 143 (6) Acompanhante não pago – PULE PARA QUESTÃO 144 (7) Outro _____ (8)NSA (9)IGN	RECAJU __
144. Se paga, quanto o(a) Sr.(a) paga por mês? R\$ _____, ____ (reais) (888888)NSA (999999)IGN	PAGME _____'____
145. Quanto tempo (em horas) o(a) Sr.(a) recebe de ajuda durante o dia? ____ (horas) ____ (min) (00) menos de 1 hora (88)NSA (99)IGN	TEAJHD ____ TEAJMD ____
RELACIONAMENTO SOCIAL E REDE DE APOIO	
146. Durante uma semana normal, nos <ÚLTIMOS 30 DIAS>, o(a) Sr.(a) saiu de casa (fora do prédio)? (0) Não saiu nenhum dia (1) Saiu todos os dias (2) Saiu 1 vez por semana (3) Saiu entre 2 a 4 vezes na semana (9)IGN	SAIUCASA __
147. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr.(a) foi visitar a sua família? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 148 (1) Sim (2) Não tem família – PULAR PARA 150, NÃO APLICAR 156 E 157 (9)IGN	VISFAM2S __
148. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8)NSA (9)IGN	VISFAMFR __
149. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, a sua família lhe visitou? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 150 (1) Sim (8)NSA (9)IGN	FAMVIS2S __
150. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8)NSA (9)IGN	FAMVISFR __
151. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr.(a) foi visitar seus amigos? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 152 (1) Sim (9)IGN	VISAMI2S __
152. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8)NSA (9)IGN	VISAMFR __
153. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, seus amigos lhe visitaram? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 154 (1) Sim (9)IGN	AMVIS2S __
154. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes	AMVISFR __

(2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes	(8)NSA (9)IGN	
155.<NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, o(a) Sr.(a) teve contato por telefone ou por carta com seus parentes ou amigos? (0) Não – PULE PARA QUESTÃO 156 (1) Sim (9)IGN		TELAM2S __
156.SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes	(8)NSA (9)IGN	TELAMFR __
157.Que tipo de ajuda ou assistência sua família oferece ao Sr.(a)? (familiares que vivem / ou que não vivem com o entrevistado). Dinheiro Moradia Companhia / cuidado pessoal Outro: _____	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	TIAJFAMOFD __ TIAJFAMOFM __ TIAJFAMOFD __ TIAJFAMOFO __
158.Que tipo de ajuda ou assistência o Sr(a) oferece para sua família? (familiares que vivem / ou que não vivem com o entrevistado). Dinheiro Moradia Companhia / cuidado pessoal Outro: _____	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	TIAJOFFAMD __ TIAJOFFAMM __ TIAJOFFAMC __ TIAJOFFAMO __
159.O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus amigos? (8) O(A) entrevistado(a) diz não ter amigos (0) Não está satisfeito (1) Sim (9)IGN		SATISRELAM __
160.O (a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus vizinhos (8) Entrevistado(a) diz não ter relação com os vizinhos (0) Não está satisfeito (1) Sim (9)IGN		SATISRELVIZ __
161.O(A) Sr.(a) tem algum animal de estimação em sua casa? (0) Não- PULE PARA QUESTÃO 162 (1) Sim (9)IGN		ANIESTI __
162.SE SIM, QUAL? Gato Cachorro Passarinho Cavalo Outro: _____	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ANIESTI1 __ ANIESTI2 __ ANIESTI3 __ ANIESTI4 __ OUTANIESTI __
163.<NA SEMANA PASSADA> o(a) Sr.(a) recebeu visita de alguma destas pessoas? Vizinhos/ amigos Irmão(ã) Filho(a) – SE NÃO TIVER NÃO PERGUNTAR! Outros familiares (sobrinhos, netos) Outros: _____	(0)Não (1)Sim (9)IGN (0)Não (1)Sim (9)IGN (0)Não (1)Sim (9)IGN (0)Não (1)Sim (9)IGN	RECVISVIZAM __ RECVISIR __ RECVISF __ RECVISOURFA __ RECVISOUT __
164.<NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr.(a) assistiu televisão? (0) Não- PULE PARA QUESTÃO 166 (1) Sim (9)IGN		ASSISTV __
165.Quando o(a) Sr.(a) assiste televisão, o que gosta de ver? Filme Novela Noticiário Jogos Outro: _____	(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	ASSISTV1 __ ASSISTV2 __ ASSISTV3 __ ASSISTV4 __ ASSISTVO __
166.Quantas horas por dia, mais ou menos, o(a) Sr.(a) costuma assistir televisão? __ __ horas __ __ min (88) NSA (99)IGN		HORTVDIA __ __ MINTVDIA __ __
167.<NOS ÚLTIMOS 30 DIAS>, o(a) Sr.(a) fez alguma destas atividades? Foi a missa ou culto na igreja Participou de festa na comunidade Participou de festa da família Participou de alguma oficina ou grupo	(0)Não (1)Sim (9)IGN (0)Não (1)Sim (9)IGN (0)Não (1)Sim (9)IGN (0)Não (1)Sim (9)IGN	MISSA __ FESCOM __ FESFA __ OFIMI __

Participou de algum baile	(0)Não (1)Sim (9)IGN	BAILE__
Viajou para outra cidade	(0)Não (1)Sim (9)IGN	VIAJ__
Viajou de excursão	(0)Não (1)Sim (9)IGN	EXC__
Foi a algum velório ou enterro	(0)Não (1)Sim (9)IGN	VELENT__
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA		
168. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou por mais de 10 minutos seguidos? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício. ____ dias (0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 169 (9) IGN		CAMDIA__
169. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) caminhou por dia? __ __ __ minutos p/dia (888)NSA (999)IGN		MINCA__ __ __
AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA		
170. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades FORTES, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, ... ____ dias/semana (0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 171 (9)IGN		FORDIA__
171. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades fortes por dia? __ __ __ minutos p/dia (888)NSA (999)IGN		MINFOR__ __ __
172. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades MÉDIAS, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc. ____ dias (0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 173 (9)IGN		IMEDIA__
173. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades médias por dia? __ + __ + __ + __ + __ = __ __ __ minutos p/dia (888)NSA (999)IGN		IMIND__ __ __
174. Em relação a <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) considera que sua atividade física atual está: (1) Menor (2) Igual - PULE PARA QUESTÃO 175 (3) Maior (9)IGN		MAFPAS__
175. Qual o principal motivo da mudança na sua prática de atividade física ou exercício físico? _____ _____ (88)NSA (99)IGN		MMOTIV__ __
176. Desde <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) recebeu orientação para a prática de atividade física, esportes, exercícios físicos ou ginástica? (0) Não- PULE PARA A QUESTÃO 182 (1) Sim (9)IGN		RECORAFANO__
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A ÚLTIMA ORIENTAÇÃO RECEBIDA PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA		
177. Onde o(a) Sr(a) recebeu essa orientação? (01) Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde (02) Ambulatório público (SUS ou faculdade) (03) Ambulatório por convênio/plano de saúde ou de empresa (04) Consultório particular/plano de saúde (05) Academia (06) Meios de comunicação (jornal, revista, internet, rádio, televisão) () Outro (88)NSA (99)IGN		MONREC__ __
178. Quem lhe orientou? (01) Médico(a) (02) Professor(a) de Educação física (03) Nutricionista (04) Fisioterapeuta		MQUEMOR__ __

(05) Enfermeiro(a) () Outro _____	(88)NSA (99)IGN	
179.Qual atividade física foi orientada? (01) Caminhada (02) Corrida (03) Hidroginástica (04) Natação () Outro _____	(88)NSA (99)IGN	MQAFOR__ __
180.O(a) Sr.(a) foi orientado(a) sobre quantas vezes por semana a <ATIVIDADE FÍSICA> deveria ser feita? (0) Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN		MORVEZSEM__
181.O(a) Sr.(a) foi orientado(a) sobre o tempo que a <ATIVIDADE FÍSICA> deveria ter? (0) Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN		MORTEMP__
182.Depois das orientações recebidas, sua atividade física: (1) Aumentou (2) Diminuiu (3) Não mudou	(8)NSA (9)IGN	MMUD__
183.Desde <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) procurou, buscou orientação para a prática de atividade física, esportes, exercícios físicos ou ginástica? (0) Não → PULE PARA QUESTÃO 184 (1) Sim	(9)IGN	MPROCOR__
184.Se sim: Onde? (01) Meios de comunicação (jornal, revista, televisão, internet, rádio) (02) Serviço de saúde (03) Academia (04) Trabalho (05) Outro _____	(88)NSA (99)IGN	MONDPROC__ __
185.O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou - PULE PARA QUESTÃO 187 (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar há ___ anos ___ meses	(9)IGN	FUMO__ TPAFA__ __ TPAFM__ __
186.Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma? (ou fumou durante quanto tempo)? ___ anos ___ meses	(88)NSA (99)IGN	TFUMA__ __ TFUMM__ __
187.Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava) por dia? ___ cigarros	(88)NSA (99)IGN	CIGDI__ __
188.O(A) Sr.(a) tomou alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias? (1) Sim (2) Não – PULE PARA QUESTÃO 192	(9)IGN	BEAL30D__ CRBBALC__
189.Alguma vez o(a) sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? (1) Sim (2) Não	(8)NSA (9)IGN	CAGE1__ CRCAG1__
190.As pessoas lhe aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não	(8)NSA (9)IGN	CAGE2__ CRCAG2__
191.O(A) sr(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não	(8)NSA (9)IGN	CAGE3__ CRCAG3__
192.O(A) sr(a) costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? (1) Sim (2) Não	(8)NSA (9)IGN	CAGE4__ CRCAG4__
AGORA VAMOS FALAR SOBRE SENTIMENTOS		
193.O(A) Sr.(a) está basicamente satisfeito com sua vida?	(0)Não (1)Sim	ISATIS__
194.O(A) Sr.(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	(0)Não (1)Sim	IINTER__
195.O(A) Sr.(a) sente que sua vida está vazia?	(0)Não (1)Sim	IVAZIA__
196.O(A) Sr.(a) se aborrece com frequência?	(0)Não	IABORR__

	(1)Sim	
197.O(A) Sr.(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0)Não (1)Sim	IHUMOR __
198.O(A) Sr.(a) tem medo que algo ruim lhe aconteça?	(0)Não (1)Sim	IMEDO __
199.O(A) Sr.(a) se sente feliz a maior parte do tempo?	(0)Não (1)Sim	IFELIZ __
200.O(A) Sr.(a) sente que sua situação não tem saída?	(0)Não (1)Sim	ISAIDA __
201.O(A) Sr.(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(0)Não (1)Sim	IPREFE __
202.O(A) Sr.(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(0)Não (1)Sim	IMEMOR __
203.O(A) Sr.(a) acha maravilhoso estar vivo(a)?	(0)Não (1)Sim	IVIVO __
204.O(A) Sr.(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(0)Não (1)Sim	INUTIL __
205.O(A) Sr.(a) se sente cheio de energia?	(0)Não (1)Sim	IENER __
206.O(A) Sr.(a) acha que sua situação é sem esperanças?	(0)Não (1)Sim	ISEMES __
207.O(A) Sr.(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o(a) Sr.(a) ?	(0)Não (1)Sim	IMELHO __
AGORA GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA MEMÓRIA E RACIOCÍNIO. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS E ALGUMAS PERGUNTAS PODEM PARECER SEM SENTIDO. MAS EU GOSTARIA QUE O SR.(A) PRESTASSE ATENÇÃO E RESPONDESSE TODAS AS PERGUNTAS DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.		
208.Qual é a <LEIA AS ALTERNATIVAS> em que estamos? O dia da semana: _____ O dia do mês: _____ O mês: _____ O ano: _____ A hora aproximada: _____:_____		DIAS __ DIAM __ MÊS __ ANO __ HORA __ OTEMP __
209.Qual é <LEIA AS ALTERNATIVAS> onde estamos? A cidade () Bagé () outra () não sabe O bairro: _____ () outro () não sabe O estado () RS () outro () não sabe O país () Brasil () outro () não sabe A peça da casa/apto: _____ () outra () não sabe SE ESTIVER NA RUA, PERGUNTE: Em que lado da sua casa estamos? _____ ()outro () não sabe		CIDADE __ BAIRRO __ ESTADO __ PAIS __ PEÇA __ OESPA __
210.Eu vou lhe dizer o nome de três objetos: CARRO, VASO, TIJOLO. O(A) Sr.(a) poderia repetir para mim? () carro () outro () não sabe () vaso () outro () não sabe () tijolo () outro () não sabe		CARRO __ VASO __ TIJOLO __
REPITA AS RESPOSTAS ATÉ O INDIVÍDUO APRENDER AS TRÊS PALAVRAS (5 TENTATIVAS)		
211.Agora eu vou lhe pedir para fazer algumas contas. Quanto é: 1. 100 – 7: _____ 2. 93 – 7: _____ 3. 86 – 7: _____ 4. 79 – 7: _____ 5. 72 – 7: _____		CONTA __
212.O(A) Sr.(a) poderia me dizer o nome dos 3 objetos que eu lhe disse antes? () carro () outro () não sabe () vaso () outro () não sabe () tijolo () outro () não sabe		CARRO1 __ VASO1 __ TIJOLO1 __

(0) Não (1) SIM, quantos? __	EMPDOMQT__
222. Quantas pessoas moram nessa casa? __ __ pessoas (99)IGN	QTMOCASA__ __
223. Quantas peças são usadas para dormir? __ __ peças (99)IGN	QTPECDOR__ __
224. Quantos banheiros existem na casa? (considere somente os que têm vaso mais chuveiro ou banheira). __ __ banheiros (99)IGN	QTBANCA__ __
225. Qual a escolaridade da pessoa que tem maior renda na casa? (1) nenhuma ou até 3ª série (primário incompleto) (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto (3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto (5) nível superior completo (9)IGN	ESCPESMREND_ -
226. No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria? Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês (00000) Não possui renda (88888)NSA (99999)IGN	BRF1_____ BRF2_____ BRF3_____ BRF4_____ BRF5_____
227. A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim - Quanto? R\$ _____ por mês (99999)IGN	OUTFREN__ OUTQT_____
228. O(A) Sr.(a) possui algum plano de saúde ou convênio (tipo UNIMED, IPE, FUSEX, Sindicato)? (0) Não (1) Sim. QUAL? _____ (9)IGN	PLANOSAUDE__ PLANQUAL__
PARA O PREENCHIMENTO DO ENTREVISTADOR: O questionário foi respondido: (1) Todo pelo(a) idoso(a), sem ajuda (2) Todo pelo(a) idoso(a), com ajuda (3) Algumas respostas foram dadas por outra pessoa (4) Maior parte das respostas foi dada por outra pessoa (5) Todas as respostas foram dadas por outra pessoa	QUERESP__
Horário do término da entrevista: __ __ : __ __ hs	

ANEXO C –Termo de consentimento Livre e Esclarecido – Estudo 1



Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Pelotas, RS.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____ fui esclarecido sobre a pesquisa para avaliar a assistência domiciliar a idosos prestada pelos serviços de atenção básica à saúde no município de Bagé e concordo que os dados fornecidos sejam utilizados na realização da mesma.

Bagé, ____ de _____ de 2008.

Assinatura: _____

Rua Marechal Deodoro, N° 1160 - 3° piso - CEP 96020-220- Pelotas/RS
Fone/Fax: (053) 32841300



**Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Pelotas, RS.**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bagé, julho de 2008.

Prezado Sr(a),

Nós, da Universidade Federal de Pelotas, estamos realizando uma pesquisa para avaliar a assistência domiciliar prestada aos idosos pelos serviços de atenção básica à saúde. Todas as informações serão coletadas através de um questionário e terão caráter sigiloso e voluntário, sem risco para a saúde e sem administração de qualquer substância, medicamento ou remédio ou exames laboratoriais. Sua participação é muito importante para podermos conhecer a situação de saúde da população com mais de 60 anos de Bagé. Gostaríamos de convidar o(a) Sr.(a) para participar e caso concorde em participar do estudo solicitamos a gentileza de assinar o Termo de autorização abaixo,.

Em caso de esclarecimentos ou dúvidas, estaremos à sua disposição através do telefone 9981-0702 com Elaine Thumé.

Atenciosamente,

Elaine Thumé
Coordenadora da Pesquisa

Rua Marechal Deodoro, N° 1160 - 3° piso - CEP 96020-220- Pelotas/RS
Fone/Fax: (053) 32841300

ANEXO D – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa – Estudo 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 015/08

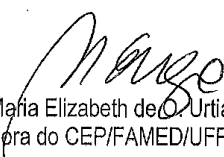
Pelotas, 26 de agosto de 2008.

Ilmo.Sr.
Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Projeto: **“Assistência Domiciliar a Idosos: Determinantes da Necessidade e o Desempenho dos Serviços de Atenção Básica”**.

Prezado Pesquisador;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, em reunião de 22 de agosto de 2008, quanto às questões éticas e metodológicas, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do CNS.


Prof.^a Maria Elizabeth de O. Urriaga
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



ANEXO E Questionário Estudo 2



Número Identificador

QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

Número do (a) entrevistador (a): ___ ___

Unidade Básica de Saúde: ___ ___ Número da Equipe: ___ ___ Número da micro-área: ___ ___

Número da pessoa na equipe: ___ ___ ___

Data da entrevista: ___ ___ / ___ ___ / 2010

Nome: _____

Nº do Prontuário: _____

Telefone: _____ ou _____

Horário **de início** da entrevista: ___ ___ : ___ ___ hs

DADOS GERAIS

229. Sexo do entrevistado:

(0) Masculino (1) Feminino

230. Qual é a sua idade? ___ ___ ___ (anos completos)

231. Qual é sua data de nascimento? ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

232. Qual a cor da sua pele ou raça?

(1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena

233. O(a) Sr.(a) freqüentou ou freqüenta a escola? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 7)

(0) Não (1) Sim

234. Até que série o(a) Sr.(a) estudou? (ACEstudo= anos completos de estudo)

Série: ___ ___ GRAU: ___ ACEstudo: ___ ___ anos

235. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever?

(0) Não (1) Sim (2) Só assina

236. O Sr.(a) mora sozinho(a)? (Se respondeu sim, PULE para QUESTÃO 10)

(0) Não (1) Sim

237. O(A) Sr.(a) vive em companhia de cônjuge ou companheiro(a)?

(0) Não (1) Sim

238. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) teve algum trabalho remunerado (Se respondeu sim, PULE para QUESTÃO

12)

(0) Não (1) Sim

239. O(A) Sr. é aposentado(a)?

(0) Não (1) Sim

BENS DOMÉSTICOS, RENDA E PLANO DE SAÚDE

240. Vamos fazer perguntas sobre os eletrodomésticos e aparelhos que o Sr.(a) tem em casa, se o Sr.(a) tem cada um destes aparelhos e quantos destes eletrodomésticos estão funcionando, em condição de uso.

(anote somente se estiver funcionando, sempre anotando o número de artigos - 00 = não tem ou número de aparelhos caso o entrevistado diga: "sim tenho")

Posse de itens	Não tem	TEM			
		1	2	3	4 ou mais
Quantas Televisores em cores você possui?					
Quantos Videocassetes e/ou DVDs você possui?					
Quantos Rádios você possui?					
Quantos Banheiros há em sua casa?					
Quantos Automóveis você possui?					
Quantas empregadas mensalistas você tem?					
Quantas Máquinas de lavar você possui?					
Quantas Geladeiras você possui?					
Quantos Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) você possui?					

241. Qual a última série ou grau cursado com aprovação pelo chefe da família (pessoa com maior renda individual):

- () Analfabeto/Primário incompleto/Analfabeto até 3ª série do ensino fundamental
 () Primário completo / 4ª série do ensino fundamental
 () Ginásial completo/fundamental completo
 () Colegial completo/médio completo
 () Superior completo/superior completo

242. Qual a renda total da família?

R\$ _____, _____

243. O (A) Sr.(a) possui algum plano de saúde ou convênio tipo UNIMED, IPE, FUSEX, Sindicato? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 17)

(0) Não (1) Sim. QUAL? _____

244. O plano ou convênio cobre:

(1) **Consulta médica?**

- (0) não
 (1) Tem desconto no preço
 (2) o plano cobre, mas paga uma taxa
 (3) o plano cobre integral
 (4) paga e o plano reembolsa depois

(2) **Internação?**

- (0) não
 (1) Tem desconto no preço
 (2) o plano cobre, mas paga uma taxa
 (3) o plano cobre integral
 (4) paga e o plano reembolsa depois

(3) **Exames?**

- (0) não
 (1) Tem desconto no preço
 (2) o plano cobre, mas paga uma taxa
 (3) o plano cobre integral
 (4) paga e o plano reembolsa depois

(4) **Dentista?**

- (0) não
 (1) Tem desconto no preço
 (2) o plano cobre, mas paga uma taxa

- (3) o plano cobre integral
- (4) paga e o plano reembolsa depois
- (5) **Remédios?**
 - (0) não
 - (1) Tem desconto no preço
 - (2) o plano cobre todo o tipo de medicamento
 - (3) o plano cobre alguns medicamentos
 - (4) paga e o plano reembolsa depois

SITUAÇÃO DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

245. Como o (a) Sr.(a) considera sua saúde? *(mostrar as carinhas)*

- (1) Péssima (2) Ruim (3) Regular (4) Boa (5) Ótima

246. Em comparação com <OS ÚLTIMOS 5 ANOS>, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde hoje é:

- (1) Melhor (2) Mesma coisa (3) Pior

247. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o (a) Sr.(a) diria que sua saúde está:

- (1) Melhor (2) Igual (3) Pior

248. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o (a) Sr.(a) consultou com algum(a) médico(a), em serviço de urgência como SAMU, Pronto Socorro? ? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 22)

- (0) Não (1) Sim, quantas ___ vezes

249. Qual o motivo da última consulta em serviço de urgência?

250. Desde < 1 ANO ATRAS>, o (a) Sr.(a) precisou internar (baixar) em algum hospital? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 24)

- (0) Não (1) Sim, Quantas vezes __

251. Qual o motivo da última internação?

252. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o (a) Sr.(a) consultou com algum(a) médico(a) ? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 27)

- (0) Não (1) Sim

253. Onde o Sr.(a) consultou? (Ler as alternativas)

- (01) Unidade de ESF do Bairro. Quantas vezes? ___
 (02) Outro Posto de Saúde. Quantas vezes? ___
 (03) Médico particular ou convênio. Quantas vezes? ___
 (04) Outro _____. Quantas vezes? ___

254. Qual o motivo da consulta?

- (01) Unidade de ESF do Bairro _____
 (02) Outro Posto de Saúde _____
 (03) Médico particular ou convenio _____
 (04) Outro _____

EM RELAÇÃO A UNIDADE DE SAÚDE ESF DO SEU BAIRRO

255. Desde <SEIS MESES ATRÁS> O Sr.(a) procurou a Unidade ESF do seu bairro para o Sr.(a) mesmo? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 29)

- (0) Não (1) Sim, Quantas Vezes? ___

256. Quais os motivos do Sr.(a) ter procurado o ESF?

- (1) vacinação
 (2) consulta de pré-natal
 (3) acidente ou lesão

- (4) problema odontológico
- (5) atestado de saúde
- (6) buscar medicamento, ou receita
- (7) acompanhamento de doença crônica
- (8) problema de saúde (excluindo crônicas em tratamento)
- (9) outro _____

257. Como o (a) Sr.(a) considera o atendimento da Unidade ESF do seu bairro ? (mostrar as carinhas)

- (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo

258. Desde <UM ANO ATRÁS> o (a) Sr.(a) participou de algum grupo de apoio na Unidade ESF do seu bairro?

- (0) Não (1) Sim Qual? _____ Quantas Vezes? ___

259. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr.(a) recebeu algum atendimento de saúde da Unidade ESF em sua casa ?

- (0) Não (1) Sim Qual? _____ Quantas Vezes? ___

MORBIDADES REFERIDAS

260. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem problema pulmonar como bronquite, enfisema, asma? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 35)

- (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses

261. O(A) Sr.(a) está tomando algum remédio para o problema pulmonar como bronquite, enfisema, asma?

- (0) Não (1) Sim

262. Algum médico disse que estes familiares têm problema pulmonar como bronquite, enfisema, asma?

Mãe (0) Não ou não sabe (1) Sim

Pai (0) Não ou não sabe (1) Sim

Irmão ou irmã (0) Não ou não sabe (1) Sim

263. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem problema no coração, exceto Pressão Alta ou Hipertensão? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 38)

- (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses

264. O(A) Sr.(a) está tomando algum remédio para o problema no coração, exceto Pressão Alta ou Hipertensão?

- (0) Não (1) Sim

265. Algum médico disse que estes familiares têm problema no coração, exceto Pressão Alta ou Hipertensão?

Mãe (0) Não ou não sabe (1) Sim

Pai (0) Não ou não sabe (1) Sim

Irmão ou irmã (0) Não ou não sabe (1) Sim

266. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem Diabetes? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 41)

- (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses

267. O(A) Sr.(a) está tomando algum remédio para Diabetes?

- (0) Não (1) Sim

268. Algum médico disse que estes familiares têm Diabetes?

Mãe (0) Não ou não sabe (1) Sim

Pai (0) Não ou não sabe (1) Sim

Irmão ou irmã (0) Não ou não sabe (1) Sim

HIPERTENSÃO

269. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta ou Hipertensão? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 64)

- (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses

270. O(A) Sr.(a) está tomando algum remédio para a pressão alta?

- (0) Não (1) Sim

271. Algum médico disse que estes familiares têm pressão alta ou Hipertensão?

- Mãe (0) Não ou não sabe (1) Sim
Pai (0) Não ou não sabe (1) Sim
Irmão ou irmã (0) Não ou não sabe (1) Sim

272. O que o Sr.(a) faz para “controlar” a hipertensão

- (1) dieta sem sal
(2) regime para perder/manter peso
(3) atividade física
(4) toma medicação de rotina
(5) toma medicação quando tem “problema” com a pressão
(6) não faz nada
(7) outro: _____

273. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o (a) Sr.(a) consultou com algum(a) médico(a) por causa da Pressão Alta ? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 48)

- (0) Não (1) Sim

274. Onde o Sr.(a) consultou?

- (01) ESF do seu Bairro, quantas ____ vezes – PULE para QUESTÃO 48
(02) Outro Posto de Saúde, quantas ____ vezes
(03) Médico particular ou conveniado, quantas ____ vezes
(04) Outro _____, quantas ____ vezes

275. Porque o Sr.(a) não procurou atendimento no ESF do seu bairro?

- (01) já tratava com outro médico e não quer trocar
(02) estava fechado no horário que precisou
(03) acha que o serviço procurado é de melhor qualidade
(04) demora muito para ser atendido
(05) é mais fácil, mais prático, em outro local
(06) outro _____

276. Quando foi a sua última consulta médica por causa da Pressão Alta?

___ / ___ (mês e ano)

277. Onde foi a sua última consulta médica por causa da Pressão Alta?

- (02) ESF do seu Bairro
(02) Outro Posto de Saúde.
(03) Médico particular ou conveniado.
(04) Outro _____

278. Qual o médico que trata o (a) Sr.(a) regularmente para pressão alta?

- (01) Médico do ESF do seu Bairro _____ (nome do médico)
(02) Médico de outro Posto de Saúde _____ (nome do médico)
(03) Médico particular _____ (nome do médico)
(04) Não tenho médico que me trata regularmente.
(05) Outro _____

279. Em relação ao médico que trata o (a) Sr.(a) regularmente para pressão alta (ler as alternativas e marcar)

SE o entrevistado na pergunta anterior respondeu “não tenho médico que me trata regularmente”, perguntar em relação ao último médico que atendeu o hipertenso.

	Definitiva-mente	Provavel-mente	Provavel-mente não	Definitiva-mente não	Não tenho certeza/não lembro
Quando você vai a Unidade de saúde é o mesmo médico que atende você todas às vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Você acha que (nome do médico) entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

O (<i>nome do médico</i>) responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
O (<i>nome do médico</i>) lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao (<i>nome do médico</i>)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
O (<i>nome do médico</i>) conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
O (<i>nome do médico</i>) sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
O (<i>nome do médico</i>) sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
O (<i>nome do médico</i>) conhece a sua história médica completa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
O (<i>nome do médico</i>) sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
O (<i>nome do médico</i>) saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar pelos medicamentos que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
O (<i>nome do médico</i>) sabe a respeito de todos medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Você poderia mudar do (<i>nome do médico/local</i>) para outro, se quisesse?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Você mudaria da Unidade de Saúde do seu bairro para outro serviço de saúde se isto fosse possível fazer?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO

280. Agora vamos falar sobre o uso de remédios para a pressão alta.

<NOS ÚLTIMOS 7 DIAS>, o (a) Sr.(a) usou algum remédio para o tratamento da pressão alta? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 64)
(0) Não (1) Sim

281. O (A) Sr(a) poderia trazer as caixas ou embalagens de todos os remédios para pressão alta que tomou <NOS ÚLTIMOS 7 DIAS>? (88) NSA

	a) Nome da Medicação e dosagem	b) Quantos dias você tomou este remédio?	c) Quantas vezes por dia você tomou este remédio?	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido?	g) Como esta medicação funciona para você? 1=Funciona Bem 2=Funciona Regular 3=Não Funciona bem
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Número total de medicamentos para pressão alta: ___

282. Algum dos medicamentos para pressão alta causa problemas para o Sr.(a)? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 56)

(0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN

283. Pode me dizer qual(is) medicamentos(s) e o quanto e como incomoda o Sr. (a)?

Nome do Medicamento	O quanto este medicamento incomoda o Sr. (a)?				De que forma o Sr. (a) é incomodado?
	Muito	Um pouco	Não muito	Nunca	
284. Agora vou ler alguns problemas que as pessoas têm ao tomar seus medicamentos e gostaria que o(a) Sr. (a) me dissesse se é “muito difícil”, “um pouco difícil” ou se “não é difícil” fazer cada uma das tarefas.					
Tarefa	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentários (quais medicamentos)	
1. <u>Abrir ou fechar a</u> embalagem					
2. <u>Ler o que está escrito na</u> embalagem					
3. <u>Lembrar de tomar todos os</u> medicamentos					
4. <u>Conseguir o medicamento</u>					
5. <u>Tomar tantos comprimidos</u> ao mesmo tempo					
285. Você respondeu que está tomando remédios para pressão alta. Algumas pessoas têm identificado várias questões relacionadas ao uso destes remédios e nós estamos interessados na sua experiência. Não existe resposta certa ou errada. Por favor, responda cada pergunta com base na sua experiência própria com os remédios para pressão alta. (Ler as alternativas)					
a. Você às vezes se esquece de tomar seus comprimidos para a pressão alta? (0) Não (1) Sim					
b. Nas últimas duas semanas, teve algum dia em que você não tomou o seu remédio para pressão alta? (0) Não (1) Sim					
c. Alguma vez você já interrompeu ou parou de tomar a sua medicação sem avisar o seu médico, porque você se sentia pior quando você tomava? (0) Não (1) Sim					
d. Quando você viaja ou sai de casa, às vezes você esquece de levar o seu remédio? (0) Não (1) Sim					
e. Você tomou seu remédio para a pressão alta ontem? (0) Não (1) Sim					
f. Quando você sente que a sua pressão está controlada, você pára de tomar o seu medicamento? (0) Não (1) Sim					
g. Você já se sentiu incomodado por ter que cumprir o seu tratamento para a pressão arterial? (0) Não (1) Sim					
h. Com que frequência você tem dificuldade para lembrar de tomar todos os seus remédios?					
(1) Nunca/raramente					
(2) De vez em quando					
(3) Às vezes					
(4) Usualmente					
(5) Todo o tempo					
286. O(a) Sr.(a) conseguiu todos os medicamentos para o tratamento da pressão alta nos <ÚLTIMOS 30 DIAS>?(Se respondeu não, <u>APLIQUE a QUESTÃO 59.</u> Se respondeu Sim, <u>PULE para QUESTÃO 60.</u>					
(0) Não (1) Sim					
287. Em relação aos medicamentos para o tratamento da pressão alta que o Sr.(a) NÃO CONSEGUIU nos <ÚLTIMOS 30 DIAS>:					
Quais foram? _____ Quanto tempo ficou sem o medicamento? __ dias					

288. Onde o (a) Sr.(a) conseguiu os medicamentos para o tratamento da pressão alta nos <ÚLTIMOS 30 DIAS>?					
(1) Todos no Posto de Saúde _____					

- (2) Parte no Posto de Saúde e parte teve que comprar
(3) Teve que comprar todos
(4) Outro: _____

289. Dos medicamentos para o tratamento da pressão alta que conseguiu teve algum que o Sr.(a) não tomou?

- (0) Não (1) Sim, Qual(is)? _____ Por quê? _____
_____ Por quê? _____
_____ Por quê? _____
_____ Por quê? _____

290. O (a) Sr.(a) deixou de tomar algum medicamento para o tratamento da pressão alta <ÚLTIMOS 30 DIAS> por NÃO TER CONSEGUIDO?

- (0) Não (1) Sim, Qual? _____

291. Para tomar seus remédios na dose e horários certos o (a) Sr.(a) recebe algum tipo de ajuda?

- (0) Não (1) Sim, Qual o tipo de ajuda? _____

HÁBITOS

292. O(A) Sr.(a) fuma? (Se respondeu não PULE para QUESTÃO 68)

- (0) Não
(1) Sim, diariamente
(2) Sim, ocasionalmente

293. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia?

- (1) 1-4
(2) 5-9
(3) 10-14
(4) 15-19
(5) 20-29
(6) 30-39
(7) 40 ou +

294. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente?

- _____ anos (888) não lembra

295. O(a) sr(a) já tentou parar de fumar? (PULE para QUESTÃO 71)

- (0) Não (1) Sim

296. O(a) sr(a) já fumou? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 71) * PULE para QUESTÃO 73 se mora sozinho e não trabalha e PULE par a QUESTÃO 72 se mora sozinho e trabalha)

- (0) Não (1) Sim

297. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente?

- _____ anos (888) não lembra

298. Que idade o(a) sr(a) tinha quando parou de fumar?

- _____ anos (888) não lembra

299. Alguma das pessoas que mora com o(a) Sr(a) costuma fumar dentro de casa?

- (0) Não (1) Sim (888) Não quis informar

300. Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) Sr(a) trabalha?

- (0) Não (1) Sim (888) Não quis informar

301. Algum profissional de Saúde orientou o Sr. (a) para parar de fumar? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 75)

- (0) Não (1) Sim, Qual Profissional? _____

302. O Sr.(a) seguiu a orientação?

- (0) Não (1) Sim

303. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 80)

- (0) Não (1) Sim (não vale fisioterapia)

304. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou? (marcar apenas o primeiro citado)

- (1) caminhada (**não vale deslocamento para trabalho**)
- (2) caminhada em esteira
- (3) corrida
- (4) corrida em esteira
- (5) musculação
- (6) ginástica aeróbica
- (7) hidroginástica
- (8) ginástica em geral
- (9) natação
- (10) artes marciais e luta
- (11) bicicleta
- (12) futebol
- (13) basquetebol
- (14) voleibol
- (15) tênis
- (16) outros

305. O (a) sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 80)

- (0) Não (1) Sim

306. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?

- (1) 1 a 2 dias por semana
- (2) 3 a 4 dias por semana
- (3) 5 a 6 dias por semana
- (4) todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)

307. No dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

- (1) menos que 10 minutos
- (2) entre 10 e 19 minutos
- (3) entre 20 e 29 minutos
- (4) entre 30 e 39 minutos
- (5) entre 40 e 49 minutos
- (6) entre 50 e 59 minutos
- (7) 60 minutos ou mais

308. Algum profissional de Saúde orientou o Sr. (a) quanto a prática de atividade física? ? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 82)

- (0) Não

(1) Sim, Qual Profissional _____ e orientação _____

309. O Sr.(a) segue a orientação?

- (0) Não (1) Sim

310. O(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 87)

- (0) Não (1) Sim

311. Com que frequência o(a) sr(a) costuma ingerir alguma bebida alcoólica?

- (1) 1 a 2 dias por semana
- (2) 3 a 4 dias por semana
- (3) 5 a 6 dias por semana
- (4) todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)

- (5) menos de 1 dia por semana
 (6) menos de 1 dia por mês PULE para QUESTÃO 87

ATENÇÃO: Se for Homem APLIQUE a QUESTÃO 84 e se for Mulher APLIQUE a QUESTÃO 85.

312. Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (5 doses de bebida alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 87)

- (0) Não (1) Sim

313. Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 87)

- (0) Não (1) Sim

314. Em quantos dias do mês isto ocorreu?

- (1) em um único dia no mês;
 (2) em 2 dias
 (3) em 3 dias
 (4) em 4 dias
 (5) em 5 dias
 (6) em 6 dias
 (7) em 7 ou mais dias
 () Não sabe

315. Algum profissional de Saúde orientou o Sr. (a) quanto ao consumo de bebida alcoólica? (Se respondeu não, PULE para QUESTÃO 89)

- (0) Não
 (1) Sim, Qual Profissional _____ e orientação _____

316. O Sr.(a) segue a orientação?

- (0) Não (1) Sim

USO DE OUTROS MEDICAMENTOS

317. Além dos medicamentos para pressão alta o Sr.(a) usou mais algum medicamento nos últimos 15 dias? (pedir para ver a embalagem e anotar o nome do medicamento)

- (0) Não
 (1) Sim, Quais?

	Medicamento	Quem indicou? 1.médico ESF 2.outro médico 3.a própria pessoa 4.outro	Para que doença ou problema de saúde?
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Horário do término da entrevista: ___ : ___ : ___ hs

ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Estudo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto “**Determinantes da adesão ao tratamento anti-hipertensivo na Estratégia Saúde da Família no Sul do Brasil**”, coordenado pela Prof. Dr. Andréa Homsí Dâmaso, professora da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS se propõe a identificar os determinantes do cumprimento do tratamento anti-hipertensivo em uma população de hipertensos adultos e idosos acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) na cidade de Bagé, RS. Tendo em vista a Hipertensão Arterial Sistêmica estar entre as mais freqüentes doenças acometidas nos adultos, constituindo um dos mais graves problemas de saúde pública e que o tratamento anti-hipertensivo feito de forma adequada é de extrema importância para o controle da Hipertensão e diminuição do risco de complicações, espera-se que os resultados da pesquisa contribuam para que gestores e profissionais da rede de saúde possam pautar as suas intervenções nestes resultados visando à melhora da resposta aos tratamentos anti-hipertensivos na atenção básica.

Este estudo será realizado através de entrevistas domiciliares, onde todas as informações serão coletadas através de um questionário e terão caráter confidencial e voluntário, sem risco para a saúde e sem administração de qualquer substância, medicamento ou remédio ou exames laboratoriais.

Os participantes poderão desistir da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo algum, bem como saber informações sobre o andamento e os resultados da pesquisa.

A coordenadora da pesquisa se compromete a esclarecer qualquer dúvida que eventualmente o participante venha a ter no momento da pesquisa ou posteriormente através do telefone (53) 3242 8244 ramal 273 (Falar com Noemia).

O presente termo é assinado em duas vias, ficando uma em posse do participante e a outra com a pesquisadora.

Eu, _____(nome do(a) participante, declaro ter lido- ou que me foram lidas- as informações acima antes de assinar este termo. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo totalmente minhas dúvidas. Por este termo de consentimento, concordo, voluntariamente, em participar desta pesquisa.

Assinatura do participante

Assinatura da Coordenadora da pesquisa

ANEXO G – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Estudo 2



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO 107/2010

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 10/088 **Versão do Projeto:** 29/07/2010 **Versão do TCLE:** 29/07/2010

Coordenadora:

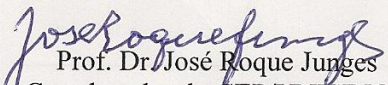
Profa. Andréa Homsí Dâmaso (PPG em Saúde Coletiva)

Título: Determinantes da adesão ao tratamento anti-hipertensivo na Estratégia Saúde da Família no Sul do Brasil.

Parecer: O projeto foi **APROVADO**, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 29 de julho de 2010.


Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS