

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
E SEUS DETERMINANTES EM PACIENTES DE AMBULATÓRIO**

ANA CLÁUDIA DE ARAÚJO TEIXEIRA

**FORTALEZA – CEARÁ
AGOSTO DE 1998**

**ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
E SEUS DETERMINANTES EM PACIENTES DE AMBULATÓRIO**

Ana Cláudia de Araújo Teixeira

Dissertação de Mestrado apresentada ao Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Helena Lutécia Luna Coelho

Co-orientadora: Cristina Maria Gomes do Monte

Fortaleza – Ceará

Agosto de 1998

T 264 Teixeira, Ana Cláudia de Araújo

Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório / Ana Cláudia de Araújo Teixeira. - Fortaleza, 1998.

120 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Helena Lutécia Luna Coelho
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde Comunitária.

1. Tratamento anti-hipertensivo - adesão. 2. Pacientes - ambulatório. 3. Hipertensão - tratamento. I. Título.

ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E SEUS DETERMINANTES EM PACIENTES DE AMBULATÓRIO

Ana Cláudia de Araújo Teixeira

Dissertação de Mestrado submetida ao Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado por:

Profa. Dra. Helena Lutécia Luna Coelho
(Orientadora)

Profa. Dra. Gun Birgitta Bergsten Mendes

Profa. Dra. Lígia Regina Sansigolo Kerr Pontes

Fortaleza – Ceará

Agosto de 1998

Instituições que colaboraram para a realização desta dissertação:
ESP-CE - Escola de Saúde Pública do Ceará
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

"Os avanços são fantásticos, mas carregam uma idéia que nos faz usar mal o progresso científico. Tendo remédio para tudo, a ciência transforma cada vez mais o homem em um ser doente (...)"

Jorge Forbes

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todo o aprendizado e pela consciência do muito que ainda tenho que aprender.

À Profa. Helena Lutécia Luna Coelho, pela orientação e convivência durante esses anos de trabalho no GPUIM, que muito me ensinou e ajudou a crescer.

À Profa. Cristina Maria Gomes do Monte, pela incansável disponibilidade em discutir e orientar este trabalho, e pelo encorajamento nas horas difíceis.

À Dra. Linn Silver, pela primeira referência bibliográfica sobre adesão que me chegou às mãos, a qual foi de fundamental importância no início das minhas reflexões sobre o tema.

Ao Dr. Ulrich Grueninger, pelas preciosas sugestões, as quais foram imprescindíveis na definição do método a ser usado na pesquisa.

Ao Dr. José Wellington Oliveira Lima, pelas valiosas contribuições sobre a metodologia, e pelas sugestões na elaboração do questionário.

À Dra. Marilene Augusta Rocha Crispino Santos, pelas referências bibliográficas, as quais contribuíram decisivamente para uma melhor compreensão do tema a ser estudado.

À Profa. Lúcia Noblat, pela orientação nos momentos cruciais de elaboração do projeto e definição da metodologia e pelas referências bibliográficas.

À Profa. Lia Luzitana Castro, pelas referências bibliográficas.

À Profa. Maria Lúcia Bosi, pela leitura do projeto na fase inicial.

À Profa. Rosa Maria Salani Mota, pelo carinho, pelas valiosas contribuições no cálculo e processo de seleção da amostra e pela elaboração do plano de análise estatística.

À Profa. Ana Maria Souza de Araújo, pela dedicação e profissionalismo com que fez a análise estatística dos resultados da pesquisa.

À Dra. Mariluse Viana Forte, pela elaboração do banco de dados e pela digitação dos questionários.

À Profa. Maria Zélia, pela orientação na codificação dos questionários.

Ao Rogério Costa Gondim pela inestimável ajuda na análise de regressão logística.

À Profa. Lígia Regina Sansigolo Kerr Pontes pelas valiosas contribuições na análise dos resultados.

Ao Wilkens, pela colaboração na revisão dos questionários.

Ao Sívio, pela solidariedade e auxílio na revisão ortográfico-gramatical deste texto, além de outros serviços prestados na área da digitação.

Ao Dr. Frederico Augusto de Lima e Silva, Diretor do Hospital de Messejana, pela consideração e apoio fundamental, que viabilizou a realização deste trabalho.

À Dra. Solange Cecília Dantas, Chefe da Unidade de Farmácia do Hospital de Messejana, pelo apoio em todas as fases da realização da pesquisa.

Ao Dr. Leandro Demétrio de Souza, Diretor Técnico do Hospital de Messejana, pelo apoio logístico na realização da pesquisa.

Aos funcionários do arquivo do Hospital de Messejana, pela ajuda na procura dos prontuários.

Ao Haroldo de Castro Araújo, pelos dados fornecidos sobre o atendimento do Hospital de Messejana.

À Querubina Bringel Olinda e à Iva Maria Lima Araújo, pelo dados epidemiológicos fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

Às colegas da equipe multidisciplinar do ambulatório do Hospital de Messejana, que muitas vezes me substituíram nas atividades do programa de assistência ao hipertenso.

À Andréa Saraiva Martins, pela colaboração na supervisão da pesquisa.

Aos funcionários da Biblioteca do Campus do Porangabussu da UFC, pelo profissionalismo e presteza no atendimento.

À Maria Eneida Porto Fernandes, pela amizade e por ter me incentivado a trabalhar no Hospital de Messejana, onde tudo começou.

À Ana Paula Soares Gondim e à Graça Barbosa, pela amizade e solidariedade demonstrada.

À Raquel Maria Rigotto, de quem o exemplo do trabalho realizado com competência e humildade ficou marcado em mim, pelas importantes sugestões ao projeto e pela amizade com que partilhou comigo as alegrias e as dificuldades na realização deste trabalho.

Aos meus pais, pelo exemplo de vida, pelo amor sempre presente e pelo incentivo em toda a minha trajetória.

Ao meu irmão Samuel, pela amizade e solidariedade.

À Vera Lúcia Edais Pepe, pela amizade e pelas referências bibliográficas.

À Mary Anne Bandeira, pela palavra sempre amiga e de incentivo.

Ao Jesper Rodrigues Sampaio, pela amizade e tradução do resumo para a língua inglesa.

Ao Domingos Sávio de Carvalho Sousa, pela amizade e companheirismo.

A Escola de Saúde Pública do Ceará, pelo financiamento da pesquisa através do Projeto Nordeste.

Aos pacientes hipertensos do Hospital de Messejana, pela generosidade com que aceitaram participar da pesquisa.

SUMÁRIO

Resumo.....	x
Lista de tabelas.....	xi
Lista de gráficos.....	xii
Lista de figuras.....	xiii
Lista de quadros.....	xiv
Lista de siglas, símbolos e abreviaturas.....	xv
Conceitos utilizados no trabalho.....	xvi
1 Introdução.....	1
1.1 Origem do termo e conceito.....	1
1.2 Padrões de não adesão.....	3
1.3 Classificação da adesão.....	4
1.4 Métodos usados para medir a adesão.....	4
1.5 Classificação em aderentes e não aderentes.....	9
1.6 Magnitude da não adesão ao tratamento.....	11
1.7 Conseqüências da adesão para a saúde do paciente e a saúde pública....	12
1.8 Fatores que influenciam a adesão.....	15
1.9 Adesão ao tratamento da hipertensão arterial.....	18
1.10 Hipertensão arterial e tratamento.....	20
1.10.1 Conceito e classificação.....	20
1.10.2 Detecção e confirmação.....	26
1.10.3 Tratamento.....	28
1.10.3.1 Estágios 1 e 2 da hipertensão.....	29
1.10.3.2 Dosagem e seguimento.....	30
1.10.3.3 Estágios 3 e 4 da hipertensão.....	32
1.10.3.4 Hipertensão sistólica isolada.....	32
1.10.3.5 Passos para diminuir o tratamento farmacológico.....	32
1.10.3.6 Eficácia do tratamento farmacológico.....	33
1.11 Hipertensão arterial como problema de saúde pública	34

.....

1.12 Relevância do tema.....	37
2 Objetivos.....	38

3 Metodologia.....	39
3.1 Desenho do estudo.....	39
3.2 Tamanho da amostra.....	39
3.3 Amostra estudada.....	39
3.4 Critérios de inclusão na amostra.....	40
3.5 Local da pesquisa.....	41
3.6 Coleta de dados.....	43
3.7 Instrumento de coleta de dados.....	44
3.8 Classe social.....	47
3.9 Classificação dos medicamentos.....	48
3.10 Perguntas constantes na escala de Morisky et al. (1986) e no estudo de Ramalhinho (1994).....	49
3.11 Determinação da adesão ao tratamen- to.....	50
3.12 Processamento e análise dos dados.....	51
3.13 Treinamento dos entrevistadores e estudo piloto.....	52
3.14 Aspectos éticos.....	52
3.15 Controle de qualidade.....	53
4 Resultados.....	54
4.1 Características sócio-demográficas da população estuda- da.....	54
4.2 Atendimento do hospital.....	56
4.3 Percepção sobre hipertensão e tratamento.....	59
4.4 Suporte social.....	64
4.5 Adesão ao tratamento anti-hipertensivo.....	65
4.6 Análise univariada.....	69
4.7 Fatores que influenciam a adesão ao tratamen- to.....	70
4.7.1 Relacionados às características sócio- demográficas.....	70
4.7.2 Relacionados à terapêutica.....	71
4.7.3 Relacionados à percepção sobre hipertensão e tratamento.....	71
4.7.4 Relacionados ao suporte social.....	72
4.7.5 Análise multivariada.....	75
5 Discussão.....	77

5.1 Atendimento do hospital.....	77
5.2 Adesão ao tratamento anti-hipertensivo.....	78
5.2.1 Classificação quanto a adesão ao tratamento.....	78

5.3 Fatores que influenciam a adesão ao tratamen- to.....	84
5.3.1 Relacionados às características sócio- demográficas.....	84
5.3.2 Relacionados à terapêutica.....	85
5.3.3 Relacionados à percepção sobre hipertensão e tratamen- to.....	88
5.3.4 Relacionados ao suporte social.....	89
6 Conclusão.....	92
Abstract.....	95
7 Referências Bibliográficas.....	96
Anexo	

RESUMO

Trata-se de um estudo transversal sobre adesão ao tratamento da hipertensão e seus determinantes, realizado de novembro de 1997 a fevereiro de 1998, com 177 pacientes selecionados aleatoriamente e entrevistados após a consulta médica no ambulatório do Hospital de Messejana, Fortaleza-CE. Tais pacientes foram visitados em domicílio para continuidade da entrevista e contagem de comprimidos, a primeira vez entre 13 e 25 dias após a consulta e a segunda vez entre 13 e 25 dias após a primeira visita. A maior parte (65,8%) dos medicamentos prescritos não foi dispensada no hospital e destes 22,3% não foram adquiridos em outro lugar, portanto 14,7% dos medicamentos prescritos não foram adquiridos pelos pacientes. A taxa de adesão determinada no presente estudo, pelo método de entrevista, foi de 62,1%, e pelo método contagem de comprimidos, foi de 38,4%. De acordo com o teste de Kappa, o grau de concordância entre os dois métodos foi muito baixo (33,68%). O desempenho da entrevista como uma medida de adesão teve as seguintes características: baixa sensibilidade (52,3%) para detectar pacientes não aderentes, alta especificidade (85,3%) para detectar pacientes aderentes, alto valor preditivo (85,1%) para a não adesão e baixo valor preditivo (52,7%) para a adesão. Devido o baixo desempenho da entrevista para determinar adesão, os resultados apresentados referem-se ao método contagem de comprimidos. As variáveis que se mostraram significantes através do teste de Fisher ($p < 0,15$) na análise univariada em relação a uma maior adesão ao tratamento, foram analisadas para identificar efeitos independentes através de um modelo de regressão logística. Na análise multivariada, maior renda familiar e a ajuda que o paciente recebe da família para tomar os medicamentos favoreceram uma maior adesão ao tratamento (OR = 3,19 - IC [1,01 - 10,04] e OR = 3,00 - IC [1,16 - 7,74], respectivamente). Os resultados também sugerem como fatores que dificultam a adesão dos pacientes ao tratamento: número reduzido de consultas/ano por paciente, grande intervalo entre as consultas, deficiências na orientação médica durante a consulta, desabastecimento de medicamentos no hospital e pouco envolvimento dos pacientes no programa de apoio ao paciente hipertenso.

LISTA DE TABELAS

1. Distribuição dos pacientes, segundo as características sócio-demográficas	54
2. Distribuição dos pacientes, segundo os motivos que os levaram a faltar a consulta médica.....	57
3. Opiniões dos pacientes sobre o que pode ser melhorado no atendimento do hospital.....	58
4. Distribuição dos pacientes, segundo o tempo de hipertensão e o tempo de tratamento.....	61
5. Distribuição dos pacientes, segundo o tempo decorrido desde o diagnóstico da hipertensão e a opinião sobre a necessidade de tratá-la.....	62
6. Distribuição dos medicamentos prescritos, dispensados e não dispensados, adquiridos e não adquiridos.....	65
7. Comparação da adesão ao tratamento, segundo o método de entrevista e de contagem de comprimidos.....	68
8. Razões para a não adesão ao tratamento, segundo o tipo de erro na utilização dos medicamentos.....	69
9. Adesão ao tratamento pelo método contagem de comprimidos, segundo as características dos entrevistados.....	73
10. Análise multivariada das variáveis relacionadas a adesão ao tratamento pelo método contagem de comprimidos. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998..	76

LISTA DE GRÁFICOS

1. Distribuição dos pacientes, segundo o número de consultas feitas durante um ano.....	56
2. Distribuição dos pacientes, segundo o conceito do atendimento do hospital	57
3. Distribuição dos pacientes, segundo o conceito da última consulta médica...	59
4. Distribuição dos pacientes, segundo o tempo de hipertensão.....	60
5. Distribuição dos pacientes, segundo o tempo de tratamento da hipertensão	60
6. Distribuição dos pacientes, segundo a percepção sobre o que mais ajuda a melhorar a sua hipertensão.....	63
7. Outros fatores citados pelos pacientes como propiciadores de melhora da hipertensão.....	63
8. Distribuição dos pacientes, segundo a percepção sobre o efeito do tratamento anti-hipertensivo.....	64
9. Razões da não aquisição dos medicamentos prescritos.....	66
10. Classificação dos pacientes quanto a adesão ao tratamento, segundo o método contagem de comprimidos.....	67
11. Classificação dos pacientes quanto a adesão ao tratamento, segundo o método de entrevista.....	67

LISTA DE FIGURAS

1. Resultado hipotético do teste seqüencial em quatro pacientes "50% aderentes".....	9
2. Tratamento algoritmo da hipertensão.....	31
3. Acurácia da entrevista como medida de adesão ao tratamento comparado ao método contagem de comprimidos.....	68

LISTA DE QUADROS

1. Classificação da pressão arterial para adultos com 18 anos e mais.....	25
2. Manifestações das doenças dos órgãos-alvo.....	26
3. Itens considerados para a classificação sócio-econômica.....	48
4. Instrução do chefe da família.....	48

LISTA DE SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

P = Probabilidade

PA = Pressão Arterial

PAS = Pressão Arterial Sistólica

PAD = Pressão Arterial Diastólica

OMS = Organização Mundial de Saúde

JNC V = The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure

ECA = Enzima Conversora da Angiotensina

DAC = Doenças do Aparelho Circulatório

AVE = Acidente Vascular Cerebral

HVE = Hipertrofia Ventricular

INAMPS = Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

UNPEX - HM = Unidade de Pacientes Externos do Hospital de Messejana

ACAH = Associação Cearense de Assistência ao Hipertenso

SPSS = Statistical Package for the Social Sciences

A₁ = Adesão ao tratamento, segundo o método de entrevista

A₂ = Adesão ao tratamento, segundo o método contagem de comprimidos

S = Sensibilidade

E = Especificidade

VPP = Valor Preditivo Positivo

VPN = Valor Preditivo Negativo

FP = Falso Positivo

FN = Falso Negativo

β = beta

α = alfa

ATC = Anatomical Therapeutic Chemical

σ = desvio padrão

IC = Intervalo de Confiança

OR = Odds Ratio

CONCEITOS UTILIZADOS NO TRABALHO

Sensibilidade - é a probabilidade de que o paciente seja não aderente pelo método de entrevista, dado que ele é não aderente pelo método de contagem de comprimidos.

Especificidade - é a probabilidade de que o paciente seja aderente pelo método de entrevista, dado que ele é aderente pelo método contagem de comprimidos.

Valor preditivo positivo - é a probabilidade de que o paciente seja não aderente pelo método de contagem de comprimidos, dado que ele disse ser não aderente pelo método de entrevista.

Valor preditivo negativo - é a probabilidade de que o paciente seja aderente pelo método contagem de comprimidos, dado que ele disse ser aderente pelo método de entrevista.

Falso positivo - é a probabilidade de que um paciente classificado como não aderente pelo método de entrevista, seja aderente pelo método de contagem de comprimidos.

Falso negativo - é a probabilidade de que um paciente classificado como aderente pelo método de entrevista, seja não aderente pelo método de contagem de comprimidos.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Origem do termo e conceito

O problema da adesão do paciente ao regime terapêutico vem sendo estudado há aproximadamente quatro décadas, e o aumento das publicações ao longo dos anos revela o crescente interesse dos estudiosos e a importância que ganhou este tema na área do conhecimento médico. Entre 1956 e 1960 existiam 12 publicações, de 1961 a 1965 - 45, de 1966 a 1970 - 79, e de 1971 a 1975 existiam 133 artigos publicados (BLACKWELL, 1976b). Em 1978, esse número chegou a 850, e mais de 3.200 artigos em inglês foram listados no *Índex Medicus* entre 1979 e 1985 (TROSTLE, 1988). De 1985 a 1990 foram publicados mais 4.000 artigos, atingindo um total de 8.000 artigos indexados sobre o tema, até 1990 (DONOVAN, BLAKE, 1992).

Nos congressos científicos, o tema passou a ter maior destaque em abril de 1976, quando o “First International Congress on Patient Counseling” (Primeiro Congresso Internacional sobre Aconselhamento ao Paciente) dedicou uma sessão maior para Adesão do Paciente com Regimes Terapêuticos (BLACKWELL, 1976b).

Somente em 1975, a Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos incluiu em sua lista de tópicos médicos (Medical Subject Headings-MESH) o termo “patient compliance”, antes o termo descrito era “patient drop-out”. Não existe na Alemanha e na língua holandesa um termo similar para a palavra “compliance”, e na América esta palavra tem uma conotação coercitiva, o que tem levado ao crescente uso da palavra “adherence” como uma alternativa (BLACKWELL, 1976b).

Segundo Grueninger (1995), “o termo original ‘compliance’ usado na fisiologia pulmonar denota um conceito mecânico: é esperado do paciente cumprir com as prescrições médicas independente da sua vontade e crença individual”.

O Primeiro Congresso sobre Aconselhamento ao Paciente definiu o problema como: “quando um paciente não segue o plano de tratamento sugerido a

ele pelo médico para a gerência de alguma doença, então o paciente pode ser descrito como não aderente”. (BLACKWELL, 1976b).

Conforme afirma Blackwell (1976b),

esta definição é tão impropriamente restritiva quanto inadequadamente descrita. Aderência é um problema encontrado por todos profissionais de saúde. Ela inclui uma ampla variedade de comportamentos da parte do paciente: fracasso ao se inscrever num programa de tratamento, término prematuro da terapia e implementação incompleta das instruções, incluindo prescrições.

A definição mais amplamente utilizada de “compliance” (adesão) foi dada por Haynes (1979), como: “o grau em que o comportamento da pessoa (em termos de tomar medicamentos, seguir dietas ou mudar de estilo de vida), coincide com o conselho médico ou recomendações de saúde”. Segundo o autor, embora em algumas circunstâncias, o terapeuta e o paciente possam ser considerados culpados por não adesão, esta definição não pretende fazer julgamentos e *per se* não subentende falta, podendo ser substituída pela palavra “adherence”.

Conforme afirmam Litt et al. (1980), na definição de Haynes, “compliance” (adesão) é considerada em termos absolutos, ou seja, pacientes são descritos ou como “compliant” (aderentes) ou como “non compliant” (não aderentes); ou como uma variável contínua, onde pacientes são fixados em categorias no tempo.

Segundo os mesmos autores, na prática clínica o fato de o paciente não melhorar indica não adesão. Embora isto possa acontecer, a falta de melhora clínica pode ser também resultado de diagnóstico errado, prescrição de medicamentos ineficazes ou insuficientes, ou falha na informação dada ao paciente sobre como administrar os medicamentos adequadamente. Dessa forma, deve-se ter cautela ao classificar um paciente não aderente, e uma avaliação objetiva deve ser feita antes de qualquer medida de intervenção ser contemplada (LITT et al., 1980).

No Brasil, a maior parte da literatura levantada por nós sobre o assunto usa a palavra “aderência” como similar na língua portuguesa para a palavra “compliance” (GIORGI et al., 1985; ZENI, 1986; BARROS et al., 1986, BARROS et al., 1987; MARTINS, 1987; GOMES, 1987; PRÉCOMA et al., 1989; VILELA et al., 1991; GOMES et al., 1992; ADERÊNCIA, 1994; SANTOS, 1996).

Em nosso trabalho usaremos o termo “adesão” do Latim *adhaesione*, que em sentido figurado quer dizer: “**1.** Ato de aderir; aderência. **2.** Assentimento. **3.** Aprovação, concordância, aderência. **4.** Manifestação de solidariedade a uma idéia, a uma causa; apoio...” (FERREIRA, 1986). Entendemos que a atitude de seguir um tratamento pressupõe, como o significado da palavra “adesão” sugere, um envolvimento do paciente na instituição do plano terapêutico, um comportamento de concordância e de aprovação ao que está sendo proposto, portanto uma posição ativa de quem expressa uma vontade, e não apenas obedece e cumpre.

1.2 Padrões de não adesão

Litt et al. (1980), descreveram cinco padrões de não adesão ao tratamento entre pacientes adultos:

- O primeiro consiste na completa falha em tomar os medicamentos prescritos - nesta categoria, estão incluídos os pacientes que continuam mantendo contato com o médico, mas não tomam os medicamentos, e aqueles que abandonam totalmente o tratamento;
- O segundo diz respeito aos pacientes que tomam os medicamentos de forma errada porque não sabem com precisão o intervalo das dosagens;
- O terceiro está relacionado ao anterior e inclui os pacientes que deixam de tomar algumas doses;
- O quarto padrão ocorre quando os pacientes aumentam ou reduzem a dose ou número de doses diárias prescritas;
- E o quinto, estão incluídos aqueles pacientes que tomam medicamentos com finalidades erradas, ou com validade vencida ou que foram suspensos.

1.3 Classificação da adesão

Segundo Dircks et al. (1982), os medicamentos podem ser prescritos pelos médicos de acordo com um plano regular de tratamento, especificando-se a quantidade a ser tomada a cada dia e o número de vezes ao dia, ou, para serem tomados quando necessário visando apenas aliviar dor ou sintomas - são os chamados SOS. Nas duas situações, o padrão de uso da medicação pelo paciente pode ser classificado em uma das quatro maneiras seguintes:

1. Utilização apropriada - o paciente toma os medicamentos conforme a prescrição médica (aderente);
2. Subutilização - o paciente toma os medicamentos em quantidade inferior à prescrita (não aderente);
3. Superutilização - o paciente toma mais medicamentos que o prescrito (não aderente);
4. Utilização errática - o paciente toma os medicamentos a mais ou a menos, não observando o plano de tratamento prescrito ou usa medicamentos SOS de forma errática sem relação alguma com a sua necessidade médica real (não aderente).

Santos (1996) a partir desta classificação destacou a relevância de se considerar a hiperadesão ao tratamento. De acordo com a autora,

Este dado é importante, porque ao se analisar os inúmeros trabalhos publicados, percebe-se que existe em muitos deles, uma superestimação da aderência conseqüente à centralização do conceito somente aos casos de subutilização medicamentosa, não valorizando os casos de hiperaderência, isto é, não aderência por excesso de tomada do medicamento prescrito.

1.4 Métodos usados para medir a adesão

Segundo Gordis (1979), os métodos usados para medir adesão ao tratamento são:

A. Diretos

1. Níveis sanguíneos
2. Excreção urinária de
 - a. medicação
 - b. metabólito
 - c. marcadores (traçadores)

B. Indiretos

1. Resultado terapêutico ou preventivo
2. “Impressão” do médico
3. Entrevista ao paciente
4. Aviamento de prescrição
5. Contagem de comprimidos

Os métodos diretos são os mais objetivos e sofisticados que existem e podem ser usados para checar a acurácia de relatos de pacientes. No entanto, existem várias desvantagens no uso desta medida (RAPOFF et al., 1982).

Primeiro, são mais caros que outros métodos e requerem análises de laboratório as quais não são facilmente disponíveis (RAPOFF et al., 1982).

Segundo, os resultados dos testes usados são afetados por variações farmacocinéticas - diferenças existentes entre indivíduos na absorção, distribuição, metabolismo e excreção dos medicamentos. Dentre as quais estão incluídas a biodisponibilidade do medicamento e diferença genética entre indivíduos no metabolismo e excreção do mesmo (GORDIS, 1979).

Terceiro, os testes para medir níveis sanguíneos têm que ser feitos em um período de tempo limitado devido à rápida excreção dos medicamentos (GORDIS, 1979).

Quarto, na detecção de substâncias inertes (traçadores), falsos positivos têm ocorrido com pacientes tomando preparações multivitamínicas contendo traçadores (RAPOFF et al., 1982).

Quinto, procedimentos usados para coletar amostras de sangue ou urina podem ser considerados invasivos e não ser bem tolerados por pacientes pediátricos em intervalos freqüentes (RAPOFF et al., 1982).

Finalmente, a maior desvantagem destes métodos é que eles podem refletir hiperadesão no curso do tratamento do paciente. Isto pode ocorrer de duas

maneiras: pacientes anteriormente não aderentes podem ingerir a dose do medicamento antes do teste e serem considerados aderentes. Em uma situação inversa: pacientes previamente aderentes podem omitir a dose antes do teste e assim aparentar serem não aderentes (RAPOFF et al., 1982).

Os Resultados Terapêuticos, como medida de adesão, podem ser úteis na identificação de pacientes que não alcançam o êxito no tratamento. Uma vez que pacientes são identificados, medidas mais diretas podem ser usadas para determinar o grau em que a não adesão tem contribuído para o insucesso no tratamento (GORDIS, 1979).

Gordis (1979) afirma que, a maior desvantagem em usar resultado do tratamento como uma medida de adesão é a relação inexata entre resultado e adesão, exemplificada sob vários aspectos:

- Um paciente sob tratamento com múltiplos medicamentos pode ser aderente a somente um ou alguns medicamentos que não estão sendo estudados, mas são eficazes a apresentar melhora clínica; e ser não aderente com aquele que está sendo investigado.
- A melhora do paciente pode ser devida a fatores externos (ex.: sócio-econômicos, culturais e outros).
- O estado emocional do paciente pode influenciar no resultado do tratamento (ex.: efeito do estado emocional do paciente sob a pressão arterial).
- Pacientes sob regime de tratamento a longo prazo podem descontinuar o tratamento por um período de tempo sem qualquer mudança aparente na sua condição (ex.: pacientes sob tratamento com medicamentos anti-hipertensivos podem manter-se com pressão arterial inalterada por vários meses após suspensão a medicação).

Em vista das dificuldades envolvidas em obter amostras de sangue ou urina, **Entrevista ao paciente** tem sido usada como uma medida mais prática de determinar adesão ao tratamento (GORDIS, 1979). Em muitos estudos tem sido usada como uma única medida. Se os relatos dos pacientes são consistentes e precisamente retidos, variações diárias em adesão podem ser avaliadas. A maior desvantagem deste método é uma superestimação do número de pacientes considerados aderentes (RAPOFF et al., 1982).

Entrevista ao paciente tem sido validada com outros métodos tais como: o direto (usando teste urinário) e o de contagem de comprimidos (GORDIS, 1979). Segundo Gordis (1979),

“Em todos os estudos que usaram estas combinações, pouca ou nenhuma evidência sugere que “pacientes aderentes” declarem ser não aderentes. Também, não existe evidência de que aqueles que professam não adesão à entrevista sejam mentirosos. Assim, embora existam sérias questões com relação à validade das respostas a entrevista, se o único objetivo da entrevista é identificar não aderentes, muitos podem ser identificados por este método indireto. O grau no qual este tipo de informação será adequado depende das conseqüências para aqueles não aderentes que são perdidos pela entrevista porque eles manifestaram ser aderentes. Outra importante consideração é que pacientes que admitem ser não aderentes ao questionário podem responder melhor a esforços para melhorar adesão do que pacientes não aderentes que dizem ser aderentes”.

O método de **Contagem de comprimidos** ou mais precisamente, a comparação entre a quantidade de medicação restante no frasco do paciente e a quantidade que deveria ter restado (o cálculo é feito com base no receituário médico, observando-se a duração do tratamento) têm sido freqüentemente usado como um método de avaliar adesão. Vários estudos tem investigado a validade deste método indireto (GORDIS, 1979).

Gordis (1979) afirma que dados comparativos sobre a validade de contagem de comprimidos como medida indireta de adesão sugerem sérios problemas de superestimação. Tais problemas devem ser maiores quando a medicação prescrita pode ser usada por outros membros da família bem como pelo paciente. Por exemplo, penicilina pode ser usada por outros membros da família para infecções de menor importância e antiácidos para um problema gastrointestinal, ao passo que outros agentes, tais como digitálicos, menos provavelmente apresentam este problema.

Em geral, contagem de comprimidos tem se apresentado mais preciso para medir adesão do que estimativas de médicos e relatos de pacientes. Existe, no entanto, algumas desvantagens associadas com este método: a) A menos que os comprimidos sejam contados na casa do paciente, a contagem depende do retorno deste ao consultório médico com os medicamentos não usados; b) Contagem de

comprimidos é normalmente feita com intervalos de várias semanas, não permitindo avaliar variações diárias de adesão; c) Pode ser um método impreciso se os pacientes não começarem o regime de tratamento no mesmo dia em que foi prescrito. Um regime de 10 dias com antibiótico e a contagem feita no quinto dia, se o paciente começar o tratamento no segundo dia depois da consulta, no dia marcado para a contagem, o recipiente terá um número maior de comprimidos que o esperado, e o paciente será considerado não aderente (RAPOFF et al., 1982).

As estimativas do médico sobre a adesão do paciente ao tratamento, geralmente, envolvem uma avaliação global do percentual da medicação que o paciente tem consumido. Para o médico ocupado, sua própria estimativa é provavelmente a medida de adesão mais freqüentemente empregada, porque pode ser feita em pouco tempo e exige menos esforço. Essas estimativas têm sido incluídas como medidas suplementares em alguns estudos (RAPOFF et al., 1982); porém, como afirma Gordis (1979), elas são de valor limitado para propósitos clínicos ou de pesquisa.

Rapoff et al. (1982) citam ainda o **Método Observacional**, e segundo os autores, é pouco utilizado em pesquisas sobre adesão. Tal método consiste na observação por pessoas que em contato freqüente com o paciente, determinam se este segue o regime de tratamento. Medidas observacionais proporcionam uma avaliação objetiva de adesão e são claramente superiores à entrevista. São métodos diretos, em que o comportamento esperado com relação ao regime terapêutico, tal como ingestão de comprimidos, pode ser observado e quantificado diretamente.

A maior desvantagem do método observacional é a impraticabilidade e a intromissão de tal medida. Embora, alguns planos de tratamento especifiquem o número de tomadas diárias, podem existir variações no exato tempo em que doses individuais serão ingeridas. Outro aspecto, é que a presença do observador pode possivelmente induzir mudanças no comportamento (RAPOFF et al., 1982).

1.5 Classificação em aderentes e não aderentes

Ao se estudar a adesão ao tratamento em uma população, uma questão premente se coloca: como classificar pacientes em aderentes e não aderentes?

Segundo Gordis (1979), a adesão pode inicialmente ser tratada como uma variável contínua, desde que não se pretenda caracterizar pacientes como aderentes ou não aderentes, entretanto numa situação prática e em muitos estudos de pesquisa, a classificação de pacientes como aderentes e não aderentes é essencial.

Continuando, Gordis (1979), afirma que idealmente a dicotomização de pacientes aderentes e não aderentes deve ser feita baseada numa racionalidade biológica levando em conta, por exemplo, o nível de adesão requerido para alcançar uma resposta terapêutica, mas freqüentemente os dados necessários para tal classificação não são disponíveis. Nesse caso, a classificação pode ser feita com base estatística, usando um nível médio de adesão de um grupo de pacientes como um ponto de corte entre aderentes e não aderentes. O método mais comumente usado é estabelecer um nível arbitrário em que um certo percentual de testes positivos é definido como evidência de adesão adequada. Um problema importante ao se usar esse critério, segundo o autor pode ser ilustrado numa situação hipotética visualizada na Figura 1.

Paciente 1	- - - - - + + + + +
Paciente 2	+ + + + + - - - - -
Paciente 3	+ - + - + - + - + -
Paciente 4	+ + - - - + + - + -

Nota: retirado de Gordis (1979).

Figura 1 - Resultado hipotético de teste seqüencial em quatro pacientes "50% aderentes"

Consideremos que o nível de adesão dos quatro pacientes acima representados seja de 50%. É importante ressaltar que existem muitas variações dentro dessa categorização. A Figura 1 mostra possíveis seqüências de dez testes de urina para detectar a administração diária de uma certa medicação em quatro pacientes. Observa-se variações relevantes no teste entre os pacientes, embora cada um seja 50% aderente.

Conforme representado na Figura 1, o sinal " + " indica que o paciente tomou o medicamento e o sinal " - " indica que o medicamento não foi tomado. O primeiro paciente, começou a tomar o medicamento nos últimos cinco dias de tratamento, sugerindo que algumas influências ocasionaram uma mudança no seu comportamento não aderente. O segundo, tomou o medicamento apenas nos primeiros cinco dias, sugerindo que algum fator converteu-o a não aderente. O terceiro, tomou o medicamento em dias alternados, e o quarto, tomou o medicamento de forma totalmente irregular.

Gordis (1979), chama atenção que os efeitos biológicos dessas quatro formas de não adesão podem ser completamente diferentes. Por exemplo, se o medicamento é um antibiótico usado para profilaxia da febre reumática, o terceiro paciente pode estar protegido mesmo tomando sua medicação em dias alternados. No entanto, o primeiro e o segundo paciente passaram um longo período sem tomar o medicamento, durante o qual eles provavelmente não devem estar protegidos. Assim, em cada um desses pacientes, apesar de serem todos 50% aderentes, o impacto de não adesão pode ser completamente diferente.

Além da frequência das tomadas diárias, a quantidade do medicamento administrada é um fator relevante quando se investiga uma possível não adesão. A dose tomada de cada vez e o número de tomadas diárias resultam numa dose total administrada do medicamento que pode ser comparada à dose total prescrita, podendo-se assim determinar o nível de adesão ao tratamento.

Imaginemos uma situação em que foi prescrito para um paciente tomar um comprimido de certo medicamento uma vez ao dia. Se o paciente tomasse metade do comprimido duas vezes ao dia, seria classificado como aderente mesmo estando em desacordo com a determinação médica, pois, nos dois casos a dose total administrada por dia foi de um comprimido.

Segundo Santos (1996),

Essa constatação alerta que os métodos empregados para analisar a aderência, exigem uma interpretação à luz de suas próprias limitações. As evidências parecem demonstrar que a parcela de pacientes aderentes, pode ser composta por percentuais variáveis, de indivíduos que têm como característica básica o equilíbrio dos 'desvios' das orientações contidas no receituário.

1.6 Magnitude da não adesão ao tratamento

As taxas de não adesão ao tratamento encontradas nos diversos trabalhos variam conforme a definição operacional de adesão utilizada bem como o método usado para determiná-la (auto-relato, contagem de comprimidos, testes de laboratório). Normalmente se estabelece um percentual mínimo de medicamentos que deve ser tomado ou define-se outro parâmetro para classificar a não adesão ao tratamento, e isto varia para diferentes medicamentos, condições clínicas, e diferentes cenários clínicos (SHOPE, 1981).

Shope (1981), em uma revisão de vários estudos sobre adesão ao tratamento com medicamentos usados em pediatria, em diferentes cenários clínicos, encontrou que em regime de tratamento de:

- Curta duração, a adesão entre as populações estudadas variou de 7 a 89 por cento;
- Longa duração, a adesão foi de 11 a 83 por cento.

Em um estudo, a taxa de não adesão ao tratamento em pacientes psiquiátricos ambulatoriais, foi de 48% (WILLCOX et al., 1965). Outros estudos referem que 46% dos pacientes neuróticos; e 58% dos pacientes esquizofrênicos tratados em ambulatório não aderiram à terapêutica prescrita (DIRKS et al., 1982).

Segundo Litt et al. (1981), o grau de não adesão em 82 adolescentes com artrite reumatóide juvenil sob terapia com salicilatos foi de 45%.

Um estudo para medir o nível de adesão à terapia em faringite ou otite média, mostrou que 34% dos pacientes admitiram não tomar a quantidade de penicilina prescrita para sete dias. Destes, 56% tomaram menos que cinco dias. Os autores concluem que, isto se constitui um sério problema no uso de penicilina oral para o tratamento eficaz de pacientes ambulatoriais com infecção estreptocócica e na profilaxia da febre reumática (MOHLER et al., 1955).

Santos (1996), em seu estudo sobre aderência à antibioticoterapia prescrita em crianças com pneumonia, verificou que, 24 (32,5%) pacientes foram aderentes e 50 (67,5%) não aderentes, sendo: 40 (54%) hipoaderentes e 10 (13,5%) hiperaderentes.

Estima-se que a taxa de não adesão a regimes de tratamento de curta duração atinja valores de até 92%. E para doenças crônicas, varia em torno de 50% (ERAKER, et al., 1984).

Em tratamento de longa duração, são altos os percentuais de não adesão encontrados: 45% para terapia anti-tuberculosa, 52% para pacientes diabéticos que recebem aplicações de insulina, 54% para a terapêutica anti-asmática, e 58,0% para pacientes com glaucoma que fazem uso de colírio (DIRKS et al., 1982).

Em hipertensão, 50% dos pacientes abandonam o tratamento no primeiro ano, e os restantes, em torno de 33% não tomam a medicação prescrita em quantidade suficiente para obter o controle da pressão arterial (FLETCHER et al., 1974; SACKETT et al., 1975).

Haynes et al. (1982) encontraram uma taxa de não adesão de 57,4% em pacientes submetidos ao tratamento com medicação anti-hipertensiva. Segundo Hasford (1992) e Kjellgren et al. (1995), de acordo com a literatura, o percentual de não adesão com regime terapêutico de longa duração com anti-hipertensivos varia em torno de 50%.

Barros et al. (1986), verificaram uma adesão ao tratamento em hipertensão arterial de 27,8% em pacientes avaliados após um ano de acompanhamento em um serviço de cardiologia, e de 23,7% no segundo ano.

1.7 Conseqüências da não adesão para a saúde do paciente e a saúde pública

Conforme alguns autores citados abaixo, o problema da não adesão ao tratamento e suas conseqüências podem ser vistos sob vários aspectos.

Para Haynes et al. (1979), o principal problema resultante da não adesão é a ineficácia do tratamento, considerando obviamente que o diagnóstico está certo e um medicamento eficaz é prescrito corretamente.

Do ponto de vista clínico, o consumo irregular, diminuído ou excessivo de medicamentos, pode reduzir a saúde ou prolongar a doença. Alguns medicamentos podem ser tomados muito tempo após desaparecerem os sintomas, outros são perigosos se tomados em excesso, muitos são ineficazes, a menos que uma certa quantidade mínima da medicação seja tomada. (TROSTLE, 1988).

Segundo Shope (1981), algumas conseqüências da não adesão são:

- Insatisfação do paciente com a relação estabelecida entre ele e o profissional de saúde e com a qualidade do cuidado que está sendo dado. Esta insatisfação é ocasionada muitas vezes pelas más interpretações por parte do profissional de saúde sobre a eficácia da terapia, como por exemplo: insuspeita de não adesão do paciente ao tratamento pode levar a testes de diagnósticos desnecessários, outros tratamentos ou adição de novos medicamentos.
- Dispêndio de tempo e recursos financeiros;
- Admissão hospitalar ocorre quando deveria ter sido prevenida;
- Aumento do perigo de crianças pequenas terem acesso a medicamentos não usados guardados em casa;
- Aumento da resistência a organismos pelo uso inadequado de antibióticos.

Becker (1985) afirma que a não adesão ao tratamento interfere na relação do paciente com o serviço de saúde de várias maneiras:

- Interrompe ou neutraliza os benefícios dos serviços preventivos ou curativos oferecidos;
- Envolve o paciente em procedimentos diagnósticos e terapêuticos adicionais e não necessários, gerando novos custos e possíveis problemas de saúde, causados pelos tratamentos;
- Influencia negativamente a visão do cliente sobre os serviços recebidos; e
- Impossibilita que médicos ou organizações de saúde conduzam uma avaliação acurada da qualidade dos cuidados prestados (incluindo avaliação dos resultados obtidos em experimentos clínicos controlados sobre a utilidade de medicamentos e outros tratamentos).

Dircks et al., (1982) afirmam que o padrão de não adesão do uso de medicamentos pode reduzir a qualidade dos dados obtidos durante os experimentos clínicos para avaliar novos medicamentos e pode afetar a resposta do paciente à medicação usada rotineiramente durante a terapia.

Quando o desenho do experimento clínico para avaliar novos medicamentos não considera o fator “adesão do paciente”, erros não mensurados sobre a

adesão do paciente com o regime de tratamento subestimam a sua verdadeira eficácia. Uma análise feita por Gotzsche (1989), de trabalhos duplo cegos com anti-inflamatórios não esteroidais, publicados entre 1966 e 1985, revelou que somente 13% dos estudos mediram adesão ao tratamento. Em um experimento clínico somente 50% dos pacientes tomaram todos os medicamentos; em outro experimento, a droga não foi detectada através de exames laboratoriais em 10,5% dos casos analisados (BOND et al., 1991).

Em uma revisão feita por Bond et al. (1991), a não adesão, sob uma perspectiva econômica, tem sido vinculada a um:

- Aumento do número de visitas clínicas, admissões hospitalares, visitas à emergência e admissões em clínicas de repouso. Em um estudo, para sete pacientes, foi documentado custos de mais de \$ 14,000 durante um período de 12 meses, devido a visitas ambulatoriais, visitas à emergência, e diárias hospitalares diretamente atribuídas a não aderência.
- Grande número de mudanças nas dosagens de medicamentos administrados a pacientes.

Adesão também está relacionada à propaganda de medicamentos, e isto é importante porque afeta uma larga e lucrativa porção da economia. Em 1982, nos Estados Unidos, a venda de medicamentos a varejo e de auxílios saúde representou em torno de 1,5% do produto interno nacional bruto. A venda de medicamentos pela indústria farmacêutica foi responsável por mais de um terço deste percentual. Companhias farmacêuticas usam adesão como uma estratégia promocional para aumentar a venda dos seus produtos e conseqüentemente a sua participação no mercado. Adesão aliada a um outro conjunto de atributos positivos (baixo custo, poucos efeitos colaterais, eficácia terapêutica) é usada em anúncios para melhorar a imagem positiva de companhias farmacêuticas entre médicos e o público leigo (TROSTLE, 1988).

1.8 Fatores que influenciam a adesão

1. Doença

A adesão do paciente ao tratamento é substancialmente influenciada pela percepção da ameaça que representa a doença. Pacientes que têm doença crônica com pouco ou nenhum sintoma (por exemplo: hipertensão) têm mais probabilidade de não aderirem. Além disso, a doença (por exemplo: desordens mentais) pode comprometer a habilidade do paciente em cooperar, bem como afetar sua atitude com relação à doença e ao tratamento. A aceitação do papel de doente pelo paciente e a percepção de que um comportamento aderente reduz a ameaça proporcionada pela doença, aumenta a motivação do paciente a aderir à terapia. (BOND et al., 1991).

Segundo Blackwell (1976b), “Em geral, a literatura médica sugere que adesão é afetada não somente pela natureza da doença, mas pela sua duração e conseqüências da suspensão do medicamento”.

Em condições crônicas, tais como: esquizofrenia, tuberculose, anemia, diabetes e artrite, nas quais os medicamentos devem ser tomados por longo período, os pacientes são claramente propensos a não adesão, especialmente quando o tratamento é profilático ou supressivo (ex.: malária), quando a condição é leve ou assintomática (ex.: anemia na gravidez) ou quando a suspensão da terapia pode ser retardada (ex.: epilepsia ou esquizofrenia). Em contraste, quando a recaída é imediata ou severa (ex.: insuficiência cardíaca) é menos provável que o paciente não siga o tratamento (BLACKWELL, 1973).

2. Regime terapêutico

A percepção do paciente sobre a complexidade do regime de tratamento, dificuldade de segui-lo, duração, segurança e custo influenciam o comportamento de adesão. Regime de tratamentos mais complexos (por exemplo: terapia com múltiplos medicamentos, administração freqüente de medicamento), interfere mais com o estilo de vida do paciente e sua rotina diária, dificultando a sua adesão ao tratamento. Em tratamentos de longa duração é menos provável a adesão do paciente (BOND et al., 1991).

A expectativa do paciente quanto ao resultado do tratamento é sentir-se melhor e não pior. Portanto, os efeitos adversos dos medicamentos podem afetar a adesão. No entanto, não é simplesmente o desenvolvimento de efeitos adversos que interfere com a adesão do paciente. A sua dificuldade em tolerar e saber lidar

com um efeito adverso em particular é o que reduz os níveis de adesão (BOND et al., 1991).

Segundo Morris et al. (1977), a decisão de parar de tomar contraceptivos orais está freqüentemente relacionada aos efeitos colaterais não esperados pelas mulheres.

O custo do regime terapêutico também pode interferir com a adesão (por exemplo: custo da medicação, monitorização suplementar do sangue ou urina, alimentação especial, transporte para o consultório médico) (BOND et al., 1991).

A melhor adesão ao tratamento é obtida reduzindo a freqüência das dosagens. Greenberg (1984), baseado em uma revisão de 26 artigos sobre adesão, determinou os seguintes percentuais médios de adesão para os planos de dosagens de uma, duas, três, e quatro vezes ao dia, respectivamente: 73%, 70%, 52%, e 42%.

Kruse et al. (1991), em estudo comparativo sobre adesão ao tratamento com estrogênio tomado duas ou quatro vezes ao dia, encontraram que a média de adesão com o regime de quatro vezes foi de 67% comparado a 85% com o regime de duas vezes diárias. Em relação à adesão ao regime terapêutico, o percentual de doses tomadas foi de 36% e 63% para o regime de quatro e duas vezes, respectivamente. Concluindo, os autores afirmam que,

“O presente estudo proporcionou evidências que a freqüência de dosagem prescrita tem um impacto sobre a adesão dos pacientes ao tratamento com medicamento. Do ponto de vista prático, parece razoável usar regimes de tratamento tão simples quanto possíveis, contanto que eles sejam farmacologicamente e clinicamente apropriados”.

Cramer et al. (1989) observaram em um estudo sobre adesão com medicações de uso contínuo para o tratamento da epilepsia que, a taxa de adesão diminuiu com o aumento do número de doses diárias, da seguinte forma: 87% - uma vez ao dia, 81% - duas vezes ao dia, 77% - três vezes ao dia, e 39% - quatro vezes ao dia.

Múltiplos medicamentos e regimes de doses freqüentes estimulam uma baixa adesão. É menos provável os pacientes seguirem o tratamento quando são prescritos três ou mais medicamentos simultaneamente (BLACKWELL, 1973).

3. Interação entre o paciente e os profissionais de saúde

A circunstância em que ocorre a consulta do paciente com o profissional de saúde e a qualidade e eficácia da interação entre o profissional de saúde e o paciente são os maiores determinantes do entendimento do paciente e da atitude com respeito à sua doença e regime terapêutico (BOND et al., 1991).

Pacientes querem acreditar que eles têm controle sobre o seu problema de saúde e decisões quanto à terapia, e desejam que as pessoas que lhes prestam cuidados apoiem sua atitude em relação à sua doença e tratamento. Profissionais de saúde que para o paciente aparentam uma falta de preocupação e que negam seu envolvimento nas decisões com respeito à terapêutica, prejudicam o comportamento aderente (BOND et al., 1991).

Quando médicos subestimam o conhecimento dos pacientes e a capacidade destes para entender informações sobre sua doença, eles lhes dão menos informação sobre sua doença e tratamento. Os pacientes, por sua vez, têm menor probabilidade de inquirir ativamente sobre sua doença e tratamento, como também de seguir o regime prescrito (PRATT et al., 1957).

De acordo com alguns autores a probabilidade de que o tratamento seja seguido é menor se:

1. Os pacientes sentem que não são estimados por seu médico (ELLING, 1960);
2. O médico inquire o paciente sem explicar por que e para que a informação está sendo pedida (DAVIS, 1968);
3. Surgem tensões durante a interação médico-paciente que não são resolvidas (DAVIS, 1968);
4. Os pacientes sentem que suas expectativas não são atingidas ou se eles sentem que o médico não se comporta de uma maneira amigável (KORSCH, 1968; FRANCIS, 1969).

1.9 Adesão ao tratamento da hipertensão arterial

Kjellgren et al. (1995), em uma revisão da literatura publicada de 1966 a 1994 sobre a adesão ao tratamento com medicamentos anti-hipertensivos, destacam alguns dos fatores relacionados ao problema, bem como as controvérsias existentes entre os estudos levantados:

- A visão do paciente da duração da sua doença e tratamento são bons preditores de adesão. Frequentemente os profissionais de saúde vêem a hipertensão como uma condição crônica assintomática, ao passo que os pacientes vêem hipertensão como uma condição aguda sintomática. Se os sintomas (por exemplo: elevação da pressão arterial) desaparecem após o tratamento, o paciente pode sentir-se curado. Ao contrário, se eles ficam mais intensos, o tratamento é visto como ineficaz. Conseqüentemente, muitos pacientes suspendem sua medicação. Alguns trabalhos mostram que para os pacientes, a hipertensão é causada por uma variedade de condições ambientais tais como, o trabalho, família, estresse e dieta.
- Adesão é reduzida quando o regime de tratamento é complexo. Regimes de tratamento simplificados, associações de medicamentos e medicamentos de ação prolongada têm sido desenvolvidos para aumentar a adesão. Contudo, estudos mostram que a conversão de múltiplas doses ao dia para uma dose diária, não necessariamente melhora a eficácia terapêutica. Outros estudos afirmam que, medicamentos de ação prolongada podem compensar algum comportamento de não adesão ao tratamento. Um estudo evidencia que na escolha da dose e intervalo de dosagem, é necessário considerar aspectos farmacocinéticos e farmacodinâmicos do medicamento. Existem também estudos que mostram a necessidade de tratamento especial para determinados padrões da doença e escolha do intervalo ideal de dosagem.
- Não adesão pode ser resultado de regimes médicos que não são compatíveis com a rotina diária do paciente.
- Alguns pesquisadores afirmam que pacientes bem informados relatam mais efeitos colaterais. Um estudo revela que, 43% dos pacientes com doenças do coração e do pulmão tiveram medo que a me-

dicação pudesse ter efeitos colaterais e 20% não tomaram a medicação por causa dos efeitos colaterais. Um sumário de vários estudos aponta que não existe suporte para a crença de que experiências de efeitos colaterais diminuam adesão. Um outro autor expressa opinião oposta: efeitos colaterais influenciam a vida social diária do paciente podendo levar à redução ou suspensão da medicação.

- A baixa adesão pode estar relacionada a não percepção do problema pelos médicos. É importante que o médico seja informado de não adesão e seja capaz de discutir este assunto com o paciente. Adesão ao tratamento envolve um conjunto complexo de comportamentos, e muitos médicos ignoram esta complexidade.
- O fato de os pacientes nem sempre relatarem tudo aos seus médicos sobre seus sintomas e problemas pode afetar adesão. Em um estudo foi visto que, 65% das expectativas do paciente na hora da consulta não foram atendidas pelo médico, e somente 24% de suas principais preocupações foram abordadas pelo médico.

Muitos estudos apontam que características de paciente tais como: idade, sexo, educação e raça não predizem adesão, mas outros afirmam que pacientes não aderentes têm características demográficas típicas. No entanto, alguns estudos mostram que fatores emocionais e psicológicos parecem ter mais influência sobre adesão do que fatores demográficos. (KJELLGREN et al., 1995)

Segundo Blackwell (1976a), os fatores relacionados à adesão e ao tratamento em hipertensão podem ser agrupados nas seguintes categorias:

Doença

- * Crônica
- * Assintomática

Medicação

- * Extensão do tratamento
- * Múltiplos medicamentos
- * Frequência de dosagem
- * Formulação
- * Efeitos colaterais

- * Tipo de medicamento

Paciente

- * Idade e sexo
- * Suporte social
- * Nível sócio-econômico
- * Raça
- * Educação
- * Severidade da doença
- * Atitudes

Médico

- * Atitude em relação ao paciente
- * Atitude em relação à terapia

Meio social

- * Paciente de ambulatório
- * Enfermaria fechada ou aberta
- * Tempo depois da hospitalização
- * Prática privada ou clínica

Kjellgren et al. (1995), de acordo com as categorias estabelecidas por Blackwell (1976a), construíram uma tabela com muitos dos fatores que aumentam ou diminuem a adesão (vide tabela que se segue).

1.10 Hipertensão arterial e tratamento

1.10.1 Conceito e classificação

Hipertensão arterial é a situação clínica na qual a elevação dos níveis tensionais está acima dos valores normais da pressão arterial sistêmica. É uma doença de múltiplas etiologias, fisiopatogenia multifatorial, e pode ou não, no momento de sua detecção ser acompanhada de lesões em órgãos-alvo (vasos, coração, retina, rins etc.). Na maioria das vezes, tanto a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD) estão aumentadas. Quando somente a PAS está alta, a hipertensão é denominada de Pressão Sistólica Isolada (RIBEIRO, 1996).

Às vezes, é possível detectar a causa da elevação da pressão arterial, nesse caso a hipertensão é chamada secundária. Quando, no entanto, não se encontra um fator causal, atribuindo-se a elevação a uma interação entre predisposição genética (história familiar de hipertensão) e fatores ambientais, como a obesidade, a ingestão excessiva de cloreto de sódio, o consumo insuficiente de potássio, o uso abusivo de bebidas alcoólicas, denominamos a hipertensão de primária ou essencial (FUCHS, 1996).

A associação entre a elevação da Pressão Arterial (PA) e o risco de ocorrer acidentes vasculares e outros danos, mostra um aumento linear e contínuo. Quanto mais alta for a pressão maior será o risco. Estudos mostram que é mais saudável ter durante a vida uma pressão arterial diastólica próxima a 60 ou 70 mmHg e sistólica de 100 a 110 mmHg. Cifras um pouco acima desses valores, não conferem maiores riscos e portanto não justifica intervenção terapêutica. Os valores da pressão arterial que demarcam o aparecimento dos vários eventos mórbidos conseqüentes à sua elevação, são escolhidos para estabelecer o diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica (FUCHS, 1996).

Há diferenças importantes entre as classificações da hipertensão dos comitês normativos.

O II Consenso Brasileiro de Hipertensão considera inadequada a subclassificação baseada somente nas cifras pressóricas (leve, moderada e grave). Recomenda uma classificação descritiva da condição clínica prevalente, levando-se em conta a presença ou não de lesões nos órgãos-alvo e os principais fatores de riscos prevalentes. No entanto, não especifica os sinais ou sintomas presentes nos órgãos-alvo (SEGUNDO, 1995).

O Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial, da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas do Ministério da Saúde, adotou a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) que define hipertenso todo indivíduo adulto, maior de 18 anos, com valores de pressão arterial sistólica igual ou maior que 160 mmHg ou com pressão arterial diastólica igual ou maior que 95 mmHg em pelo menos duas medidas realizadas em ocasiões diferentes. São 'normotensos' aqueles com pressão arterial sistólica inferior a 140 mmHg e pressão arterial diastólica inferior a 90 mmHg. Os valores intermediários aos acima mencionados são considerados 'limítrofes' (BRASIL, 1993).

A OMS e a Sociedade Internacional de Hipertensão ainda utilizam as expressões tradicionais (leve, moderada e severa) para classificar os níveis de hipertensão (FUCHS, 1996).

Consideramos mais adequada a nova classificação da hipertensão proposta pelo Quinto Relatório da Junta Nacional do Comitê sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Pressão Arterial Alta ("The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V)", por considerar clinicamente relevante a forma leve da hipertensão, sendo portanto mais criteriosa. Outro aspecto importante é a recomendação de especificar na classificação do estágio da hipertensão o órgão-alvo lesado e possíveis fatores de risco presentes que se baseia no impacto da hipertensão sobre o risco de doenças cardiovasculares (THE FIFTH, 1993).

FATORES RELACIONADOS À ADESÃO*

FATOR	AUMENTA ADESÃO [n]	DIMINUI ADESÃO [n]	NÃO INFLUENCIA ADESÃO [n]
Doença			
•Crônica		Crônica [1]	
•Assintomática		Assintomática [3]	
Medicação			
• Extensão do tratamento	>5 anos história de uso da medicação [1]	Longo período de tratamento [4]	
• Múltiplos medicamentos	Uso de >1 anti-hipertensivo [1]	Múltiplos medicamentos [1], Regimes complexos [3]	
• Freqüência da dose	Baixa freqüência de dose [2]		
• Formulação	Transcutânea [1], Parenteral [1]		
• Efeitos colaterais		Experiências de efeitos colaterais [3]	Experiências de efeitos colaterais [1]
• Tipo de medicamento	Regimes com medicamentos cardíacos e diabéticos [1], Glicosídeos para o coração (mais que nitratos de ação prolongada) [1]		
Paciente			
• Idade e sexo		Pessoas mais novas [3], Pessoas mais velhas [1], Homem [1]	
• Supervisão social	Suporte social mais forte [1]	Homem que vive sozinho [1], Falta de suporte de acompanhamento [1]	
• Nível sócio-econômico		Grupos de renda mais baixa [2]	
• Raça		Negra [2]	

Continua

FATORES RELACIONADOS À ADESÃO* (Continuação)

FATOR	AUMENTA ADESÃO [n]	DIMINUI ADESÃO [n]	NÃO INFLUENCIA ADESÃO [n]
• Educação	Grande conhecimento do tratamento [1]	Menos educação [1], Comunicação médico-paciente, Falta de entendimento [1], Dificuldades cognitivas [1]	
• Severidade da doença		Sensação de bem estar [1]	Severidade da doença [1]
• Atitudes	Maior probabilidade de controle interno em relação a saúde e hipertensão [1], Pacientes satisfeitos [1], Percepção que o tratamento é benéfico [1], Compreensão de que o tratamento da hipertensão é para toda vida [1]	Angústia do Paciente quanto a sua saúde [1], Aceitação do papel de doente [1], Medo do processo de diagnóstico [1], Alta rede de obstáculos (percepção negativa dos aspectos associados ao tratamento) [1]	
Médico			
• Atitude com relação ao paciente	Médicos que definem encontros para acompanhamento [1]	Médicos que não dão explicações claras [1]	
• Atitude com relação à terapia	Trabalho do médico satisfatório [1]		
Meio			
• Paciente de ambulatório		Paciente de ambulatório [3]	
• Enfermaria fechada ou aberta			
• Tempo depois da hospitalização			
• Prática privada ou clínica	Prática privada versus clínica [1]		

Nota: [n] significa o número de estudos levantados (adaptação nossa)

* Retirado de Kjellgren et al. (1995).

Conforme podemos verificar no Quadro 1, nesta classificação todos os estágios de hipertensão são associados com o aumento de risco de doenças cardiovasculares fatais e não fatais e doença renal. Quanto mais alta a pressão arterial, maior o risco. A pressão arterial no estágio I, anteriormente denominada “leve”, é a forma mais comum de hipertensão na população adulta, e portanto responsável por uma grande proporção de morbidade, incapacidade e mortalidade atribuíveis à hipertensão.

Quadro 1

Classificação da Pressão Arterial para Adultos com 18 Anos e Mais¹		
Categoria	Sistólica, mmHg	Diastólica, mmHg
Normal ²	< 130	< 85
Alta normal	130-130	85-89
Hipertensão ³		
Estágio 1 (leve)	140-159	90-99
Estágio 2 (moderada)	160-179	100-109
Estágio 3 (severa)	180-209	110-119
Estágio 4 (muito severa)	≥ 210	≥ 120

Nota: Retirado de Fuchs, 1996.

¹*Não tomando medicamentos antihipertensivos e não considerado doente agudo. Quando pressão sistólica e diastólica caem em diferentes categorias, a categoria mais alta deve ser selecionada para classificar o nível da pressão arterial do indivíduo. Por exemplo, 160/92 mmHg deve ser classificada como estágio 2, e 180/120 mmHg deve ser classificada como estágio 4. Hipertensão sistólica isolada é definida como uma pressão arterial de 140 mmHg ou mais e uma pressão arterial diastólica menor que 90 mmHg é classificada apropriadamente (ex.: 170/85 mm Hg é definida como hipertensão sistólica isolada no estágio 2).*

Adicionado à classificação dos estágios da hipertensão com base na média do nível da pressão arterial, o clínico deve especificar a presença ou ausência de doença nos órgãos-alvo e fatores de riscos adicionais. Por exemplo, o paciente com diabetes e uma pressão arterial de 142/94 mmHg, mais hipertrofia ventricular esquerda deve ser classificado como tendo “hipertensão no estágio 1 com doença no órgão-alvo (hipertrofia ventricular esquerda) e com outro fator de risco principal (diabetes).” Esta especificidade é importante para a classificação do risco e gerenciamento.

²*Pressão arterial ótima, considerando o risco cardiovascular, é sistólica menor que 120 mmHg e diastólica menor que 80 mmHg. Todavia, usualmente baixas leituras devem ser avaliadas pela significância clínica.*

³*Baseada sobre a média de duas ou mais leituras tomadas a cada duas ou mais visitas após um exame médico inicial.*

Os fatores de riscos para doenças cardiovasculares associados a elevação da pressão arterial, são: dislipidemia, uso de cigarro, diabetes mellitus, inatividade física, e obesidade. A detecção e tratamento de tais fatores são a chave para

o tratamento de pessoas com pressão arterial elevada. Riscos de doenças cardiovasculares em qualquer nível de hipertensão são fortemente aumentados para pessoas com doenças em órgãos-alvo. O Quadro 2 apresenta as doenças nos órgãos-alvo e as respectivas manifestações clínicas e/ou metabólicas, de acordo com o JNC V.

Quadro 2

Manifestações das Doenças dos Órgãos-Alvo	
Órgão Sistema	Manifestações
Cardíaco	Clínicas, eletrocardiograma, ou evidência radiológica de doença na artéria coronária; hipertrofia ventricular esquerda ou “distensão” por eletrocardiografia ou hipertrofia ventricular esquerda por ecocardiografia; disfunção ventricular esquerda ou insuficiência cardíaca
Cerebrovascular	Ataque isquêmico transitório ou acidente vascular cerebral
Vascular periférico	Ausência de 1 ou mais pulsos principais em extremidades (exceto para dorso do pé) com ou sem claudicação intermitente; aneurisma
Renal	Creatinina sérica $\geq 130 \mu\text{mol/L}$ (1,5 mg/dL), proteinúria (1 + ou maior); microalbuminúria
Retinopatia	Hemorragias ou exsudatos, com ou sem papiledema

Nota: Retirado de Fuchs, 1996

1.10.2 Detecção e confirmação

O controle da hipertensão começa com a detecção e requer vigilância continuada. Profissionais de saúde são estimulados a medir a pressão arterial a cada visita do paciente.

A hipertensão não deve ser diagnosticada com base em uma única medida. Uma leitura inicial elevada deve ser confirmada em pelo menos duas visitas subsequentes durante uma a várias semanas (a menos que PAS seja 210 mmHg ou mais e/ou PAD seja 120 mmHg ou mais), com um nível médio requerido para diagnóstico de 90 mmHg ou mais de PAD e/ou de 140 mmHg ou mais de PAS (THE FIFTH, 1993).

A pressão arterial deve ser medida de tal maneira que os valores obtidos sejam representativos dos níveis habituais do paciente. As seguintes condições são recomendadas por todos os comitês normatizadores. (FUCHS, 1996).

- Sentar o paciente com o braço apoiado e na altura do pericárdio, equivalente ao coração.
- Medir após cinco minutos de repouso.
- Evitar o uso de cigarro e bebidas com cafeína nos 30 minutos precedentes.
- A câmara inflável deve cobrir pelo menos 2/3 da circunferência do braço.
- Palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30 mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido.
- Desinsuflar o manguito lentamente (2 mmHg/seg.)
- A pressão sistólica corresponde ao valor em que começaram a ser ouvidos os ruídos de Korotkoff (fase I)
- A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos (fase V).
- A média de duas aferições deve ser considerada como a pressão arterial do dia; se os valores observados diferirem em mais de 5 mmHg, medir novamente.
- Na primeira vez, medir a pressão nos dois braços; se discrepantes, considerar o valor mais alto; nas vezes subseqüentes, medir no mesmo braço (o direito de preferência)

Muitas outras avaliações clínicas (tais como: história médica, exame físico, testes de laboratório e procedimentos de diagnóstico) devem ser feitas com o paciente hipertenso para saber se o mesmo tem hipertensão primária ou secundária, se ele tem doença nos órgãos-alvo e se existem outros fatores de risco para doenças cardiovasculares associados à pressão arterial alta. No entanto, não vamos aprofundar nesta questão porque não se constitui propósito deste estudo.

1.10.3 Tratamento

A meta do tratamento conforme o JNC V é prevenir morbidade e mortalidade associadas à hipertensão e controlá-la por meios o menos invasivo possível. O tratamento deve alcançar e manter PAS abaixo de 140 mmHg e PAD abaixo de 90 mmHg, enquanto controles concorrentes modificam outros fatores de risco cardiovasculares. Além disso, redução a níveis de 130/85 mmHg pode ser perseguido, considerando as funções cardiovasculares, especialmente em pessoas mais velhas (THE FIFTH, 1993).

O JNC V propõe duas formas de tratamento da hipertensão arterial: modificação do estilo de vida, anteriormente referida como terapia não farmacológica e tratamento farmacológico (THE FIFTH, 1993).

Modificação do estilo de vida inclui redução de peso, aumento da atividade física e moderação da dieta com sódio e ingestão de álcool. Tais medidas são usadas como definitivas ou coadjuvantes no tratamento da hipertensão. Ademais, ajudam na prevenção da doença hipertensiva, e podem reduzir outros fatores de risco para doenças cardiovasculares prematuras. Se bem implementadas, oferecem múltiplos benefícios com poucos custos e riscos mínimos. Mesmo quando não adequadas em si para controlar hipertensão, podem reduzir o número de doses de medicações antihipertensivas necessárias para manejar a doença. Modificações no estilo de vida são particularmente benéficas para pacientes hipertensos que tem fatores de riscos adicionais para doenças cardiovasculares prematuras, especialmente dislipidemia e diabetes (THE FIFTH, 1993).

Pretendemos nos deter mais detalhadamente no tratamento farmacológico, visto que está relacionado ao nosso objeto de estudo.

A decisão para iniciar o tratamento farmacológico em pacientes requer uma consideração de vários fatores: severidade da elevação da pressão arterial, doença em órgão-alvo, a presença de outras condições e fatores de risco.

1.10.3.1 Estágios 1 e 2 da hipertensão

Caso a pressão arterial se mantenha em níveis em torno de 140/90 mmHg durante um período de 3 a 6 meses, depois de ter sido feita vigorosa modificação do estilo de vida, o tratamento com medicamentos anti-hipertensivos deve ser iniciado, especialmente em indivíduos com doença em órgãos-alvo e/ou com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares. Na ausência destes agravantes, alguns médicos podem optar por adiar terapia com medicamentos anti-hipertensivos para pacientes com PAD na faixa de 90 a 94 mm Hg e PAS de 140 a 149 mm Hg. Nestes pacientes, um seguimento cauteloso é indicado no período de 3 a 6 meses, porque a pressão arterial pode aumentar para níveis mais altos, e podem ocorrer mudanças cardíacas e vasculares.

Nos estágios 1 e 2 da hipertensão recomenda-se começar a terapia com apenas um medicamento (monoterapia). Diuréticos e β -bloqueadores são as classes de anti-hipertensivos preferidas, pois sua eficácia na redução de morbimortalidade por doenças cardiovasculares tem sido bem demonstrado em experimentos clínicos controlados. As classes alternativas igualmente efetivas na redução de pressão arterial são: antagonistas do cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), bloqueadores de receptores α_1 , e os α - β bloqueadores. No entanto, estas classes não têm sido estudadas em experimentos clínicos controlados a longo prazo, reservando-se o seu uso quando diuréticos e β -bloqueadores se mostrarem inaceitáveis ou inefetivos.

Agentes anti-hipertensivos, tais como vasodilatadores de músculo liso de ação direta, α_2 -agonista, e antagonistas neuro-adrenérgicos de ação periférica não são adequados para monoterapia inicial. Os primeiros por induzirem simulação de reflexos simpáticos do sistema cardiovascular e retenção de fluidos. Os dois últimos produzem efeitos colaterais desagradáveis em um grande número de pacientes.

Também se considera na seleção da terapia inicial, as características demográficas, doenças concomitantes que podem ser benéficamente ou adversamente afetadas pela escolha do medicamento anti-hipertensivo, e o uso de outros medicamentos que podem levar a interações. Outros aspectos a serem considerados são: o custo, efeitos colaterais subjetivos e metabólicos.

1.10.3.2 Dosagem e seguimento

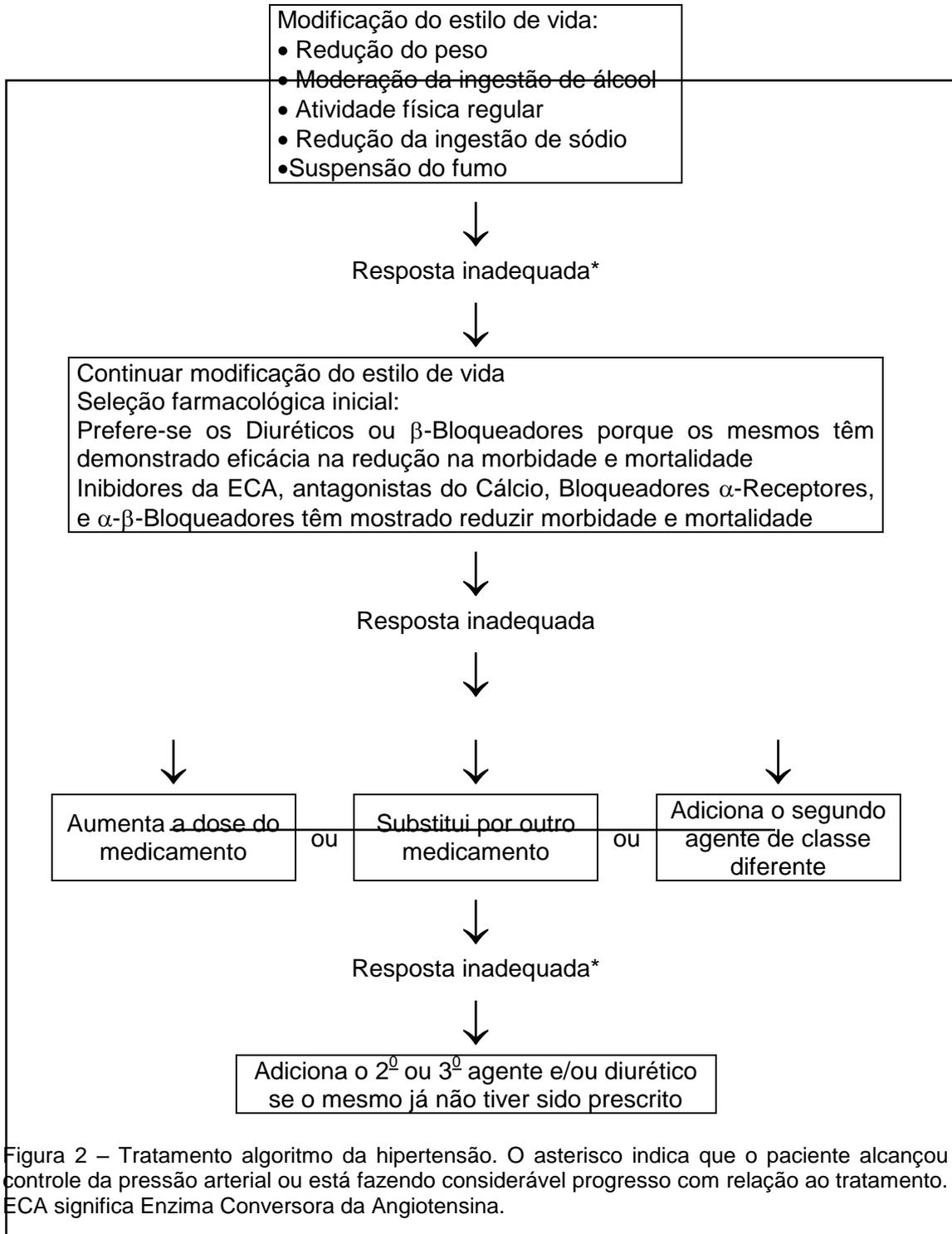
A dosagem mais baixa deve ser selecionada para proteger o paciente de efeitos adversos, embora ela não controle imediatamente a hipertensão. Se a pressão arterial permanece não controlada, a dosagem mais baixa deve ser dada por várias semanas antes de aumentar a próxima dosagem. A maioria dos medicamentos anti-hipertensivos pode ser dada uma ou duas vezes/dia, e esta é a meta para melhorar a adesão do paciente (THE FIFTH, 1993).

Se após 1 a 3 meses, a resposta à terapia inicial é inadequada, o paciente não está experimentando efeitos colaterais significantes, e a adesão à terapia é adequada, três opções para terapia subsequente devem ser consideradas (Figura 2) (THE FIFTH, 1993).

- Aumentar a dose do primeiro medicamento para o nível máximo.
- Substituir por um agente de outra classe.
- Adicionar um segundo medicamento de outra classe.

A combinação de medicamentos anti-hipertensivos com diferentes modos de ação permite que menores doses sejam usadas para alcançar o controle da pressão arterial, minimizando assim os potenciais efeitos colaterais dose-dependentes. Se os diuréticos não são escolhidos como o primeiro medicamento, eles são úteis como um agente de segunda escolha, aumentando o efeito de outros agentes. Se a adição de um segundo agente produz controle satisfatório da pressão arterial, pode-se considerar a retirada do primeiro agente. Monoterapia com todos os agentes anti-hipertensivos proporciona controle da pressão arterial para metade dos pacientes (THE FIFTH, 1993).

Antes de proceder os sucessivos passos do tratamento, o clínico deve investigar as razões possíveis para a falta de resposta à terapia.



1.10.3.3 Estágios 3 e 4 da hipertensão

Embora as mesmas regras gerais sejam recomendadas para todos os pacientes hipertensos, as modificações devem ser apropriadas para aqueles com PAD de 110 mmHg ou mais e/ou PAS de 180 mmHg ou mais. Apesar de alguns pacientes responderem adequadamente a um único medicamento, freqüentemente é necessário adicionar um segundo ou terceiro agente após um curto intervalo se o controle da PA não é alcançado. Os intervalos entre mudanças no regime devem ser diminuídos, e a dose máxima de alguns medicamentos pode ser aumentada. Em alguns pacientes pode ser preciso começar o tratamento com mais de um agente. Pacientes com PAD média de 120 mmHg ou mais requerem terapia mais imediata, e se existe doença em órgãos-alvo, podem necessitar consulta e hospitalização (THE FIFTH, 1993).

1.10.3.4 Hipertensão sistólica isolada

Hipertensão Sistólica Isolada ocorre freqüentemente em pessoas mais velhas. Quando ocorre em adolescentes e adultos jovens, indica uma circulação hiperdinâmica e pode predizer futura elevação diastólica. O tratamento recomendado para baixar PAS é a modificação no estilo de vida. Todavia, quando a PAS é 160 mmHg ou mais, deve ser acrescido o tratamento com medicamentos anti-hipertensivos indicado para pacientes mais velhos e deve ser considerado para pacientes mais jovens (THE FIFTH, 1993).

1.10.3.5 Passos para diminuir o tratamento farmacológico

Em pacientes saudáveis, deve ser considerada a tentativa de diminuir a dosagem ou o número de medicamentos anti-hipertensivos, mantendo-se modificações no estilo de vida. Em geral, a completa suspensão de um programa de tratamento anti-hipertensivo não é indicada. Contudo, após a pressão arterial ter sido controlada por 1 ano e em pelo menos quatro visitas, pode ser possível reduzir a

terapia com medicamentos anti-hipertensivos de uma maneira progressiva, lenta e deliberada. Passos para diminuir a terapia são bem-sucedidos em pacientes que também seguem recomendações de modificação no estilo de vida. Pacientes que descontinuam o tratamento farmacológico devem ter um acompanhamento regular, porque a pressão arterial normalmente aumenta novamente a níveis de hipertensão, algumas vezes meses ou anos após a suspensão do tratamento, especialmente na ausência de contínuo aperfeiçoamento da modificação no estilo de vida (THE FIFTH, 1993).

1.10.3.6 Eficácia do tratamento farmacológico

A redução da pressão arterial com medicamentos claramente diminui a incidência de morbimortalidade cardiovascular. Proteção tem sido demonstrado para acidente vascular cerebral, eventos coronários, insuficiência cardíaca congestiva, progressão para hipertensão mais severa, e todas as causas de mortalidade (THE FIFTH, 1993).

Meta análise de 14 experimentos clínicos randomizados indicaram uma redução de 42% em acidente vascular cerebral com PAD baixando de 5 a 6 mmHg. Este decréscimo na taxa de acidente vascular cerebral foi altamente consistente com estudo observacional a longo prazo que predisse diminuição de 35 a 40% com esta diferença de pressão arterial. O mesmo estudo predisse uma redução de 20% a 25% na taxa de doença cardiovascular; todavia, a redução observada dos 14 experimentos reunidos foi 14% no período de 4 a 6 anos (THE FIFTH, 1993).

Outros experimentos mostram a eficácia do tratamento anti-hipertensivo:

Estudo multicêntrico “Systolic Hypertension in the Elderly Program” - SHEP (Programa de Hipertensão Sistólica no Idoso), demonstrou que:

- O tratamento anti-hipertensivo em pacientes com idade acima de 60 anos com pressão sistólica isolada, reduziu a morbimortalidade cardiovascular e cerebrovascular. Em pacientes submetidos ao tratamento houve uma redução de 36% na incidência de infarto e de

32% em todas as doenças cardiovasculares (PROBSTFIELD et al., 1989; APPLGATE, 1992).

Outros estudos multicêntricos “Veterans Administration (VA) Cooperative Trial” (Experimento Cooperativo de Veteranos em Administração), “Hypertension Detection and Follow-up Program” - HDFP (Programa de Seguimento e Detecção da Hipertensão), “Australian Trial in Mild Hypertension” (Experimento Australiano em Hipertensão Leve) e “European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly” - EWPHE (Partido Operário Europeu sobre Pressão Arterial Alta no Idoso), demonstraram que o tratamento anti-hipertensivo da hipertensão sistólica e diastólica reduziu a incidência de infarto e insuficiência cardíaca, mas promoveu um benefício pequeno no surgimento de eventos relativos às doenças da artéria coronária. Nestes estudos, a terapia anti-hipertensiva reduziu a morbimortalidade cardiovascular em todos os grupos de idades, porém a redução foi maior em pacientes mais velhos (FIVE-YEAR, 1979; APPLGATE, 1989, 1992).

1.11 Hipertensão arterial como problema de saúde pública

As doenças do aparelho circulatório nas últimas décadas cresceram significativamente. Em 1930, estas foram responsáveis por 11,8% de todos os óbitos registrados nas capitais brasileiras, alcançando em 1980, 30%. Em 1988, excluídas as causas mal definidas, as doenças do aparelho circulatório representaram 34,0% de todos os óbitos registrados no Brasil (BRASIL, 1993).

No que diz respeito à composição da mortalidade por grupo de causas, observa-se uma modificação importante nos padrões epidemiológicos. A mais relevante refere-se à constante queda na mortalidade pelas doenças do infecciosas e parasitárias (DIP) e ascensão das doenças cardiovasculares (DCV), sendo que a partir da década de 60 esse grupo de causas passa a ser responsável pela maior proporção dos óbitos registrados no país (BARRETO e CARMO, 1994).

Analisando a tendência das taxas de mortalidade para os principais grupos de causas definidas (/100 000 habitantes), verifica-se que as DCV apresentavam uma taxa de 160,1 óbitos em 1990, seguidas das causas externas (70,1), que

passa a representar o segundo grupo de causas de óbitos (BARRETO e CARMO, 1994).

No Ceará, em 1994, as doenças do aparelho circulatório (DAC) ocuparam o primeiro lugar no cômputo dos óbitos totais do Estado, com um coeficiente de 72,8/100.000 habitantes (4 881 óbitos) (CEARÁ, 1996). Em 1995, o número de óbitos por DAC foi de 4.885, em 1996 chegou a 5327 e em 1997 a 5.748 óbitos. De 1994 a 1997 a mortalidade por DAC aumentou 17,8%. Mantendo-se em 1997, como a primeira causa de morte no Estado (CEARÁ, 1998).

A hipertensão arterial associada a outros fatores de risco, aos quais está exposta a população é responsável por cerca de 2/3 dos óbitos causados por doenças do aparelho circulatório, doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares (BRASIL, 1993).

Quanto aos indicadores de morbidade para as doenças crônico-degenerativas existem poucos dados disponíveis para a sua mensuração, na medida em que não foram desenvolvidos sistemas de notificação desses agravos (BARRETO e CARMO, 1994).

Em relação a Hipertensão Arterial, o Ministério da Saúde adota uma estimativa de 10% de prevalência para a população maior de 20 anos. No entanto, tal estimativa baseia-se em um estudo feito no Rio Grande do Sul, não representando as diversidades regionais (BARRETO e CARMO, 1994).

Pesquisas realizadas em 1988 mostram que 17,33% da população cearense maior de 20 anos é hipertensa (CEARÁ, [199-]).

De acordo com fontes do Sistema de Informações Hospitalares (MS/DATASUS), que registra informações sobre as internações realizadas na rede pública e privada do país, as doenças cardiovasculares ocuparam o segundo lugar nas internações por grupo de causas no período de 1984 a 1994 (BARRETO e CARMO, 1994).

A magnitude da Hipertensão arterial como fator de risco para certas doenças já foi bastante estudado (BRASIL, 1993). Alguns dados elucidam este fato:

1. O risco de acidente vascular encefálico (AVE), infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca, é respectivamente, sete, três e quatro vezes maior em hipertensos (BRASIL, 1993).

2. A ocorrência de hipertrofia ventricular (HVE) diagnosticada por ecocardiograma varia em diferentes estudos de 49 a 61% em pacientes hipertensos (BRASIL, 1993).
3. A hipertensão arterial está presente em 61 a 81% dos casos de aneurisma. (BRASIL, 1993).
4. Segundo estudos feitos nos EUA, a hipertensão arterial é o principal fator de risco associado a insuficiência renal acometendo cerca de dois terços dos pacientes. Estima-se que um em cada 5.000 habitantes tem insuficiência renal e um em cada 10.000 apresenta-se em estágio final de evolução da doença necessitando diálise e transplante renal (BRASIL, 1993).

Estudo realizado em 1959 sobre compleição e pressão sangüínea demonstrou que a hipertensão arterial também está associada à redução da expectativa de vida. Dados deste estudo mostraram que indivíduos de 35 anos, 45 anos e 55 anos de idade com Pressão Arterial (PA) de 150/100 mmHg tinham suas expectativas de vida reduzidas em 16 anos e meio, 11 anos e meio e 6 anos respectivamente, se comparados com indivíduos da mesma idade e PA "normal" (BRASIL, 1993).

Do ponto de vista econômico, estima-se que a hipertensão arterial é responsável por um custo direto anual de aproximadamente 267 milhões de dólares referentes a consultas médicas, internações, atendimentos de emergência, auxílio-doença, aposentadoria e medicações anti-hipertensivas (BRASIL, 1993).

Segundo os dados oficiais, no primeiro semestre de 1987, a hipertensão arterial foi a segunda maior causa circulatória de hospitalização (21,4%) e representou 2,47% de todas as internações efetuadas na rede contratada pelo I-NAMPS (BRASIL, 1993).

Em relação aos custos sociais da doença hipertensiva, esta representou entre 1980 e 1986 19% do total de todas as aposentadorias e 63% daquelas concedidas por Doenças do Aparelho Circulatório (29% do total de aposentadorias). No mesmo período a hipertensão arterial ocupou o primeiro lugar em concessão de auxílio doença e o quarto em duração de licenças para tratamento e foi responsável por 44,5% dos auxílios concedidos por doenças do aparelho circulatório (13% do total de auxílios concedidos) (BRASIL, 1993).

1.12 Relevância do tema

Considerando o crescente aumento da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no Brasil e em nosso Estado e a importância da hipertensão arterial como um dos principais fatores de risco associados a estas doenças, é urgente que medidas efetivas para o controle e prevenção da doença hipertensiva sejam melhoradas e postas em prática.

Desse modo é que o estudo sobre adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial se nos apresenta como uma questão importante a ser pesquisada, com o objetivo de conhecer a magnitude do problema em nosso meio e os fatores que o determinam, visando contribuir com estratégias que subsidiem as intervenções para o controle da hipertensão arterial, esperando diminuir as taxas de morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório em nosso Estado.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes atendidos no ambulatório do Hospital de Messejana em Fortaleza-CE.

2.2 Específicos

- Determinar o grau de adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial.
- Identificar os fatores determinantes da adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial.
- Avaliar o desempenho da entrevista como uma medida de adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial, comparado ao método contagem de comprimidos.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal que visa determinar a adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes

3.2 Tamanho da amostra

Segundo Sackett e Snow (1979), taxas de adesão com diferentes regimes de tratamento com medicação de uso prolongado para diferentes doenças e em diferentes cenários clínicos, a despeito de variações moderadas, tendem a convergir em torno de 50%.

Em hipertensão arterial, segundo a revisão de literatura feita por Kjellgren et al. (1995), de 1966 a 1995, a taxa de não adesão encontrada nos diversos estudos foi de 50%. Com base nesses dados e estabelecendo um erro de amostragem de 6,93%, um coeficiente de confiança de 95%, foi calculada uma amostra de 202 pacientes para o estudo.

3.3 Amostra estudada

O estudo foi realizado no período de novembro de 1997 a fevereiro de 1998, em duas etapas. A primeira constou de uma entrevista com os pacientes selecionados no ambulatório do Hospital de Messejana, para obtenção de dados referentes a características sócio-demográficas, atendimento do hospital, percepção sobre hipertensão e tratamento e conteúdo da prescrição médica. A segunda etapa compreendeu duas visitas domiciliares marcadas previamente com os pacientes, para obter informações sobre adesão ao tratamento e fazer a contagem dos comprimidos.

Dos 202 indivíduos que foram selecionados aleatoriamente por ocasião da consulta médica na Unidade de Pacientes Externos do Hospital de Messejana, aos quais foi feita a entrevista inicial, em 177 se conseguiu completar todo o estudo. Dos vinte e cinco restantes, em dez não foi possível realizar a primeira entrevista domiciliar pelos motivos discriminados abaixo:

- Cinco estavam viajando;
- Cinco não residiam no endereço informado.

Dos quinze restantes, em cinco não foi realizada a segunda entrevista domiciliar pelos seguintes motivos:

- Dois recusaram a responder a entrevista;
- Um não estava na hora marcada para a entrevista e não foi possível marcar outro dia por estar fora do prazo estabelecido;
- Um a entrevista foi marcada fora do prazo estabelecido e não houve tempo hábil para marcar nova entrevista;
- Um estava viajando.

Os dez restantes foram excluídos do estudo: oito pela impossibilidade da contagem dos comprimidos devido a dificuldade dos entrevistados em confirmar uma possível aquisição de medicamentos no período do estudo, e dois por inconsistência dos dados informados

3.4 Critérios de inclusão na amostra

Fizeram parte da amostra os pacientes que:

- a) Tiveram consulta médica no período do estudo e estavam com a prescrição do tratamento anti-hipertensivo
- b) Estavam consultando o médico pela segunda vez acima.
- c) Residiam no Município de Fortaleza.

3.5 Local da pesquisa

Unidade de Pacientes Externos do Hospital de Messejana

O Hospital de Messejana (HM) é um hospital terciário especializado em doenças do coração e do pulmão, tem 239 leitos e é referência para o Norte e Nordeste do país.

Na Unidade de Pacientes Externos (UNPEX - HM), o atendimento médico diário é feito a cerca de 141 pacientes, procedentes de Fortaleza, Interior do Estado e Estados do Norte e Nordeste. Sendo, 19 pacientes para primeira consulta e 122 para consulta de retorno. Do total de consultas diárias, 92 são de cardiologia e 49 de pneumologia.

O quadro de pessoal de nível superior é formado por 44 médicos: 33 cardiologistas e onze pneumologistas, oito enfermeiros, duas farmacêuticas, três assistentes sociais e uma nutricionista.

Quanto ao perfil do atendimento e do uso de medicamentos na UNPEX, um estudo descritivo feito em agosto de 1996, mostrou os seguintes indicadores: tempo médio de consulta de 8,65 minutos, tempo médio de dispensação de 1,7 minutos, e apenas 43,0% dos pacientes entrevistados sabiam como usar os medicamentos prescritos e dispensados (TEIXEIRA et al., 1996). Estes dados indicam uma clara deficiência na atenção médico-farmacêutica e até o momento não houve intervenções significativas no sentido de melhorá-la.

Na farmácia do ambulatório, os medicamentos são entregues por profissional de nível médio, para um período de trinta dias quando o paciente mora em Fortaleza, e para 60 dias quando o mesmo mora no interior ou em outros Estados. Nova entrega é feita a cada 30 ou 60 dias, conforme o caso.

A orientação farmacêutica ao paciente sobre o tratamento farmacológico é feita em um consultório médico quando este está disponível, pois ainda não existe uma sala específica para tal serviço.

Em setembro de 1996, foi criado O Programa Multidisciplinar de Manuseio com o Cliente Hipertenso, cujo objetivo principal é promover um atendimento sistemático ao paciente, fundamentado na teoria holística. Tal programa, é realizado por uma equipe multidisciplinar composta de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais e nutricionistas; em três níveis de ação:

a) Atendimento individual - feito por todos os profissionais

O atendimento individual ocorre da seguinte maneira: após ter sido atendido no Serviço de Pronto Atendimento (SPA) da emergência do HM, o paciente é encaminhado a UNPEX para marcar sua primeira consulta com o médico e ser avaliado pelo profissional de enfermagem, que solicita os exames laboratoriais, e o encaminha aos demais profissionais da equipe multidisciplinar.

A primeira consulta médica é marcada para três a quatro meses depois. Porém, no período que a antecede, o paciente tem duas ou três consultas com a enfermagem, que faz nova avaliação clínica baseada no resultado dos exames solicitados anteriormente, e dependendo da urgência o encaminha imediatamente para o médico e/ou para os outros profissionais.

b) Educação para a saúde - inclui reuniões educativas e sessões de relaxamento.

Reuniões educativas - cada profissional dentro da sua área específica aborda temas relativos a hipertensão e/ou afins, em palestras semanais, a grupos de hipertensos previamente formados. Existem oito grupos com dez a quinze pacientes por grupo. A cada semana são feitas quatro palestras educativas a grupos diferentes. De modo que todos os grupos assistam às mesmas palestras.

Sessões de relaxamento - são feitas semanalmente, depois das reuniões educativas e são conduzidas pelos membros da equipe multidisciplinar. São usadas técnicas de relaxamento, vivências e dinâmicas de grupo. A pressão arterial (PA) é verificada antes e após o relaxamento, como uma forma de medir o impacto deste sobre o controle da PA.

c) Estímulo ao Associativismo

Visa organizar os hipertensos e envolver suas famílias e a comunidade na prevenção e controle da hipertensão e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Com esse intuito foi fundada a Associação Cearense de Assistência ao Hipertenso (ACAH), cuja sede provisória funciona no Hospital de Messejana. Congrega 350 pacientes, tem diretoria e é regida por estatuto. Podem participar da Associação, hipertensos de todo o Estado.

Atualmente, também funcionam na UNPEX o Programa de Febre Reumática, o Programa da Tuberculose e o Programa Multidisciplinar do Manuseio com o Cliente Portador de Miocardiopatia Dilatada.

3.6 Coleta de dados

Através de entrevista semi-estruturada com os pacientes em duas etapas:

1ª Etapa: Na Unidade de Pacientes Externos do Hospital de Messejana (UNPEX - HM), onde foram coletadas: a) Informações básicas para seleção da amostra e características sócio-demográficas e b) Percepção sobre hipertensão, tratamento e atendimento do Hospital. Nesta etapa foram anotados das prescrições médicas dos pacientes, os medicamentos prescritos, dispensados e não dispensados, quantidade dispensada e posologia.

Abordagem dos entrevistadores na entrevista feita na UNPEX - HM: o paciente foi abordado na fila de espera para a consulta médica e entrevistado logo após a mesma, desde que concordasse e estivesse dentro dos critérios de inclusão do estudo. Explicávamos que estava sendo feito um acompanhamento dos pacientes que tinham pressão alta e estivessem usando anti-hipertensivos, com o objetivo de saber se estavam se dando bem com o tratamento ou se estavam tendo algum problema, visando a partir dos dados levantados, melhorar o atendimento do hospital. Ao final da entrevista no ambulatório pedíamos permissão para continuá-la em sua casa a fim de fazer um acompanhamento depois de um certo tempo de uso dos medicamentos prescritos e marcávamos a primeira visita domiciliar no prazo estabelecido e conforme as conveniências do paciente.

2ª Etapa: Em duas visitas domiciliares

A primeira entrevista domiciliar foi feita entre treze e vinte e cinco dias após a entrevista na UNPEX - HM, para obter informações sobre características do domicílio e da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

A segunda entrevista domiciliar foi realizada entre treze e vinte e cinco dias após a primeira para contagem dos comprimidos e completar o estudo sobre adesão.

Abordagem dos entrevistadores nas visitas domiciliares: Na primeira visita, perguntávamos se o paciente tinha adquirido todos os medicamentos prescritos e se restava algum medicamento em casa de aquisições anteriores. Pedíamos para ver todos os comprimidos dos anti-hipertensivos que o paciente tinha em casa e fazíamos a contagem. Nós explicávamos que a contagem dos comprimidos estava sendo feita para saber se os medicamentos que o paciente tinha eram suficientes para o tratamento prescrito durante algum tempo.

Depois de terminada a primeira entrevista domiciliar, explicávamos a necessidade de fazer mais uma visita domiciliar para completar o nosso trabalho de acompanhamento e marcávamos a segunda visita domiciliar.

Na segunda visita, perguntávamos se o paciente tinha adquirido novas embalagens dos medicamentos desde a primeira visita domiciliar para então ser calculado o número de comprimidos consumidos no intervalo entre a primeira e a segunda visita, e os comprimidos que deveriam ter sido consumidos de acordo com a prescrição médica.

As perguntas para avaliar a adesão ao tratamento foram feitas de maneira que o paciente não se sentisse julgado pela sua atitude.

3.7 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um questionário pré-codificado com perguntas abertas e fechadas para coleta dos dados das prescrições e entrevista com os pacientes. O questionário (em anexo) está dividido em três partes assim discriminadas:

Primeira parte: Informações básicas para seleção da amostra, Percepção sobre hipertensão, tratamento e atendimento do hospital e Informações da prescrição.

Segunda parte: Características sócio-demográficas e dados sobre adesão ao tratamento.

Terceira parte: Adesão ao tratamento.

As variáveis estudadas foram:

- Tempo de hipertensão
- Tempo de tratamento da hipertensão
- Necessidade em tratar a hipertensão
- Número de consultas feitas durante o ano
- Atendimento do hospital
- Opinião dos pacientes sobre o que pode ser melhorado no atendimento do hospital
- Percepção do paciente quando a pressão está alta
- Conhecimento do paciente sobre o que pode acontecer com a pessoa que tem pressão alta
- Conhecimento do paciente sobre a causa da sua pressão alta
- Conceito do paciente sobre a última consulta médica
- Explicação do médico ao paciente sobre pressão alta durante a última consulta
- Satisfação do paciente sobre a explicação do médico em relação pressão alta.
- Explicação do médico ao paciente sobre o que precisa fazer para melhorar da pressão alta.
- Satisfação do paciente sobre a explicação do médico do que precisa fazer para melhorar da pressão alta
- Explicação do médico ao paciente sobre como tomar os medicamentos para melhorar da pressão alta
- Satisfação do paciente sobre a explicação do médico de como tomar os medicamentos para melhorar da pressão alta
- Conhecimento do paciente sobre a Associação Cearense de Assistência ao Hipertenso
- Participação do paciente da Associação Cearense de Assistência ao Hipertenso
- Percepção do paciente sobre os benefícios em participar da Associação Cearense de Assistência ao Hipertenso

- Participação do paciente nas sessões de relaxamento realizadas pela equipe do Programa Multidisciplinar de Manuseio com o Cliente Hipertenso
- Percepção do paciente sobre as sessões de relaxamento como uma técnica que ajuda a baixar a pressão
- Percepção do paciente sobre o que mais ajuda a controlar a sua pressão
- Medicamentos prescritos e posologia
- Medicamentos dispensados e não dispensados na farmácia do hospital
- Número de pessoas que moram em casa
- Renda familiar e *per capita*
- Classe social
- Idade
- Estado civil
- Sexo
- Escolaridade
- Medicamentos adquiridos e não adquiridos
- Motivo da não aquisição dos medicamentos
- Esquecimento na tomada dos medicamentos
- Descuido com as horas de tomar os medicamentos
- Suspensão do tratamento quando o paciente se sente melhor da hipertensão
- Suspensão do tratamento quando o paciente se sente mal devido aos medicamentos
- Suspensão do tratamento quando acabam os medicamentos
- Aumento da dose do medicamento prescrito pelo paciente quando se sente mal da hipertensão
- Modo como o paciente usa os medicamentos prescritos
- Fatores que influenciam a adesão ao tratamento
- Ajuda que o paciente recebe da família para tomar os medicamentos prescritos

- Percepção do paciente sobre o efeito do tratamento anti-hipertensivo para a sua saúde
- Número de medicamentos consumidos pelo paciente no intervalo entre a primeira e a segunda visita domiciliar
- Número de medicamentos que deveriam ter sido consumidos pelo paciente no intervalo entre a primeira e a segunda visita domiciliar

3.8 Classe social

Na classificação sócio-econômica utilizou-se o novo critério adotado pela ABA/ABIPEME – 1991 (Associação Brasileira de Anunciantes/Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado). Tal critério tem como parâmetro os seguintes itens: nível de instrução do chefe da família, número de banheiros existentes no domicílio, número de empregados domésticos e a quantidade de eletrodomésticos, equipamentos do lar e automóveis (Quadros 3 e 4) (MATTAR, 1996).

Os estratos sócio-econômicos foram definidos de acordo com a seguinte pontuação:

Classe A – 89 ou mais

Classe B – 59 a 88

Classe C – 35 a 58

Classe D – 20 a 34

Classe E – 0 a 19

Os itens considerados para a classificação sócio-econômica e a respectiva pontuação estão discriminados nos quadros 3 e 4.

Quadro 3

Item	Não tem	Item					
		Quantidade					
		1	2	3	4	5	6 ou mais
Automóvel	0	4	9	13	18	22	26
Rádio	0	2	3	5	6	8	9
Banheiros	0	2	5	7	10	12	15
Empregada mensalista	0	5	11	16	21	26	32
TV a cores	0	4	7	11	14	18	22
Máquina de lavar roupa	0	8	8	8	8	8	8
Aspirador de pó	0	6	6	6	6	6	6
Aparelho de vídeo	0	10	10	10	10	10	10
Geladeira	0	7	7	7	7	7	7

Quadro 4

Instrução do chefe da família	Número de Pontos
• Analfabeto/Primário incompleto	0
• Primário completo/Ginásial incompleto	5
• Ginásial completo/Colegial incompleto	10
• Colegial completo/Superior incompleto	15
• Superior completo	21

3.9 Classificação dos medicamentos

Para a classificação dos medicamentos, utilizou-se o sistema de classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) elaborado pelo WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

No referido sistema os medicamentos são divididos em diferentes grupos de acordo com o seu local de ação, características terapêuticas e químicas. Cada grupo principal é assim dividido em cinco níveis no sistema ATC. O primeiro nível

refere-se ao grupo anatômico principal, órgão ou sistema; o segundo, terceiro e quarto níveis são usados para identificar o subgrupo farmacológico ou terapêutico; e o quinto nível para identificar a substância química (WHO, 1993).

A classificação completa da metildopa ilustra a estrutura do código:

C	Sistema cardiovascular (primeiro nível, grupo anatômico principal)
02	Anti-hipertensivos (segundo nível, grupo terapêutico principal)
A	Agentes anti-adrenérgicos de ação central (terceiro nível, subgrupo farmacológico/terapêutico)
B	Metildopa (quarto nível, subgrupo químico/farmacológico/terapêutico)
01	Metildopa levorotatória (quinto nível, subgrupo substância química)

Assim, no sistema ATC a classificação completa da metildopa é dada pelo código C02A B01.

3.10 Perguntas constantes na escala de Morisky et al. (1986) e no estudo de Ramalhinho (1994)

Foi de interesse do nosso estudo analisar aspectos gerais dos hábitos dos pacientes quanto ao uso dos medicamentos, e compará-los com a adesão ao tratamento. Para isso fizemos as quatro perguntas que compõem a escala de Morisky et al. (1986) e as duas perguntas usadas por Ramalhinho (1994) em seu estudo, as quais são descritas abaixo:

- Perguntas da escala de Morisky et al. (1986):
 - a) "Às vezes você se esquece de tomar os medicamentos para a pressão?"
 - b) "É descuidado com as horas de tomar os medicamentos para pressão?"

c) "Quando se sente melhor, às vezes pára de tomar seus medicamentos para pressão?"

d) "Às vezes quando você toma os medicamentos e se sente mal, pára de tomá-los?"

- Perguntas do estudo de Ramalhinho (1994):

a) "Às vezes, quando acabam os medicamentos da pressão, interrompe o tratamento?"

b) "Às vezes, quando toma os medicamentos da pressão e se sente mal, toma mais um comprimido?"

3.11 Determinação da adesão ao tratamento

Para determinar a adesão ao tratamento usamos a combinação das seguintes medidas:

1) A utilizada por Goldsmith (1979) que define adesão como a razão do número de "doses" prescritas tomadas pelo paciente entre o número de "doses" prescritas para o paciente, podendo ser expressa em percentual, como demonstrado abaixo:

$$A_1 = \frac{\text{n}^\circ \text{ de comprimidos x n}^\circ \text{ de vezes administradas}}{\text{n}^\circ \text{ de comprimidos x n}^\circ \text{ de vezes prescritas}} \times 100$$

Nas duas visitas domiciliares inquiriu-se, sobre o número de comprimidos tomados e os horários das tomadas no dia anterior ao da entrevista, e caso a resposta do paciente não correspondesse à prescrição em relação ao número de comprimidos a serem tomados de cada vez, ao número de vezes ao dia, à concentração do medicamento prescrito ou se o paciente não tivesse tomado o medicamento prescrito, perguntou-se o motivo pelo qual isto havia ocorrido.

Como uma maneira não coercitiva de inquirir sobre a adesão, incluímos nesta medida o inquérito verbal recomendado por Sackett (1979), "A maioria das pessoas tem dificuldades em lembrar de tomar seus medicamentos. Você tem dificuldades em lembrar de tomar os seus?"

2) Contagem de comprimidos, que segundo Litt et al. (1980), a adesão é definida com base na discrepância entre o número de comprimidos restantes do tratamento prescrito e aqueles que deveriam ter sido utilizados, e pode ser expressa pela fórmula adaptada dos referidos autores, como:

$$A_2 = \frac{\text{n}^\circ \text{ de comprimidos consumidos até o dia da entrevista}}{\text{n}^\circ \text{ de comprimidos prescritos que deveriam ter sido consumidos até o dia da entrevista}} \times 100$$

Para fazer a contagem dos comprimidos foram feitas duas visitas domiciliares como descrito anteriormente.

O parâmetro para definir adesão, usando a combinação dos dois métodos descritos acima, é o consumo de pelo menos 80,0% dos comprimidos prescritos. Tal valor, considerado como o mais baixo limite para designar pacientes “aderentes” foi encontrado em uma análise de regressão a qual mostrou que somente acima deste nível de adesão a pressão arterial diastólica foi adequadamente controlada (SACKETT, et al., 1975).

Os pacientes que consumiram menos que 80% dos comprimidos prescritos foram classificados como hipoaderentes (não aderentes), aqueles que consumiram de 80,0% a 120,0% dos comprimidos prescritos foram classificados como aderentes, e por fim, aqueles que consumiram acima de 120,0% dos comprimidos prescritos foram classificados hiperaderentes (não aderentes).

3.12 Processamento e análise dos dados

Os dados foram arquivados e analisados em microcomputador utilizando-se os programas SPSS e STATATM versão 5.0.

Uma análise univariada foi realizada entre a variável desfecho (adesão ao tratamento) e os fatores predisponentes a esta, através do teste exato de Fisher. Os fatores predisponentes que mostraram associação com a variável desfecho ($p < 0,15$) na análise referida anteriormente, foram incluídos em uma análise logística multivariada para avaliar os efeitos independentes.

Cálculo de sensibilidade, especificidade e valores preditivos foram estimados para avaliação do teste “self-report” (auto-relato) como medida de adesão ao tratamento.

Foi realizado o teste de Kappa para verificar grau de concordância entre o método de entrevista e contagem de comprimidos

3.13 Treinamento dos entrevistadores e estudo piloto

O treinamento dos oito entrevistadores constou das seguintes etapas:

1. Apresentação do coordenador, supervisor e entrevistadores.
2. Descrição detalhada da pesquisa.
3. Descrição dos aspectos metodológicos e logísticos da pesquisa.
4. Leitura e discussão do questionário.
5. Durante o treinamento foram realizadas no mínimo duas entrevistas sob supervisão, para que eventuais erros fossem detectados e corrigidos.
6. Avaliação do treinamento.

Dos oito entrevistadores treinados, apenas quatro foram seleccionados.

No estudo piloto foram realizadas dezesseis entrevistas, após uma série de ensaios prévios, para que os diferentes aspectos do trabalho de campo fossem devidamente testados, ou ensaiados. Foi observado o tempo gasto por entrevista.

3.14 Aspectos éticos

Foi respeitada a recusa do entrevistado em responder a qualquer pergunta do questionário, bem como a decisão de não querer participar da pesquisa em qualquer de suas etapas. Garantiu-se aos entrevistados o sigilo de suas respostas.

3.15 Controle de qualidade

Todos os entrevistadores foram supervisionados durante a fase do trabalho de campo na UNPEX - HM no que se refere a abordagem dos pacientes e se os critérios de inclusão na amostra estavam sendo observados na seleção dos mesmos.

A cada etapa da pesquisa os questionários foram revisados e avaliados pelo supervisor e responsável pela pesquisa quanto ao correto preenchimento, precisão e clareza das respostas abertas e marcação das visitas domiciliares, observando-se se os intervalos entre a entrevista no hospital e primeira entrevista domiciliar e entre esta e a segunda, estavam sendo cumpridos conforme estabelecidos previamente.

Foram realizadas reuniões entre as etapas da pesquisa para que dúvidas fossem esclarecidas e possíveis erros na coleta de dados pudessem ser corrigidos numa etapa posterior. Em todas as reuniões discutiu-se os objetivos e a metodologia do estudo, a forma de abordar o entrevistado e como melhorar a qualidade dos dados coletados, especialmente nas questões relacionadas a adesão ao tratamento.

A realização das duas visitas domiciliares foram confirmadas através de ligações telefônicas aos entrevistados.

Após o trabalho de campo, todos os questionários foram revisados novamente e codificados antes de serem inseridos no banco de dados.

Depois dos questionários terem sido introduzidos no banco de dados, foi feita uma revisão da digitação através de listagem de todas as variáveis.

4 RESULTADOS

4.1 Características sócio-demográficas da população estudada

As características sócio-demográficas da população estudada são apresentadas na Tabela 1. Apenas 5,6% dos indivíduos tinha menos de 41 anos. A maior concentração dos entrevistados ocorreu na faixa etária de 41 a 50 anos (29,4%). A idade média dos participantes foi 57,21 anos ($\sigma = 11,41$). A maioria era do sexo feminino (70,1%), predominantemente casados (71,1%) e com pouca escolaridade (55,9%). Dos entrevistados, 81,3% eram da classe social D e E, sendo a renda familiar da maioria dos pacientes (38,1%) entre dois a menos de cinco salários mínimos e renda familiar média de 4,5 salários mínimos ($\sigma = 4,5$). A renda *per capita* de 42,0% dos entrevistados foi de 1/3 a menos de um salário mínimo, e a renda *per capita* média de 1,2 salários mínimos ($\sigma = 1,2$). O número de pessoas por domicílio em 52,0% dos casos é de três a cinco indivíduos.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes, segundo as características sócio-demográficas. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998

Características sócio-demográficas	N*	%
<i>Faixa etária</i> (em anos)		
31 - 40	10	5,6
41 - 50	52	29,4
41 - 50	52	29,4
51 - 60	44	24,9
61 - 70	42	23,7
> 70	29	16,4
<i>Sexo</i>		
Feminino	124	70,1
Masculino	53	29,9
<i>Estado civil</i>		
Casado	126	71,3
Solteiro	13	7,3
Viúvo	25	14,1
Separado/Divorciado	13	7,3

Continua na próxima página

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes, segundo as características sócio-demográficas. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998

Características sócio-demográficas	N	%
<i>Escolaridade</i>		
Analfabeto/Primário incompleto	99	55,9
Primário completo/Ginásial incompleto	50	28,3
Ginásial completo	10	5,6
Colegial incompleto	1	0,6
Colegial completo	16	9,0
Superior completo	1	0,6
<i>Classificação social</i>		
Classe B	2	1,2
Classe C	31	17,5
Classe D	59	33,3
Classe E	85	48,0
<i>Renda familiar**</i> (em salários mínimos)		
Sem renda	10	5,7
1/3 - 1	3	1,7
1 - 2	41	23,3
2 - 5	67	38,1
5 - 7	17	9,7
7 - 10	22	12,5
10 - 15	10	5,6
15 - 20	5	2,8
≥ 20	1	0,6
<i>Renda per capita***</i> (em salários mínimos)		
Sem renda	10	5,7
< 1/3	24	13,6
1/3 - 1	74	42,0
1 - 2	43	24,4
2 - 5	22	12,5
5 - 7	2	1,2
7 - 10	1	0,6
<i>Pessoas por domicílio</i>		
1 - 2	28	15,8
3 - 5	92	52,0
6 - 9	50	28,2
≥ 10	7	4,0

Nota: * n = 177

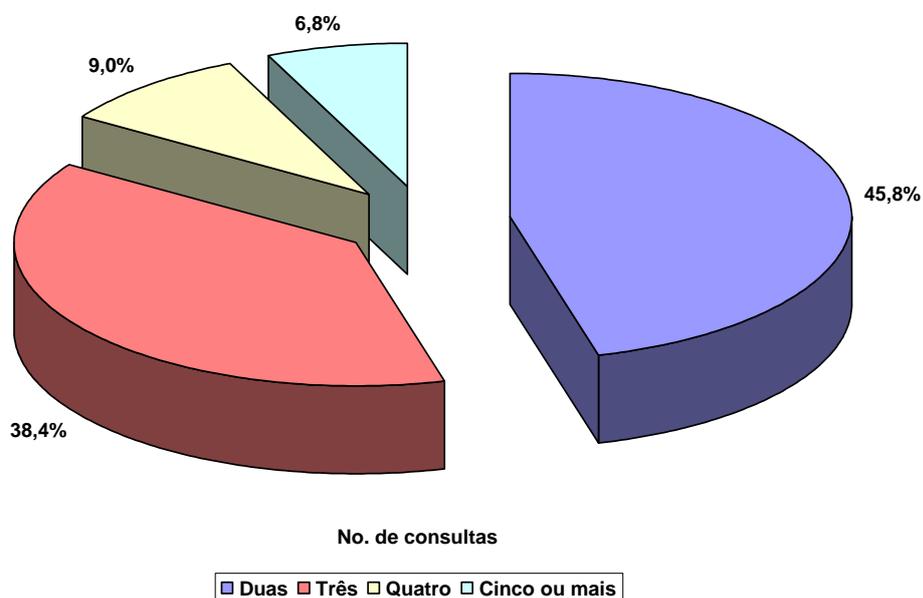
** Um paciente não informou a renda familiar; salário mínimo vigente à época da pesquisa: R\$ 120,00

*** A renda *per capita* foi calculada apenas para os pacientes que informaram a renda de todos os membros da família

4.2 Atendimento do hospital

Dos pacientes entrevistados, 45,8% tiveram pelo menos duas consultas realizadas durante o ano no serviço (Gráfico 1). Uma média de 2,7 consultas/ano ($\sigma = 0,9$). Dois pacientes informaram que haviam tido oito consultas e um informou que havia tido dez consultas. Para o cálculo da média foram retirados os dois valores extremos, porque ambos os valores fogem à realidade do número de consultas normalmente marcadas durante um ano no ambulatório. Nesse caso, provavelmente, os pacientes ao informarem o número de consultas tidas tenham se referido às consultas feitas na emergência.

Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes, segundo o número de consultas feitas durante um ano. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998



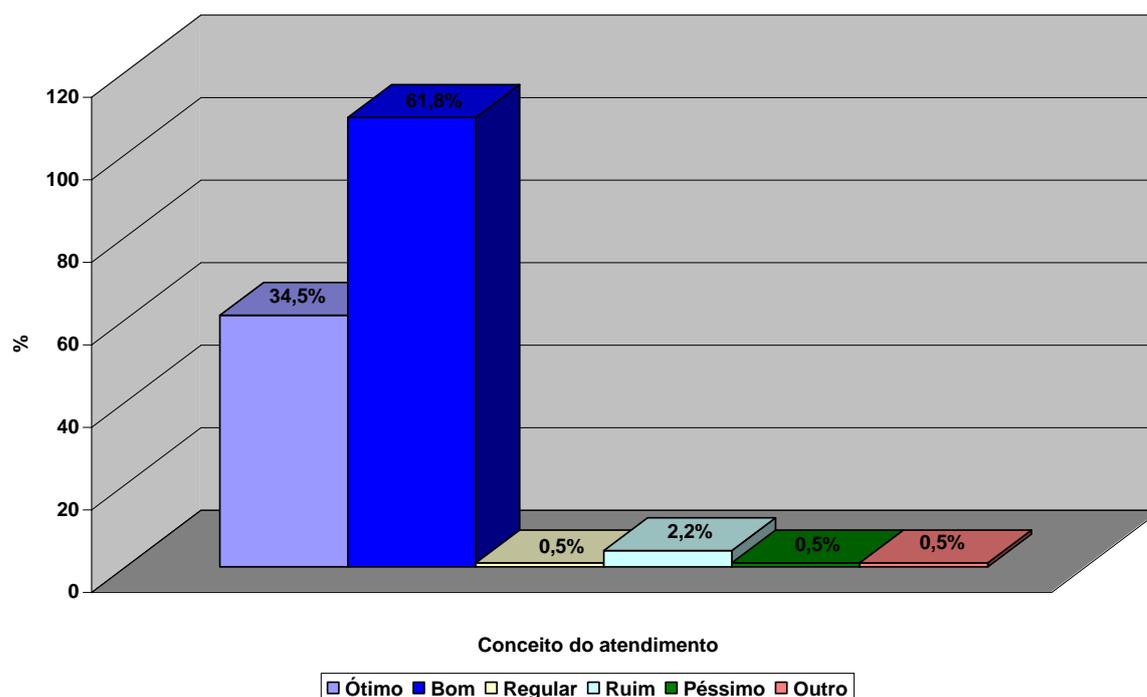
A freqüência informada de comparecimento às consultas foi alta. Apenas 16 dos entrevistados faltaram a alguma consulta marcada no ano anterior ao da entrevista. Os motivos das faltas podem ser vistos na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes, segundo os motivos que os levaram a faltar a consulta médica. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998

Motivos	N	%
Não lembrou da consulta	5	31,5
Greve dos médicos	1	6,2
Viagem	2	12,7
Falta do médico	1	6,2
Trabalho	1	6,2
Falta de dinheiro para o ônibus	1	6,2
Problema de saúde na família	1	6,2
Confundiu a data da consulta	1	6,2
Foi para consulta na hora errada	1	6,2
O médico já tinha ido embora	1	6,2
Não tinha companhia para ir a consulta	1	6,2
Total	16	100,0

Sobre o atendimento do hospital, a maioria dos pacientes deu conceito bom (61,8%) ou ótimo (34,5%) (Gráfico 2). Mesmo assim, 49,7% dos entrevistados acharam que o mesmo pode ser melhor.

Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes, segundo o conceito do atendimento do hospital. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998



Nota: Um paciente não informou que conceito daria para o atendimento do hospital

Observa-se na Tabela 3 as opiniões dos pacientes entrevistados sobre o que pode ser melhorado no atendimento do hospital. A maior parte das opiniões é para não faltar medicamento (36,0%), e para que reduza o intervalo entre as consultas (20,0%).

Tabela 3 - Opiniões dos pacientes sobre o que pode ser melhorado no atendimento do hospital. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998

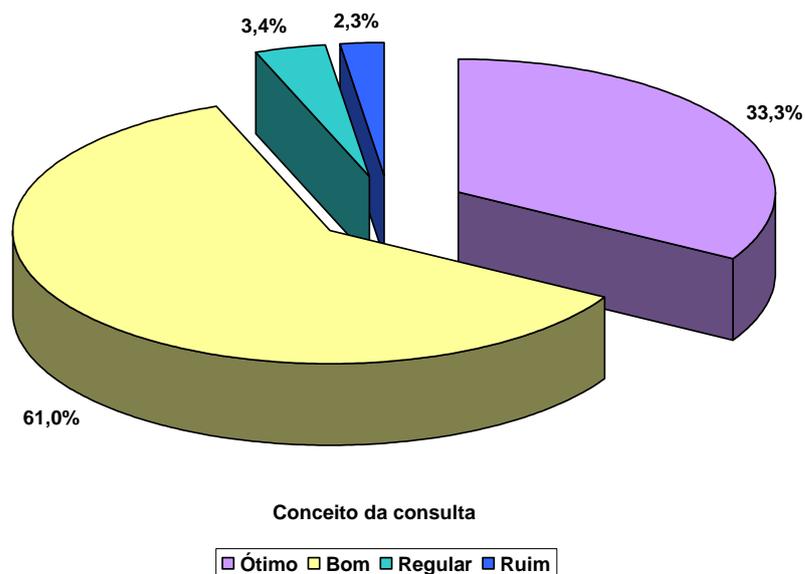
Opiniões	N	%
Medicamentos		
• Não faltar	39	36,0
• Não ter filas para receber	2	1,8
Total	41	37,8
Emergência		
• Priorizar o atendimento para os pacientes com pressão mais alta	1	0,8
• Priorizar o atendimento para os pacientes que estão na fila	1	0,8
• Mais ambulâncias	1	0,8
• Mais rapidez no atendimento	3	2,9
• Não faltar leito	3	2,9
• Atender a todos	1	0,8
• Mais conforto	2	1,8
• Mais médico	2	1,8
Total	14	12,6
Atendimento médico		
• Qualidade da consulta médica	2	1,8
• Mais médico para atender	6	5,6
• Atendente para cada médico	1	0,8
• Os médicos estarem sempre com os prontuários	2	1,8
• Diminuir o tempo de espera para consulta	3	2,9
• Médicos não faltarem	2	1,8
• Atendente para organizar a entrada dos pacientes no consultório	1	0,8
Total	17	15,5
Marcação das consultas		
• Diminuir o intervalo entre consultas	22	20,0
Total	22	20,0
Atendimento no guichê		
• Melhorar o atendimento	1	0,8
• Mais rapidez no atendimento	3	2,9
Total	4	3,7
Exames		
• Diminuir o intervalo entre a marcação e o recebimento dos exames	3	2,9
• Mais rapidez no atendimento para fazer eletrocardiograma	1	0,8
Total	4	3,7
Outro	7	6,7
Total	7	6,7

Total Geral	105	100,0
--------------------	------------	--------------

Dos 173 pacientes que informaram o médico consultado, 60,1% foram atendidos por cinco médicos (17 a 31 pacientes/médico). O restante foi atendido por 25 médicos (1 a 8 pacientes/médico).

A consulta médica foi considerada satisfatória para a grande maioria dos pacientes (94,3%), dos quais 61,0% classificaram a consulta como boa e 33,0% com ótima. (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes, segundo o conceito da última consulta médica. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998

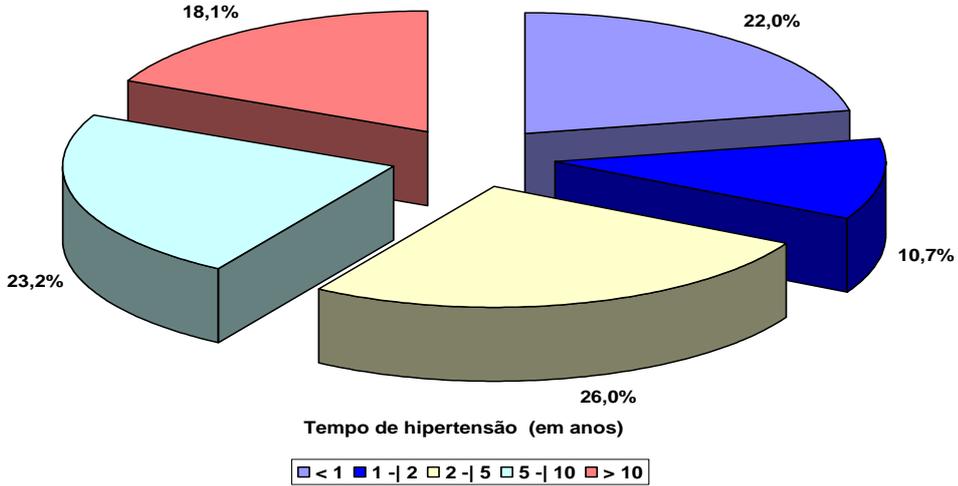


Nota: Três pacientes não informaram que conceito dariam a última consulta que tiveram

4.3 Percepção sobre hipertensão e tratamento

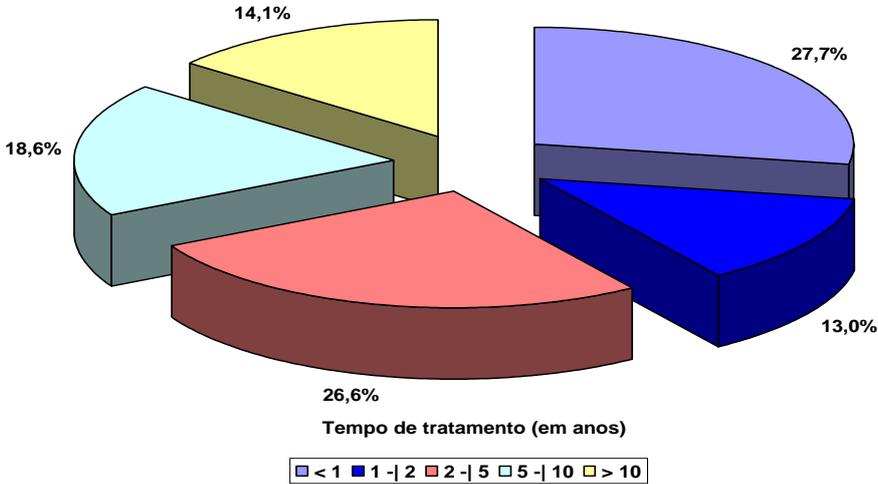
Como pode ser visto no Gráfico 4, 49,2% dos pacientes são portadores de hipertensão há mais de dois anos a dez anos, com 32,7% abaixo dessa faixa e 18,1% acima.

Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes, segundo o tempo de hipertensão. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998



Dos entrevistados, 40,7% têm se tratado da hipertensão há pelo menos dois anos, 45,2% pacientes há mais de dois a dez anos e o restante (14,1%) acima dessa faixa (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes, segundo o tempo de tratamento da hipertensão. Fortaleza, Nov./1997 a Dez./1998



A Tabela 4 mostra a distribuição dos pacientes de acordo com o tempo de hipertensão e o tempo de tratamento. Observa-se que na maior parte dos casos, o início do tratamento começou à época do diagnóstico da doença.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes, segundo o tempo de hipertensão e o tempo de tratamento. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998

Tempo de Diagnóstico (em anos)		Tempo de tratamento da hipertensão (em anos)					Total
		≤ 1	1 - 2	2 - 5	5 - 10	> 10	
≤ 1	N	38	1				39
	%	97,4	2,6				100,0
1 - 2	N	4	15				19
	%	21,1	78,9				100,0
2 - 5	N	4	3	39			46
	%	8,7	6,5	84,8			100,0
5 - 10	N	3	3	5	30		41
	%	7,3	7,3	12,2	73,2		100,0
> 10	N		1	3	3	25	32
	%		3,1	9,4	9,4	78,1	100,0
Total	N	49	23	47	33	25	177
	%	27,7	13,0	26,6	18,6	14,1	100,0

De acordo com a Tabela 5, a maioria dos pacientes (88,4%) achou que é necessário tratar a hipertensão sempre. No entanto, 11,6% acharam que só é necessário tratar quando a pressão está alta, indicando que o conhecimento destes pacientes sobre a doença é falho. A proporção de pacientes que considerou que a doença deve ser tratada sempre foi mais alta entre aqueles que tinham mais de dois anos de diagnóstico.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes, segundo o tempo decorrido desde o diagnóstico da hipertensão e a opinião sobre a necessidade de tratá-la. Fortaleza, Nov./97 a Fev./98

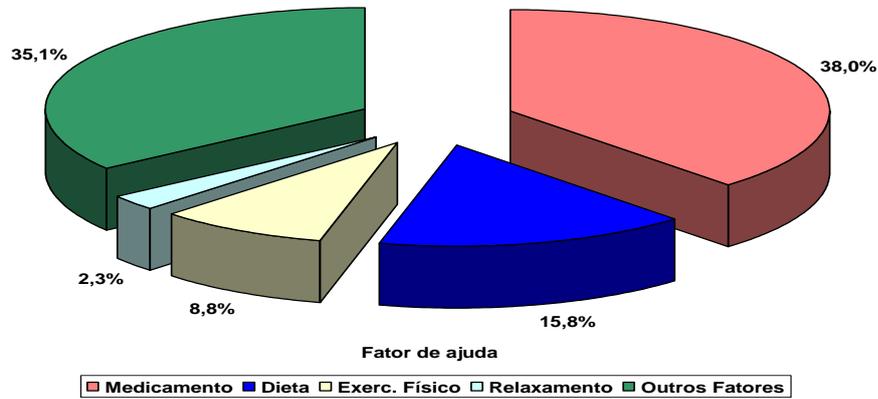
Tempo decorrido desde o diagnóstico da hipertensão (em anos)		Necessidade de Tratar a hipertensão		Total
		Quando a pressão está alta	Sempre	
≤ 1	N	5	32	37
	%	13,5	86,5	100,0
1 - 2	N	3	16	19
	%	15,8	84,2	100,0
2 - 5	N	4	41	45
	%	8,9	91,1	100,0
5 - 10	N	5	35	40
	%	12,5	87,5	100,0
>10	N	3	29	32
	%	9,4	90,6	100,0
Total	N	20	153	173
	%	11,6	88,4	100,0

Nota: Dos pacientes que disseram ser necessário tratar da hipertensão (n = 175), dois não informaram em que circunstância

A grande maioria dos pacientes (87,6%) percebe quando sua pressão está alta, e sabe o que pode acontecer com a pessoa que tem hipertensão (85,9%). A maior parte dos pacientes (62,1%) sabe o que pode ter sido a causa da sua pressão alta.

Dos pacientes entrevistados, 65 (38,0%) consideram que os medicamentos são o que mais ajuda a melhorar a sua pressão alta (Gráfico 6). Ressalta-se que 60 pacientes (35,1%) citam outros fatores como propiciadores de melhora da pressão alta (Gráfico 6).

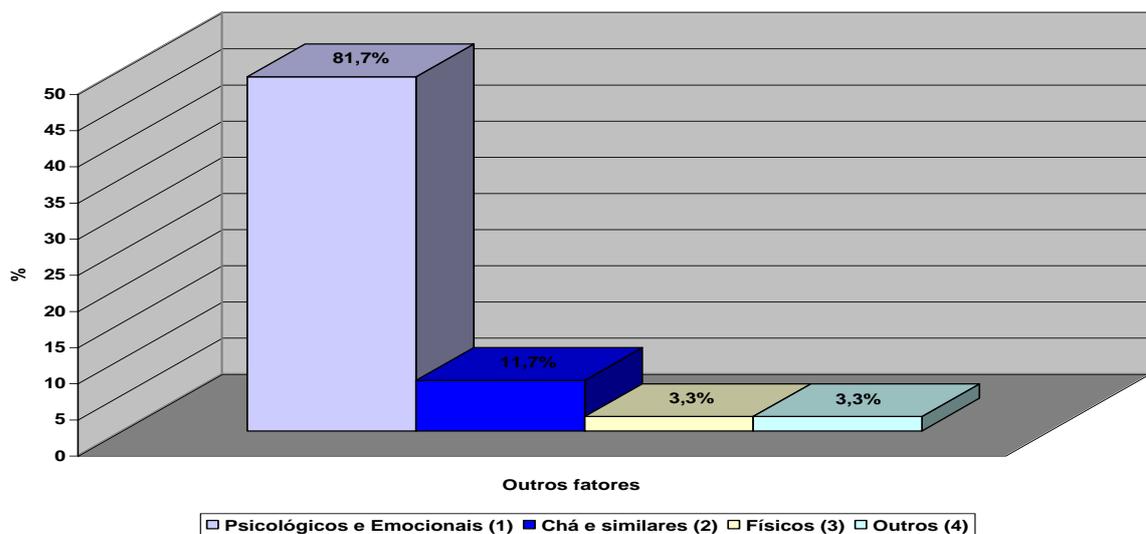
Gráfico 6 - Distribuição dos pacientes, segundo a percepção sobre o que mais ajuda a melhorar a sua hipertensão. Fortaleza, Nov./1997 a Dez./1998



Nota: Dentre os pacientes entrevistados, seis não informaram o que ajuda a melhorar a hipertensão, e um, não informou o exercício físico para esta melhora.

Os fatores psicológicos e emocionais foram os mais citados (81,7%) entre outros fatores que contribuem para melhorar a hipertensão. Chás e similares foram citados por 11,7% dos pacientes (Gráfico 7).

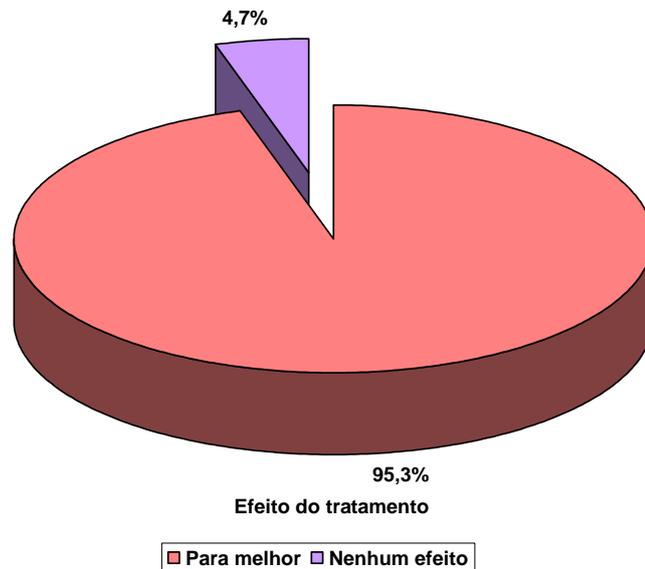
Gráfico 7 - Outros fatores citados pelos pacientes como propiciadores de melhora da hipertensão. Fortaleza, Nov./1997 a Dez./1998.



(1) Manter a calma, não se preocupar, não ficar nervoso, tranqüilidade, bem estar familiar, não ter raiva, esquecer que a pressão está alta, controlar as emoções, não ter aborrecimento; (2) Chá, água flor de laranja, garapa de açúcar; (3) Não pegar peso, repouso; (4) Seguir orientação médica, ter renda própria

A maioria dos pacientes (95,3%) afirmou que o tratamento anti-hipertensivo está contribuindo para melhorar a sua saúde (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Distribuição dos pacientes, segundo a percepção sobre o efeito do tratamento anti-hipertensivo para a sua saúde. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998



Nota: Oito indivíduos não informaram sobre o efeito do tratamento anti-hipertensivo para a sua saúde

4.4 Suporte social

Dos 177 pacientes entrevistados, a grande maioria (80,2%) não recebeu explicação do médico sobre sua doença durante a consulta. Dos 35 (19,8%) que receberam explicação, todos ficaram satisfeitos.

Além de não ter recebido explicação sobre a doença, uma parte dos pacientes entrevistados (36,2%) também não recebeu explicação do médico sobre o

que é preciso fazer para melhorar da hipertensão. 113 que receberam explicação, 97,3% ficaram satisfeitos.

Os médicos explicaram a 115 pacientes (65,0%) sobre como tomar os medicamentos prescritos e 106 (94,6%) dos que informaram (n = 112) ficaram satisfeitos com a explicação do médico.

A maioria dos pacientes (146) não conhece a Associação Cearense de Assistência ao Hipertenso - ACAH. Dos pacientes que afirmaram saber da sua existência (n = 31), 9 (29,0%) participam das suas atividades, e os benefícios apontados trazidos pela participação são: a melhora das condições do hipertenso, amizade, a delicadeza dos profissionais da equipe multidisciplinar, a atenção que recebem da equipe, orientações sobre como cuidar do corpo, o relaxamento, palestras e eventos festivos.

Dos pacientes entrevistados, 16 (9,0%) participam das sessões de relaxamento realizadas pela equipe do Programa Multidisciplinar de Manuseio com o Cliente Hipertenso, e 10 (91,0%) dos que informaram (n = 12) afirmaram que as sessões ajudam a baixar a pressão.

A maioria (87,4%) dos 175 pacientes que respondeu à pergunta afirmou que não recebe ajuda para tomar os medicamentos.

4.5 Adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Aos 177 pacientes foram prescritos 266 medicamentos. Destes, 175 (65,8%) não foram dispensados pela farmácia do ambulatório do Hospital de Messejana, o que nos dá uma taxa de cobertura de apenas 34,2%. Dos medicamentos não dispensados, 22,3% não foram adquiridos em outro local. No cômputo final, 14,7% dos medicamentos prescritos não foram adquiridos (tabela 6).

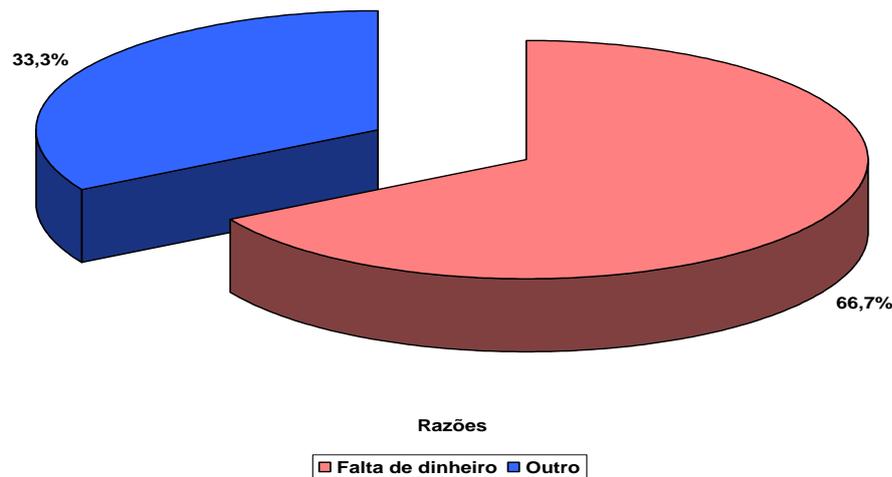
Tabela 6 - Distribuição dos medicamentos prescritos, dispensados e não dispensados, adquiridos e não adquiridos Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998

Medicamentos		
Prescritos	Dispensados (n = 266)	Adquiridos (n = 175)

		Sim		Não		Sim		Não	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
266	100,0	91	34,2	175	65,8	136	77,7	39	22,3

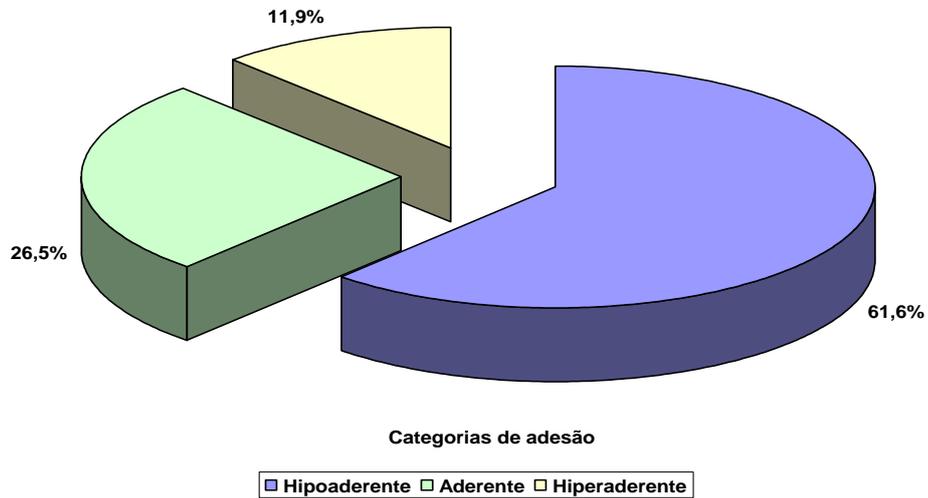
A principal razão para não aquisição da maioria dos medicamentos foi falta de dinheiro (66,7%) (Gráfico 9). As outras razões alegadas pelos pacientes foram: ainda restava do medicamento prescrito (n = 5), não queria acostumar o organismo com medicamentos (n = 2), efeito colateral (n = 3), o medicamento não fazia efeito (n = 1), continuava tomando o medicamento prescrito anteriormente (n = 1) e por último, a pressão não estava alta (n = 1).

Gráfico 9 - Razões da não aquisição dos medicamentos prescritos. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998.



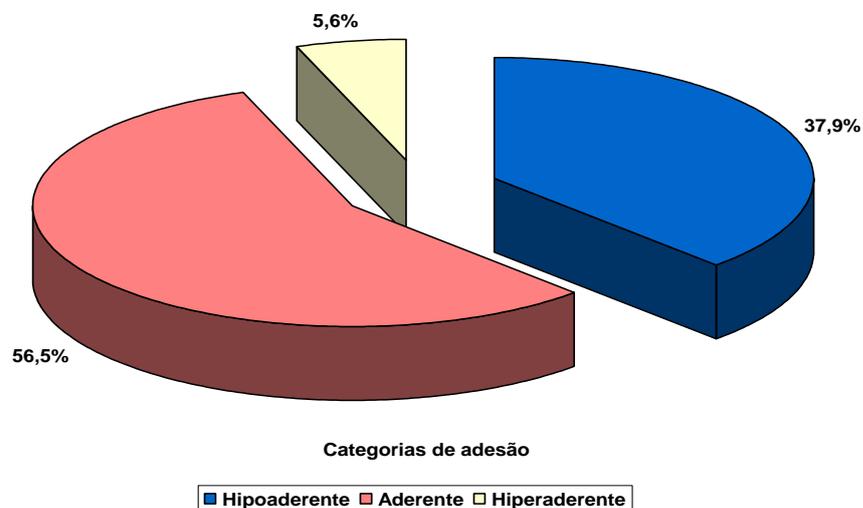
No Gráfico 10 observa-se a classificação dos pacientes quanto a adesão ao tratamento segundo o método contagem de comprimidos.

Gráfico 10 - Classificação dos pacientes quanto a adesão ao tratamento segundo o método contagem de comprimidos. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998



De acordo com o método de entrevista, a classificação dos pacientes quanto a adesão ao tratamento pode ser visualizada no Gráfico 11.

Gráfico 11 - Classificação dos pacientes quanto a adesão ao tratamento segundo o método de entrevista. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./ 1998



Comparando o grau da adesão ao tratamento segundo o método de entrevista e o método de contagem de comprimidos, verificamos que 57 (32,2%) pacientes foram hipoaderentes pelos dois métodos, 38 (21,5%) foram aderentes e 4 (2,3%) foram hiperaderentes (tabela 7).

Tabela 7 - Comparação da adesão ao tratamento, segundo o método de entrevista e de contagem de comprimidos. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./ 1998

Entrevista	Contagem de comprimidos						Total	
	Hipoaderente		Aderente		Hiperaderente		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Hipoaderente	57	32,2	8	4,5	2	1,1	67	37,9
Aderente	47	26,6	38	21,5	15	8,5	100	56,5
Hiperaderente	5	2,8	1	0,5	4	2,3	10	5,6
Total	109	61,6	47	26,5	21	11,9	177	100,0

Em nosso estudo, o desempenho da entrevista como teste de não adesão foi o seguinte: sensibilidade, 52,3% (57/109) - IC [0,4291 ; 0,6167]; especificidade, 85,3% (58/68) - IC [0,7687 ; 0,9371]; valor preditivo positivo, 85,1% (57/67) - IC [0,7654 ; 0,9360]; valor preditivo negativo, 52,7% (58/110) - IC [0,4340 ; 0,6206] (vide Figura 3).

		Contagem de comprimidos		Total
		Não aderente	Aderente	
Entrevista	Não aderente	A: 57	B: 10	67
	Aderente	C: 52	D: 58	110
Total		109	68	177

Nota: Considerou-se não aderente, apenas hipoaderente. Aderente, a soma de aderente mais hiperaderente.

Figura 3 - Acurácia da entrevista como medida de adesão ao tratamento quando comparada ao método contagem de comprimidos

O teste de Kappa mostrou uma fraca concordância entre os dois métodos (Kappa = 0,33676).

No presente estudo o tipo de erro mais freqüente detectado no uso dos medicamentos, foi não tomar o do medicamento em 41,3% dos casos (n = 50), seguido de erro na freqüência das doses em 38,8% (n = 47) (tabela 8).

As razões mais freqüentes apontadas pelos pacientes para ocorrência dos erros, foram: falta de dinheiro (20,7%), efeito colateral (12,4%), não sabe como tomar (11,6%) e não sente sintomas de pressão alta (10,7%). (Tabela 8).

Tabela 8 - Razões para a não adesão ao tratamento, segundo o tipo de erro na utilização dos medicamentos. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998

Razões	Tipo de erro na utilização dos medicamentos								Total	
	Concentração do medicamento		Freqüência das doses		Quantidade de comprimidos tomados por vez		Não tomou o medicamento			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Para o medicamento durar mais			5	10,6	1	5,3	1	2,0	7	5,8
A dose prescrita era muito alta			2	4,3					2	1,7
Efeito colateral	1	20,0	4	8,5	1	5,3	9	18,0	15	12,4
Não sabe como tomar			10	21,3	4	21,0			14	11,6
Não sente sintomas de pressão alta			7	14,9	2	10,5	4	8,0	13	10,7
Falta de dinheiro	1	20,0					24	48,0	25	20,7
Esqueceu de tomar			4	8,5			2	4,0	6	4,8
Outros	3	60,0	15	31,9	11	57,9	10	20,0	39	32,3
Total	5	4,2	47	38,8	19	15,7	50	41,3	121	100,0

4.6 Análise univariada

Considerando que a falta de significância estatística da maior parte das variáveis analisadas no estudo, em alguns casos, poderia ser devido ao número insuficientes dos sujeitos nos grupos estratificados, decidimos agrega-las visando uma nova análise.

A variável “adesão” anteriormente classificada em três categorias: hipoadesão, adesão e hiperadesão, foi dicotomizada em adesão e não adesão. Desse modo, adesão ficou constituída de aderentes e hiperaderentes e não adesão de hipoaderentes.

Tal decisão, para efeito de análise, foi baseada nos seguintes critérios:

1) A superutilização dos medicamentos (hiperadesão), conforme relatam Dircks et al. (1982), sobre os riscos benefícios teóricos do uso de medicamentos, embora aumente o risco de efeitos colaterais, a probabilidade de benefícios terapêuticos é semelhante àquela conseqüente a utilização apropriada dos medicamentos (adesão).

2) A subutilização dos medicamentos (hipoadesão), segundo os mesmos autores, reduz tanto a probabilidade de efeitos colaterais como de benefícios terapêuticos, podendo ocasionar, na nossa avaliação maiores danos à saúde do paciente, tendo em vista as complicações decorrentes do não controle da hipertensão.

De acordo com o cálculo da especificidade e sensibilidade e o teste de Kappa, vistos anteriormente a entrevista não se mostrou um bom método para determinar a adesão ao tratamento. Portanto, apresentaremos a seguir apenas os resultados referentes ao método contagem de comprimidos.

4.7 Fatores que influenciam a adesão ao tratamento

4.7.1 Relacionados às características sócio-demográficas

Dos entrevistados, os que tinham idade entre 31 e 60 anos apresentaram um percentual de adesão ao tratamento maior do que aqueles com idade acima de 60 anos, no entanto esta associação não foi estatisticamente significativa ($p = 0,059$) (tabela 9).

As taxas de adesão entre os pacientes do sexo feminino e os do masculino não foram significativamente diferentes ($p = 0,737$) (tabela 9).

O grau de adesão foi maior entre os pacientes solteiros, viúvos, separados e divorciados em relação aos casados, mas esta associação não se mostrou estatisticamente significativa ($p = 0,172$) (tabela 9).

Os pacientes com grau de escolaridade de primário completo a superior completo apresentaram uma taxa de adesão maior comparados àqueles sem escolaridade e que tinham apenas o primário completo, porém esta associação não foi estatisticamente significativa ($p = 0,123$) (tabela 9).

A taxa de adesão dos pacientes que pertenciam às classes B e C foi maior do que a dos pacientes das classes C e D, contudo a diferença encontrada não foi estatisticamente significativa ($p = 0,112$) (tabela 9).

Observa-se que os pacientes com renda acima de dez salários mínimos foram significativamente mais aderentes ao tratamento ($p = 0,025$) (tabela 9).

4.7.2 Relacionados à terapêutica

A taxa de adesão ao tratamento, segundo o número de medicamentos prescritos não se mostrou significativamente diferente entre os pacientes a quem foi prescrito apenas um medicamento e aqueles aos quais foram prescritos dois medicamentos ou mais ($p = 0,159$) (tabela 9).

De acordo com a frequência das tomadas diárias dos medicamentos, as diferentes proporções de adesão ao tratamento verificadas nos grupos de pacientes que deveriam utilizar uma, duas, três ou quatro tomadas diárias ou mais não foram estatisticamente significativas ($p = 0,474$) (tabela 9).

Quanto ao subgrupo terapêutico a que pertenciam os medicamentos, os percentuais de adesão não variaram significativamente entre as diferentes subgrupos ($p = 0,7896$) (tabela 9).

O tempo de tratamento da hipertensão não mostrou influência significativa sobre a adesão ao tratamento ($p = 0,189$) (tabela 9).

4.7.3 Relacionados à percepção sobre hipertensão e tratamento

Os pacientes que afirmaram ser necessário tratar da hipertensão apenas quando a pressão está alta apresentaram uma taxa de adesão maior relacionados aos que disseram ser necessário tratar da hipertensão sempre, no entanto a diferença encontrada não foi estatisticamente significativa ($p = 0,331$) (tabela 9).

O fato do paciente saber ou não de alguma complicação decorrente da hipertensão não foi significativamente associado a um maior grau de adesão ($p = 0,074$) (tabela 9).

Em relação a adesão ao tratamento, segundo as questões propostas pela escala de Morisky et al. (1986), verifica-se que, as proporções encontradas não são significativamente diferentes, entre os pacientes que responderam “sim” e “não” às perguntas quanto ao: esquecimento de tomar os medicamentos ($p = 0,146$), descuido com as horas de tomar os medicamentos ($p = 0,628$), suspensão do tratamento quando o paciente sente-se melhor da hipertensão ($p = 0,731$) e suspensão do tratamento quando o paciente sente-se mal devido aos medicamentos ($p = 0,624$) (tabela 9).

Quanto a adesão ao tratamento, segundo a pergunta “Às vezes, quando acabam os medicamentos da pressão, interrompe o tratamento?”, existe uma associação estatisticamente significativa com uma maior taxa de adesão entre os pacientes que responderam “sim” à pergunta ($p = 0,028$) (tabela 9).

Os pacientes que responderam não à pergunta “Às vezes, quando toma os medicamentos da pressão e se sente mal, toma mais um comprimido?”, apresentaram um maior percentual de adesão ao tratamento ($p = 0,05$) (tabela 9).

4.7.4 Relacionados ao suporte social

As diferenças nas taxas de adesão ao tratamento entre os pacientes que participam da ACAH e os que não participam não foram estatisticamente significativas ($p = 1,000$) (tabela 9).

A participação no relaxamento não mostrou uma influência positiva com a adesão ao tratamento ($p = 1,000$) (tabela 9).

Não houve diferença significativa nas proporções de adesão ao tratamento entre os pacientes que receberam ou não explicação do médico sobre: hiper-

tensão ($p = 0,438$), tratamento não farmacológico ($p = 0,874$), tratamento farmacológico ($p = 0,197$) (tabela 9).

Os pacientes que afirmaram receber ajuda familiar para tomar os medicamentos foram significativamente mais aderentes ao tratamento comparados aos que disseram não receber ajuda ($p = 0,018$) (tabela 9).

Tabela 9 – Adesão ao tratamento pelo método contagem de comprimidos, segundo as características dos entrevistados. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998.

Características dos entrevistados	N*	Adesão n (%)	p - valor**
1 Sócio-demográficas			
1.1 Faixa etária (em anos)			
31 - 60	106	47(44,3)	0,059
> 60	71	21 (29,6)	
1.2 Sexo			
Feminino	124	49 (39,5)	0,737
Masculino	53	19 (35,8)	
1.3 Estado civil			
Casado	126	44 (34,9)	0,172
Solteiro/Viúvo/Separado/Divorciado	51	24 (47,1)	
1.4 Escolaridade			
Analfabeto/Primário incompleto	99	33 (33,3)	0,123
Primário completo/Superior completo	78	35 (44,9)	
1.5 Classe social			
B/C	33	17 (51,5)	0,112
D/E	144	51 (35,42)	
1.6 Renda familiar (em salários mínimos) ⁽¹⁾			
≤ 10	161	57 (35,4)	0,025
> 10	15	10 (66,7)	
2 Relacionadas à terapêutica			
2.1 Número de anti-hipertensivos			
1	105	45 (42,9)	0,159
≥ 2	72	23 (31,9)	
2.2 Número de tomadas diárias			
1	47	22 (46,8)	0,474
2	62	22 (35,5)	
3	38	15 (39,5)	
≥ 4	30	9 (30,0)	
2.3 Subgrupo terapêutico ⁽²⁾			
Diuréticos	80	30 (37,5)	0,7896
Agentes antiadrenérgicos de ação central	37	14 (38,9)	
Agentes Beta-bloqueadores	52	22 (42,3)	
Agentes de ação sobre o sistema renina-angiotensina	39	12 (30,8)	

Bloqueadores dos canais de cálcio 58 19 (32,8)

Continua na próxima página

Tabela 9 – Adesão ao tratamento pelo método contagem de comprimidos, segundo as características dos entrevistados. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998.

Características dos entrevistados	N*	Adesão n (%)	p - valor**
2.4 Tempo de tratamento da hipertensão (em anos)			
≤ 5	119	50 (42,0)	0,189
> 5	58	18 (31,0)	
3 Relacionadas à percepção sobre hipertensão e tratamento			
3.1 Necessidade de tratar a pressão ⁽³⁾			
Quando está alta	20	10 (50,0)	0,331
Sempre	153	57 (37,3)	
3.2 Sabe de alguma complicação			
Sabe	152	54 (35,5)	0,074
Não sabe	25	14 (56,0)	
3.3 Esquece de tomar os medicamentos ⁽⁴⁾			
Sim	63	29 (46,0)	0,146
Não	111	38 (34,2)	
3.4 Descuida-se com as horas de tomar os medicamentos ⁽⁴⁾			
Sim	61	25 (41,0)	0,628
Não	113	42 (37,2)	
3.5 Suspende o tratamento quando se sente melhor da hipertensão ⁽⁴⁾			
Sim	49	20 (40,8)	0,731
Não	125	47 (37,6)	
3.6 Suspende o tratamento quando se sente mal devido aos medicamentos ⁽⁴⁾			
Sim	59	21 (35,6)	0,624
Não	115	46 (40,0)	
3.7 Interrompe do tratamento quando acabam os medicamentos ⁽⁵⁾			
Sim	119	53 (44,5)	0,028
Não	54	14 (25,9)	
3.8 Toma mais um comprimido quando se sente mal devido a pressão alta ⁽⁵⁾			
Sim	153	55 (35,9)	0,05
Não	20	12 (60,0)	
4 Relacionadas ao suporte social			
4.1 Participa da ACAH ⁽⁶⁾			
Sim	9	3 (33,3)	1,000
Não	22	9 (40,9)	

Continua na próxima página

Tabela 9 – Adesão ao tratamento pelo método contagem de comprimidos, segundo as características dos entrevistados. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998.

Características dos entrevistados	N*	Adesão n (%)	p - valor**
4.2 Participa do relaxamento			
Sim	16	6 (37,5)	1,000
Não	161	62 (38,5)	
4.3 Médico explicou sobre hipertensão			
Sim	35	11 (31,4)	0,438
Não	142	57 (40,1)	
4.4 Médico explicou sobre tratamento não farmacológico			
Sim	113	44 (38,9)	0,874
Não	64	24 (37,5)	
4.5 Médico explicou sobre como tomar os medicamentos			
Sim	115	40 (34,8)	0,197
Não	62	28 (45,2)	
4.6 Paciente recebe ajuda familiar para tomar os medicamentos⁽⁷⁾			
Sim	22	14 (63,6)	0,018
Não	153	54 (35,3)	

*N = 177

**Teste de Fisher

Nota: **(1)** Um paciente não informou a renda familiar; **(2)** Aos 177 pacientes foram prescritos 206 medicamentos. A associação entre a variável subgrupo terapêutico e a variável adesão, foi verificada através do Teste do Qui-quadrado; **(3)** Dos pacientes que disseram ser necessário tratar da hipertensão (n = 175), dois não informaram em que circunstância; **(4)** Três pacientes não responderam às perguntas da escala de Morisky; **(5)** Dentre os entrevistados, Quatro não responderam às perguntas constantes no estudo de Ramalinho (1994); **(6)** Dos pacientes entrevistados, apenas 31 sabiam da existência da ACAH; **(7)** Dois pacientes não responderam à pergunta sobre a ajuda que recebem da família para tomar os medicamentos.

4.7.5 Análise multivariada

As variáveis que se mostraram significantes ($p < 0,15$) na análise univariada em relação a um maior grau de adesão ao tratamento, foram analisadas para identificar efeitos independentes através de um modelo de regressão logística. Dessa forma, foram incluídas no modelo as seguintes variáveis: faixa etária, escolaridade, classe social, renda familiar, conhecimento de alguma complicação, esquece

de tomar os medicamentos, ajuda familiar que o paciente recebe para tomar os medicamentos.

Vale ressaltar que as variáveis “interrompe o tratamento quando acabam os medicamentos” e “toma mais um comprimido quando se sente mal devido a pressão alta” constantes no estudo de Ramalinho (1994) as quais mostraram associação estatisticamente significativa com adesão ao tratamento na análise univariada não foram incluídas no modelo de regressão logística por se tratarem de variáveis relacionadas ao hábito no uso de medicamentos e não necessariamente constituírem fatores que poderiam influenciar a adesão ao tratamento.

Na análise multivariada, maior renda familiar e a ajuda que o paciente recebe da família mostraram uma associação estatisticamente significativa ($p = 0,047$ e $p = 0,023$; respectivamente) com uma maior taxa de adesão ao tratamento (tabela 10).

Tabela 10 – Análise multivariada das variáveis relacionadas a adesão ao tratamento pelo método contagem de comprimidos. Fortaleza, Nov./1997 a Fev./1998

Variáveis	Odds Ratio Bruto (IC* 95%)	Odds Ratio Ajustado** (IC 95%)
Renda familiar acima de dez salários mínimos	3,65 (1,19 – 11,19)	3,19 (1,01 – 10,04)
Paciente que recebe ajuda familiar para tomar os medicamentos	3,21 (1,27 – 8,13)	3,00 (1,16 – 7,74)

* IC (Intervalo de Confiança)

** OR ajustado para as variáveis da tabela

5 DISCUSSÃO

5.1 Atendimento do hospital

A maioria dos pacientes entrevistados teve de duas a três consultas no ano anterior até o dia da entrevista, uma média de 2,7 consultas/ano. Por se tratar de um ambulatório que atende a pacientes crônicos, os quais precisam de um acompanhamento médico mais freqüente, o intervalo entre as consultas deveria ser menor. Principalmente no caso da hipertensão arterial que sendo diagnosticada, é necessário que o paciente passe por uma fase de ajuste da terapêutica instituída. Além disso, é de fundamental importância para o clínico saber se o paciente está aderindo ou não ao tratamento. Só assim, medidas mais eficazes poderão ser tomadas no sentido de melhorar os níveis de adesão ao tratamento logo de início, o que leva à diminuição dos riscos de complicações posteriores, e por conseguinte, a um menor gasto com assistência médica.

Segundo Lotufo (1996), "As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no Brasil e o conjunto de doenças que provoca o maior gasto em assistência médica."

Além do grande intervalo entre as consultas, o estudo realizado por Teixeira et al. (1996), anteriormente referido, demonstrou que o tempo médio de consulta no ambulatório do Hospital de Messejana foi de 8,65 minutos, tempo considerado insuficiente para uma orientação satisfatória sobre a doença e os riscos/benefícios do tratamento a seguir.

Chama a atenção que, dos pacientes entrevistados, 80,2% não receberam explicação do médico sobre sua doença, 36,2% não receberam explicação sobre o que é preciso fazer para melhorar da pressão alta e 35,0% não receberam explicação sobre como tomar seus medicamentos. Esses dados sugerem que existem sérias deficiências na orientação médica, apesar da grande maioria dos entrevistados ter dado conceito bom ou ótimo à consulta que tiveram.

Embora a maioria dos pacientes tenha dado conceito bom ou ótimo ao atendimento do hospital, 49,7% dos entrevistados acham que o mesmo poderia ser melhorado, principalmente no que diz respeito à falta de medicamentos (37,1%), intervalo entre as consultas (21,0%) e atendimento médico (16,1%). Esses dados indicam que aspectos essenciais da atenção prestada pelo serviço são deficientes.

Observa-se também que apenas 9,0% dos pacientes entrevistados estão integrados na atividade do relaxamento, realizada pela equipe multidisciplinar do Programa de Hipertensão.

Todas as deficiências apontadas formam um conjunto de fatores que possivelmente influenciam negativamente na relação do paciente com o serviço, favorecendo baixos níveis de adesão.

5.2 Adesão ao tratamento anti-hipertensivo

5.2.1 Classificação quanto a adesão ao tratamento

Optamos neste estudo em utilizar dois métodos (entrevista e contagem de comprimidos) para determinar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, com o intuito de obter resultados válidos e fidedignos à realidade.

As vantagens e desvantagens dos métodos empregados são extensamente comentadas na introdução deste trabalho, o que nos resguarda de abordá-las neste capítulo. No entanto, vale salientar que procuramos contornar algumas condições que poderiam obstaculizar a obtenção de dados mais confiáveis.

A contagem dos comprimidos foi feita em visitas domiciliares para que todos os medicamentos anti-hipertensivos, de posse dos pacientes, pudessem ser contados, procedimento que pode ser inviável quando a contagem depende do retorno do paciente ao consultório médico.

Para tentar minimizar o viés de memória dos pacientes ao relatarem como tomaram os medicamentos prescritos, a pergunta foi feita em relação ao dia anterior ao da entrevista. Para análise, escolhemos os relatos coletados na primeira visita domiciliar, partindo do pressuposto que eventuais influências dos entrevistadores sobre as respostas dos pacientes foram menores do que na segunda visita.

Os Gráficos 10 e 11 mostram as categorias de adesão segundo os métodos contagem de comprimidos e entrevista, respectivamente. De acordo com Rappoff et al. (1982), a entrevista tende a superestimar a taxa de pacientes aderentes, o que pode ser comprovado neste estudo.

Chama a atenção as altas taxas de hipoadesão e de hiperadesão detectadas pelo método contagem de comprimidos. A subutilização e a superutilização dos medicamentos podem trazer riscos à saúde dos indivíduos, bem como afetar os resultados terapêuticos esperados.

Dircks et al. (1982) estabeleceram os riscos-benefícios teóricos para os vários padrões de uso dos medicamentos. Segundo os autores, os pacientes que tomam medicamentos conforme a prescrição médica (utilização apropriada) apresentam uma alta probabilidade ($P = 0,90$) de benefício terapêutico e uma probabilidade muito baixa ($P = 0,30$) de efeitos colaterais inaceitáveis. Os pacientes que fazem uma subutilização dos medicamentos têm tanto os riscos de efeitos colaterais reduzidos ($P = 0,01$) como de não obterem os benefícios terapêuticos ($P = 0,50$). A superutilização dos medicamentos aumenta o risco de efeitos colaterais inaceitáveis ($P = 0,30$), porém não muda a probabilidade de benefícios terapêuticos ($P = 0,90$).

Como referido anteriormente, as taxas de adesão ao tratamento variam de acordo com o método utilizado, definição de adesão, regime de tratamento estudado, bem como cenário clínico onde é realizado o estudo.

Em nosso estudo, os resultados da classificação dos pacientes quanto à adesão ao tratamento foram bastante distintos. A taxa de adesão encontrada pelo método de entrevista utilizado por Goldsmith (1979) foi de 62,1%, enquanto que pelo método contagem de comprimidos foi de 38,4%. Ambas as taxas são consideradas baixas dadas as conseqüências oriundas da não adesão ao tratamento, comentadas anteriormente.

Salvo as variações na forma como a entrevista foi utilizada para determinar a adesão ao tratamento, faremos algumas comparações com outros estudos que utilizaram este mesmo método.

Estudo feito por Morisky et al. (1986), o qual aplicou uma escala com quatro questões que enfocam o esquecimento na tomada dos medicamentos, descuido com os horários de tomá-los e suspensão do tratamento caso o paciente se sinta melhor ou pior, encontrou uma taxa de adesão ao tratamento anti-hipertensivo

de 67,0%. Vale salientar que, nesse estudo, as entrevistas foram realizadas no fim de um programa educacional de 18 meses, com 290 hipertensos.

Segundo o método de entrevista que utilizou a escala de Morisky et al. (1986), adaptada por Ramalhinho (1994), o grau de adesão ao tratamento em 95 hipertensos foi de 56,8%.

Inui et al. (1981), ao utilizarem o inquérito verbal recomendado por Sackett (1979) (citado na metodologia deste estudo), com 241 hipertensos, encontrou uma taxa de adesão de 70,0%.

Segundo o método contagem de comprimidos, os valores encontrados na literatura variam bastante, dado os diferentes critérios adotados na definição de adesão.

No estudo realizado por Inui et al. (1981), mediante duas visitas domiciliares com intervalo de dois meses para contagem de comprimidos, usando como definição de adesão o consumo de pelo menos 75% dos medicamentos prescritos, a prevalência de adesão ao tratamento encontrada foi de 38,0%.

Outro estudo utilizando o mesmo método com 130 hipertensos, o qual definiu a adesão ao tratamento como o consumo de mais de 90% dos medicamentos prescritos, encontrou ao final de um mês, uma taxa de adesão de 87,5% (AS-PLUND, 1984).

Um relatório do "Canadian Hypertension Task Force" faz referência a três estudos que usaram o método contagem de comprimidos para determinar adesão. O primeiro, com 49 pacientes, realizado em um centro de saúde nos arredores de Detroit, usou como definição de adesão o consumo de 90% dos medicamentos prescritos e a taxa encontrada foi de 20,0%. No segundo, feito em Hamilton, com um grupo de 240 operários, 53,0% tomou 80% ou mais dos medicamentos prescritos. O terceiro, realizado com 100 hipertensos na clínica universitária de Cincinnati, em Ohio, cujo critério de adesão foi o consumo de 95% dos medicamentos prescritos, encontrou uma taxa de adesão de 47,0%.

Para avaliarmos a validade da entrevista como medida de adesão ao tratamento, foi calculado o teste de sensibilidade e especificidade e valores preditivos foram estimados. O teste padrão foi o método contagem de comprimidos, bastante usado para tal fim.

Em nosso estudo, a entrevista não se mostrou um método muito preciso para determinar a adesão ao tratamento. Observa-se na Figura 3 que, o grau de concordância entre os dois métodos quanto à classificação da adesão foi de apenas 33,68%. Constatou-se que 110 pacientes são considerados aderentes pela entrevista e somente 68 são aderentes pelo método contagem de comprimidos.

Conforme pode ser visualizado na Figura 3, dos 68 pacientes classificados como aderentes pelo método contagem de comprimidos, 58 são aderentes pelo método de entrevista, demonstrando uma alta especificidade ($E = 85,3\%$) da entrevista em detectar pacientes aderentes. Ao contrário, enquanto 109 pacientes são não aderentes pelo método contagem de comprimidos, apenas 57 desses são não aderentes pelo método de entrevista, constatando-se uma baixa sensibilidade ($S = 52,3\%$) da entrevista em detectar pacientes não aderentes.

A probabilidade dos pacientes serem aderentes através do método contagem de comprimidos, dado que disseram ser aderentes pelo método de entrevista (VPN), é de apenas 52,7%. Ou seja, uma boa parte dos pacientes que afirmou ser aderente pelo método de entrevista, é na verdade não aderente pelo método contagem de comprimidos (Falsos negativos = 47,3%). Inversamente, a probabilidade dos pacientes serem não aderentes pelo método contagem de comprimidos, dado que responderam ser não aderentes pelo método de entrevista (VPP), é de 85,1%. Ou seja, uma pequena proporção dos pacientes que afirmou ser não aderente pelo método de entrevista, é na verdade aderente pelo método de contagem de comprimidos (Falsos positivos = 14,9%).

A imprecisão da entrevista em determinar pacientes aderentes foi documentada em outros trabalhos citados por Gordis (1979):

- Um estudo comparou as respostas da entrevista com a contagem de comprimidos em pacientes submetidos a tratamento psiquiátrico com imipramina, constatado que 100 pacientes foram considerados aderentes através da entrevista, enquanto que somente 57 foram considerados aderentes pelo método contagem de comprimidos. Inversamente, de 14 pacientes que foram não aderentes pelo método de contagem de comprimidos, apenas sete admitiram não adesão pela entrevista. Nesse estudo, o grau de concordância entre os dois métodos ocorreu em somente 68 de 117 pacientes.

- Outro estudo demonstrou que somente 72,0% dos comprimidos foram tomados por um certo número de pacientes submetidos ao tratamento com digitálicos, quando estes afirmaram ter tomado.
- Avaliando a adesão ao tratamento de pacientes com tuberculose, um estudo concluiu que, de 24 pacientes que informaram ter tomado seus medicamentos, apenas 18 haviam realmente tomado, o que foi comprovado pelo teste de urina.

Hasford (1992) refere-se a dois estudos que investigaram a precisão da entrevista como medida de adesão, tendo com método válido a contagem de comprimidos. No primeiro, realizado com 117 pacientes, a entrevista se mostrou um método altamente específico ($E = 96,0\%$) para determinar pacientes aderentes, e pouco sensível ($S = 50,0\%$) para identificar pacientes não aderentes. No segundo, realizado com 301 pacientes, a capacidade da entrevista em detectar pacientes aderentes foi alta ($E = 94,0\%$), e a capacidade em classificar pacientes não aderentes foi baixa ($S = 36,0\%$).

Inui et al. (1981) avaliaram o desempenho do inquérito verbal recomendado por Sackett (1979) comparado-o ao método contagem de comprimidos. Os resultados encontrados foram: sensibilidade, 55,0%; especificidade, 88,0%; valor preditivo positivo, 88,0%; valor preditivo negativo, 54,0%.

No presente estudo, apesar do método de entrevista ter se mostrado muito bom para identificar pacientes aderentes ($E = 85,3\%$), a probabilidade de que eles realmente sejam é baixa ($VPN = 52,7\%$).

De acordo com os resultados encontrados, pouco mais da metade dos pacientes não aderentes podem ser detectados pela entrevista ($S = 52,3\%$). Levando-se em conta que é alta a probabilidade de que realmente sejam não aderentes ($VPP = 85,1\%$), a entrevista é um método que associado a outros recursos pode auxiliar na implementação de estratégias que visem aumentar os níveis de adesão na população estudada. Segundo Sackett (1979), é precisamente este grupo de pacientes, os quais admitem baixa adesão, que melhor respondem a estratégias dessa natureza.

Sackett (1979) sugere que pacientes não aderentes, quando negam este comportamento (Figura 1 - célula C), respondem inadequadamente a intervenções com vistas a melhorar a adesão. No entanto, Inui et al. (1981) afirmam que

este pode não ser um estado permanente, sugerindo que a conduta razoável para pacientes não aderentes, mesmo com pressão não-controlada, seria instituir uma terapia com medicamentos menos potentes, objetivando minimizar problemas iatrogênicos, enquanto se tentaria modificar o comportamento não aderente. Da mesma forma nos pacientes não aderentes, mas com pressão controlada, se evitaria que outros medicamentos, ou medicamentos mais potentes, fossem introduzidos. Essa conduta certamente minimizaria o surgimento de efeitos colaterais, e por conseguinte, novas visitas ao médico e a realização de testes diagnósticos poderiam ser evitados.

Inui et al. (1981) concluem que, do ponto de vista clínico, um teste ideal deve ter uma alta sensibilidade para identificar não aderentes e um alto valor preditivo para não adesão.

De acordo com a Tabela 6, 39 dos 175 medicamentos não dispensados na farmácia do hospital também não foram adquiridos em outro local. A principal razão da não aquisição reportada pelos pacientes foi a falta de dinheiro (Gráfico 9). Analisando a Tabela 8, verifica-se que a não utilização dos medicamentos foi o erro mais freqüente (41,3%), e o principal motivo relatado pelos pacientes para a ocorrência dos erros no uso dos medicamentos foi a falta de dinheiro para comprá-los. Estes dados nos alertam para o fato de que a intenção de aderir a um tratamento pode, em alguns casos, ser minada pela falta de acesso ao medicamento.

Segundo Rashid (1982), a adesão pode ser dividida em primária e secundária. A primária é aquela que estuda se o paciente compra os medicamentos prescritos. E a secundária, investiga se o paciente toma os medicamentos prescritos. O autor refere que se um tratamento falha existem algumas variáveis a considerar: a) O tratamento está errado? b) O paciente não está tomando o medicamento? c) O paciente nunca comprou os medicamentos prescritos? d) Existem falhas de comunicação entre médico e paciente?

Em seu estudo sobre adesão primária, Rashid (1982) investigou que proporção de medicamentos não foram comprados pelos pacientes, a distribuição da classe social desses pacientes e que tipo de medicamentos foram prescritos. Dos 162 pacientes que participaram do estudo, aproximadamente 20,0% não compraram seus medicamentos no primeiro mês, e a mais alta taxa de não adesão foi verificada em pacientes de baixa condição econômica.

5.3 Fatores que influenciam a adesão ao tratamento

5.3.1 Relacionados às características sócio-demográficas

Existe discordância na literatura estudada quanto a existência de associação consistente entre o grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva e as características sócio-demográficas dos pacientes.

Daniels et al. (1994), em um estudo retrospectivo, que examinou a relação entre adesão e raça em pacientes hipertensos, constataram que:

- Em relação a idade, a taxa de adesão foi maior (88,0%) nos pacientes de 58 anos em relação aos pacientes com menos de 25 anos (20,0%) ($p = 0,000$).
- Quanto ao sexo, os homens foram proporcionalmente mais aderentes (89,7%) em relação às mulheres (81,2%) ($p = 0,032$).
- A variável estado civil não demonstrou uma relação estatisticamente significativa ($p = 0,609$) com adesão ao tratamento.
- No que se refere a variável educação, os hipertensos que estudaram um ano ou mais foram menos aderentes (69,0%) ao tratamento anti-hipertensivo quando comparados aos demais participantes do estudo ($p = 0,05$).
- Não existiu relação estatisticamente significativa entre a variável renda e adesão ($p = 0,258$).

Um estudo revelou que idade mais baixa, sexo masculino e desemprego foram associados significativamente com não adesão ($p < 0,05$) (SHEA et al., 1992).

Em outro estudo, o qual definiu adesão como nunca esquecer de tomar os medicamentos, a taxa de adesão foi menor no grupo de hipertensos mais jovens (< 50 anos) e em desempregados (NELSON et al., 1978).

Eisen et al. (1990) e Sharkness et al. (1992), não encontraram relação estatisticamente significativa entre adesão e características sócio-demográficas.

Ramalhinho (1994), em seu estudo com 95 hipertensos, evidenciou que o grau de adesão foi maior no grupo que não frequentou a escola. Contudo, os pacientes que frequentaram, ou completaram o ensino primário, apresentaram mai-

or grau de adesão pelo método contagem de comprimidos. Porém, as diferenças encontradas não têm significado estatístico ($p > 0,05$). Quanto a variável estado civil, os casados apresentaram maior grau de adesão, enquanto pelo método contagem de comprimidos, os divorciados, separados e viúvos tiveram uma maior adesão ao tratamento. A autora ressalta que o número de entrevistados não casados foi muito reduzido.

Em nosso estudo, os pacientes com idade de 46 a 60 anos apresentaram maior taxa de adesão (46,1%), sendo a menor taxa (29,6%) verificada nos pacientes com idade acima de 60 anos. No entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Os resultados não indicam uma associação estatisticamente significativa entre gênero e adesão. Os pacientes do sexo feminino apresentaram uma maior taxa de adesão, em relação aos pacientes do sexo masculino.

Quanto a variável estado civil, não houve associação estatisticamente significativa com a adesão ao tratamento, embora esta tenha sido maior entre os solteiros, viúvos, separados e divorciados.

Em relação a escolaridade, os pacientes com nível de instrução de primário completo a superior completo tiveram uma taxa de adesão maior comparados aos pacientes sem escolaridade e que tinham primário completo. Este achado não foi estatisticamente significativo.

De acordo com a classe social, a maior taxa de adesão foi encontrada entre os pacientes das classes B e C. Ressalta-se que esta associação não foi estatisticamente significativa.

Os pacientes com renda familiar acima de dez salários mínimos foram significativamente mais aderentes ao tratamento, tanto na análise univariada ($p = 0,025$) quanto na multivariada (0,047).

5.3.2 Relacionados à terapêutica

Uma grande parte dos estudos enfatiza a relação existente entre adesão e complexidade do regime terapêutico.

Eisen et al. (1990), em seu estudo para avaliar o efeito da frequência de dose diária prescrita, sobre a adesão do paciente com tratamento anti-hipertensivo, detectaram que a adesão aumentou de 59,0%, com regime de três vezes ao dia, para 83,6%, com regime de uma vez ao dia. A adesão com regime de duas vezes ao dia foi de 74,9%.

Sramek et al. (1993) investigaram, em um experimento clínico, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo com um bloqueador do canal de cálcio e um antagonista da enzima conversora da angiotensina, tomados em regimes de doses diferentes: o primeiro, uma vez ao dia, e o segundo, duas vezes ao dia. Os pesquisadores encontraram uma boa taxa de adesão para os dois esquemas de doses. No regime de uma vez ao dia, 16 pacientes foram aderentes, quatro hipoaderentes (96,5% a 99,1%) e cinco hiperaderentes (100,2% a 105,4%). No regime de duas vezes ao dia, 12 pacientes foram aderentes, oito hipoaderentes (95,6% a 98,7%), quatro hiperaderentes (100,4% a 102%), e um foi tanto hipoaderente como hiperaderente. Neste estudo, os autores concluíram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os regimes de uma vez e duas vezes ao dia quando comparado o número de pacientes aderentes em relação aos não aderentes.

No estudo feito por Christensen et al. (1997), que definiu adesão ao tratamento anti-hipertensivo como o consumo de 80,0% a 119,0% dos medicamentos prescritos, hipoadesão como o consumo abaixo de 80,0% e hiperadesão como o consumo acima de 120,0%, foi observado o aumento das taxas de hipoadesão quando o número de doses diárias aumentou. Por outro lado, as taxas de adesão aumentaram à proporção que diminuiu a frequência das doses diárias. Estas diferenças foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Alguns estudos demonstram que nem sempre a adesão ao tratamento é influenciada pela complexidade do regime terapêutico. Sharkness & Snow (1992) encontraram associação entre uso de mais de um medicamento anti-hipertensivo e melhor adesão à terapêutica. Em outro estudo com 130 hipertensos, a adesão não foi afetada pelo número de medicamentos prescritos, apesar de 75,0% dos pacientes terem manifestado preferência por regimes terapêuticos mais simples (AS-PLUND, 1984).

Ramalhinho (1994) verificou que em relação ao número de comprimidos prescritos, o grau de adesão, segundo as perguntas da escala de Morisky et al.

(1986) e pelo método contagem de comprimidos, foi maior nos pacientes que tomavam maior número de anti-hipertensivos. Quanto ao número de tomadas diárias, pelos dois métodos, o grau de adesão foi mais elevado entre os pacientes que faziam duas tomadas por dia.

No presente estudo, a taxa de adesão foi maior entre os pacientes que tiveram apenas um medicamento prescrito. No entanto, esta relação não foi estatisticamente significativa.

Quanto a frequência das tomadas diárias, a taxa de adesão foi maior entre os pacientes que têm apenas uma tomada diária e menor naqueles que têm quatro tomadas diárias, ou mais. As diferenças encontradas nas proporções das taxas de adesão quando comparadas ao número de tomadas diárias, não foram estatisticamente significativas.

A adesão ao tratamento também pode estar relacionada ao grupo terapêutico a que pertence o medicamento.

Christensen et al. (1997) em seu estudo sobre adesão ao tratamento anti-hipertensivo, encontraram que não houve diferenças relevantes na taxa de adesão entre os subgrupos terapêuticos.

Em nosso estudo, também a adesão ao tratamento não variou significativamente entre os subgrupos terapêuticos dos medicamentos.

A extensão do tratamento tem sido referida na literatura como um fator importante na adesão ao tratamento. No entanto, existem controvérsias a esse respeito.

Sharkness & Snow (1992) referem que pacientes com história de mais de cinco anos de tratamento da hipertensão foram mais aderentes quando comparados àqueles com menos tempo de tratamento.

Asplund (1984) afirma em seu estudo que a adesão não foi influenciada pela duração do tratamento.

Segundo Ramalinho (1994), os resultados de seu estudo não são conclusivos sobre a influência da duração do tratamento, mas salienta que pelo método contagem de comprimidos, o grau de adesão à terapêutica foi menor nos pacientes que tratam da hipertensão há pelo menos dez anos ou mais.

Em nosso estudo, não houve associação estatisticamente significativa entre adesão e tempo de tratamento da hipertensão. Mas, observa-se que os paci-

entes com dois anos ou menos de tratamento, apresentaram taxas de adesão mais altas em relação aos demais.

5.3.3 Relacionados à percepção sobre hipertensão e tratamento

A percepção que o paciente tem da sua doença pode influenciar na decisão de aderir ou não ao tratamento. Procuramos neste estudo abordar alguns aspectos que identificassem a existência dessa possível relação. No entanto, cabe salientar as limitações da metodologia empregada para determiná-la, visto que se trata de um estudo transversal, o qual, por sua própria natureza, não permite uma discussão em profundidade sobre questões de tamanha complexidade. Portanto, qualquer análise concernente a esse tópico é apenas exploratória.

Segundo Blackwell (1976a), existe uma estimativa de que cerca de 25,0% dos pacientes internos, e em torno de 50,0% dos pacientes de ambulatório, com doenças crônicas, deixam de tomar uma proporção significativa de seus medicamentos.

Hasford (1992) refere que a hipertensão leve a moderada freqüentemente não causa sintomas adversos, o que leva o paciente a não aceitar a existência da doença, ocasionando a não adesão ao tratamento.

A desinformação do paciente de que a hipertensão é uma doença crônica, e em muitos casos assintomática, pode levá-lo a pensar que não precisa fazer tratamento contínuo.

Ramalhinho (1994) constatou um baixo grau de adesão entre pacientes que achavam que a hipertensão só deve ser tratada quando está alta.

Em nosso estudo, detectou-se, que os pacientes que consideram necessário tratar a hipertensão só quando está alta apresentam uma taxa de adesão um pouco acima daqueles que consideram necessário tratar a hipertensão sempre. No entanto, essa relação não se mostrou estatisticamente significativa.

Para saber se o paciente tinha noção da severidade de sua doença, perguntamos se ele sabia o que pode acontecer com a pessoa que é hipertensa, e comparamos a resposta com a adesão ao tratamento. Os resultados não mostram uma associação estatisticamente significativa, embora, o percentual de adesão seja menor entre os pacientes que responderam sim à pergunta.

Haynes (1979) afirma que a maior parte dos estudos não encontrou uma correlação consistente entre severidade da doença e adesão.

Quanto aos aspectos gerais dos hábitos dos pacientes quanto ao uso dos medicamentos, não existiu associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre as perguntas que constituem a escala de Morisky et al. (1986) e adesão.

Sobre o esquecimento na tomada dos medicamentos, os pacientes que responderam sim à pergunta apresentaram maior taxa de adesão.

O percentual de adesão foi maior nos pacientes que afirmaram descurar-se com as horas de tomar os medicamentos e que suspendem o tratamento ao sentirem-se melhor da hipertensão. A adesão foi maior nos pacientes que disseram não suspender o tratamento quando se sentem mal devido aos medicamentos.

Ramalhinho (1994) verificou que o grau de adesão ao tratamento pelo método contagem de comprimidos é menor nos pacientes que afirmam esquecer-se de tomar os medicamentos, que suspendem o tratamento quando se sentem melhor da hipertensão e que suspendem o tratamento quando se sentem mal devido aos medicamentos. Segundo a autora, as diferenças encontradas nos pacientes que suspendem o tratamento quando se sentem melhor, têm significado estatístico.

Com relação às questões constantes no estudo de Ramalhinho (1994), verificou-se uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) quando comparadas a adesão ao tratamento. Os pacientes que não interrompem o tratamento quando acabam os medicamentos foram mais aderentes ao tratamento. Os nossos resultados estão de acordo com os encontrados pela autora.

Os pacientes que responderam não à pergunta que se refere ao hábito de tomar mais um comprimido quando se sente mal da hipertensão tiveram uma maior taxa de adesão. Essa associação foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

5.3.4 Relacionados ao suporte social

O suporte social dado ao paciente tem sido referido em muitos estudos como um fator importante, que influencia a adesão ao tratamento.

Freemon (1971) e Squier (1990) consideram a relação pessoal entre médico e paciente como um tipo de suporte social. Eles referem ainda que, uma

estratégia de informação enfática, não agressiva, dada pelo médico, tende a levar a níveis mais altos de adesão ao tratamento que outras estratégias.

De acordo com alguns autores, a relação médico-paciente pode ser estudada através da satisfação geral do paciente com o cuidado médico (HAYNES, 1979), e da satisfação com a consulta (KORSCH, 1968; DAVIS, 1968; FRANCIS, 1969).

No presente estudo, selecionamos algumas variáveis que podem ser consideradas suporte social dentro da nossa realidade: (1) participação na Associação Cearense de Assistência ao Hipertenso (ACAH); (2) participação das sessões de relaxamento do Programa Multidisciplinar de Manuseio com o Cliente Hipertenso; (3) explicações do médico sobre hipertensão e tratamentos farmacológico e não farmacológico; e (4) ajuda que o paciente recebe da família para tomar os medicamentos anti-hipertensivos.

Como referido anteriormente, a metodologia empregada neste estudo não permite análises mais detalhadas sobre os possíveis aspectos envolvidos na relação entre suporte social e adesão ao tratamento, mas apenas sugerem pontos que podem ser aprofundados em estudos posteriores.

O maior grau de adesão foi observado nos pacientes que não participam da ACAH. Vale ressaltar que, dos pacientes entrevistados, apenas 31 sabiam da existência da ACHA, e desses, apenas nove participam da associação. Este dado não se mostrou associado estatisticamente com a adesão ao tratamento.

Os pacientes que participam das sessões de relaxamento apresentaram uma taxa de adesão um pouco menor que aqueles que não participam. No entanto, não existe uma relação estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Quanto as explicações do médico durante a consulta, consideramos importante abordar dois tópicos: informação sobre hipertensão e tratamentos não farmacológico e farmacológico.

Aconselhamento e comunicação inadequados por parte dos profissionais de saúde pode resultar para o paciente em compreensão errônea de informação, desconfiança dos profissionais e atitudes negativas relacionadas ao tratamento (BOND et al., 1991).

Segundo Mattews et al. (1977), características da interação entre médicos e pacientes parecem influenciar a adesão às recomendações médicas. Em

geral, pacientes satisfeitos com seus médicos e com as circunstâncias em que a atenção médica é prestada, provavelmente são mais aderentes.

No nosso estudo, não houve diferença estatisticamente significativa nos percentuais de adesão quanto ao fato dos pacientes terem recebido ou não explicação do médico sobre hipertensão, tratamento não farmacológico e tratamento farmacológico.

É importante considerar que embora os pacientes tenham recebido explicações do médico sobre os pontos abordados em nosso estudo, não podemos avaliar o conteúdo e a qualidade dessas explicações. A satisfação ou insatisfação manifestada pelos pacientes sobre as explicações do médico durante a consulta, são baseadas em respostas cujas opções de escolha são "sim" ou "não". Desse modo, não podemos precisar esse grau de satisfação ou insatisfação, ou ainda, o significado ou a representação das respostas dadas, e que influência real a satisfação com a consulta médica poderia ter sobre a adesão ao tratamento. Outros estudos com metodologia apropriada devem ser feitos para que análises mais conclusivas possam ser obtidas.

A ajuda que os pacientes recebem para tomar os medicamentos teve uma associação estatisticamente significativa com uma maior taxa de adesão tanto na análise univariada ($p = 0,018$) quanto na análise multivariada ($p = 0,023$).

Na população estudada, maior renda familiar e a ajuda que os pacientes recebem para tomar os medicamentos, são fatores que favorecem uma melhor adesão ao tratamento. Os resultados sugerem que esforços devem ser feitos visando garantir o acesso do paciente ao medicamento através de um abastecimento contínuo, e que outras estratégias devem ser desenvolvidas no sentido de envolver as pessoas que convivem com os pacientes como parceiros no controle da hipertensão arterial.

Outro aspecto importante que reforça a necessidade de medidas não farmacológicas no controle da hipertensão é que 35,1% dos pacientes referiram que, manter a calma, não se preocupar, não ficar nervoso, tranquilidade, bem estar familiar, não ter raiva, esquecer que a pressão está alta, controlar as emoções e não ter aborrecimentos, são fatores propiciadores de melhora da hipertensão.

6 CONCLUSÃO

A média de consultas feitas durante o ano é muito baixa, apenas 2,7 consultas/ano, inviabilizando um acompanhamento mais freqüente do paciente crônico, o que pode influenciar negativamente na adesão ao tratamento.

Embora a maioria dos entrevistados tenha dado conceito bom ou ótimo ao atendimento do hospital, 49,7% dos pacientes apontaram aspectos essenciais que precisam ser melhorados, tais como: não faltar medicamentos, diminuir o intervalo entre as consultas e melhorar o atendimento médico.

A consulta médica foi considerada boa ou ótima para a maioria dos pacientes. No entanto, uma grande parte não recebeu explicação do médico sobre sua doença e uma parcela significativa não recebeu explicação sobre o que é preciso fazer para melhorar da pressão alta e como tomar os medicamentos.

Dos medicamentos prescritos, 65,8% não foram dispensados na farmácia do hospital, configurando-se portanto uma cobertura de apenas 34,2%. Dos 175 medicamentos não dispensados, 22,3% não foram adquiridos em outro local pelo paciente. Dessa forma, 14,7% dos medicamentos prescritos não foram adquiridos, sendo a falta de dinheiro o principal motivo apontado.

O erro mais freqüente no uso dos medicamentos foi a não tomada do medicamento. A principal razão apontada pelos pacientes para a ocorrência dos erros foi a falta de dinheiro para comprar os medicamentos. Esses dados indicam que em muitos casos a adesão ao tratamento pode ser comprometida antes mesmo do paciente manifestar a intenção de aderir ao tratamento.

Em nosso estudo, o desempenho da entrevista como medida de adesão demonstrou uma alta especificidade (85,3%) para detectar pacientes aderentes e uma baixa sensibilidade (52,3%) para detectar pacientes não aderentes. Contudo, a entrevista tem um alto valor preditivo para não adesão, e sendo um método de fácil aplicabilidade na prática clínica pode auxiliar na promoção de medidas que visem melhorar os níveis de adesão ao tratamento.

Considerando que de acordo com Sackett (1975), o controle da pressão diastólica só é adequadamente obtido com níveis de consumo dos comprimidos de 80,0%, taxas de adesão da ordem de 38,0%, como foi verificado em nosso estudo, apontam fortemente para a não efetividade do tratamento.

Os dados colhidos no estudo sugerem como prováveis determinantes dessa baixa adesão, os seguintes fatores:

1. Número reduzido de consultas/paciente, grande intervalo entre as mesmas, deficiências na orientação médica durante a consulta;
2. Pouco envolvimento dos pacientes no programa de apoio ao paciente hipertenso;
3. Desabastecimento de medicamentos no hospital;
4. Carência de recursos financeiros por parte dos pacientes para completar o tratamento; e
5. Falta de ajuda familiar na tomada do medicamento.

Maior renda familiar e a ajuda familiar que o paciente recebe para tomar os medicamentos contribuíram significativamente para uma melhor adesão ao tratamento.

Apesar do medicamento ter sido apontado como o agente que mais ajuda a melhorar a hipertensão, chama a atenção o fato dos pacientes terem citado outros fatores relacionados a aspectos psicológicos e emocionais, como propiciadores de melhora da hipertensão, reforçando a teoria de que o tratamento da hipertensão deve ter uma abordagem multidisciplinar e que as intervenções com vistas a melhorar a adesão ao tratamento não devem ser implementadas isoladamente. Segundo Haynes (1987), " (...) aumentar a adesão ao tratamento a longo prazo requer *combinações* de intervenções".

Portanto, para melhorar os níveis de adesão ao tratamento na população estudada, sugerimos:

1. Ampliar o programa de apoio aos pacientes hipertensos e estimular a participação dos mesmos;
2. Melhorar a dispensação de medicamentos;
3. Assegurar o fornecimento dos medicamentos básicos do tratamento da hipertensão.

4. Melhorar o atendimento médico nos seguintes aspectos: aumentar o número de consultas por paciente, reduzindo o intervalo entre as mesmas, e melhorar a qualidade da consulta médica no que diz respeito a uma orientação mais adequada aos pacientes sobre sua doença e tratamento; e
5. Orientar as famílias para que ajudem os pacientes a seguir o tratamento.

ABSTRACT

This is a cross-sectional study on the compliance to hypertension treatment and its determining factors, carried out in the period from November 1997 to February 1998, during which 177 patients coming from medical consultations at the ambulatory of Messejana Hospital (Fortaleza, Ceará) were selected at random and interviewed. The patients were visited twice at home for an extension of the interview and for pill count, the first visit 13 to 25 days after their medical consultation and the second visit 13 to 25 after the first one. Most of the prescribed drugs (65.8%) were not supplied by the hospital and 22.3% of these were never purchased elsewhere. Thus, 14.7% of the prescribed drugs were not acquired by the patients. The rates of compliance determined through the interviews and through pill count were 62.1% and 38.4%, respectively. According to the Kappa test the degree of agreement between the two measuring methods was very low (33.68%). The performance of the interviews as a measure of compliance was as follows: Low sensitivity for detecting non-compliant patients (52.3%), high specificity for detecting compliant patients (85.3%), high predictive value for non-compliance (85.1%) and low predictive value for compliant patients (52.7%). Due to the low performance of the interviews in detecting compliance the results presented in the study refer to the pill count method. The variables considered significant according to the Fisher test ($p < 0.15$) in the univariate analysis in relation to a greater compliance to treatment were analyzed in order to identify independent effects through a model of logistic regression. In the multivariate analysis a higher household income and more assistance from the family favored a greater compliance to treatment (OR = 3.19 - IC [1.01 - 10.04] and OR = 3.00 - IC [1.16 - 7.74], respectively). The results also suggest that compliance might be impaired by factors such as: reduced number of consultations per patient per year, long intervals between consultations, deficiencies in medical orientation during consultation, unavailability of drugs at hospital and low interest of hypertensive patients in special support programs.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADERÊNCIA ao tratamento e automedicação familiar - **Pediatria Moderna**, v. 30, p. 490-494, jul. 1994. Edição Especial.
2. AMERY, A. et al. Mortality and morbidity results from the European working party on high blood pressure in the elderly trial. **The Lancet**, n. 8424, p. 1349-1354, Jun. 1985.
3. APLEGATE, W. B. Hypertension in elderly patients. **Annals of Internal Medicine**, v. 10, n. 11, p. 901-915, Jun. 1989.
4. _____. The hypertensive patient: not just a number. **Hypertension**, v. 92, n. 1, p. 237-244, Jul. 1992.
5. ASPLUND, J., DANIELSON, M., ÖHMAN, P. Patients compliance in hypertension: the importance of number of tablets. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 17, n. 5, p. 547-552, May 1984.
6. BARRETO, M. L., CARMO, E. H. Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, jul./dez. 1994.
7. BARROS, M. A., SILVA, M. S., BRITO, I. M. Hipertensão arterial. Aderência ao tratamento. **CCS**, João Pessoa, v. 8, n. 2, p. 7-9, maio/jun. 1986.
8. BARROS, M. A. O. et al. Hipertensão arterial. Causas de não aderência ao tratamento. **CCS**, João Pessoa, v. 9, n. 4, p. 19-21, out./dez. 1987.
9. BECKER, M. H. Patient adherence to prescribed therapies. **Medical Care**, v. 23, n. 5, p. 539-555, May 1985.
10. BLACKWELL, B. Drug therapy: patient compliance. **The New England Journal of Medicine**, v. 289, n. 5, p. 249-253, Aug. 1973.

11. _____. Treatment adherence in hypertension. **American Journal of Pharmacy**, p. 75-85, May/Jun. 1976a.
12. _____. Treatment Adherence. **British Journal of Psychiatry**, v. 129, p. 513-31, Dec. 1976b.
13. BOND, W. S., HUSSAR, D. A. Detection methods and strategies for improving medication compliance. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 48, n. 9, p. 1978-1988, Sept. 1991.
14. BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: CDCV/NUTES, 1993. 232p.
15. CANADIAN hypertension task force. Hypertension V. compliance with antihypertensive therapy. **Canadian Journal of Public Health**, v. 71, p. 153-156, May/Jun. 1980.
16. CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Boletim epidemiológico anual: perfil de adoecer e morrer do povo Cearense em 1995**. Fortaleza, 1996.
17. _____. **Plano de Saúde 1991/95**. Fortaleza, [199-]. 42p.
18. _____. **Situação de saúde do Estado do Ceará 1994 - 1997**. Fortaleza, 1998.
19. CHRISTENSEN, D. B., WILLIAMS, B., GOLDBERG, H. I. et al. Assessing compliance to antihypertensive medications using computer-based pharmacy records. **Medical Care**, v. 31, n. 11, p. 1164-1170, Nov. 1997.
20. CRAMER, J. A. et al. How often is medication taken as prescribed?: a novel assessment technique. **The Journal of the American Medical Association**, v. 261, n. 22, p. 3273-3277, 1989.
21. DANIELS, D. E., RENÉ, A. A., DANIELS, V. R. Race: an explanation of patient compliance - fact or fiction? **Journal of the National Association**, v. 86, n. 1, p. 20-25, 1994.
22. DAVIS, M. S. Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. **American Journal of Public Health**, v. 58, n. 2, p. 274-288, Feb 1968.

23. DIRCKS, J. F., KINSMAN, R. A. Nondichotomous patterns of medication usage: the yes-no fallacy. **Clinical Pharmacology and Therapeutics**, v. 31, n. 4, p. 413-417, 1982.
24. DONOVAN, J. L., BLAKE, D. R. Patient noncompliance: deviance or reasoned decision-making?. **Social Science & Medicine**, v. 34, n. 5, p. 507-513, 1992.
25. EISEN, S. A. et al. The effect of prescribed daily dose frequency on patient medication compliance. **Archives of Internal Medicine**. v. 150, n. 9, p. 1881-1884, Sept. 1990.
26. ELLING, R., WHITTEMORE, R., GREEN, M. Patient participation in a pediatric program. **Journal of Health and Human Behavior**, v. 1, n. 3, p. 183-191, 1960.
27. ERAKER, S. A., KIRSCHT, J. P., BECKER, M. H. Understanding and improving patient compliance. **Annals of Internal Medicine**, v. 100, n. 2, p. 258-268, Feb. 1984.
28. FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. 2 ed. rev. aum. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p. 45.
29. FIVE-YEAR findings of the hypertension detection and follow-up program. **The Journal of the American Medical Association**, v. 242, n. 23, p. 2562-2571, Dec. 1979.
30. FLETCHER, W. S., APPEL, F. A., BOURGOIS, M. Improving emergency-room patient follow-up in a metropolitan teaching hospital. **New England Journal of Medicine**, v. 291, n. 8, p. 385-388, Aug. 1974.
31. FRANCIS, V., KORSCH, M. B., MORRIS, M. J. Gaps in doctor-patient communication. **The New England Journal of Medicine**, v. 280, n. 10, p. 535-540, 1969.
32. FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B. B., SCHMIDT, M. I., GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996. p. 433-443.
33. GIORGI, D. M. et al. Aderência ao tratamento em hipertensão arterial: influência de variáveis estruturais e de estratégias que visem sua

- melhora. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 4, n. 4, p. 167-176, ago. 1985.
34. GOLDSMITH, C. H. The effect of compliance distribution on therapeutic trials. In: HAYNES, R. B., TAYLOR, D. W., SACKETT, D. L. **Compliance in health care**. Baltimore: John Hopkins University, 1979. p. 297-308.
35. GOMES, M. M., ESTEFAN, I. J. S. Reforçar a aderência à medicação prescrita: aspectos práticos. **Arquivos Brasileiros de Medicina**, v. 66, n. 1, p. 41-44, jan./fev. 1992.
36. GOMES, M. M. Aderência à terapia antimicrobiana: manobras para aumentar a aderência. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 23, n. 5, p. 147-149, 1987.
37. GORDIS, L. Conceptual and methodological problems in measuring patient compliance. In: HAYNES, R. B., TAYLOR, D. W., SACKETT, D. L. **Compliance in health care**. Baltimore: John Hopkins University, 1979. p. 23-45.
38. GREENBERG, R. N. Overview of patient compliance with medication dosing: a literature review. **Clinical Therapeutics**, v. 6, n. 5, p. 592-599, 1984.
39. GRUENINGER, U. J. Arterial hypertension: lessons from patient education. **Patient Education and Counseling**, v. 26, p. 37-55, 1995.
40. HAYNES, R. B. Introduction. In: HAYNES, R. B., TAYLOR, D. W., SACKETT, D. L. **Compliance in health care**. Baltimore: John Hopkins University, 1979. p. 1-7.
41. HAYNES, R. B., GIBSON, E. S., TAYLOR, W. et al. Process versus outcome in hypertension: a positive result. **Circulation**, v. 65, n. 1, p. 28-33, 1982.
42. HAYNES, R. B., WANG, E., GOMES, M. M. A critical review of interventions to improve compliance with prescribed medications. **Patient Education and Counseling**, v. 10, p. 155-166, 1987.
43. HASFORD, J. Compliance and the benefit/risk relationship of antihypertensive treatment. **Journal of Cardiovascular Pharmacology**, v. 20, suppl. 6, p. 30-34, 1992.

44. INUI, S. T., CARTER, W. B., PECORARO, R. E. Screening for non-compliance among patients with hypertension: is self-report the best available measure? **Medical Care**, v. 19, n. 10, p. 1061-1064, Oct. 1981.
45. KJELLGREN, K. I., AHLNER, J., SÄLJÖ, R. Taking antihypertensive medication: controlling or co-operating with patients?. **International Journal of Cardiology**, v. 47, n. 3, p. 207-320, Jan. 1995.
46. KORSCH, B. M., GOZZI, E. K., FRANCIS, V. Gaps in doctor-patient communication: doctor-patient interaction and patient satisfaction. **Pediatrics**, v. 42, n. 5, p. 855-871, Nov. 1968.
47. KRUSE, W. et al. Dosage frequency and drug-compliance behaviour: a comparative study on compliance with a medication to be taken twice or four times daily. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v. 41, n. 6, p. 589-592, Dec. 1991.
48. LITT, I. F., CUSKEY, W. R. Compliance with medical regimes during adolescence. **Pediatric Clinics of North America**, v. 27, p.3-15, 1980.
49. _____. Compliance with salicylate therapy in adolescents with juvenile rheumatoid arthritis. **American Journal of Diseases of Children**, v. 135, n. 5, p. 434-436, May 1981.
50. LOTUFO, P. A. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 6, n. 5, set./out. 1996.
51. MARTINS, J. M. C. A não adesão dos pacientes reumáticos ao tratamento. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 27, n. 6, p. 215-216, nov./dez. 1987.
52. MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. v. 1, p. 335.
53. MATTHEWS, D., HINGSON, R. Improving patient compliance: a guide for physicians. **Medical Clinics of North America**, v. 61, n. 4, p. 879-889, Jul. 1977.

54. MOHLER, D. N., WALLIN, D. G., DREYFUS, E. G. Studies in the home treatment of streptococcal disease: failure of patients to take penicillin by mouth as prescribed. **New England Journal of Medicine**, v. 252, n. 26, p. 1116-1117, 1955.
55. MORRIS, L. A., MAZIS, M., GORDON, E. A survey of the effects of oral contraceptive patient information. **The New England Journal of Medicine**, v. 238, n. 23, p. 2504-2508, Dec. 1977.
56. MORISKY, D. E., GREEN, L. W., LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, v. 24, n. 1, p. 67-74, Jan. 1986.
57. NELSON, E. C., STASON, W. B., NEUTRA, R. R. et al. Impact of patient perceptions on compliance with treatment for hypertension. **Medical Care**, v. 16, n. 11, p. 893-906, Nov. 1978.
58. PRATT, L., SELIGMANN, A., READER, G. Physicians' views on the level of medical information among patients. **American Journal of Public Health**, v. 47, p. 1276-1283, Oct. 1957.
59. PRÉCOMA, D. B. et al. Estudo da aderência ao tratamento da hipertensão Arterial. **Revista Médica do Paraná**, v. 47, n. 1/2, p. 5-8, jan./jun. 1989.
60. PROBSTFIELD, J. L. et al. The systolic hypertension in the elderly program (SHEP): an intervention trial on isolated systolic hypertension. **Clinical and Experimental Hypertension**, v. A11, n. 5/6, p. 973-989, 1989.
61. RAMALHINHO, I. M. P. S. **Adesão à terapêutica anti-hipertensiva: contributo para o seu estudo**. Lisboa, 1994. 82p. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 1994.
62. RAPOFF, M., CHRISTOPHERSEN, E. R. Compliance of pediatric patient with medical regimes: a review and evaluation. In: STUART, R. B. **Adherence, compliance and generalization in behavioral medicine**. New York: Brunner, 1982. p. 79-121.

63. RASHID, A. Do patients cash prescriptions? **British Medical Journal**, v. 284, p. 24-26, Jan. 1982.
64. RIBEIRO, A. B. **Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 1-18.
65. ROSNER, B. **Fundamentals of biostatistics**. 2. ed. Boston: Duxbury Press, 1986. p. 54-55.
66. SACKETT, D. L. et al. Randomized clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. **The Lancet**, n. 7918, p. 1205-1207, May 1975.
67. SACKETT, D. L. A compliance praticum for the busy practitioner. In: HAYNES R. B., TAYLOR D. W., SACKETT D. L. **Compliance in health care**. Baltimore: The John Hopkins University, 1979. p. 290.
68. SACKETT, D. L., SNOW, J. C. The magnitude of compliance and non-compliance. In: HAYNES R. B., TAYLOR D. W., SACKETT D. L. **Compliance in health care**. Baltimore: The John Hopkins University, 1979. p. 290.
69. SANTOS, M. A. R. C. **Aderência à antibioticoterapia prescrita em crianças com pneumonia**. Rio de Janeiro, 1996. 114p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 1996.
70. SHARKNESS, C. M., SNOW, D. A. The patient's view of hypertension and compliance. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 8, n. 3, p. 141-146, 1992.
71. SHEA, S., MISRA, D, EHRLICH, M. H. et al. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an Inner-City minority population. **American Journal of Public Health**, v. 82, n. 12, p. 1607-1612

dIX@brrj\ |çªŠ¤X@¤\@®\@,@ÚPÈÈØ@Pì@ÉÚàÂèÐÒÆ@êÛÈÉ
äæèÂÛÈÒÛÍ@ÂÛÈ@ÂÈÐÉäÉÛÆÉ@èP@èäÉÂèÚÛÈ@äÉÍÒÚÛÈ
æ@ÒÛ@àäÂÆèÒèÒPÛÈäZàÂèÒÉÛè@äÉØÂèÒPÛæÐÒàæ\@!P
ÆÒÂØ@!ÆÒÈÛÆÉ@šÈÈÒÆÒÛÈX@ì@f X@Û\@fX@à\A325-
339, 1990.

!• ž ŠX@”\@”\@šÈÈÒÆÂèÒPÛ@†PÚàØÒÂÛÆÉ\@”**ÐÉ@ ÉÈÒÂèäÒÆ@†ØÒÛ**
ÒÆæ@Pì@œPäèÐ@,ÚÉäÒÆÂX@ì@dpX@Û\@bX@à\@jZdbX@
œÉÄ\@brpb\ |ž †Š^,^Š@„,|”Š’¤,@^Š@†,¤”ž”ž Ž’,X@|ž †Š^,^Š@„
¤,|”Š’¤,@^Š@□ ’Š¤”Šœš†□ X@|□ †Š^,^Š@„,|”Š’¤,@^Š@œŠœ¤¤□ ~
□ □ \@”@†PÛæÉÛæP@ÄäÂæÒØÉÒäP@àÄäÂ@P@èäÂèÂÚÛÈè
P@ÈÂ@ÐÒàÉäèÉÛçÆP@ÂäèÉäÒÂØ\@„**äÂçÚØÒÂ@,ÒÈÒÆÂ**
@ì@fdX@Û\@f^hX@à\@bbZdIX@brrj\ |çªŠ¤X@¤\@®\@,@ÚPÈ
ÈØ@Pì@ÉÚàÂèÐÒÆ@êÛÈÉäæèÂÛÈÒÛÍ@ÂÛÈ@ÂÈÐÉäÉÛÆÉ
@èP@èäÉÂèÚÛÈ@äÉÍÒÚÛÈæ@ÒÛ@àäÂÆèÒèÒPÛÈäZàÂèÒ
ÉÛè@äÉØÂèÒPÛæÐÒàæ\@!P**ÆÒÂØ@!ÆÒÈÛÆÉ@šÈÈÒÆÒÛÈ**
X@ì@f X@Û\@fX@à\A325-339, 1990.

72. !• ž ŠX@”\@”\@šÈÈÒÆÂèÒPÛ@†PÚàØÒÂÛÆÉ\@”**ÐÉ@ ÉÈÒÂèäÒ**
Æ@†ØÒÛÒÆæ@Pì@œPäèÐ@,ÚÉäÒÆÂX@ì@dpX@Û\@bX@à
@jZdbX@œÉÄ\@brpb\ |ž †Š^,^Š@„,|”Š’¤,@^Š@†,¤”ž”ž Ž’,X@|ž
†Š^,^Š@„,|”Š’¤,@^Š@□ ’Š¤”Šœš†□ X@|□ †Š^,^Š@„,|”Š’¤,@^Š@
œŠœ¤¤□ ~□ □ \@”@†PÛæÉÛæP@ÄäÂæÒØÉÒäP@àÄäÂ@P@èä
ÂèÂÚÛÈèP@ÈÂ@ÐÒàÉäèÉÛçÆP@ÂäèÉäÒÂØ\@„**äÂçÚØÒÂ@,**
ÒÈÒÆÂ\@ì@fdX@Û\@f^hX@à\@bbZdIX@brrj\ |çªŠ¤X@¤\@®
@,@ÚPÈÈØ@Pì@ÉÚàÂèÐÒÆ@êÛÈÉäæèÂÛÈÒÛÍ@ÂÛÈ@ÂÈÐ
ÉäÉÛÆÉ@èP@èäÉÂèÚÛÈ@äÉÍÒÚÛÈæ@ÒÛ@àäÂÆèÒèÒPÛÈ
äZàÂèÒÉÛè@äÉØÂèÒPÛæÐÒàæ\@!P**ÆÒÂØ@!ÆÒÈÛÆÉ@šÈÈ**
ÒÆÒÛÈX@ì@f X@Û\@fX@à\A325-339, 1990.

73. !□ †Š^,^Š@„,|”Š’¤,@^Š@†,¤”□ ~□ □ ’,X@|□ †Š^,^Š@„,|”Š’¤,@^Š@Š’
¤”Šœš†□ X@|□ †Š^,^Š@„,|”Š’¤,@^Š@œŠœ¤¤□ ~□ □ \@”@†PÛæÉ
ÛæP@ÄäÂæÒØÉÒäP@àÄäÂ@P@èäÂèÂÚÛÈèP@ÈÂ@ÐÒàÉäè
ÉÛçÆP@ÂäèÉäÒÂØ\@„**äÂçÚØÒÂ@,ÒÈÒÆÂ\@ì@fdX@Û\@f^h**
X@à\@bbZdIX@brrj\ |çªŠ¤X@¤\@®\@,@ÚPÈÈØ@Pì@ÉÚàÂèÐ
ÒÆ@êÛÈÉäæèÂÛÈÒÛÍ@ÂÛÈ@ÂÈÐÉäÉÛÆÉ@èP@èäÉÂèÚÛÈè

- @äÊÏÒÚËÛ@ÒÛ@àäÂÆèÒèÒÞÛËäZàÂèÒËÛè@äÊØÂèÒÞÛæ
 ÐÒàæ\@!ÞÆÒÂØ@!ÆÒËÛÆË@šËËÒÆÒÛËX@ì\@f`X@Û\@fX
 @à\A325-339, 1990.
74. !çªŠ¤X@¤\@®\@,@ÚÞËËØ@Þ\@ËÚàÂèÐÒÆ@êÛËËäæèÂÛËËÒÛÏ
 @ÂÛË@ÂËÐËäËÛÆË@èÞ@èäËÂèÚËÛè@äÊÏÒÚËÛ@ÒÛ@àä
 ÂÆèÒèÒÞÛËäZàÂèÒËÛè@äÊØÂèÒÞÛæÐÒàæ\@!ÞÆÒÂØ@!Æ
 ÒËÛÆË@šËËÒÆÒÛËX@ì\@f`X@Û\@fX@à\A325-339, 1990.
75. SRAMEK, J. J. et al. Compliance em hypertension: daily v twice daily.
American Journal of Hypertension, v. 6, p. 1063, 1993.
76. TEIXEIRA, A. C. A. et al. Perfil da utilização de medicamentos na uni-
 dade de pacientes externos do hospital de messejana. In: SEMINÁ-
 RIO BRASILEIRO DE FARMACOEPIDEMIOLOGIA, 1., 1996, Forta-
 leza. **Livro de resumos...** Fortaleza: Imprensa Universitária, 1996.
 p.32-33.
77. THE FIFTH report of the joint national committee on detection, evalua-
 tion, and treatment of high blood pressure (JNC V). **Archives Inter-
 nal Medicine**, v. 153, p. 154-183, Jan. 1993.
78. TROSTLE, J. A. Medical compliance as an ideology. **Social Science &
 Medicine**, v. 27, n. 12, p. 1299-1308, 1988.
79. VILELA, J. E. M., COSTA, D. A. Aderência terapêutica. **Informação
 Psiquiátrica**, v. 10, n.3, p. 78-82, jul./set. 1991.
80. WILLCOX, D. R. C., GILLAN, R., HARE, E. H. Do psychiatric out-
 patients take their drugs?. **British Medical Journal**, v. 2, p. 790-792.
 Oct. 1965.
81. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ATC index with DDD'S 1997**. Os-
 lo, 1997.
82. _____. **Guidelines for ATC classification**. Oslo, 1993.
83. ZENI, P. R. Aderência ao tratamento médico "compliance". **Arquivos
 Catarinenses de Medicina**. v. 50, n. 2/3, p. 63-64, jun./set. 1986.

ANEXO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**Pesquisa: Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial
e seus determinantes em pacientes de ambulatório**

Nº. do questionário: _____

Nº. |__|__|__|

Nº. do prontuário: _____

PRONT

|__|__|__|__|__|

Data da entrevista no hospital: ____/____/____

DATA|__|__|__|

Entrevistador (a): _____

ENT |__|

**INFORMAÇÕES BÁSICAS PARA SELEÇÃO DA AMOSTRA E
CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS**

1) O (a) Sr. (a) tem pressão alta ?

Não =0 Sim =1 N I =9

**SE NÃO, PROCURE OUTRO PACIENTE PARA ENTREVISTAR . SE SIM,
FAÇA A PRÓXIMA PERGUNTA.**

PA|__|

2) Há quanto tempo o (a) Sr. (a) sabe que tem pressão alta ?

Há _____ anos / Há _____ meses N I =99

Não sabe =0 NA =88

SABEPAA|__|__|

SABEPAM|__|__|

3) Há quanto tempo o (a) Sr. (a) trata a sua pressão alta ?

Há _____ anos / Há _____ meses NI =99 NA =88

TRPAA|__|__|

TRPAM|__|__|

4) O (a) Sr. (a) acha necessário tratar a sua pressão alta ?

Não =0 Sim =1

SE SIM, QUANDO ?

Quando está alta =1 Sempre =2

Outro =3 Especifique: _____

NETRPA|__|

QDTRPA|__|

TRPAOUES|__|__|

5) O (a) Sr. (a) tem a sua receita atual com o (a) Senhor (a) ? **(SE SIM, VERIFIQUE SE
NA PRESCRIÇÃO MÉDICA TEM ALGUM ANTI-HIPERTENSIVO. SE SIM,
FAÇA A PRÓXIMA PERGUNTA. SE NÃO, PROCURE OUTRO PACIENTE PA-
RA ENTREVISTAR.)**

- A Receita tem anti-hipertensivo: Não =0 Sim =1 Recusou =3 N A =8

ANTHIP|__|

6) Há quanto tempo o (a) Sr.(a) toma esses medicamentos para pressão alta? **(DIGA O
NOME DOS MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS E INDIQUE NA
PRESCRIÇÃO)**

Há _____ anos / Há _____ meses N A =88 N I =99

Não Sabe =0

TPTOMAA|__|__|

TPTOMAM|__|__|

7) O (a) Sr. (a) veio hoje aqui para: (Caso necessário, cite as opções)

Se consultar com o médico? =1 Receber medicamentos? =2

Se consultar na emergência ? =3 Fazer ou receber exames de laboratório? =4

Ou para fazer outra coisa? =5 Especifique: _____ N I =9

FAZHOJE|__|

|__|__|__|__|

8) Quantas vezes o (a) Sr. (a) já veio se consultar aqui para tratar da pressão alta, de novembro do ano passado para cá ? (CONTE COM A ATUAL) _____ vezes	CONS _ _
* Se a resposta não for precisa, tal como “muitas vezes”, “poucas vezes”, “não me lembro”, experimente:	CONS1 _
- mesmo assim foi: a. menos de 4 vezes de novembro do ano passado para cá =1 b. mais de 4 vezes de novembro do ano passado para cá =2	
* Se mais de 4 vezes, re-experimente:	CONS2 _
- foi: c. mais de 4 e menos de 8 vezes de novembro do ano passado para cá =3 d. mais de 8 vezes de novembro do ano passado para cá =4 NI =9	
8.1. Faltou a alguma consulta marcada de novembro do ano passado para cá ?	FALCONS _
Não =1 Sim =2	
POR QUE ? _____	PQCONS _ _

PERCEPÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO, TRATAMENTO E ATENDIMENTO DO HOSPITAL

9) O que o (a) Sr. (a) acha do atendimento deste hospital ? Ótimo =1 Bom =2 Ruim =3 Péssimo =4 Outro =5 Especifique: _____ NI =9	ATENHOSP _ ATENOUES _
10) Tem alguma coisa que podia ser melhorada no atendimento ? Não =0 NI =9 Sim =1 Especifique: _____	ATENDMEL _ _ MELHORES _ _ _
11) O (a) Sr. (a) percebe quando sua pressão está alta ? Não =0 Sim =1	PERPAALT _
12) O (a) Sr. (a) sabe o que pode acontecer com a pessoa que tem pressão alta ? Não sabe =1 Sabe = 2	SABACOPE _
13) O (a) Sr. (a) tem alguma idéia do que pode ser a causa da sua pressão alta ? Não =0 Sim =1	PACAUSA _
14) O que o (a) Sr. (a) acha dessa (da última) consulta que o (a) Sr. (a) teve com o (a) médico ? Ótima =1 Boa =2 Ruim =3 Péssima =4 Outro =5 Especifique: _____ NI =9	CONSME _ CONSOUES _ _
15) O médico explicou ao (a) Sr. (a) alguma coisa sobre sua pressão alta ? Não =0 Sim =1 (SE NÃO, PASSE PARA A 17)	MEEXPDO _
16) O (o) Sr. (a) ficou satisfeito com a explicação que o médico lhe deu sobre a sua doença ? Não =0 Sim =1	EXPSATDO _
17) O médico explicou o que o (a) Sr. (a) precisa fazer para melhorar da pressão alta ? Não =0 Sim =1 (SE NÃO, PASSE PARA A 19)	MEEXPTR _
18) O (a) Sr. (a) ficou satisfeito com a explicação que o médico lhe deu sobre o que o (a) Sr. (a) precisa fazer para melhorar da pressão alta ? Não =0 Sim =1	EXPSATR _
19) O médico explicou ao (a) Sr. (a) como tomar os medicamentos para melhorar da pressão alta ? Não =0 Sim =1 (SE NÃO, PASSE PARA A 21)	MEXPMED _

INFORMAÇÕES DA PRESCRIÇÃO

26) Medicamentos prescritos e posologia.

() _____
 Dose: _____
 Nº. de vezes ao dia : _____

MED1|_|_|

ATC1|_|_|

DOVE1|_|_|

FQDO1 |_|_|_|_|

() _____
 Dose : _____
 Nº. de vezes ao dia: _____

MED2|_|_|

ATC2|_|_|

DOVE2|_|_|

FQDO2 |_|_|_|_|

() _____
 Dose: _____
 Nº. de vezes ao dia: _____

MED3|_|_|

ATC3|_|_|

DOVE3|_|_|

FQDO3 |_|_|_|_|

() _____
 Dose: _____
 Nº. de vezes ao dia: _____

MED4|_|_|

ATC4|_|_|

DOVE4|_|_|

FQDO4 |_|_|_|_|

27) Medicamentos dispensados na farmácia do hospital

() _____

1DISP|_|_|

() _____

2DISP|_|_|

() _____

3DISP|_|_|

() _____

4DISP|_|_|

28) Medicamentos não dispensados

() _____

1NDISP |_|_|_|

() _____

2NDISP |_|_|_|

() _____

3NDISP |_|_|_|

() _____

4NDISP |_|_|_|

() _____

PRIMEIRA ENTREVISTA DOMICILIAR
Explique novamente ao paciente o objetivo da pesquisa e pergunte se pode continuar a entrevista iniciada no hospital.

Data da **primeira** entrevista domiciliar: ____/____/____ Horário: _____

DATDOMIP
|_|_|_|

Entrevistador (a): _____

HODOMIP|_|_|

29) Atualmente, o (a) Sr. (a) está trabalhando ?
 Não =0 Sim =1 NI = 9

ENTDOP|_|

TRAB|_|

30) Em que o (a) Sr. (a) trabalha atualmente ? NA =8 NI =9
 1) _____ *Ver tabela do IBGE*
 2) _____
 3) _____

OCUPAÇÃO
|_|_|

31) Contando com o Sr. quantas pessoas moram na casa do (a) Sr. (a) ?
 _____ pessoas NI =99

NPESSOAS|_|_|

32) Desses, quantos tem alguma renda ?
 _____ pessoas NI =99

PERENDA|_|_|

33) Quem são os membros da família que tem alguma renda ? (**Preencha com 88 para não se aplica e 99 para não informou**)

1. O (a) Sr. (a) _____ R\$ _____

RENDAFAM
|_|_|_|_|_|_|_|

2. O (a) Sr. (a) _____ R\$ _____

3. O (a) Sr. (a) _____ R\$ _____

4. O (a) Sr. (a) _____ R\$ _____

5. O (a) Sr. (a) _____ R\$ _____

6. O (a) Sr. (a) _____ R\$ _____

34) Na casa do (a) Sr. (a) tem (**LER ITENS ABAIXO**) ? (**SE SIM**) Quantos ?
 QUANTIDADE QUE POSSUI

ITENS DE CONFORTO	NÃO TEM	QUANTIDADE QUE POSSUI						
		1	2	3	4	5	6 ou +	
a. Carro ?	9	1	2	3	4	5	6	CARRO _
b. Rádio ?	9	1	2	3	4	5	6	RÁDIO _
c. Banheiro	9	1	2	3	4	5	6	BANH _
d. Empregada mensalista	9	1	2	3	4	5	6	EMPM _
e. TV a cores ?	9	1	2	3	4	5	6	TVC _
g. Máquina de lavar roupa	9	1	2	3	4	5	6	LAVAR _
h. Aspirador de pó	9	1	2	3	4	5	6	ASP _
i. Videocassete ?	9	1	2	3	4	5	6	VÍDEO _
j. Geladeira ?	9	1	2	3	4	5	6	GELAD _

35) Qual a data de nascimento do (a) Sr. (a) ? (Anote no espaço abaixo e depois confirme com as informações do prontuário)

____/____/____ (Preencha com 99 cada espaço se não informar)
____ anos

IDADE|_|_|_|_|

36) Qual o seu estado civil ?

Casado =1 União consensual =2 Solteiro =3 Viúvo =4
Separado/Divorciado =5 Outro =6 Especifique: _____

CIVIL|_|

37) Sexo

Feminino =1 Masculino =2

SEXO|_|

38) E até que série o chefe da família estudou na escola ?

39) Entrevistado 40) Chefe da família

1. Analfabeto/Primário incompleto	1	1
2. Primário completo/Ginásial incompleto	2	2
3. Ginásial completo	3	3
4. Colegial incompleto	4	4
5. Colegial completo	5	5
6. Superior incompleto	6	6
7. Superior completo	7	7
8. Não sabe	0	0

ENTRE|_|_|_|
CHEFE|_|_|_|

Adesão ao Tratamento

Peça a permissão do paciente para ver a receita médica e todas as embalagens dos medicamentos prescritos na última consulta, para efetuar a contagem de comprimidos.

41) O (a) Sr. (a) conseguiu adquirir todos os medicamentos prescritos ?

Não =0 Sim =1 N I =9

ADQTODOS|_|

42) Ainda resta algum medicamento em casa que o (a) Sr. (a) recebeu na farmácia do hospital ou adquiriu em outro local, numa data anterior ?

Não =0 Sim =1 N I =9

RESTA|_|

43) Conte todos os medicamentos que o paciente tem em casa, e que são do último tratamento prescrito (anote o código e o nome do medicamento).

() _____
a. Comprimidos contados: _____

1CONTP|_|_|_|
|_|_|_|

() _____
a. Comprimidos contados: _____

2CONTP|_|_|_|
|_|_|_|

() _____
a. Comprimidos contados: _____

3CONTP|_|_|_|
|_|_|_|

() _____
a. Comprimidos contados: _____

4CONTP|_|_|_|
|_|_|_|

44) Medicamentos adquiridos (**ANOTE O CÓDIGO, NOME E CONCENTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS QUE NÃO FORAM RECEBIDOS NA FARMÁCIA DO HOSPITAL, MAS FORAM ADQUIRIDOS EM OUTRO LOCAL**).

- () _____
 () _____
 () _____
 () _____

1ADQ|_|_|
 2ADQ|_|_|
 3ADQ|_|_|
 4ADQ|_|_|

45) Medicamentos não recebidos e não adquiridos (**ANOTE O CÓDIGO, NOME E CONCENTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS QUE NÃO FORAM RECEBIDOS NA FARMÁCIA DO HOSPITAL E NEM ADQUIRIDOS EM OUTRO LOCAL**).

- () _____
 () _____
 () _____
 () _____

1NREAD|_|_|
 2NREAD|_|_|
 3NREAD|_|_|
 4NREAD|_|_|

46. Por que o Sr.(a) não adquiriu o:

() _____ ? (**Anote o código, nome e concentração do medicamento no espaço em branco baseado na resposta da questão 45**)

- a. Estava faltando no hospital =1 b. Não teve dinheiro para comprar =2
 c. Ambas (a e b) =3 d. Outro =4 Especificar: _____ e. N A =8 f. N I =9

1PQNAD|_|_|
 |_|_|_|_|

1NADOUES
 |_|_|_|_|

() _____ ? (**Anote o código, nome e concentração do medicamento no espaço em branco baseado na resposta da questão 45**)

- a. Estava faltando no hospital =1 b. Não teve dinheiro para comprar =2
 c. Ambas (a e b) =3 d. Outro =4 Especificar: _____ e. N A =8 f. N I =9

2PQNAD|_|_|
 |_|_|_|_|

2NADOUES
 |_|_|_|_|

() _____ ? (**Anote o código, nome e concentração do medicamento no espaço em branco baseado na resposta da questão 45**)

- a. Estava faltando no hospital =1 b. Não teve dinheiro para comprar =2
 c. Ambas (a e b) =3 d. Outro =4 Especificar: _____ e. N A =8 f. N I =9

3PQNAD|_|_|
 |_|_|_|_|

3NADOUES
 |_|_|_|_|

() _____ ? (**Anote o código, nome e concentração do medicamento no espaço em branco baseado na resposta da questão 45**)

- a. Estava faltando no hospital =1 b. Não teve dinheiro para comprar =2
 c. Ambas (a e b) =3 d. Outro =4 Especificar: _____ e. N A =8 f. N I =9

4PQNAD|_|_|
 |_|_|_|_|

4NADOUES
 |_|_|_|_|

47) Às vezes o (a) Sr. (a) se esquece de tomar os medicamentos para pressão ?

- Não =0 Sim =1 N I =9

LEMBRAR|_|

48) É descuidado com as horas de tomar os medicamentos para pressão ?

- Não =0 Sim =1 N I =9

DESCTO|_|

49) Quando se sente melhor, às vezes pára de tomar seus medicamentos para pressão ?

- Não =0 Sim =1 N I =9

PARABEM|_|

50) Às vezes quando o (a) Sr.(a) toma os medicamentos e se sente mal, pára de tomá-los?

- Não =0 Sim =1 N I =9

PARAMAL|_|

51) Às vezes, quando acabam os medicamentos da pressão, interrompe o tratamento ?

- Não =0 Sim =1 N I =9

INTRAT|_|

52) Às vezes, quando toma os medicamentos da pressão e se sente mal, toma mais um comprimido ?

- Não =0 Sim =1 N I =9

TOMAIS|_|

53) Como é que o (a) Sr. (a) tomou os seus medicamentos ontem ? **(MOSTRE CADA UM DOS MEDICAMENTOS E ANOTE O CÓDIGO E O NOME NOS ESPAÇOS ABAIXO)** (N A =88 e N I =99, caso necessário)

() _____
 Quantas vezes ao dia ? _____
 Quais os horários ? ____/____/____/____
 Quantos comprimidos de cada vez ? _____

1TOMATP|_|_|_|
 1QTVEZP
 |_|_|_|_|

() _____
 Quantas vezes ao dia ? _____
 Quais os horários ? ____/____/____/____
 Quantos comprimidos de cada vez ? _____

2TOMATP|_|_|_|
 2QTVEZP
 |_|_|_|_|

() _____
 Quantas vezes ao dia ? _____
 Quais os horários ? ____/____/____/____
 Quantos comprimidos de cada vez ? _____

3TOMATP|_|_|_|
 3QTVEZP
 |_|_|_|_|

() _____
 Quantas vezes ao dia ? _____
 Quais os horários ? ____/____/____/____
 Quantos comprimidos de cada vez ? _____

4TOMATP|_|_|_|
 4QTVEZP
 |_|_|_|_|

54) Compare a dose informada de cada um dos medicamentos. Se forem as mesmas, passe para a questão 55. Se para algum deles a quantidade de comprimidos e/ou a concentração do medicamento e/ou o número de vezes ao dia, não corresponder à prescrição, mostre o respectivo medicamento e faça a (s) pergunta (a) 54.1 e/ou 54.2 e/ou 54.3, conforme o caso. Se o paciente não estiver tomando qualquer um dos medicamentos prescritos, faça a pergunta 54.4. **(ESCREVA O NÚMERO DA (S) PERGUNTA (S) FEITA (S) AO LADO DE CADA OPÇÃO ESCOLHIDA)**

Por que o (a) Sr. (a) está tomando essa (e):

54.1) QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS ?

54.2) CONCENTRAÇÃO DO MEDICAMENTO ?

54.3) N° DE VEZES AO DIA?

54.4) POR QUE O (A) SR. (A) NÃO ESTÁ TOMANDO ESSE MEDICAMENTO ?

(Anote o código, nome e concentração do medicamento nos espaços abaixo, de acordo com a prescrição médica).

() _____
 Para durar mais =0 A dose prescrita era muito alta =1
 Teve efeito colateral =2 Especifique: _____
 Não sabe como tomar =3 Sente-se bem =4
 Não pode comprar =5 Esqueceu de tomar =6
 Outro =7 Especifique: _____

1PQQTP|_|_|_|
 |_|_|_|_|_|_|_|
 |_|_|_|_|

1PQCONP|_|_|_|
 |_|_|_|_|_|_|_|
 |_|_|_|_|

1PQVEZP|_|_|_|
 |_|_|_|_|_|_|_|
 |_|_|_|_|

1PQNTP|_|_|_|
 |_|_|_|_|_|_|_|
 |_|_|_|_|

N A =8 N I =9

<p>() _____ Para durar mais =0 A dose prescrita era muito alta =1 Teve efeito colateral =2 Especifique: _____ Não sabe como tomar =3 Sente-se bem =4 Não pode comprar =5 Esqueceu de tomar =6 Outro =7 Especifique: _____ _____ _____</p>	<p>2PQQTP _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>N A =8 N I =9</p>	<p>2PQCONP _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p></p>	<p>2PQVEZP _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p></p>	<p>2PQNTTP _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>() _____ Para durar mais =0 A dose prescrita era muito alta =1 Teve efeito colateral =2 Especifique: _____ Não sabe como tomar =3 Sente-se bem =4 Não pode comprar =5 Esqueceu de tomar =6 Outro =7 Especifique: _____ _____ _____</p>	<p>3PQQTP _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>N A =8 N I =9</p>	<p>3PQCONP _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p></p>	<p>3PQVEZP _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p></p>	<p>3PQNTTP _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>() _____ Para durar mais =0 A dose prescrita era muito alta =1 Teve efeito colateral =2 Especifique: _____ Não sabe como tomar =3 Sente-se bem =4 Não pode comprar =5 Esqueceu de tomar =6 Outro =7 Especifique: _____ _____ _____</p>	<p>4PQQTP _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>N A =8 N I =9</p>	<p>4PQCONP _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p></p>	<p>4PQVEZP _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p></p>	<p>4PQNTTP _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>55) Alguém ajuda o (a) Sr. (a) a tomar os medicamentos ? Não =1 Sim =2 N I =9</p>	<p>AJTOMA _ _ </p>
<p>56) O (a) Sr. (a) acha que o tratamento está tendo algum efeito para a sua saúde ? Sim, para melhor =1 Sim, para pior =2 Nenhum efeito =3 Outro =4 Especifique: _____ N I =9</p>	<p>EFSAUDE _ _ </p>
<p>57) Dos medicamentos que o (a) Sr. (a) toma, tem algum que o (a) Sr. (a) acha que lhe faz mais bem ? Sim =1 Especifique: _____ Não =2 N I =9</p>	<p>EFOUTRO _ _ </p>
<p>58) Dos medicamentos que o (a) Sr. (a) toma, tem algum que o (a) Sr. (a) acha que não lhe</p>	<p>MEDBEM _ _ </p>
<p></p>	<p>BEMSIMES _ _ _ </p>
<p></p>	<p>MEDMAL _ _ </p>

faz muito bem ?

Sim =1 Especifique: _____ Não =2 NI =9

MALSIMES|_|_|

SEGUNDA ENTREVISTA DOMICILIAR

Entrevistador (a): _____

ENTDO |_|_|

Data da **primeira** visita domiciliar: ___/___/___DATDOMIP
|_|_|_|_|_|_|_|Horário da **primeira** visita domiciliar: _____ horas

HODOMIS|_|_|_|

Data da **segunda** visita domiciliar: ___/___/___DATDOMIS
|_|_|_|_|_|_|_|Horário da **segunda** visita domiciliar: _____ horas

HODOMIS|_|_|_|

Adesão ao Tratamento

Peça a permissão do (a) paciente para ver a receita médica e todas as embalagens dos medicamentos prescritos na última consulta. pergunte se adquiriu novas embalagens desde a primeira visita domiciliar.

59) Conte todos os medicamentos que o paciente tem em casa, e que são do último tratamento prescrito (anote o código e o nome do medicamento). **AS LETRAS a, d, e, f e g SERÃO PREENCHIDAS PELO SUPERVISOR.**

() _____

a. Comprimidos contados na **primeira** visita: _____b. Comprimidos **adquiridos** desde a primeira visita: _____c. Comprimidos contados na **segunda** visita: _____d. Comprimidos contados na **primeira visita** + comprimidos **adquiridos** desde a primeira visita (a + b): _____e. Comprimidos **consumidos** no intervalo (d - c): _____

f. Comprimidos que deveriam ter sido consumidos: _____

g. $A_2 = e/f \times 100 = \text{_____}\%$ 1CONSINT|_|_|_|
|_|_|1CDEVE|_|_|_|
|_|_|

() _____

a. Comprimidos contados na **primeira** visita: _____b. Comprimidos **adquiridos** desde a primeira visita: _____c. Comprimidos contados na **segunda** visita: _____d. Comprimidos contados na **primeira visita** + comprimidos **adquiridos** desde a primeira visita (a + b): _____e. Comprimidos **consumidos** no intervalo (d - c): _____

f. Comprimidos que deveriam ter sido consumidos: _____

g. $A_2 = e/f \times 100 = \text{_____}\%$ 2CONSINT|_|_|_|
|_|_|2CDEVE|_|_|_|
|_|_|

() _____

a. Comprimidos contados na **primeira** visita: _____b. Comprimidos **adquiridos** desde a primeira visita: _____c. Comprimidos contados na **segunda** visita: _____d. Comprimidos contados na **primeira visita** + comprimidos **adquiridos** desde a primeira visita (a + b): _____e. Comprimidos **consumidos** no intervalo (d - c): _____

f. Comprimidos que deveriam ter sido consumidos: _____

g. $A_2 = e/f \times 100 = \text{_____}\%$ 3CONSINT|_|_|_|
|_|_|3CDEVE|_|_|_|
|_|_|

- () _____
- a. Comprimidos contados na **primeira** visita: _____
- b. Comprimidos **adquiridos** desde a primeira visita: _____
- c. Comprimidos contados na **segunda** visita: _____
- d. Comprimidos contados na **primeira visita** + comprimidos **adquiridos** desde a primeira visita (a + b): _____
- e. Comprimidos **consumidos** no intervalo (d - c): _____
- f. Comprimidos que deveriam ter sido consumidos: _____
- g. $A_2 = e/f \times 100 = \text{_____}\%$
- 4CONSINT|_|_|_|
|_|_|
- 4CDEVE|_|_|_|
|_|_|

60) Como é que o (a) Sr. (a) tomou os seus medicamentos ontem ? (**MOSTRE CADA UM DOS MEDICAMENTOS E ANOTE O CÓDIGO E O NOME NOS ESPAÇOS ABAIXO**) (N A =88 e N I =99, caso necessário)

- () _____
- Quantas vezes ao dia ? _____
- Quais os horários ? ____/____/____/____
- Quantos comprimidos de cada vez ? _____
- 1TOMATS|_|_|_|
1QTVEZS
|_|_|_|
- () _____
- Quantas vezes ao dia ? _____
- Quais os horários ? ____/____/____/____
- Quantos comprimidos de cada vez ? _____
- 2TOMATS|_|_|_|
2QTVEZS
|_|_|_|
- () _____
- Quantas vezes ao dia ? _____
- Quais os horários ? ____/____/____/____
- Quantos comprimidos de cada vez ? _____
- 3TOMATS|_|_|_|
3QTVEZS
|_|_|_|
- () _____
- Quantas vezes ao dia ? _____
- Quais os horários ? ____/____/____/____
- Quantos comprimidos de cada vez ? _____
- 4TOMATS|_|_|_|
4QTVEZS
|_|_|_|

61) Compare a dose informada de cada um dos medicamentos. Se forem as mesmas, não precisa fazer nenhuma das questões seguintes. Se para algum deles a quantidade de comprimidos e/ou a concentração do medicamento e/ou o número de vezes ao dia, não corresponder à prescrição, mostre o respectivo medicamento e faça a (s) pergunta (s) 61.1 e/ou 61.2 e/ou 61.3, conforme o caso. Se o paciente não estiver tomando qualquer um dos medicamentos prescritos, faça a pergunta 61.4. (**ESCREVA O NÚMERO DA (S) PERGUNTA (S) FEITA (S) AO LADO DA OPÇÃO ESCOLHIDA**)

Por que o (a) Sr. (a) está tomando essa (e):

61.1) QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS ?

61.2) CONCENTRAÇÃO DO MEDICAMENTO ?

61.3) N° DE VEZES AO DIA?

61.4) POR QUE O (A) SR. (A) NÃO ESTÁ TOMANDO ESSE MEDICAMENTO ?

(Anote o código, nome e concentração do medicamento nos espaços abaixo, de acordo com a prescrição médica).

<p>() _____ Para durar mais =0 A dose prescrita era muito alta =1 Teve efeito colateral =2 Especifique: _____ Não sabe como tomar =3 Sente-se bem =4 Não pode comprar =5 Esqueceu de tomar =6 Outro =7 Especifique: _____</p> <p>N A =88 N I =99</p>	<p>1PQQTS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>1PQCONS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>1PQVEZS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>1PQNTS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>() _____ Para durar mais =0 A dose prescrita era muito alta =1 Teve efeito colateral =2 Especifique: _____ Não sabe como tomar =3 Sente-se bem =4 Não pode comprar =5 Esqueceu de tomar =6 Outro =7 Especifique: _____</p> <p>N A =88 N I =99</p>	<p>2PQQTS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>2PQCONS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>2PQVEZS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>2PQNTS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>() _____ Para durar mais =0 A dose prescrita era muito alta =1 Teve efeito colateral =2 Especifique: _____ Não sabe como tomar =3 Sente-se bem =4 Não pode comprar =5 Esqueceu de tomar =6 Outro =7 Especifique: _____</p> <p>N A =88 N I =99</p>	<p>3PQQTS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>3PQCONS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>3PQVEZS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>3PQNTS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>() _____ Para durar mais =0 A dose prescrita era muito alta =1 Teve efeito colateral =2 Especifique: _____ Não sabe como tomar =3 Sente-se bem =4 Não pode comprar =5 Esqueceu de tomar =6 Outro =7 Especifique: _____</p> <p>N A =88 N I =99</p>	<p>4PQQTS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>4PQCONS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>4PQVEZS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>4PQNTS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>

