



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

ALLANA KAREN DIAS LINS

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE
PACIENTES HIPERTENSOS IDOSOS EM SEGUIMENTO CLÍNICO
AMBULATORIAL**

ARACAJU

2018

ALLANA KAREN DIAS LINS

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE
PACIENTES HIPERTENSOS IDOSOS EM SEGUIMENTO CLÍNICO
AMBULATORIAL**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Dias Antunes

Autora: Allana Karen Dias Lins

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Dias Antunes

ALLANA KAREN DIAS LINS

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE
PACIENTES HIPERTENSOS IDOSOS EM SEGUIMENTO CLÍNICO
AMBULATORIAL**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovada em: ____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA:

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho primeiramente à Deus, pela força e coragem fornecidas ao longo da minha trajetória até este momento.

À minha mãe, Joana Lília Dias Lins, que sempre esteve ao meu lado, me incentivava mesmo quando eu pensava em desistir, me deu força, ânimo, sustento, para a realização deste trabalho.

À minha irmã Láina Krysna Dias Lins, por todo incentivo, ajuda e carinho ao longo desses anos.

À minha prima, Márcia Helen Dias da Mota, que sempre me ajudou na construção e aperfeiçoamento do meu conhecimento.

Ao meu orientador, querido e amigo, Prof. Dr. Fabrício Dias Antunes, que sempre esteve disponível para a construção deste trabalho.

Às minhas amigas Juliana Fontes de Menezes e Adeline Brito Sales, que me ajudaram na construção e elaboração deste projeto. Vocês foram fundamentais.

Às equipes da Unidade Básica de Saúde Fernando Sampaio e do Centro de Diabetes IPESAÚDE que sempre se mostraram solícitas.

Enfim, obrigada a todos que contribuíram de alguma maneira para a realização deste projeto.

LISTA DE TABELAS

REVISÃO DA LITERATURA

Tabela 1: Categorias da pressão arterial pela AHA ----- 07

ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1: Características sociodemográficas dos 80 pacientes idosos hipertensos--32

Tabela 2: Escore de adesão medicamentosa BMQ dos 80 pacientes entrevistados na amostra -----33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

- ACC American College of Cardiology
- AHA American Heart Association
- AVE Acidente Vascular Encefálico
- BCCA Bloqueadores dos Canais de Cálcio
- BMQ Brief Medication Questionnaire
- BRA Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina
- DAP Doença Arterial Periférica
- DM2 Diabetes Mellitus tipo 2
- DRC Doença Renal Crônica
- HAS Hipertensão Arterial Sistêmica
- HVE Hipertrofia Ventricular Esquerda
- IAM Infarto Agudo do Miocárdio
- IC Insuficiência Cardíaca
- IECA Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
- OMS Organização Mundial de Saúde
- PA Pressão Arterial
- PAS Pressão Arterial Sistólica
- PAD Pressão Arterial Diastólica
- UBS Unidade Básica de Saúde
- TCLE Termo de consentimento livre e esclarecido

SUMÁRIO

1 REVISÃO DA LITERATURA	07
1.1 Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	07
1.2 Adesão à farmacoterapia	09
1.3 Métodos para avaliar a adesão	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14
2 NORMAS DE PUBLICAÇÃO	18
3 ARTIGO ORIGINAL	26
RESUMO	27
ABSTRACT	28
INTRODUÇÃO	29
METODOLOGIA	30
RESULTADOS	31
DISCUSSÃO	34
CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE A - APÊNDICE A – VERSÃO EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE	43

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

As doenças crônicas são de caráter permanente, apresentam alguma incapacidade residual, e são causadas por alterações patológicas não reversíveis, requerendo um longo período de cuidado (MENDIS *et al*, 2003). A HAS é uma dessas doenças, constituindo-se o maior fator de risco para outras enfermidades cardiovasculares, particularmente quando se trata da população idosa (PICON *et al*, 2013). A HAS não-controlada contribui para uma morbidade prematura e altos índices de mortalidade (VAN DER LAAN *et al*, 2017).

É de suma importância o conhecimento a respeito da HAS e de seus modelos terapêuticos para prolongar a expectativa de vida e reduzir a incidência de eventos cardiovasculares. (PICON *et al.*, 2017). A HAS está frequentemente associada a diversas alterações metabólicas, que conduzem a um maior risco de doenças cardiovasculares fatais (MALTA, 2017).

Segundo o *American College of Cardiology (ACC)* e a *American Heart Association (AHA)*, é recomendada uma nova abordagem para a classificação dos níveis de pressão arterial (PA) em adultos. O atual Guideline considera uma Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≥ 130 mmHg ou Pressão Arterial Diastólica ≥ 80 mmHg (Reboussin *et al.*, 2018) como elevada. A completa classificação pela *AHA* encontra-se na tabela abaixo:

Tabela 1: Categorias da pressão arterial pela AHA

Categoria da Pressão Arterial	Pressão Arterial Sistólica (PAS)		Pressão Arterial Diastólica (PAD)
Normal	Menor que 120	e	Menor que 80
Elevada	120-129	e	Menor que 80
Hipertensão estágio 1	130-139	ou	80-89
Hipertensão estágio 2	140 ou mais	ou	90 ou mais
Crise hipertensiva	Maior que 180	e/ou	Maior que 120

O risco para que se desenvolva HAS aumenta com o passar da idade, alcançando uma prevalência de até 60% em países desenvolvidos, assim como na América Latina (CUNHA, 2012). Há uma associação independente com eventos cardiovasculares, tais como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Arterial Periférica (DAP) e Doença Renal Crônica (DRC) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Além disso, é sugerido que a patologia aumenta o risco para declínios cognitivos e demência em idosos (SEOW *et al*, 2015).

A medição correta da PA é fundamental para que seja categorizada de maneira adequada-, e desta forma-, haja o correto manejo da PA considerada elevada, além da medição do risco cardiovascular para doença aterosclerótica (Reboussin *et al.*, 2018). A medição pode ser realizada por esfigmomanômetros manuais, semi-automáticos ou automáticos, validados e calibrados anualmente. Fazer o preparo adequado do paciente, questionando-o sobre bexiga cheia, tabagismo nos últimos 30 minutos, ou quaisquer atividades que possam interferir na mensuração fidedigna da PA é de suma importância. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Há uma estimativa feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que até o ano de 2025 haja um crescimento mundial da HAS em 60%. Hoje, estima-se que mais de 600 milhões de pessoas são portadoras de HAS e os números de mortes anuais relacionadas chegam a mais de 7 milhões (Tomie *et al.*, 2017). No Brasil, a HAS atinge 36 milhões de indivíduos adultos, contribuindo com 50% das mortes por doença cardiovascular. O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, utilizando informações autorreferidas pela população, estima uma prevalência média da HAS de aproximadamente 21,4% em todo o país (MALTA *et al*, 2017).

Há diversos fatores de risco que podem contribuir para o aparecimento da HAS e corroborar para o seu agravamento. Dentre os fatores descritos como modificáveis há o tabagismo, sedentarismo, a obesidade, além do consumo elevado de sal e álcool. Dentre aqueles descritos como não modificáveis, há a história familiar, sexo, idade e raça (ROWA, 2015).

Afim de reduzir a PA, a abordagem terapêutica inclui medidas comportamentais, como redução de peso corporal, diminuição da ingestão de sal e álcool, controle do estresse e atividade física média continuada, além do uso de fármacos anti-hipertensivos, evitando-se a longo prazo lesões em órgãos alvo, e garantindo a prevenção de maus desfechos cardiovasculares e renais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O tratamento da HAS é contínuo e, na maioria das vezes, há a necessidade de combinação de fármacos para o controle adequado da PA. Este fato aumenta a complexidade do tratamento de maneira geral, resultando em uma diminuição das taxas de adesão dos pacientes à farmacoterapia e, conseqüentemente, controle inadequado da PA (RIGONI *et al*, 2015).

A grande maioria dos idosos hipertensos possui comorbidades direta ou indiretamente relacionadas. Estas têm como consequência tratamentos complexos e onerosos, com um número significativo de medicamentos a serem tomados, por vezes mais de uma vez ao dia. Desta forma, gera-se uma polifarmácia, o que determina um maior nível de dificuldade em seguir à risca a prescrição feita pelo médico, o que poderá acarretar em comprometimento da terapêutica e, deste modo, a plenitude da sua eficiência (CAVALARI *et al*, 2012).

Considerando-se que a HAS tem uma elevada prevalência, com taxas de controle insuficientes, que o risco para se desenvolver a patologia aumenta com a idade, e é considerada um fator de risco para diversas outras comorbidades, observar os fatores determinantes para uma baixa adesão à farmacoterapia pelos idosos é fundamental para corrigir as falhas, e garantir posteriormente um melhor desfecho para essa parcela da população, já que o tratamento anti-hipertensivo é de alta eficácia quando realizado de maneira adequada segundo a prescrição médica.

1.2 Adesão ao tratamento medicamentoso

Segundo a OMS, a adesão à farmacoterapia baseia-se no comportamento real do paciente perante o prescritor (MENDIS *et al*, 2003). Não cumprir o tratamento da forma como foi proposta resulta em prejuízos diversos, tais como, complicações médicas e psicossociais da doença, redução da qualidade de vida, maiores chances

do paciente desenvolver resistência ao medicamento prescrito, além de desperdício dos recursos propostos para assistência em saúde (ARAÚJO *et al*, 2006).

Preconiza-se que aderir a uma terapia de longo prazo vai além de tomar uma medicação, mas sim uma mudança comportamental do indivíduo como um todo: lembrar de tomar o medicamento, seguir uma dieta saudável, redução do estresse, atividades físicas regulares, ou seja, um novo estilo de vida baseado nas recomendações propostas por um profissional qualificado (MENDIS *et al*, 2003).

Alguns autores sugerem que a adesão é definida pela utilização dos medicamentos prescritos, ou outros procedimentos, em no mínimo 80% do seu total (CAVALARI *et al*, 2012) (LEITE, 2003). Isto nos mostra a complexidade do tema, devendo ser um dos pilares nos cuidados de saúde em que o profissional deve estar atento, com particular atenção para as doenças crônicas (AMARAL *et al*, 2015). São definidos como comportamentos de adesão: Adquirir os fármacos e administrá-los na dose correta, horários e vias adequados, e o uso continuado dos mesmos (sob a supervisão do prescritor). (RUPPAR *et al*, 2008).

Devido a esta complexidade, nos últimos anos, a adesão tornou-se um dos maiores obstáculos à prática médica de qualidade. Cerca de 40 a 60% dos pacientes não fazem uso correto das medicações prescritas, aumentando-se esta taxa quando correlacionamos esses dados ao estilo de vida que o paciente leva (BARBOSA *et al*, 2006). O impacto da pouca adesão dos pacientes em países em desenvolvimento é resultante, em parte, tanto da escassez como da desigualdade de acesso aos serviços de saúde (MENDIS, 2003).

As razões para a não-adesão podem ser classificadas em fatores intrínsecos ao paciente, fatores do medicamento (embalagem, regime da droga, efeitos colaterais, não saber as consequências da sua não utilização de maneira adequada), fatores dos provedores dos cuidados em saúde (estabelecimento de confiança entre o profissional e o paciente facilitaria seu entendimento a respeito da doença, do uso do medicamento, dos seus benefícios, dos possíveis efeitos colaterais, e a importância da continuidade do tratamento), fatores do sistema de saúde e fatores socioeconômicos (YAP *et al*, 2016).

Quando se trata da HAS, alguns fatores destacam-se, tais como, a falta de conhecimento do paciente a respeito da doença, a falta motivacional por ser uma doença crônica e, portanto, de tratamento contínuo, baixo nível socioeconômico, aspectos culturais, baixa autoestima, relacionamento inadequado com a equipe multidisciplinar de saúde, dificuldade de acesso às consultas, entre outros (BEZERRA *et al*, 2014).

Em países desenvolvidos, apesar da ampla disponibilidade de tratamentos com alta eficiência, há uma estimativa que apenas 25% dos pacientes hipertensos em acompanhamento apresentam um bom controle da pressão arterial, sendo que mais de 50% deles são submetidos ao tratamento com anti-hipertensivos e acabam por abandoná-lo por volta do fim do primeiro ano de uso da medicação (FILHO & ARQUITETURA, 2005).

Quando observamos aqueles que ainda permanecem sob orientação do profissional, apenas 50% utiliza de forma adequada pelo menos 80% das medicações prescritas. Portanto, seria estimado que 75% dos pacientes hipertensos não possuiriam controle pressórico adequado (MENDIS, 2003).

A baixa adesão à farmacoterapia é considerada como o principal fator do controle inadequado da PA (VAN DER LAAN *et al*, 2017). Aderir ao medicamento tem sido um grande problema na população idosa, à medida que estes são mais propensos a múltiplas comorbidades, estando em maior risco para utilização de polifarmácia, portanto, maior risco para uma difícil adesão terapêutica quando se compara com a população jovem (YAP *et al*, 2016).

Algumas medidas podem ser aderidas para que se tenha uma melhor efetividade na adesão ao tratamento. Dentre elas destacam-se intervenções individualizadas, médicos clínicos de qualidade, aconselhamento, automonitoramento, informar corretamente o que foi prescrito, fazer com que a família participe do tratamento proposto, decisão compartilhada com o paciente a respeito das medicações que serão utilizadas, estabelecer metas de curto, médio e longo prazo para determinada doença e dar seguimento correto do tratamento com o profissional (HAYNES, 2008).

1.3 Métodos para avaliar a adesão

É trabalhoso detectar a não-adesão, e mais ainda quantificá-la. Apesar de ser reportada como uma variável dicotômica (adesão ou não-adesão), pode-se haver uma variação ao longo de um contínuo de zero a mais de 100% em pacientes que usam mais do que as medicações prescritas pelos médicos (OSTERBERG *et al*, 2005). Ainda não é unânime o padrão que constitui a taxa de adesão adequada para o tratamento de doenças crônicas, sendo que alguns ensaios relacionados à HAS consideram taxas acima de 80% aceitáveis (BARBOSA *et al*, 2006).

Vários métodos nas últimas décadas têm sido propostos para que se possa quantificar da melhor maneira possível a adesão medicamentosa dos pacientes ao tratamento. No entanto, ainda não se obteve um método considerado “padrão-ouro”, pois cada um apresenta determinadas limitações (RIGONI *et al*, 2015).

A avaliação da adesão é subdividida em dois grandes grupos: Os métodos diretos e os indiretos. Os métodos diretos são metodologias analíticas laboratoriais que nos dão uma estimativa se o medicamento proposto foi ou não utilizado de maneira correta em dose e frequência (dosagem do princípio ativo, metabólito da droga). Já os métodos indiretos são informações que os próprios pacientes fornecem por outras estimativas indiretas, como por exemplo, entrevista, diário do paciente, questionários estruturados, contagem manual de comprimidos, registro de retirada de medicamentos em farmácias e *Medication Event Monitoring System (MEMS)* (OBRELI *et al*, 2012).

Os questionários validados se enquadram no grupo dos métodos indiretos, e também são denominados de autorreferidos. Estes são os mais utilizados para se mensurar a adesão na prática clínica (OBRELI *et al*, 2012). Isto se deve ao fato de ser uma técnica de baixo custo, rápida, quantitativa, e que nos permite dar seguimento a um grande número de indivíduos em uma localidade (BEN *et al*, 2011). Entretanto, como limitação, este método é manipulável, e pode causar a falsa impressão de aderência por conta dos pacientes, pois estes muitas vezes respondem aquilo que pensam que seja correto, e não aquilo que realmente fazem (OBRELI *et al*, 2012).

O *Brief Medication Questionnaire (BMQ)* é um questionário estruturado, e foi validado em inglês numa população de hipertensos em 1998 nos EUA. Sua proposta para mensurar a adesão baseia-se em identificar quais são as barreiras pertinentes,

as crenças, e a recordação perante a prescrição farmacoterapêutica. Desta forma, o BMQ foi dividido em 3 grandes domínios (BEN *et al*, 2011).

O primeiro domínio - Domínio Regime - avalia o comportamento do paciente perante à sua prescrição. O segundo domínio - Domínio Crença - nos mostra a crença do indivíduo perante a eficiência do tratamento proposto. O terceiro domínio - Domínio Recordação - visualiza quais as barreiras para recordar-se do medicamento prescrito. O desempenho do BMQ no domínio regime apresenta uma taxa de sensibilidade de 77% e especificidade de 58%, quando traduzido para a versão em português (BEN *et al*, 2011).

A avaliação da adesão medicamentosa pode nortear o médico quanto à sua prescrição, se esta está ineficiente, ou se o tratamento proposto está inadequado. Apesar de os métodos de adesão terem as suas limitações, fornecem um direcionamento para a prática clínica-, otimizando da maneira mais adequada o tratamento de cada paciente-, dentro das suas particularidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL et al. **Treatment adherence in hypertensive patients - a cross-sectional study**. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 1288–1295. 2015 Disponível em <<http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.243>>. Acesso: 09/04/2018.

ARAÚJO, G.B.S. *et al.* **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual**. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2006;8(2):259. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm> Acesso: 07/05/2018.

BARBOSA, R.C.B. *et al.* **Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo**. *Rev Bras Hipertens* vol.13(1): 35-38, 2006. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf>> Acesso: 09/07/2018.

BEN, A.J. *et al.* **Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos**. *Rev. Saúde Pública* vol.46 nº 2, São Paulo. Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00349102012000200010> Acesso em: 06/04/2018.

Bezerra, ASM *et al.* **Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso**. *Rev Bras Enferm.* 2014 jul-ago;67(4):550-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0550.pdf>>. Acesso em 09/08/2018.

CAVALARI, E. *et al.* **Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial**. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):67-72. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3979/2761>>. Acesso: 09/02/2018.

CUNHA, P.R.M. *et al.* **Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica.** Rev Pesq Saúde, 13(3): 11-16, set-dez, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/1455>>. Acesso em 07/04/2018.

FILHO, C. B., & Arquitetura, F. De. (2005). **Adherence To Long Term Therapies : Evidence For Action** . World Health Organization . Geneva: World Health Organization , 2003 . 21(4), 1297–1298. Acesso: 09/03/2018.

HAYNES R.B., *et al.* **Interventions for enhancing medication adherence.** Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18425859>>. Acesso: 29/08/2018.

LEITE, S.N. **Adherence to prescribed therapy: points for concepts and presuppositions discussion.** *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.3, pp.775-782. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000300011>>. Acesso em 05/07/2018.

MALTA, DC *et al.* **Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros.** Rev. Saúde Pública vol.51 supl.1 São Paulo 2017 Epub June 01, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000006>>. Acesso em 09/06/2018.

MENDIS, S. *et al.* **Adherence To Long Term Therapies Evidence For Action.** World Health Organization. 2003. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=54EFDFBE768858733971F957EBE73DAA?sequence=1>>. Acesso: 09/02/2018.

OBRELI N, *et al.* **Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia.** Rev. Bras. Farm. 93(4): 403-410, 2012. Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-4-2.pdf>> Acesso em 18/08/2018.

OSTERBERG L, *et al.* **Adherence to medication.** N Engl J Med. 2005 Aug 4;353(5):487-97. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16079372>>. Acesso em 23/07/2018.

PICON, R.V. *et al.* **Prevalence of Hypertension Among Elderly Persons in Urban Brazil : A Systematic Review With Meta-Analysi.** Send to Am J Hypertens. 2013 Apr;26(4):541-8. doi: 10.1093/ajh/hps076. Epub 2013 Jan 29. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23467209>>. Acesso em 14/03/2018.

REBOUSSIN *et al.* **Systematic Review for the 2017 ACC / AHA / AAPA / ABC / ACPM / AGS / APhA / ASH / ASPC / NMA / PCNA Guideline for the Prevention , Detection , Evaluation , and Management of High Blood Pressure in Adults A Report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines EVIDENCE REVIEW COMMITTEE MEMBERS.** 2018. Disponível em: <<http://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000067>> Acesso em 05/07/2018.

Rigoni, CC *et al.* **Pharmacotherapy review : a proposal to improve medication adherence among hypertensive patients.** Braz. J. Pharm. Sci. vol.51 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1984-82502015000400002>>. Acesso em 16/03/2018.

ROWA, A-R. **Adherence to medications and associated factors: A cross-sectional study among Palestinian hypertensive patients.** J Epidemiol Glob Health. 2015 Jun;5(2):125-32. doi: 10.1016/j.jegh.2014.05.005. Epub 2014 Jun 21. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25922321>>. Acesso em 03/08/2018.

RUPPAR, T.M. *et al.* **Medication Adherence Interventions for Older Adults: Literature Review.** Research and Theory for Nursing Practice, Volume 22, Number 2, 2008, pp. 114-147(34). Disponível em: < DOI: <https://doi.org/10.1891/1541-6577.22.2.114>>. Acesso: 02/04/2018.

SEOW, L.S. *et al.* **Hypertension and its associated risks among Singapore elderly residential population.** Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics Volume 6, Issue 4, December 2015, Pages 125-132. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210833515000453>>. Acesso em: 11/08/2018.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016. Disponível em: <www.arquivosonline.com.br>. Acesso: 11/01/2018.

VAN DER LAAN, N.M. *et al.* **Factors associated with antihypertensive medication non-adherence : a systematic review.** J Hum Hypertens. 2017 Nov;31(11):687-694. doi: 10.1038/jhh.2017.48. Epub 2017 Jun 29. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28660885>>. Acesso em 17/08/2018.

YAP, A.F., *et al.* **Medication adherence in the elderly.** Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics. Volume 7, Issue 2, June 2016, Pages 64-67. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210833515000441>>. Acesso em 12/08/2018.

2 NORMAS DE PUBLICAÇÃO

REVISTA BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA

Enviando o manuscrito

Os manuscritos deverão ser encaminhados à Revista Brasileira de Cardiologia, por meio da internet, para o endereço eletrônico: <rbc@socerj.org.br>.

Informações indispensáveis

É obrigatória a organização de uma folha de rosto com as informações que se seguem:

- Título do trabalho em português (até 100 caracteres) e em inglês;
- Título abreviado;
- Indicação da seção para a qual o manuscrito está sendo submetido (consultar as seções no item 1);
- Nome, endereço, telefone, e e-mail do autor principal para correspondência;
- Nome completo de todos os demais autores;
- Nome da Instituição a que estão filiados os autores, com indicação do Departamento/Serviço/Setor;
- Cidade e unidade da federação e país. Se as instituições forem distintas para cada autor, usar numeração sobrescrita para facilitar a identificação;
- Declaração do autor e dos coautores de que todos estão de acordo com o conteúdo expresso no manuscrito.

Deverão ser informados no texto

Conflito de interesses: O autor deverá declarar se há ou não potencial conflito de interesses, logo após as conclusões do trabalho. O conflito de interesses existe quando o autor (ou a sua instituição) tem relacionamentos pessoais ou financeiros que influenciam inadequadamente as ações. Tais relacionamentos também são conhecidos como compromissos duplos, interesses concorrentes ou lealdades conflitantes.

Fontes de financiamento

O autor deverá declarar se o estudo teve ou não fontes de financiamento externo, divulgando as fontes de suporte ao trabalho, logo após as conclusões do trabalho.

Vinculação universitária

O autor deverá declarar se o trabalho apresentado é parte de trabalhos acadêmicos (trabalhos de conclusão de curso, dissertações de mestrado, teses de doutorado) divulgando a instituição, logo após as conclusões do trabalho.

Aspectos éticos

O autor deverá informar, na seção de Métodos, os aspectos éticos relativos ao seu trabalho, a saber: aprovação da sua pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, em consonância com a Declaração de Helsinki (<<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/helsin5.htm>>); fazer referência ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido segundo a resolução CNS 196/96 quando a pesquisa envolver seres humanos em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais. Em se tratando de pesquisa experimental envolvendo animais, esta deverá obedecer às normas estabelecidas no *Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C. 1996)* e ainda respeitados os Princípios Éticos na Experimentação Animal do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA).

Orientação para digitação/datilografia

A redação do texto deverá ser feita em português, de acordo com a ortografia vigente. A Revista Brasileira de Cardiologia receberá trabalhos em inglês ou espanhol procedentes de instituições estrangeiras, a critério do Conselho Editorial;

Os trabalhos deverão ser digitados em Word for Windows versão 98 ou superior (inclusive Tabelas, Quadros e Figuras) na fonte Arial, corpo 12, espaço 1,5cm, respeitando a formatação de página A4 ou Letter.

Deverá ser respeitada a margem esquerda e superior de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm.

As Tabelas, os Quadros e as Figuras deverão ser apresentados ao final de todo o trabalho digitado quando então, na diagramação, serão inseridos no corpo do texto; As figuras deverão ser encaminhadas em extensão JPEG ou TIF, com resolução mínima de 300 dpi.

Normas para referências bibliográficas

As normas de organização das referências bibliográficas encontram-se harmonizadas com o *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal Editors*, Normas de Vancouver, reservando-se o direito de adequações em língua portuguesa. Encontram-se em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/rbc_biblio_ilus.asp>

A Rev Bras Cardiol. adota o sistema numérico para a indicação das citações no texto, o qual prescreve a utilização de numeração sequencial, em algarismos arábicos sobrescritos, por ordem rigorosa de entrada no texto;

As normas para a organização das referências encontram-se em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/rbc_biblio_ilus.asp> e deverão ser consultadas;

As abreviaturas das publicações devem estar em conformidade com o Index Medicus/Medline encontradas na *List of Journals Indexed* ou no site: <<http://www.nlm.nih.gov/pubs/libprog.html>> ou <<http://locatorplus.gov>>

Comunicações pessoais ou quaisquer dados não passíveis de consulta pelo leitor não deverão constituir citações no texto;

A lista de referências deverá ser organizada por ordem sequencial numérica de aparecimento no texto. As palavras-chave indicadas ao final do Resumo deverão ser retiradas do DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), disponíveis em: <<http://decs.bvs.br>>. Este *site* contém um vocabulário estruturado, desenvolvido a partir do MeSH (*Medical Subject Headings*), objetivando o uso de terminologia comum para pesquisa e disponível em: <<http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>.

Política de valorização

Os editores estimulam a citação de artigos publicados na Revista Brasileira de Cardiologia e nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia.

Estrutura das seções: Categorias de Artigos

ARTIGO ORIGINAL

Manuscrito que se caracteriza por comunicar investigações originais na área cardiovascular, incluindo pesquisas em seres humanos e pesquisas experimentais. Sua estrutura compreende os seguintes elementos: folha de rosto, resumo, abstract, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusões e referências.

Deverão ser respeitados os limites de até 5000 palavras totais; até 250 palavras no resumo; até 40 referências bibliográficas; até 8 ilustrações e o máximo de 8 autores.

Folha de rosto

A folha de rosto é a principal fonte de identificação do trabalho.

Resumo

É a apresentação condensada, resumida do trabalho, enfatizando os seus pontos mais relevantes. Nos artigos originais, o resumo deverá ser apresentado de forma estruturada, constituindo cabeçalhos: Fundamentos, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões. O resumo deverá ser acompanhado de 3 a 6 palavras-chave, ao final. Não devem ser utilizadas ilustrações e nem referências bibliográficas.

Abstract

É a versão do resumo em inglês, obedecendo à mesma estrutura apresentada no Resumo. O abstract deverá ser acompanhado de 3 a 6 keywords (tradução das 3 a 6 palavras-chave do resumo), ao final.

Introdução

É a primeira seção do texto. Apresenta a função de introduzir o leitor no tema, mostrar a relevância do assunto estudado, delimitar o assunto no tempo, no espaço e na teoria. Finaliza-se com a apresentação dos objetivos do trabalho. Deve ser concisa.

Metodologia

Esta seção inclui a caracterização do estudo, a descrição da população estudada e dos seus subgrupos (casuística), os critérios de seleção utilizados, os

métodos relacionados às etapas da pesquisa (equipamentos, procedimentos, drogas utilizadas, etc.), o tratamento estatístico e as questões éticas.

Resultados

Representam os dados quantitativos e qualitativos encontrados na investigação. Os resultados podem ser subdivididos em itens para maior clareza de exposição e apoiados em número não excessivo de tabelas, quadros e figuras. Orienta-se evitar a superposição dos dados como texto e como tabelas.

Discussão

A discussão está relacionada diretamente aos resultados. Estes deverão ser discutidos à luz da literatura, dando ênfase aos aspectos originais e importantes do estudo, suas implicações para futuros estudos e suas limitações.

Conclusões

As conclusões representam a seção final do texto, na qual se apresentam as deduções tiradas dos resultados do trabalho ou levantadas ao longo da discussão do assunto. Estão em relação direta com os objetivos do estudo e/ou hipóteses levantadas. Devem ser elaboradas de forma clara e objetiva. Dados quantitativos não devem aparecer nas conclusões, nem tampouco resultados comprometidos e passíveis de discussão.

Agradecimentos

Os agradecimentos são opcionais, mas, se presentes, devem ser apresentados ao final do texto, imediatamente após as conclusões. São dirigidos, em geral, àqueles que contribuíram de maneira relevante na elaboração do trabalho.

Referências

É a organização em lista de todos os autores citados no corpo do texto, obedecendo a padrões. É elemento obrigatório em qualquer tipo de artigo apresentado para publicação. As normas adotadas pela Revista Brasileira de Cardiologia, harmonizadas com a Escola de Vancouver, encontram-se descritas e exemplificadas no endereço: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/rbc_biblio_ilus.asp>.

Editorial

Manuscrito que expressa a opinião da revista, refletindo um posicionamento em relação a determinado assunto, sendo escrito de um modo geral pelo editor. A presença das Referências é opcional.

A Rev Bras Cardiol. não aceita editoriais enviados espontaneamente, mas somente aqueles escritos a convite do editor da revista. Deverão ser respeitados os limites de até 1000 palavras totais; até 10 referências; até 2 ilustrações e o número máximo de 4 autores.

Comunicação Preliminar

Manuscrito que expressa resultados iniciais relevantes de pesquisa clínica ou experimental. Sua estrutura compreende: folha de rosto, resumo, abstract, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusões e referências.

O resumo deverá ser apresentado de forma estruturada, constituindo cabeçalhos: Fundamentos, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões. O resumo deverá ser acompanhado de 3 a 6 palavras-chave, ao final. Não devem ser utilizadas ilustrações e nem referências bibliográficas.

Deverão ser respeitados os limites de até 1500 palavras totais; até 150 palavras no resumo; até 10 referências; até 2 ilustrações e o número máximo de 8 autores.

Artigo de Revisão

Manuscrito que se caracteriza por realizar revisão sistemática de estudos já publicados, enfocando questões específicas da Cardiologia, com alto rigor metodológico e interpretação dos resultados.

Os artigos de revisão serão, em sua maioria, fruto de convite feito pelo editor; no entanto, trabalhos de alto nível, realizados por autores ou grupos com histórico de publicações na área, serão bem-vindos.

Os autores dos artigos de revisão devem apresentar um amplo currículo acadêmico ou de publicações contido no sistema Lattes (CNPq, PubMed ou SciELO).

Sua estrutura compreende: folha de rosto, resumo (de 3 a 6 palavras-chave), abstract (3 a 6 keywords), introdução/desenvolvimento, referências.

Nesta seção, o resumo deve ser informativo, organizado de forma cursiva, dando uma descrição clara e concisa do conteúdo.

Deverão ser respeitados os limites de até 6500 palavras totais; até 250 palavras no resumo; até 80 referências; até 8 ilustrações e o número máximo de 8 autores.

Relato de Caso

Manuscrito que descreve casos clínicos específicos que trazem informações relevantes e ilustrativas sobre o tema, e comentários sucintos pertinentes.

Sua estrutura compreende: folha de rosto, resumo (3 a 6 palavras-chave), abstract (3 a 6 keywords), introdução, relato do caso, discussão e referências.

Nesta seção, o resumo deve ser também informativo, organizado de forma cursiva. Deverão ser respeitados os limites de até 1500 palavras totais; até 100 palavras no resumo; até 10 referências; até 2 ilustrações e o número máximo de 4 autores.

Ponto de Vista

Manuscrito que se caracteriza por focar aspectos particulares da Cardiologia, principalmente os polêmicos, traduzindo apenas a posição adotada pelos autores, sempre que possível fundamentada em experiência própria já divulgada ou da literatura disponível.

Sua estrutura compreende: folha de rosto, resumo (3 a 6 palavras-chave), abstract (3 a 6 keywords), introdução/desenvolvimento, referências.

Nesta seção, o resumo também deve ser organizado de forma informativa, cursiva. Deverão ser respeitados os limites de até 1500 palavras totais; até 100 palavras no resumo; até 10 referências; até 2 ilustrações e o número máximo de 4 autores.

Imagem Cardiovascular

Manuscrito que se caracteriza pela apresentação de aspectos interessantes dos métodos de imagem, aí consideradas as imagens clínicas, de pesquisa básica ou ainda de exames complementares. Deverão ser ressaltados pontos relevantes da fisiopatologia, diagnóstico ou tratamento que esclareçam mecanismos de doenças cardiovasculares.

Sua estrutura compreende: folha de rosto, resumo (3 a 6 palavras-chave), abstract (3 a 6 keywords), introdução/desenvolvimento e referências.

Nesta seção, o resumo deve ser também informativo, organizado de forma cursiva. Deverão ser respeitados os limites de até 1500 palavras totais; até 100 palavras no resumo; até 10 referências; até 4 ilustrações e o número máximo de 4 autores.

Pedagogia Médica

Manuscrito referente a aspectos didático-pedagógicos que possam contribuir para a elaboração de trabalhos científicos e aproximar as áreas da educação e da saúde.

Deverão ser respeitados os limites de até 800 palavras totais; até 8 referências; até 1 ilustração e o número máximo de 4 autores.

Carta ao Editor

Manuscrito que compreende observações sobre aspectos publicados recentemente, podendo ou não gerar resposta do autor questionado, ou comentários sintéticos sobre algum assunto cardiovascular de interesse coletivo.

Deverão ser respeitados os limites de até 800 palavras totais; até 8 referências; até 1 ilustração e o número máximo de 4 autores.

Informações complementares

Organização de ilustrações (Tabelas, Quadros e Figuras)

As normas para a organização das ilustrações que acompanham os artigos encontram-se disponíveis na página da web da Revista Brasileira de Cardiologia no endereço: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/rbc_biblio_ilus.asp>.

3 ARTIGO ORIGINAL

ADESÃO AO TRATAMENTO: SEGUIMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL DE IDOSOS HIPERTENSOS

ADHERENCE TO TREATMENT: AMBULATORIAL CLINICAL FOLLOW-UP OF HYPERTENSIVE ELDERLY

Allana Karen Dias Lins, Fabrício Dias Antunes

Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, Sergipe, Brasil

Correspondência para:

Allana Karen Dias Lins

Alameda Deputado Dilson Batista, 225, 1001HB, Condomínio Vitória Garden, Gregeru 49027390, Aracaju, Sergipe, Brasil

allanalins@gmail.com

79 – 99971-0811

Título Abreviado: Adesão medicamentosa em idosos hipertensos.

Palavras chave: Hipertensão; Adesão; Idosos.

Número de palavras: 4.445 palavras

Tipo de Artigo: Artigo Original

ADESÃO AO TRATAMENTO: SEGUIMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL DE IDOSOS HIPERTENSOS

ADHERENCE TO TREATMENT: AMBULATORIAL CLINICAL FOLLOW-UP OF HYPERTENSIVE ELDERLY

Allana Karen Dias Lins

RESUMO: Introdução: A baixa adesão ao tratamento medicamentoso é descrita em pacientes hipertensos idosos, aumentando a taxa de complicações cardiovasculares. Melhorar a adesão à farmacoterapia é fator preponderante para a redução da morbimortalidade e aumento da expectativa de vida. **Objetivo:** Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes hipertensos idosos, identificando as principais barreiras para que o tratamento não seja realizado da maneira que foi prescrito. **Metodologia:** Foi realizado um estudo epidemiológico, transversal e descritivo, entre janeiro e julho de 2018. Utilizou-se um questionário estruturado validado e adaptado ao português, *Brief Medication Questionnaire (BMQ)*, em pacientes hipertensos com idade ≥ 65 anos no município de Aracaju, Sergipe, Brasil, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e em Centro especializado (IPESAÚDE). **Resultados:** O estudo foi composto por 80 indivíduos, destes 43 provenientes da UBS e 37 do centro especializado (IPESAÚDE). O gênero prevalente foi o feminino (67,5%), 37,5% da amostra são brancos, 48,8% casados e 96,3% aposentados. De acordo com o obtido através do BMQ, 45% dos pacientes demonstraram provável aderência e 45% provável baixa adesão, 7,5% baixa adesão e 2,5% são aderentes ao tratamento. **Conclusão:** Apesar do tratamento medicamentoso ser de alta eficiência, a não-adesão constitui-se a principal barreira para o controle adequado da HAS. Diversos fatores podem estar relacionados, dentre eles: a idade avançada, o uso de polifarmácia, presença de múltiplas comorbidades e baixos níveis socioeconômicos.

Palavras-chave: Hipertensão; Adesão; Idosos.

ABSTRACT: Introduction: Low compliance with drug treatment is described in elderly hypertensive patients, increasing the rate of cardiovascular complications. Improving adherence to pharmacotherapy is a preponderant factor for the reduction of morbidity and mortality and an increase in life expectancy. **Objective:** To evaluate the adherence to drug therapy in elderly hypertensive patients, identifying the main barriers to treatment not being performed in the way it was prescribed. **Methods:** A cross-sectional and descriptive epidemiological study was carried out between January and July 2018. A structured questionnaire validated and adapted to the Portuguese Brief Medication Questionnaire (BMQ) was used in hypertensive patients aged ≥ 65 years in the city of Aracaju, Sergipe, Brazil, in a Basic Health Unit (UBS) and in a Specialized Center (IPESAÚDE). **Results:** The study consisted of 80 individuals, of these 43 from UBS and 37 from the specialized center (IPESAÚDE). The prevalent gender was female (67.5%), 37.5% of the sample were white, 48.8% were married and 96.3% were retired. According to the BMQ, 45% of the patients showed a probable adherence and 45% likely low adherence, 7.5% low adherence and 2.5% adherence to the treatment. **Conclusion:** Although drug treatment is of high efficiency, non-compliance is the main barrier to inadequate control of hypertension. Several factors can be related, among them: advanced age, the use of polypharmacy, presence of multiple comorbidities and low socioeconomic levels.

Key-words: Hypertension; Adherence; Elderly.

INTRODUÇÃO

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, constituindo-se o maior fator de risco para outras enfermidades cardiovasculares, particularmente quando se trata da população idosa. A HAS não controlada resulta em altas taxas de morbimortalidade, gerando gastos onerosos, tornando-se, portanto, um problema de saúde pública.^{1,2}

O tratamento medicamentoso da HAS é de alta eficiência, aumentando-se a expectativa de vida e reduzindo eventos cardiovasculares. Entretanto, cerca de 40-60% dos portadores da HAS não são aderentes ao tratamento.^{1,3}

Há diversos fatores que interferem na adesão à farmacoterapia, dentre eles: a falta de conhecimento a respeito da doença, baixo nível socioeconômico, aspectos culturais, baixa autoestima, dentre outro. O impacto causado pela baixa adesão medicamentosa em países em desenvolvimento é resultante, em parte, tanto da escassez, como da desigualdade de acesso aos serviços de saúde.^{4,5}

A baixa adesão medicamentosa é considerada o principal fator do controle inadequado da pressão arterial (PA). Aderir ao tratamento tem sido um grande problema na população idosa, já que estes são mais propensos a múltiplas comorbidades e em uso de diversos medicamentos, portanto, maior risco para uma difícil adesão quando se compara com a população jovem.^{2,6}

Vários métodos nas últimas décadas têm sido propostos para que se possa mensurar da melhor maneira possível a adesão. Os questionários validados são os mais utilizados na prática clínica. Isto se deve ao fato de ser uma técnica de baixo custo, rápida, quantitativa, e que nos permite dar seguimento a um grande número de indivíduos em uma localidade.^{7,8,9}

A literatura sustenta que a eficácia do tratamento medicamentoso na HAS está diretamente relacionada a adesão ao tratamento proposto pelo médico. Nesse contexto, o seguinte trabalho tem como objetivo avaliar a adesão à farmacoterapia em pacientes hipertensos idosos e identificar as principais barreiras para que o tratamento não seja realizado da maneira que foi prescrito.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento transversal e descritivo. A pesquisa foi realizada em dois ambientes: na Unidade Básica de Saúde (UBS) Fernando Sampaio, no município de Aracaju, Sergipe, Brasil, e no Centro de Diabetes do Instituto de Previdência do Estado de Sergipe (IPESAÚDE), no município de Aracaju, Sergipe, Brasil, durante o período de janeiro a julho de 2018.

Foram considerados elegíveis para o estudo os pacientes portadores de HAS segundo a *American Heart Association (AHA)* que tinham idade maior ou igual a 65 anos e faziam uso de dois ou mais medicamentos de forma contínua. Todos os pacientes do estudo aceitaram participar da pesquisa após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos os pacientes hipertensos analfabetos que não estivessem em companhia de algum familiar para a leitura do TCLE, e pacientes que não estivessem com a prescrição atual, já que a mesma é necessária para a objetivação proposta na pesquisa. No ato da inclusão do paciente no estudo, as seguintes informações foram coletadas:

- Variáveis demográficas (sexo, idade, cor, estado civil) e socioeconômicas (escolaridade e classe social);
- Dados relacionados à doença e comorbidades (Tabagismo, sedentarismo, história familiar de HAS, tempo de diagnóstico, aferição da pressão arterial de acordo com o que é preconizado pela VII Diretriz Brasileira de HAS, uso de esfigmomanômetro calibrado, massa corporal (kg) verificado por balança digital calibrada, altura (m) verificada por uso de fita métrica inelástica (estagiário único treinado para coleta dos dados);
- Medicamentos prescritos (dose e posologia);
- Adesão medicamentosa avaliada utilizando-se a versão em português do questionário validado *Brief Medication Questionnaire – BMQ*, com onze perguntas. O escore de problemas encontrados pelo BMQ em cada domínio (regime, crenças, recordação) foi obtido comparando-se as respostas dadas pelos pacientes com a prescrição recebida no início da entrevista. A amostragem (n=80) foi obtida por técnica não probabilística (amostragem intencional por conveniência), considerando-se o tempo disponível para execução do projeto.

Os dados foram analisados e interpretados utilizando-se a estatística descritiva e inferencial. As variáveis categóricas são apresentadas por meio de frequências simples e relativas. As variáveis numéricas são exibidas em média e desvio-padrão. Na parte inferencial se utiliza o teste exato de Fisher, para encontrar possíveis associações entre as variáveis qualitativas e o teste de Kruskal-Wallis para encontrar possíveis associações entre as variáveis numéricas. O nível de significância estatística estipulado é de 5% ($p \leq 0,05$) e todos os testes são bicaudais. O software utilizado para as análises é o Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS 25.0).

A seguinte pesquisa atende às normas éticas exigidas pela Resolução 416/12 do Conselho Nacional de Saúde. Faz parte do projeto SISPED, sendo aprovado pelo Comitê de Ética com o parecer de nº 4202.0.000.107-07. O TCLE foi lido e assinado por todos os participantes do estudo ou seus responsáveis.

RESULTADOS

Dos 80 pacientes participantes do estudo, 43 foram provenientes da UBS Fernando Sampaio e 37 provenientes do centro de diabetes do IPESAÚDE. Pôde-se observar que 83,8% são da capital, 67,5% do gênero feminino, 33% se autodenominam pardos, 30% brancos e 17% negros. Nenhum paciente se autodenominou amarelo ou descendente indígena. A idade variou de 65 a 80 anos, sendo a média de 73,13 +/- 6,03 anos. Em relação à escolaridade, a maioria tem ensino fundamental incompleto, totalizando 45% dos casos, seguidos de analfabetos (17,5%), ensino médio completo (13,8%), ensino fundamental completo (11,3%), ensino superior (8,8%) e ensino médio incompleto (3,8%).

No quesito estado civil, 48,8% dos participantes são casados, 43,8% viúvos, 3,8% são divorciados, 2,5% têm união estável e 1% é de pacientes solteiros. Quanto à moradia, 76,3% residiam com cônjuges e/ou filhos, contrastando com 17,5% que moram sozinhos e 6,3% moram com demais parentes e/ou não familiares. A situação trabalhista da grande maioria é de aposentados (96,3%), seguidos de desempregados (2,5%) e empregados e/ou autônomos (1,3%). A renda familiar predominante foi de 1 a 3 salários mínimos (60%), seguidos de ≤ 1 salário mínimo (30%) e de 4 a 5 salários mínimos (10%).

Tabela 01: Características sociodemográficas dos 80 pacientes idosos hipertensos.

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Gênero		
Feminino	54	67,5
Masculino	26	32,5
Etnia		
Branco	30	37,5
Negro	17	21,3
Pardo	33	41,3
Escolaridade		
Analfabeto	14	17,5
Ensino fundamental	36	45,0
incompleto		
Ensino fundamental completo	9	11,3
Ensino médio incompleto	3	3,8
Ensino médio completo	11	13,8
Ensino superior completo	7	8,8
Estado civil		
Solteiro	1	1,3
Casado	39	48,8
União estável	2	2,5
Divorciado	3	3,8
Viúvo	35	43,8
Situação trabalhista		
Aposentado	77	96,3
Desempregado	2	2,5
Empregado e/ou autônomo	1	1,3
Renda Familiar		
≤ 1 salário mínimo	24	30,0
De 1 a 3 salários mínimos	48	60,0
De 4 a 5 salários mínimos	8	10,0
Idade	73,13 ± 6,03	

A idade está exibida em média ± desvio-padrão (dp).

Quanto aos hábitos de vida, 67,5% dos participantes relataram não serem tabagistas, 28,7% ex-tabagistas e 3,8% relataram tabagismo ativo. A maioria dos idosos entrevistados é sedentária (65%), 16,3% praticam atividades físicas mais que 3 vezes na semana, 10% menos que 3 vezes na semana e 8,7% praticam mais que 5 vezes na semana, com duração de no mínimo 30 minutos. Houve história familiar positiva para HAS em 72,5% dos casos.

Ao questionar sobre comorbidades, 72,5% dos pacientes entrevistados são portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), 76,3% apresentam dislipidemia e 45% são obesos, seguidos por 31,3% com sobrepeso e 31,3% ainda apresentam outras comorbidades. Em relação às medicações utilizadas de uso contínuo pelos entrevistados, houve uma predominância do uso de Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (BRA), com 91,3% dos pacientes em uso, seguido pelo uso de diuréticos (53,8%), hipoglicemiantes orais (60%), insulina (31,3%), Bloqueadores dos Canais de Cálcio (BCCA) (30%) e Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) (3,8%).

Dos 80 pacientes avaliados, analisando-se o escore do BMQ com onze perguntas, obteve-se que 45% têm provável aderência, 45% provável baixa adesão, 7,5% possui baixa adesão e 2,5% do total são aderentes. Comparando-se as variáveis e a adesão ao tratamento, utilizando-se o teste exato, para encontrar possíveis associações entre as variáveis qualitativas e o teste de Kruskal-Wallis para encontrar possíveis associações entre as variáveis numéricas, houve significância ($p = 0,031$) entre o estágio de HAS em que o paciente se enquadra e a adesão, ou seja, quanto maior o estágio da HAS, menor a adesão ao tratamento medicamentoso proposto. Não se obteve significância nas demais variáveis analisadas.

Tabela 02: Escore de adesão medicamentosa BMQ dos 80 pacientes entrevistados na amostra.

Escore do BMQ	Frequência	Porcentagem
Aderente	2	2,5
Provável aderência	36	45,0
Provável baixa adesão	36	45,0
Baixa adesão	6	7,5

Separando-se os grupos, dos 43 pacientes provenientes da UBS, houve significância ($p=0,011$) entre a etnia e a adesão ao tratamento medicamentoso. A população negra se mostrou menos aderente ao tratamento, seguidos de pardos, e brancos. Não houve demais significâncias neste grupo.

Dos 37 pacientes do Centro de Diabetes IPESAUDE, o estágio da HAS em que o paciente se enquadra apresentou significância ($p = 0,001$), quanto maior o estágio, menor a adesão à farmacoterapia. Não houve demais significâncias dentro da amostra apresentada.

DISCUSSÃO

A HAS atinge cerca de 30 milhões de brasileiros. A não adesão medicamentosa continua sendo o principal fator do controle inadequado da PA. Os resultados da amostra estudada evidenciaram que a maioria dos entrevistados é do sexo feminino (67,5%), também visto em outros trabalhos que abordam a temática. Isto pode ser visto devido ao fato de as mulheres apresentarem uma sobrevida maior, portanto estarem sujeitas às doenças crônicas por um maior período de tempo. Além disso, possuem maior tendência ao autocuidado que o gênero masculino, aumentando a possibilidade de diagnóstico e tratamento da HAS. Ao investigar a adesão ao tratamento em relação ao sexo, não foram encontradas diferenças importantes nos diferentes gêneros.^{10,2,11,12,13}

Houve na pesquisa uma predominância de pacientes pardos (41,3%), coincidindo com um estudo realizado em João Pessoa – Paraíba, Brasil, em que 48% da amostra estudada de hipertensos na região se autodenominaram pardos. Nesse contexto, a VII Diretriz Brasileira de HAS salienta que a prevalência da HAS varia de acordo com a população estudada, sendo que os dados nacionais de HAS autorreferida constam que na população negra há 34,8% de hipertensos, seguidos de 29,4% brancos, 26,3% pardos/mulatos, 11,1% indígenas e 10% amarelos.¹⁴

Foi observado na amostra, que há uma diferença significativa entre adesão ao tratamento e a etnia negra. Os pacientes do grupo UBS que se autodenominaram negros se mostraram menos aderentes. Há registros que os negros têm níveis de PA mais elevados e maior dificuldade para controlá-los. O fator genético pode estar presente, entretanto devem-se considerar outras variáveis, como as condições econômicas dos afrodescendentes, que tendem a ser inferiores às da população branca.¹⁵

Há pesquisa indicativa que as pessoas com menor escolaridade apresentam maior PA e hipertrofia ventricular esquerda (HVE) mais intensa, que é um fator de risco direto para controle inadequado da PA. Entre negros, o efeito da escolaridade sobre a HVE foi independente da elevação pressórica; os autores daquele estudo postularam que o estresse psicossocial possa ter sido o causador desse efeito.¹⁶

Na amostra estudada, há uma nítida gradação da adesão ao tratamento dos pacientes negros para brancos, estando em concordância com outros trabalhos. Há uma série de variáveis a serem consideradas na falta de adesão ao tratamento nos

afrodescendentes, dentre elas as que ganham destaque são o baixo nível socioeconômico, menor escolaridade e estresse psicossocial.^{17,18}

Em relação à idade, a média dos pacientes entrevistados foi de 73,13 anos. Estudos têm mostrado, que pacientes acima de 60 anos aderem menos ao tratamento e tem pior controle da PA.^{19,20}

Na pesquisa, a grande maioria dos entrevistados apresentava baixos níveis de escolaridade, 45% não completaram o ensino fundamental e 17,5% se consideravam analfabetos. Apesar de haver uma associação entre o controle inadequado da HAS e menor escolaridade, que dificulta o entendimento sobre a doença e seus fatores de risco, como também agravantes, não se observou menores níveis de adesão nessa parcela da pesquisa.²¹

No quesito estado civil, 48,8% da amostra são casados. Sabe-se que o estado civil casado ou união estável favorece uma melhor adesão ao tratamento proposto. Isto se deve ao fato de que a grande maioria dos parceiros incentiva o cônjuge a seguir as recomendações do profissional de maneira adequada. Entretanto, não houve diferenças significativas na adesão ao tratamento nos diferentes estados civis em que os pacientes se enquadram na pesquisa.²²

A renda de 1 a 3 salários mínimos foi predominante na amostra (60%), que por sua vez, têm como característica estarem aposentados em sua grande maioria. A literatura sustenta que há uma maior prevalência de doenças crônicas em parcelas menos favorecidas da população, havendo uma relação direta entre os níveis socioeconômicos e os fatores de risco cardiovasculares, estando de acordo com a frequência apresentada na pesquisa. Não se observou significância para adesão ao tratamento quando analisamos a renda. Entretanto, sabe-se que há uma relação entre baixo nível socioeconômico e aumento da mortalidade, como fator independente do componente étnico, necessitando-se de políticas preventivas nessa parcela da população. Estudos relacionam a baixa condição socioeconômica como fator limitante para o acesso e aquisição de fármacos.^{16,18,23,5}

Sabe-se que a HAS constitui um fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias, especialmente relacionadas ao sistema endócrino. Dentre as comorbidades mais prevalentes nos entrevistados, observa-se o DM2 (72,5%), a obesidade (45%) e a dislipidemia (76,3%), corroborando com outros trabalhos.^{24,25,26}

Cerca de 2,5 a 3 milhões de americanos têm DM2 e HAS, e a associação das duas doenças aumenta consideravelmente o risco de morbimortalidade

cardiovasculares. Foram detectadas em estudo maiores prevalências de hipercolesterolemia (38,4%) e DM2 (9,6%) entre portadores de HAS do que entre indivíduos com níveis pressóricos normais, salientando a importância do controle desses fatores, além da própria HAS.^{27,26}

Os fármacos anti-hipertensivos mais utilizados no estudo pelos pacientes foram os BRA (91,3%), seguidos dos diuréticos Tiazídicos (60%), BCCA (30%), e os IECA(3,8%). Resultados similares em outros trabalhos demonstram que os antagonistas do sistema renina-angiotensina-aldosterona e os diuréticos são os fármacos mais utilizados no tratamento da HAS.^{28,29}

Há uma grande variabilidade na literatura relacionada aos níveis de adesão ao tratamento medicamentoso. Isso se deve ao fato de haver inúmeras metodologias utilizadas para quantificá-la. Geralmente, as pesquisas abrangem distintas áreas, amostras de pacientes hipertensos diversas, diferentes tempos de seguimento e variadas formas de obter a informação sobre a adesão dos pacientes (métodos diretos e indiretos).³⁰

Na amostra estudada, a não adesão ao tratamento farmacológico ou a provável não-adesão, totalizaram em 52,5%. Estudiosos obtiveram 45% de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo em amostra de pessoas atendidas em hospital universitário no Rio de Janeiro. Outros autores, com a utilização de questionário validado, encontraram 77% de não adesão. Estudos têm mostrado que idade mais elevada, baixa escolaridade, baixa renda e menos de 5 anos de doença, associam-se ao abandono do tratamento e controle inadequado da PA.^{31,32, 10, 25, 33,34}

A baixa adesão tem sido identificada como causa primária do controle insatisfatório de pressão, ao passo que a boa adesão mostrou significativa redução nas complicações da HAS ao melhorar o controle da PA.^{5,35}

CONCLUSÃO

Há diversas evidências de que aderir ao tratamento anti-hipertensivo de maneira adequada é eficaz na redução de morbimortalidade, especialmente por enfermidades cardiovasculares. Entretanto, a não adesão continua sendo o maior fator para o controle inadequado da PA. Apesar de a comparação entre os trabalhos de adesão à farmacoterapia ser prejudicada devido aos inúmeros métodos de se

quantificá-la, percebe-se que muitos mostram a não adesão como a prevalência. Vários fatores podem estar associados na falta de adesão: a idade avançada, presença de múltiplas comorbidades, o uso de polifarmácia, baixa escolaridade, os baixos níveis socioeconômicos, o próprio estresse étnico-social. Portanto, percebe-se a necessidade de implantação de metodologias preventivas para o controle da PA nos diferentes grupos, ressaltando-se a necessidade de levar o tratamento proposto pelo profissional à risca, para que desta forma, haja um controle adequado da HAS e, conseqüentemente, controle de diversas problemáticas advindas com a enfermidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Picon, RV et al. Prevalence of Hypertension Among Elderly Persons in Urban Brazil : A Systematic Review With Meta-Analysi. Send to Am J Hypertens. 2013 Apr;26(4):541-8. doi: 10.1093/ajh/hps076. Epub 2013 Jan 29. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23467209>. Acesso: 14/03/2018.
2. Van der Laan, NM et al. Factors associated with antihypertensive medication non-adherence : a systematic review. J Hum Hypertens. 2017 Nov;31(11):687-694. doi: 10.1038/jhh.2017.48. Epub 2017 Jun 29. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28660885>. Acesso em 17/08/2018.
3. Barbosa, RCB et al. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. Rev Bras Hipertens vol.13(1): 35-38, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf>. Acesso em 09/07/2018.
4. Bezerra, ASM et al. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. Rev Bras Enferm. 2014 jul-ago;67(4):550-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0550.pdf>. Acesso em 09/08/2018.

5. Mendis, S et al. Adherence to long-term therapies evidence for action. World Health Organization 2003. Acesso em 09/02/2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=54EFDFBE768858733971F957EBE73DAA?sequence=1>.
6. Yap, AF et al. Medication adherence in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics* Volume 7, Issue 2, June 2016, Pages 64-67. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210833515000441>. Acesso em 12/08/2018.
7. Rigoni, CC et al. Pharmacotherapy review: a proposal to improve medication adherence among hypertensive patients. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences On-line version* ISSN 2175-9790.
8. Obreli N, et al. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Rev. Bras. Farm.* 93(4): 403-410, 2012. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-4-2.pdf>. Acesso em 18/08/2018.
9. Ben, AJ. Et al. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev. Saúde Pública* vol.46 nº 2, São Paulo Apr. 2012 E pub Feb 14, 2012. Acesso em 06/04/2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200010.
10. Cunha, PRM et al. Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. *Rev Pesq Saúde*, 13(3): 11-16, set-dez, 2012. Acesso: 07/04/2018. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/1455>.
11. Freitas, LC et al. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova. *Rev bras med fam comunidade*. Florianópolis, 2012 Jan.-Mar.; 7(22): 13-9. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/288/452>. Acesso em 04/02/2018.

12. Jesus, ES et al. Perfil de um grupo de hipertensos : aspectos biossociais , conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paul Enferm* 2008;21(1):59-65. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_08.pdf. Acesso em 03/02/2018.
13. Diniz, MA. et al. Características sócio-demográficas e de saúde entre idosos com hipertensão arterial. *Cienc Cuid Saude* 2009 Out/Dez; 8(4):607-614. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9689/5393>. Acesso em 09/05/2018.
14. Dourado, CS et al. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa , Estado da Paraíba. *Maringá*, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/user%2007/Downloads/7708-51716-1-PB.pdf>. Acesso em 05/06/2018.
15. Malta, DC et al. Prevalence on and factors associated with self-reported high blood pressure in brazilian adults. *Rev Saude Publica*. 2017; 51(Suppl 1): 11s. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5676350/>. Acesso em 08/05/2018.
16. Rodriguez, CJ et al. Relation between socioeconomic status, race-ethnicity, and left ventricular mass: The Northern Manhattan study. *hypertension*. 2004 Apr; 43(4): 775–779. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2692933/>. Acesso em 29/08/2018.
17. Lessa, I et al. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*, volume 68 (nº 6), 443-449, 1997. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/1997/6806/68060010.pdf>. Acesso em 06/03/2018.
18. Martin, RSS et al. Influência do nível socioeconômico sobre os fatores de risco cardiovascular. *JBM* março/abril, 2014. Vol. 102, 34–37. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n2/a4193.pdf>. Acesso em 05/05/2018.

19. Yiannakopoulou E. Ch et al. Adherence to antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2005 Jun;12(3):243-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15942423>. Acesso em 07/04/2018.
20. Ho PM, et al. Impact of Medication Therapy Discontinuation on Mortality After Myocardial Infarction. *Arch Intern Med*. 2006 Sep 25;166(17):1842-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17000940>. Acesso em 09/03/2018.
21. Menezes, TN et al. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos : um estudo populacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume 34, Issue 2, May–August 2016, Pages 117-124. Acesso: 18/07/2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902516300062>.
22. Kressin, NR et al. Hypertensive patients ' race, health beliefs, process of care , and medication adherence. *J Gen Intern Med*. 2007 Jun;22(6):768-74. Epub 2007 Mar 16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17364243>. Acesso em 12/07/2018.
23. Martins, AG et al. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0266.pdf>. Acesso em 05/07/2018.
24. Falcão, AS et al. Estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica em homens idosos. *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza*, 31(2): 1-10, abr./jun., 2018. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7402/pdf>. Acesso em 29/08/2018.
25. Cavalari,E. et al. Adesão ao tratamento : estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial Ribeirão Preto. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):67-72. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3979/2761>. Acesso em 09/08/2018.

26. Gus, I. et al. Prevalência , reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. Arq. Bras. Cardiol. vol.83 no.5. São Paulo. Nov. 2004. Acesso em 04/03/2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004001700009.
27. Cruzera, AB et al. A hipertensão no diabete. HiperAtivo, Vol 5, N 261 o 4, Outubro / Dezembro de 1998. Acesso em 24/07/2018. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/5-4/diabete.pdf>.
28. Gontijo, MF et al. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos : inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Acesso em 03/04/2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n7/12.pdf>.
29. Mengue, SS. Et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. Rev Saúde Pública. 2016. 50 (supl 2). Acesso em 13/08/2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006154.pdf.
30. Giroto, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.6, pp.1763-1772. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27>. Acesso em 08/08/2018.
31. Muxfeldt, ES. Et al. Demographic and clinical characteristics of hypertensive patients in the internal medicine outpatient clinic of a university hospital in Rio de Janeiro. São Paulo. Med. J. vol.122 n°3. São Paulo. May 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802004000300003. Acesso em 24/06/2018.
32. Strelec, M. et al. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente a tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol, volume 81 (nº 4), 343-8, 2003. Acesso em 06/04/2018. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2003/8104/8104002.pdf>.

33. Pierin, AMG et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. Rev Esc Enf USP, v.35, n. 1, p. 11-8, mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n1/v35n1a02>. Acesso em 13/07/2018.
34. Busnello, R.G. et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. Arq Bras Cardiol, volume 76 (nº 5), 349-51, 2001. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2001/7605/7605001.pdf> . Acesso em 06/04/2018.
35. Gwadry-Sridhar FH, et al. Impact of interventions on medication adherence and blood pressure control in patients with essential hypertension: a systematic review by the ISPOR medication adherence and persistence special interest group. Value Health. 2013 Jul-Aug;16(5):863-71. doi: 10.1016/j.jval.2013.03.1631. Epub 2013 Jul 4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23947982>. Acesso em 23/08/2018.

APÊNDICE A – VERSÃO EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE.

ANEXO. Versão em português do instrumento Brief Medication Questionnaire.

1) Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?

Entrevistador: Para cada medicação anote as respostas no quadro abaixo:

Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR

NA ÚLTIMA SEMANA					
a) Nome da medicação e dosagem	b) Quantos dias você tomou esse remédio	c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido	f) Como essa medicação funciona para você 1 = Funciona Bem 2 = Funciona Regular 3 = Não funciona bem

2) Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

a) Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam

Quanto essa medicação incomodou você?					
Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?

3) Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos.

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

Escore de problemas encontrados pelo BMQ

DR – REGIME (questões 1a-1e)	1 = sim	0 = não
DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1	0
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1	0
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	1	0
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1	0
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1	0
DR6. O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?	1	0
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESAO soma:		<i>Tregime</i>
CRENÇAS		
DC1. O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1g?	1	0
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS soma:		<i>Tcrencas</i>
RECORDAÇÃO		
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	1	0
DRE2. O R relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em responder a 3c?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO soma:		<i>Trecord</i>

R = respondente NR = não respondente