

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

**PATRÍCIA SUELI LISBOA PORTILHO FERNANDES**

**ACESSO E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS PARA HIPERTENSÃO NO  
ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

**Vitória, ES**

**2020**

**PATRÍCIA SUELI LISBOA PORTILHO FERNANDES**

**ACESSO E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS PARA HIPERTENSÃO NO  
ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciência da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Dr. Luiz Carlos de Abreu

Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

**Vitória, ES**

**2020**

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

F363a Fernandes, Patricia Sueli Lisboa Portilho  
Acesso e uso racional de medicamentos para hipertensão no âmbito da Atenção Primária em Saúde / Patricia Sueli Lisboa Portilho Fernandes. - 2020.  
77 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2020.

1. Assistência farmacêutica. 2. Uso racional de medicamentos. 3. Hipertensão. 4. Atenção Primária em Saúde. I. Abreu, Luiz Carlos de. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 615.1

---

**PATRÍCIA SUELI LISBOA PORTILHO FERNANDES**

**ACESSO E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS PARA  
HIPERTENSÃO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM  
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 07 de abril de 2020.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof Dr Luiz Carlos de Abreu  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
**Orientador (a)**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Italla Maria Pinheiro Bezerra  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

---

Prof Dr Laércio da Silva Paiva  
Centro Universitário Saúde ABC (FMABC)

Dedico este trabalho aos meus pais, Léa e Eduardo, fonte inesgotável de amparo e incentivo. Incluo aqui também meu esposo Danilo e minha filha Maria Eduarda, presentes de Deus na minha vida, e que sempre me motivaram a fazer o meu melhor.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por permitir a execução e a conclusão do Mestrado, curso que sempre foi um desejo para mim.

Não posso deixar de aqui mencionar meus pais, Léa e Eduardo, sem os quais a realização desse trabalho seria impossível de ocorrer. Obrigada pelo apoio, auxílio e por toda ajuda que sempre recebi de vocês.

Deixo também meu agradecimento ao meu esposo Danilo, que entendeu as minhas ausências e sempre foi meu porto seguro. Obrigada pela motivação e força. Sem você, não seria possível traçar esse caminho.

Um agradecimento especial à minha filha, Maria Eduarda, que mesmo tão pequena, me acompanhou nessa trajetória, me impulsionando a conseguir finalizar esse processo. Seu sorriso sempre foi minha fonte de inspiração.

Enfim, um agradecimento aos colegas e companheiros de curso, e uma gratidão especial aos professores Dr. Luiz Carlos de Abreu e Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra, peças fundamentais e de extrema importância nesse longo trajeto de aprendizado.

Muito obrigada!

“A persistência é o caminho do êxito.”  
(Charles Chaplin)

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O Brasil apresentou um grande avanço em relação às políticas públicas de saúde e à promoção ao acesso a medicamentos essenciais desde a Política Nacional de Medicamentos em 1998. Nesse contexto, a Atenção Primária de Saúde tem a importante atribuição de ser a entrada preferencial do sistema de saúde, impactando positivamente nas condições de saúde da população. No caso das doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão arterial é um desafio para a rede primária, sendo uma condição com determinantes biológicos e socioculturais. Conseqüentemente, é necessário compreender que a resolutividade da atenção aos pacientes hipertensos consiste no uso do medicamento e na consideração da pessoa em sua totalidade. Portanto, a orientação farmacêutica é indispensável para o sucesso na terapia medicamentosa. **OBJETIVO:** Analisar o acesso aos medicamentos e fatores associados ao seu uso por usuários hipertensos na Atenção Primária à Saúde. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de corte transversal no qual foi aplicado um questionário com questões objetivas para avaliar o uso dos medicamentos pelos pacientes hipertensos acompanhados pelo NASF no município de Manhuaçu. Os dados coletados foram analisados estatisticamente pelo programa STATA 15.1, sendo realizados testes de frequência absoluta e relativa nas variáveis, além do teste de Qui-quadrado. Os dados foram apresentados na forma de valor absoluto e porcentagem. **RESULTADOS:** Foram avaliados 250 pacientes, sendo que a maior parte da amostra foi do sexo feminino (67,2%) e maiores de 60 anos de idade (67,6%), com escolaridade de ensino fundamental (58,4%). O trabalho mostrou associação estatística entre o tempo de tratamento e a idade ( $p=0,006$ ), entre o uso de medicamento no dia anterior à aplicação do questionário e a idade ( $p=0,030$ ) e entre o esquecimento do medicamento em viagens e o sexo ( $p=0,007$ ), com predominância do sexo feminino. **CONCLUSÃO:** Os usuários apresentaram acesso aos medicamentos e fazem o uso racional do mesmo, o que implica no seguimento do tratamento sem dificuldades. **Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica. Uso Racional de Medicamentos. Hipertensão.



## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Brazil has made a breakthrough in relation to public health policies and the promotion of access to essential medicines since the National Medicines Policy in 1998. In this context, Primary Health Care has the important attribution of being the preferential entry of the health system, positively impacting the health conditions of the population. In the case of chronic non-communicable diseases, arterial hypertension is a challenge for the primary network, being a condition with biological and socio-cultural determinants. Consequently, it is necessary to understand that the resolution of care for hypertensive patients consists of using the medication and considering the person in their entirety. Therefore, pharmaceutical guidance is indispensable for success in drug therapy. **OBJECTIVE:** To analyze access to medicines and factors associated with their use by hypertensive users in Primary Health Care. **METHOD:** This is a cross-sectional study in which a questionnaire was applied with objective questions to assess the use of medicines by patients hypertensive patients monitored by NASF in the municipality of Manhuaçu. The collected data were analyzed statistically by the program STATA 15.1, being carried out tests of absolute and relative frequency in the variables, in addition to the Chi-square test. The data were presented in the form of absolute value and percentage. **RESULTS:** 250 patients were evaluated, with most of the sample being female (67.2%) and over 60 years old (67.6%), with elementary schooling (58.4%). The study showed a statistical association between treatment time and age ( $p = 0.006$ ), between the use of medication the day before the questionnaire was applied and age ( $p = 0.030$ ) and between forgetting the medication while traveling and sex ( $p = 0.007$ ), with a predominance of females. **CONCLUSION:** Users had access to medicines and made rational use of it, which implies following the treatment without difficulties.

**Keywords:** Pharmaceutical Assistance. Rational Use of Medicines. Hypertension.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localização de Manhauçu.....	33
Figura 2: Quantidade de pacientes do sexo masculino e feminino em relação à idade.....	38

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização geral da amostra. Manhuaçu, MG, 2019.....	37
Tabela 2: Hábitos racionais em relação ao tratamento anti-hipertensivo pelos pacientes. Manhuaçu, MG, 2019.....	38
Tabela 3: Esquecimento dos pacientes em relação ao tratamento anti-hipertensivo. Manhuaçu, MG, 2019.....	39
Tabela 4: Análise dos pacientes em relação ao tratamento anti-hipertensivo segundo idade. Manhuaçu, MG, 2019.....	40
Tabela 5: Análise dos pacientes em relação ao tratamento anti-hipertensivo segundo sexo. Manhuaçu, MG, 2019.....	41
Tabela 6: Análise dos pacientes em relação ao tratamento anti-hipertensivo segundo escolaridade. Manhuaçu, MG, 2019.....	43

## LISTA DE SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AF	Assistência Farmacêutica
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DM	Diabetes Melito
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PA	Pressão Arterial
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
URM	Uso Racional de Medicamentos
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
2.1 Políticas Públicas de Saúde .....	17
2.2 Hipertensão Arterial .....	19
2.2.1 Hipertensão Arterial e Doença Cardiovascular .....	20
2.3 Acesso e Uso Racional de Medicamentos.....	21
2.3.1 Uso Racional de Medicamentos na Hipertensão .....	25
2.3.2 Uso Racional de Medicamentos e Educação em Saúde .....	27
2.4 Aspecto Social da Hipertensão Arterial e do Uso Racional de Medicamentos	28
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>32</b>
3.1 Objetivo geral.....	32
3.2 Objetivos específicos .....	32
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>33</b>
4.1 Tipo de estudo .....	33
4.2 Local do estudo .....	33
4.3 Participantes do estudo .....	33
4.4 Coleta de dados.....	34
4.5 Organização e análise dos dados.....	35
4.6 Aspectos éticos.....	35
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>44</b>
<b>7 CONCLUSÃO .....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICES – FICHAMENTOS DOS ARTIGOS .....</b>	<b>71</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, passa a ser responsabilidade do Estado a promoção do bem-estar social e da plena cidadania, estabelecendo alguns direitos sociais, como o direito à saúde e à educação (JOÃO, 2010).

Dentro do direito social à saúde, tem-se o direito à assistência farmacêutica. Os artigos 6º e 7º da Lei Orgânica da Saúde citam que “as assistências terapêuticas e farmacêuticas devem ser garantidas integralmente aos cidadãos brasileiros, de acordo com o princípio da integralidade de assistência” (JOÃO, 2010, p. 15).

Nesse contexto, a lei 8.080/1990 estabelece o direito à assistência terapêutica e integral, incluindo a farmacêutica, sendo o marco legal para o acesso aos medicamentos (BRASIL, 1990a).

João (2010) cita que a assistência farmacêutica passa a ser essencial dentro do campo dos serviços de atenção à saúde. Dessa forma, o medicamento assume importante papel, sendo fundamental para diminuir os riscos da doença e promover a recuperação da saúde do paciente. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) “no mundo, mais da metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inapropriadamente, e que metade dos pacientes não os usa corretamente” (JOÃO, 2010, p. 15).

Em 1998 houve a implantação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), a fim de garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais. Sua publicação ocorreu devido ao grande número de falsificações e precário controle sanitário dos medicamentos (ALVARES et al., 2017).

Melo e Castro (2017) afirmam que com a PNM houve notório avanço no Brasil nas políticas públicas e acesso aos medicamentos essenciais. A distribuição gratuita de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) para a população se iniciou prontamente à publicação desta Política. Entretanto, a Assistência Farmacêutica (AF) era exercida focada apenas no fornecimento do medicamento. Posteriormente, priorizou-se a disponibilidade dos serviços farmacêuticos, obtendo também financiamento para esse fim.

Hogerzeil e Mirza (2011) mencionam que o acesso aos medicamentos é considerado fundamental para uma cobertura de saúde universal, justa, resolutiva e de qualidade.

É reconhecido pela Organização das Nações Unidas como um dos cinco indicadores referentes à garantia do direito à saúde.

No contexto da Atenção Primária em Saúde (APS), é importante que a população tenha acesso aos medicamentos, uma vez que esse nível de atenção é primordial nas ações de promoção, recuperação e prevenção dos agravos das pessoas (ALVARES et al., 2017).

A atenção primária é reconhecida pelo Ministério da Saúde como sendo fundamental dentro do SUS, e está passando por um período de adequação, principalmente nos serviços de acesso, vínculo e acolhimento ao usuário (GIRÃO; FREITAS, 2016).

A hipertensão arterial (HA) destaca-se dentro das doenças crônicas não transmissíveis devido a sua alta prevalência, uma vez que causa 13,5% de todas as mortes. É uma patologia que aumenta o risco cardiovascular, e apresenta altos níveis pressóricos do sangue (GIRÃO; FREITAS, 2016).

Diante disso, a atenção primária é a porta de entrada do usuário para acesso aos serviços de saúde do SUS, no qual se deve identificar as necessidades do paciente, buscando por melhorar suas condições de saúde (GIRÃO; FREITAS, 2016). Sendo assim, o controle da HA no nível primário de atenção é desafiador, pois envolve diversos fatores e sua abordagem deve considerar o indivíduo e sua inserção na comunidade. Nesse viés, é importante ter em mente que o sucesso no tratamento da HA vai além do uso do medicamento e do envolvimento com a equipe multidisciplinar de saúde, considerando também o paciente como um todo (MALACHIAS, 2016).

Bubach e Oliveira (2011) afirmam que pacientes hipertensos que seguem corretamente o tratamento medicamentoso prescrito e que fazem mudanças em hábitos diários, apresentam diminuição de danos à saúde e crescimento da expectativa de vida.

É imprescindível que o paciente tenha consciência de sua condição clínica, seguindo o plano de cuidado proposto pelos profissionais da saúde, com medidas farmacológicas e/ou mudanças no hábito de vida, encontrando também amparo em sua família. Portanto, é essencial efetivar o acesso da população aos medicamentos e promover seu uso racional (CARVALHO, 2012).

O acesso a medicamento e demais insumos de saúde é um desafio nos países dos continentes americanos: ter insumos públicos de tecnologias de qualidade nos serviços públicos e privados de saúde, devidamente selecionados e adquiridos de acordo com a política nacional de saúde permite que o paciente receba um cuidado

de maneira integral, além de promover o bem-estar em populações mais frágeis (BRASIL, 2019).

A OMS define que há o uso racional de medicamentos quando os pacientes recebem medicamentos adequados para sua situação clínica, com doses apropriadas para suas demandas específicas, por um tempo conveniente, sem custo elevado para si e para a sociedade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1987).

Tanto o profissional prescritor quanto aos usuários devem estar inseridos no processo do uso racional de medicamentos (URM), interagindo de maneira prática e funcional (FRANCESCHET-DE-SOUSA, et al., 2010).

Nesse contexto, a AF pode ser vista como um ciclo de atividades interligadas, no qual só é possível avançar quando a atividade anterior for feita de maneira satisfatória. “Neste ciclo, incluem-se as seguintes atividades: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização (que abrange a prescrição, a dispensação e o uso)” (PEPE et al., 2010, p. 2407).

A dispensação é o propósito final do ciclo, sendo de grande relevância, pois é o último contato que o paciente terá com um profissional de saúde antes de usar o medicamento, devendo ser fornecidas todas as orientações pertinentes ao uso do mesmo.

Mengue et al (2016) citam que como os medicamentos são de fácil acesso, devido também ao fato do seu custo não ser elevado, representam grande relevância durante o tratamento no início da HA. Além disso, muitas vezes o paciente tem o pensamento de que é mais cômodo e fácil usar o medicamento do que fazer mudanças em hábitos de vida.

Diante do exposto, a pergunta norteadora dessa pesquisa é: Como acontece o acesso dos pacientes hipertensos aos medicamentos e seu uso racional no âmbito da atenção primária?

Assim sendo, a orientação farmacêutica é indispensável para a adesão ao tratamento, uso correto dos medicamentos e sucesso na terapia medicamentosa. É fundamental que o paciente também tenha consciência de sua patologia, garantindo uma efetiva comunicação entre o profissional da saúde e o usuário. Muitas vezes, é o próprio farmacêutico que desperta essa consciência no paciente.

O estudo é de grande valia uma vez que é importante que o paciente hipertenso tenha conhecimento de sua patologia e como o uso do medicamento de maneira racional pode contribuir para o sucesso do tratamento. O trabalho busca avaliar o perfil dos



pacientes hipertensos e como os fármacos são utilizados, mostrando a importância de se otimizar o acesso aos medicamentos na Atenção Primária e uso racional por parte do usuário.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Políticas Públicas de Saúde**

A Lei Federal nº 8.080/90 e a Constituição Federal no Brasil trazem o direito à saúde como universal e garantido pelo Estado. Além disso, a Lei 8.080/90 institucionaliza o SUS e cita seus princípios: acesso universal aos serviços de saúde e assistência de maneira integral, incluindo a farmacêutica (JOÃO, 2010).

Em 1994 iniciou no Brasil o Programa Saúde da Família (PSF), a partir da discussão para a reformulação do sistema de saúde. Nesse aspecto, foi estendido o conceito de atenção, inicialmente definido pela Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS 1/93) e, posteriormente, reorganizado pelas normas da NOB/SUS 1/96 (GUIMARÃES, 2017). Atualmente o PSF é denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo considerada uma política de saúde. Dentre diversos aspectos, a ESF trabalha em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, de maneira integral e continuada (CARVALHO, 2009).

A atenção primária é definida como a porta de entrada preferencial do usuário para acesso aos serviços de saúde do SUS, abrangendo o cuidado das pessoas e exercendo um importante papel na rede de atenção, efetivando a integralidade dos serviços (BRASIL, 2017). O controle da hipertensão no nível primário de atenção “envolve aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e de estrutura sanitária” (PINHO; PIERIN, 2013, p. 68). Além disso, o manejo dessa patologia abrange desde sua detecção passando pela estrutura e acesso dos serviços de saúde, incluindo a adesão ao tratamento (PINHO; PIERIN, 2013).

Nesse contexto, a Portaria 3.916/98 estabelece a PNM, cujo propósito é “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”. Dessa maneira, são diretrizes dessa Portaria a criação da relação de medicamentos essenciais e os deveres dos gestores do SUS na sua execução (JOÃO, 2010, p. 15).

A AF é prevista como ações direcionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. Seu adequado funcionamento contribui para uma atenção à saúde eficaz e com bons indicadores da assistência integral (MARIN et al., 2003). No Brasil, o SUS elabora e executa ações de assistência integral, estando incluso a AF (BRASIL, 1990a).

A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 6º, inclui no campo de atuação do SUS a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. O artigo 7º cita que as ações e serviços de saúde do SUS devem obedecer ao princípio da integralidade de assistência, com ações articuladas e contínuas nos níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990a).

Portanto, no Brasil, o SUS é responsável pela realização de ações de assistência terapêutica de maneira integral, abrangendo a assistência farmacêutica (BRASIL, 1990a). Essa tem o medicamento como fator fundamental, e sua correta execução é essencial para uma efetiva atenção em saúde de maneira global (MARIN et al., 2003). Enfim, sendo constitucional o direito à saúde, e sendo garantido pela Lei Orgânica da Saúde como um direito integral, universal e com equidade, incluindo o direito à assistência farmacêutica; sendo que a assistência farmacêutica possui como diretriz o uso racional de medicamentos, é evidente que é direito da população a “medicina baseada em evidências, assim como a farmacoterapia baseada em evidências, pilares do URM” (JOÃO, 2010, p. 16).

No Brasil houve muitas mudanças na área da saúde pública nos últimos tempos, incluindo no URM. Tais modificações tiveram início em 1988, com a criação do SUS, baseado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular; prosseguindo até os anos 1990, por meio da sua regulamentação através das leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990a, 1990b).

A PNM, aprovada pela Portaria 3.916 de 30 de outubro de 1998, faz parte da Política Nacional de Saúde, e é indispensável para que sejam executadas ações que busquem a melhoria das condições da assistência à saúde da população. Possui como ponto principal a garantia da qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, além de promoção do uso correto e do acesso da população aos que são classificados como essenciais. É importante citar que a PNM trouxe a reorientação da AF, indo além apenas da aquisição e da distribuição de medicamentos. Buscou-se por implementar,

nas três esferas do SUS, as ações relativas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais (BRASIL, 2001).

Portanto, é importante que o uso do medicamento ocorra de maneira adequada e consciente. Guimarães (2017) cita que o uso do medicamento de maneira irracional e sem critérios implica negativamente em todos os âmbitos da atenção à saúde.

Mesmo com várias políticas públicas para a oferta gratuita de medicamentos no Brasil, esse fornecimento é ainda dificultado. Os medicamentos essenciais possuem garantia de acesso pela PNM, mas vê-se ainda carência na disponibilização devido a problemas de diversas causas. Além do acesso ao medicamento, o acompanhamento do paciente feito pela equipe de saúde reflete na adesão ao tratamento. A estrutura física e organizacional do serviço de saúde, incluindo a formação do vínculo com os profissionais reduzem riscos de adoecimento e morte (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Quando se tem uma assistência à saúde eficaz, com boa oferta de serviços e total acesso a medicamentos, os fatores individuais da não adesão são superados (MANSOUR; MONTEIRO; LUIZ, 2016).

## **2.2 Hipertensão Arterial**

A HA é uma condição clínica que envolve vários fatores, definida pelo aumento dos níveis pressóricos maiores ou iguais a 140 e/ou 90 mmHg (MALACHIAS et al., 2016). Normalmente está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, e agrava-se por outros fatores de risco como dislipidemia, obesidade, intolerância à glicose e diabetes melito (DM), tabagismo, além de histórico familiar (WEBER et al., 2014). A HA é caracterizada como uma doença crônica responsável pela elevação do risco de doenças cardiovasculares, o que propicia aumento da demanda nos atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de atenção primária à saúde (TURI et al., 2014).

Entre pessoas que não apresentam doença vascular prévia, a pressão arterial está positivamente associada aos riscos de morte por doença vascular entre indivíduos que podem ser considerados hipertensos, e também entre os que normalmente são considerados normotensos (com nível de pressão arterial de 115/75 mm Hg) (LEWINGTON et al., 2002).

Lima et al. (2011) salienta que as mudanças drásticas de hábitos de vida, alimentação e sedentarismo modificam o quadro de disposição de surgimento de doenças crônicas, propiciando aumento de casos de hipertensão. Essa patologia, quando não tratada, causa complicações severas tanto para o paciente, por impactar sua qualidade de vida; quanto para a sociedade, devido aos tratamentos onerosos.

### **2.2.1 Hipertensão Arterial e Doença Cardiovascular**

Estudos norte americanos realizados em 2015 mostram que a HA existia em 69% de pacientes com primeiro quadro de IAM (infarto agudo do miocárdio), 77% de AVE (acidente vascular encefálico) e 75% com IC (insuficiência cardíaca) (MOZAFFARIAN et al., 2015). A HA é a causa de 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes por AVE (LIM et al., 2012).

No Brasil, mais de 30% da população adulta apresenta HA e mais de 60% nos idosos, implicando em 50% das mortes por DCV (doenças cardiovasculares) (MALACHIAS et al., 2016). A HA e seus agravantes (doenças cardíacas, renais e AVE), somada à DM causam grande perda da produtividade do trabalho e da renda familiar (ABEGUNDE et al., 2007)

Os fatores de risco para a HA são:

Idade: existe uma associação direta entre o envelhecimento e a prevalência de HA (PICON et al., 2013).

Sexo e etnia: a Pesquisa Nacional de Saúde feita em 2013 mostrou que a HA autorreferida foi maior entre mulheres e pessoas de raça negra/cor preta (MALACHIAS et al., 2016).

Excesso de peso e obesidade: a obesidade e a hipertensão ocasionam DCV e renais, associando-se a alta morbidade e mortalidade (DEMARCO; AROOR; SOWERS, 2014). A pesquisa VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) no Brasil mostrou aumento da prevalência de excesso de peso entre 2006 e 2014. Na mesma época, houve também aumento da obesidade de 11,9% para 17,9% (MALACHIAS et al., 2016). Nobre, Ribeiro, Mion Júnior (p. 6, 2010) complementam que “para cada centímetro acrescido à circunferência abdominal ou para cada ano de vida ganho, o controle da pressão arterial é reduzido em 2%”.

Ingestão de sal: o uso em excesso de sódio, um dos principais fatores de risco para a HA, está associado a eventos cardiovasculares e renais (ZHAO et al., 2011).

Ingestão de álcool: o valor da pressão arterial (PA) aumenta de maneira consistente com o uso crônico e elevado de bebidas alcoólicas (MALACHIAS et al., 2016).

Sedentarismo: a prática de exercícios físicos é um fator de proteção contra a HA (TURI et al., 2014). A atividade física feita de maneira regular traz bons resultados tanto na prevenção quanto no tratamento da HA, diminuindo a morbimortalidade por DCV (MALACHIAS et al., 2016).

Tabagismo: Nobre, Ribeiro, Mion Júnior (2010) afirmam que a presença de tabagismo, dentre outros fatores, determina menor chance de controle da pressão arterial.

Fatores socioeconômicos: a desigualdade socioeconômica e racial - medida por diferentes indicadores - está fortemente associada ao controle da HA, além da influência esperada do acesso aos serviços de saúde (CHOR et al., 2015). A baixa renda pode contribuir para o não tratamento adequado da HA e dificultar o acesso aos serviços de saúde (SANCHEZ; PIERIN; MION JR, 2004).

Métodos para a prevenção da HA envolvem políticas públicas de saúde e os serviços de cuidado com o paciente. Deve-se buscar o diagnóstico precoce, a continuidade do tratamento, o controle da PA e dos fatores de risco relacionados, através de adequações no estilo de vida e uso adequado dos medicamentos, quando necessário (MALACHIAS et al., 2016).

A equipe multiprofissional é altamente relevante no controle da HA, e sua atuação nesse fim relaciona-se diretamente à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (MALACHIAS et al., 2016).

Silva et al. (2012) afirmam que a hipertensão é uma patologia que pode ser controlada, e quando devidamente tratada, pode evitar o surgimento de doença cardiovascular sintomática.

### **2.3 Acesso e Uso Racional de Medicamentos**

Mengue et al. (2016) definem o acesso total como sendo a condição na qual o paciente recebe todos os medicamentos necessários para o tratamento nos últimos 30 dias. O acesso parcial ocorre quando falta algum medicamento, seja por dificuldade financeira para a compra ou pela indisponibilidade no SUS. Já o acesso nulo acontece quando nenhum medicamento foi adquirido nos últimos 30 dias, também por dificuldade

financeira ou ausência no SUS. Em estudo realizado para o cálculo do indicador do acesso aos medicamentos anti-hipertensivos, os autores colocam como numerador a classificação de acesso total, parcial ou nulo. E o denominador foi definido como os pacientes com indicação médica para o tratamento medicamentoso da hipertensão, não considerando os casos de abandono proposital do tratamento (MENGUE et al., 2016).

Para que ocorra o acesso aos medicamentos é preciso o envolvimento de atores públicos e privados, além de diversos setores do cenário econômico, político e social a nível mundial. Esse aspecto gira em torno de um conceito pluralista, agrupando conceitos como: disponibilidade, acessibilidade geográfica, adequação, poder aquisitivo e aceitabilidade (ALVARES et al., 2017).

Em estudo prévio, usuários apontam indicadores de acesso aos medicamentos em torno de 70 a 90% de conformidade. Entretanto, o cenário atual de acesso ainda não é o ideal, uma vez que existe pouca disponibilidade de medicamentos considerados essenciais nas unidades públicas de saúde. Dessa forma, o acesso não ocorre de maneira universal e resolutiva aos pacientes, gerando uma árdua situação para o SUS (ALVARES et al., 2017).

Dentro da AF, uma das diretrizes é a utilização do medicamento através da prescrição, dispensação e uso, sendo uma prática que engloba:

A escolha terapêutica medicamentosa adequada; a indicação apropriada deste medicamento; a inexistência de contra-indicação; a mínima probabilidade de reações adversas; a dispensação correta, incluindo informação apropriada sobre os medicamentos prescritos; a adesão ao tratamento pelo paciente e o seguimento dos efeitos desejados e de possíveis reações adversas conseqüentes do tratamento (JOÃO, 2010, p. 15-16).

Tem-se como uso racional de medicamentos:

um processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o conjunto de doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (JOÃO, 2010, p. 15).

Leite e Vasconcelos (2003, p. 777) consideram que o apesar do conceito de adesão ser diferente para alguns autores, de maneira geral, pode ser definido como “a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento” A adesão corresponde ao desfecho do uso racional de medicamentos.

Uma vez que exista a necessidade de tratamento com medicamentos, o paciente deve receber informações referentes à importância do uso contínuo, ao surgimento de possíveis efeitos adversos, à possibilidade de ajuste de dose ou à troca de medicação (MALACHIAS et al., 2016).

Os autores complementam que:

Um medicamento para ser indicado deverá, preferencialmente: ter demonstrado a capacidade de reduzir a morbimortalidade CV; ser eficaz por via oral; ser bem tolerado; poder ser usado no menor número de tomadas por dia; ser iniciado com as menores doses efetivas; poder ser usado em associação; ser utilizado por um período mínimo de quatro semanas, antes de modificações, salvo em situações especiais; ter controle de qualidade em sua produção (MALACHIAS et al., 2016, p. 35).

O consumo de medicamento sofre influência dos indicadores demográficos, que demonstram elevação da expectativa de vida ao nascer. Dessa forma, o envelhecimento populacional resulta em maior consumo de medicamentos, principalmente no tratamento de doenças crônico-degenerativas, e dos medicamentos de uso contínuo, como para patologias cardiovasculares, reumáticas e diabetes. Esse aspecto ocasiona maior custo social, e resulta também da falta de vínculo da assistência farmacêutica com os demais serviços de saúde (BRASIL, 2001).

A automedicação e a indução do uso irracional de medicamentos permitem um aumento na busca desses insumos, sendo necessário estimular a prática de uso racional por meio de educação continuada para a equipe de saúde e para os pacientes (BRASIL, 2001).

No SUS, a AF envolve ações de “seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização – nesta compreendida a prescrição e a dispensação”, proporcionando que esses produtos estejam acessíveis conforme as necessidades da população, baseadas em critérios epidemiológicos (BRASIL, 2001, p. 14).

Quando utilizados de maneira inadequada e sem controle, os medicamentos podem causar diversas complicações em saúde (GUIMARÃES, 2017). O uso incorreto dos medicamentos pode ocorrer por diversos fatores, dentre eles: automedicação, pouca informação do profissional prescritor sobre a segurança do fármaco, mídia medicamentosa e uso indiscriminado da internet para propagandas (AQUINO, 2008). Muitos pacientes consideram difícil entender a prescrição médica. A dificuldade de compreensão ocorre por engano de doses, período do tratamento, intervalos de tempo, podendo chegar até a troca de medicamentos. O erro pode ser por esquecer-

se de utilizar os medicamentos nos horários corretos, não usar a dose total ou simplesmente deixar de tomar o medicamento quando há melhora do agravo. Além disso, alguns usuários utilizam dosagem além da prescrita, considerando, de maneira equivocada, atingir a cura mais rápido (GUIMARÃES, 2017).

O uso irracional de medicamentos é considerado um relevante problema de saúde pública e ocorre quando o medicamento é usado sem nenhum fundamento técnico ou de maneira indiscriminada. Desse modo, vale ressaltar o papel do profissional farmacêutico e sua inclusão nas equipes de saúde, buscando pela garantia do melhor uso dos medicamentos, reduzindo a morbimortalidade e permitindo que seu trabalho consiga otimizar os custos relativos à farmacoterapia (JOÃO, 2010).

O farmacêutico possui papel indispensável na promoção do URM. Com medidas simples como orientação no momento da dispensação, educação da população, e fornecimento de informações aos pacientes sobre os benefícios que podem ser atingidos utilizando os fármacos corretamente, é possível estimular o uso adequado dos medicamentos (JOÃO, 2010).

Tan et al. (2014) acrescentam que a presença do profissional farmacêutico nos serviços de atenção primária alcançou grandes conquistas. Observou-se que quando esse profissional interagiu pessoalmente com o prescritor, a comunicação ocorria de maneira mais efetiva, permitindo a criação de relações interpessoais, possibilitando o maior sucesso nas intervenções.

Destaca-se que a orientação dos técnicos dada aos pacientes também é de muita importância, visto que é inviável para o farmacêutico atender todos os pacientes diretamente. A atuação dos técnicos pode ser através de sistema de identificação visual (emprego de cores e impressos padronizados) a fim de auxiliar no seguimento adequado da prescrição medicamentosa (MELO; CASTRO, 2017).

Apesar de não encontrarem estudos que evidenciem o aumento do acesso aos medicamentos após a ação do farmacêutico para comparação de dados, é possível verificar que houve melhora significativa estatisticamente e com forte associação com a intervenção na qualidade da prescrição ou na ampliação do acesso aos medicamentos com a presença do farmacêutico na atenção primária. Demais autores complementam que o farmacêutico nesse âmbito de atuação promove melhor interação com a equipe e com os pacientes, proporcionando bons resultados (TAN et al., 2014).



### **2.3.1 Uso Racional de Medicamentos na Hipertensão**

No tratamento da hipertensão, os medicamentos são primordiais, pois são de baixo custo e de fácil acesso; e apresentam maior adesão pelos pacientes do que as alterações no estilo de vida (FUCHS et al., 1997).

Mengue et al (2016) citam que a prevalência de hipertensão autorreferida confirma o crescimento de números de casos dessa patologia em todas as idades. Observou-se a possibilidade de diagnóstico tardio devido à alta prescrição de medicamentos para o tratamento. No estágio inicial da HA, opta-se apenas por mudanças no estilo de vida. No caso de insucesso, após seis meses, inicia-se o tratamento farmacológico. Se realizado um diagnóstico em estágios mais avançados, torna-se necessário o uso dos medicamentos, devido maior gravidade da doença. O comportamento do profissional prescritor também deve ser analisado, pois considerando que os pacientes não irão promover mudanças no estilo de vida, já são prescritos os medicamentos, juntamente com a prática de hábitos saudáveis

Duarte et al. (2010) afirmam que em estudo realizado, houve grande indicação e uso de medicamentos para o tratamento da hipertensão. Isso pode ser um aspecto positivo, pois a HA é uma doença que não manifesta sintomas. Mas os autores ressaltam a necessidade de avaliações mais específicas sobre a adequação e o seguimento correto do tratamento no manejo da doença. Como fator para a descontinuação do tratamento farmacológico, considera-se que a compreensão equivocada sobre a hipertensão pode levar ao abandono dos medicamentos quando os valores pressóricos estão normalizados. Outras razões podem ser o surgimento de efeitos colaterais, esquecimento e também motivos relacionados ao serviço de saúde (estrutura, organização e relação com a equipe).

Verifica-se crescimento da prevalência de HA nos adultos brasileiros, e também grande aumento no acesso aos medicamentos para seu tratamento. Isso é evidente quando comparado em estudos anteriores. O maior acesso aos medicamentos pode ser devido às políticas públicas de assistência farmacêutica. Dentre os fármacos utilizados, grande parte é considerada na literatura como primeira linha de tratamento. Em estudo feito, a quantidade de medicamentos se assemelha à observada nos Estados Unidos e na Inglaterra, locais no qual se observa maior número de fármacos necessários para o controle da HA (MENGUE et al., 2016).

Santa-Helena, Nemes, Eluf-Neto (2010) destacam que mesmo com várias opções de esquemas terapêuticos no tratamento da hipertensão e aumento do arsenal medicamentoso, ainda tem-se um problema secular que é a falta de adesão à utilização dos medicamentos, agravando a condição clínica dos pacientes hipertensos.

Diante disso, Garfield et al. (2011) consideram que a simplificação da utilização dos medicamentos possui papel importante para facilitar a adesão ao tratamento de doenças crônicas como a HA. A diminuição da quantidade de medicamentos utilizados e de sua frequência de uso favorece a adesão ao tratamento, melhorando o controle da patologia. Além disso, outro ponto que facilita a adesão ao tratamento é a associação do uso dos medicamentos com atividades rotineiras (como próximo às refeições, por exemplo), pois isso diminui a possibilidade de esquecimento. Barreto, Matsuda e Marcon (2016) complementam que a simplificação do esquema terapêutico pode ser utilizada pelos profissionais para auxiliar na adesão ao tratamento.

Nair et al. (2011) também citam que no caso de doenças crônicas, uma dificuldade é a não adesão ao tratamento farmacológico, acarretando piora no quadro clínico e aumento dos custos na atenção especializada. O acesso aos medicamentos de maneira apropriada é imprescindível para a adesão ao tratamento (PANIZ et al., 2008). Mansour, Monteiro e Luiz (2016) complementam que a não adesão ao tratamento medicamentoso agrava o controle de doenças crônicas.

Mas o acesso aos medicamentos não é único ponto no tratamento da hipertensão, sendo primordial a correta adesão ao tratamento, a dispensação orientada e o controle dos demais fatores relacionados à HA, como adequada alimentação e hábitos de sono (RUTTANAUMPAWAN et al., 2009).

Mengue et al. (2016) relatam que fatores como maior idade, maior escolaridade e melhor nível socioeconômico associam-se ao melhor acesso aos medicamentos. Os autores relatam um aumento na obtenção dos medicamentos para a hipertensão através da rede primária do SUS e do Programa Farmácia Popular do Brasil, sendo que a maioria dos medicamentos está disponível gratuitamente. Nesse contexto, Leite e Vasconcelos (2003) acrescentam que uma situação econômica desfavorável relaciona-se com menor acesso a medicamentos.

Souza et al. (2012) evidenciam que para melhorar a adesão do paciente ao tratamento é importante a participação de gestores e profissionais da saúde, a fim de que o paciente participe de todas as etapas de sua terapia, incentivando também a aferição

da PA, informando a importância de se ter valores adequados e como se atingir o objetivo desejado.

É de extrema importância que os profissionais da saúde, principalmente os do nível primário, estejam capacitados para o trabalho com os pacientes hipertensos, para que seja possível melhorar os índices de adesão à terapia medicamentosa. Há evidências de que a adesão aos medicamentos diminui os índices de mortalidade, de consultas de emergência, das internações e também os custos médico-hospitalares. Somando-se a isso, a adesão ao tratamento permite uma melhora da qualidade de vida do paciente, promovendo seu bem-estar social (MORGADO et al., 2010).

De uma maneira geral, a organização dos serviços e as políticas de saúde são fundamentais no controle da hipertensão arterial, sendo indispensável adequada assistência, cuidados de saúde e pleno acesso a medicamentos (MANSOUR, MONTEIRO; LUIZ, 2016).

### **2.3.2 Uso Racional de Medicamentos e Educação em Saúde**

O ensino para o URM é um assunto em voga a nível mundial, tendo o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com participação de docentes e discentes de várias instituições de ensino e pesquisa no país, além de profissionais da saúde (FRANCESCHET-DE-SOUSA et al., 2010).

Em estudo realizado por Bittencourt et al. (2017) poucos pacientes conheciam a prescrição médica. Isso pode estar relacionado ao período de tempo da consulta. Dessa maneira, para identificar e evitar erros, é imprescindível explicar a prescrição ao paciente durante a dispensação do medicamento, podendo até ser solicitada a repetição de seu conteúdo pelo usuário.

Um ponto importante que efetiva o URM é o fato da prescrição ser feita pelo nome genérico, uma vez que isso permite melhor identificação do medicamento pelos pacientes e facilita o processo de educação sanitária durante a dispensação (MELO; CASTRO, 2017).

É fundamental realizar para os pacientes medidas de educação em saúde sobre o uso correto e seguro dos medicamentos (GUIMARÃES, 2017). Promovendo o uso correto, racional e seguro dos fármacos, podem ser evitados vários pontos: reações adversas,

agravamento das doenças, aumento da resistência bacteriana, riscos de infecção, e outros (MARIN et al., 2003).

O processo da educação em saúde e a promoção do URM envolvem diversos atores e segmentos da sociedade, perpassando pelo paciente, profissionais de saúde, formuladores de políticas públicas, indústria e governo. Como o uso inadequado de medicamento atualmente é considerado um grave problema de saúde pública, o processo educativo procura discutir o assunto junto à comunidade envolvida, almejando a transmissão e a aquisição de conhecimentos (GUIMARÃES, 2017).

## **2.4 Aspecto Social da Hipertensão Arterial e do Uso Racional de Medicamentos**

A HA é um grave problema de saúde pública no Brasil, com altas taxas de prevalência (PIERIN et al., 2016). O controle dessa patologia está diretamente ligado à adesão ao tratamento. Diversos pontos influenciam a adesão: é uma doença crônica assintomática, o tratamento deve ser feito por toda a vida, existem reações adversas aos medicamentos, esquemas terapêuticos de difícil compreensão, mudanças no estilo de vida (LO et al., 2016).

Uma vez que a HA é uma doença crônica que envolve medidas de controle e prevenção dos agravos, os pacientes hipertensos devem ter uma assistência envolvendo acolhimento e vínculo. Portanto a ESF deve buscar pelo envolvimento da família e do ambiente em que o usuário vive com a equipe, realizando uma assistência de maneira integral, indo além das medidas curativas (GIRÃO; FREITAS, 2016).

Na ESF o trabalho é desenvolvido buscando-se a assistência integral e contínua em todo o âmbito familiar, conforme vínculo nas respectivas unidades básicas de saúde. O indivíduo é acompanhado em cada etapa de sua vida, olhando também por seu aspecto familiar e social (ROSA; LABATE, 2005).

Lima, Moreira e Jorge (2013) destacam que o controle da hipertensão não se resume apenas na utilização do medicamento e demais medidas reguladoras. É preciso observar a pessoa como um todo. Para um bom resultado, é importante a atuação em conjunto dos profissionais da APS e da população, buscando pela criação de vínculo e a continuidade do cuidado, caracterizando a APS como porta de entrada da assistência a esses usuários (GIRÃO; FREITAS, 2016).

A equipe multiprofissional da ESF em muito auxilia na promoção do uso racional de medicamentos, devido ao grande contato com o paciente (GUIMARÃES, 2017).

Nesse sentido, a abordagem ao paciente hipertenso deve promover afetos que favoreçam o processo terapêutico envolvendo os usuários, trabalhadores e gestores do SUS. O acolhimento deve estar embasado na inclusão social e no respeito, buscando a criação do vínculo. Isso é possível através do diálogo, da confiança e da corresponsabilização, resultando na satisfação e segurança do indivíduo (GIRÃO; FREITAS, 2016).

É importante envolver toda a equipe multidisciplinar no cenário da dispensação dos medicamentos, a fim de fornecer para o paciente toda a informação necessária para o uso adequado dos medicamentos. Cabe ressaltar que a orientação não deve ser apenas dita, sendo essencial desenvolver uma boa comunicação entre o profissional e o paciente. É fundamental que o usuário se sinta parte do processo e colabore para se atingir o sucesso e a segurança da terapêutica (GUIMARÃES, 2017). Nesse contexto, Leite, Vieira e Veber (2008) colocam que o usuário deve ser percebido considerando seus hábitos, suas questões culturais e organizacionais, buscando pela aceitação do tratamento.

Pierin et al. (2016) relatam estudo no qual pacientes afirmam que o controle da hipertensão pode ser dificultado pela ausência de sintomas e por ser uma doença crônica. Além disso, o manejo dessa patologia está ligado às características biossociais e estilo de vida. Dessa forma, para avaliar a adesão ao tratamento, deve-se considerar as crenças dos hipertensos sobre a doença e o tratamento. A ausência de sintomas dificulta o diagnóstico, que é definido em grande parte apenas pelos valores pressóricos. A importância que os pacientes atribuem à doença e ao tratamento implica no fato do tratamento crônico, da terapia medicamentosa e em mudanças no estilo de vida.

Desse modo, é de grande importância que o paciente tenha consciência sobre sua condição clínica e procure se cuidar. Um fato relevante nesse aspecto é o amparo da família e dos cuidadores, formando uma rede de apoio e fonte de estímulo para que o paciente queira também obter o controle da doença.

A adesão ao tratamento é influenciada pelo comprometimento do usuário em como utilizar o medicamento, em fazer uma alimentação balanceada, e ter um estilo de vida saudável. Como causa principal do não controle da hipertensão tem-se o fato de, a longo prazo, não seguir a terapia medicamentosa e não modificar hábitos de vida (PIERIN et al., 2016).

Realizar mudanças no estilo de vida não é uma tarefa fácil. É importante explicar ao paciente sobre o contexto de sua patologia, promovendo a educação em saúde, mas esse não é o único aspecto a ser considerado. Logo, implicam no comportamento os aspectos cognitivos e afetivos (crenças, valores, e dificuldades frente ao novo comportamento assumido). Sobre a adesão ao tratamento, o indivíduo deve compreender o problema, suas possíveis soluções, e adequar seu comportamento conforme suas crenças (AJZEN, FISHBEIN, 2010 apud PIERIN et al., 2016).

Pierin et al. (2016) apontam que algumas características biossociais se relacionam com o controle da hipertensão, mostrando que há relação entre a falta de controle da hipertensão com hipertensos não brancos, com baixa renda e com baixa escolaridade. Informações nacionais apresentam maior prevalência da HA em negros e pessoas com baixa renda. Sendo assim, observa-se alta associação entre o contexto socioeconômico e a HA. Os autores evidenciam ainda que a adesão ao tratamento para controlar a HA é um processo complexo, envolvendo variáveis como sexo, estilo de vida e condições sociais (PIERIN et al., 2016).

É preciso levar em consideração a metodologia de acompanhamento dos pacientes hipertensos, as atividades desenvolvidas pelos profissionais, a assistência oferecida e o vínculo existente entre o paciente e o profissional da saúde. É importante repensar a prática profissional aplicada aos hipertensos, pois grande parte ainda se encontra no modelo biomédico e fragmentado, que não atende às diversas demandas dos pacientes. Deve-se promover a escuta qualificada, um acolhimento adequado, compreendendo o meio que o paciente está inserido (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016).

As reações adversas dos medicamentos também podem afetar a qualidade de vida dos hipertensos e diminuir a adesão à terapia (DUARTE-SILVA et al., 2014). Os próprios desdobramentos da patologia ocasionam impactos emocionais na vida do indivíduo, fazendo com que o mesmo não queira utilizar seus medicamentos e não consiga perceber evolução na sua condição clínica. Sendo assim, é nítida a difícil interação entre a qualidade de vida dos hipertensos e a adesão ao tratamento medicamentoso. Esse ponto deve ser melhor compreendido e abordado pelos profissionais da saúde (CHIN; LEE IS; LEE HY, 2014). Uma abordagem apropriada ao paciente hipertenso deve levar em consideração suas características, as implicações da patologia e seu tratamento, observando o contexto no qual o paciente

está inserido e sua expectativa e objetivos em relação a todo esse processo (CARVALHO et al., 2012).

Maciel, Pimenta e Caldeira (2016) apresentam estudo com correlação estatisticamente significativa entre qualidade de vida e adesão medicamentosa dos pacientes com hipertensão, mostrando que maior adesão equivale à melhor qualidade de vida. Mas por ser de fraca magnitude, pode-se afirmar que a qualidade de vida está relacionada a diversos outros fatores, não só apenas à adesão medicamentosa (SALEEM et al., 2012). Maciel, Pimenta e Caldeira (2016) reforçam que o contato com o paciente hipertenso deve considerar os níveis pressóricos, as consequências da doença e do tratamento na qualidade de vida de cada usuário.

Vale ressaltar que o perfil desses trabalhadores deve ser adequado para perceber as necessidades desses usuários, conciliando a parte técnica com o aspecto social, de maneira resolutiva para os pacientes (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2015). A criação do vínculo favorece o autocuidado, o entendimento sobre a doença e os hábitos terapêuticos por parte do usuário. Esse contexto remete à humanização, no qual o paciente deve ser avaliado como sujeito, ampliando sua participação no cuidado e otimizando a assistência oferecida (GIRÃO; FREITAS, 2016).

No caso da hipertensão, a formação do vínculo é produtiva na responsabilização da prática do cuidado, permitindo que tanto o usuário quanto o profissional exerçam suas partes, tanto nos planos terapêuticos quanto na prevenção de comorbidades (GIRÃO; FREITAS, 2016).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar o acesso aos medicamentos e fatores associados ao seu uso por usuários hipertensos na Atenção Primária à Saúde.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Descrever o perfil dos pacientes hipertensos;

Identificar a adesão dos pacientes ao tratamento farmacológico para a hipertensão.



## 4 MÉTODO

### 4.1 Tipo de estudo

Estudo de corte transversal (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018).

### 4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no município de Manhuaçu, situado na Zona da Mata do Estado de Minas Gerais, Brasil. O município possui uma população estimada em 2017 de cerca de 88.580 habitantes (BRASIL, 2017). O município possui 22 equipes de Estratégia Saúde da Família e 03 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

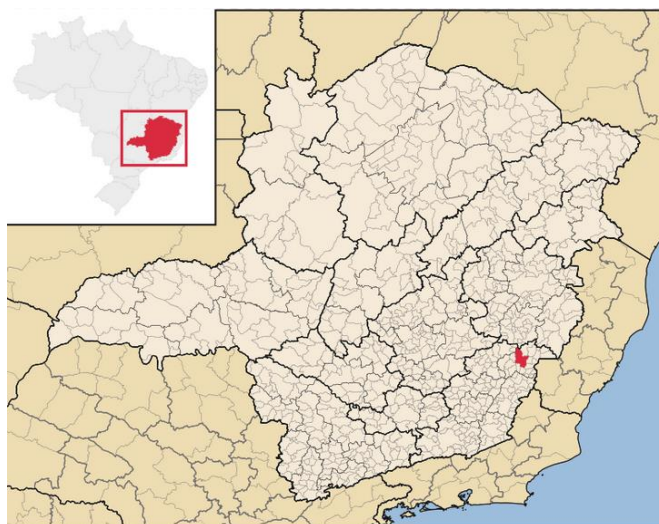


Figura 1 – Localização de Manhuaçu - MG

Fonte: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Manhua%C3%A7u#/media/File:MinasGerais\\_Municip\\_Manhuacu.svg](https://pt.wikipedia.org/wiki/Manhua%C3%A7u#/media/File:MinasGerais_Municip_Manhuacu.svg)

### 4.3 Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram os pacientes hipertensos, maiores de 18 anos, que participavam dos grupos de acompanhamento promovidos pelas três equipes do NASF. Foram critérios de exclusão os pacientes com transtorno mental.

O número total de pacientes hipertensos participantes dos grupos de acompanhamento do NASF foi 726 pacientes (dados de 12/2017, fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu). A amostra foi calculada considerando o cálculo de amostra para população finita. Sendo que o valor final da amostra foi de

250 pacientes, considerando a população da zona urbana e rural. Para o cálculo da população finita, utilizou-se a seguinte fórmula (MIOT, 2011):

$$\text{População finita (<10000)}$$

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{(N - 1) \cdot (E)^2 + p \cdot q \cdot (Z_{\alpha/2})^2}$$

Onde:

n – tamanho da amostra

$Z_{\alpha/2}$  – valor crítico para o grau de confiança desejado, usualmente 1,96 (95%)

E – erro padrão, usualmente  $\pm 5\%$  da proporção dos casos (precisão absoluta), ou  $\pm 5\%$  da média (1,05xmédia)

N – tamanho da população (finita) (726)

p – proporção de resultados favoráveis da variável na população (50%)

q – proporção de resultados desfavoráveis na população ( $q=1-p$ ) (50%)

Uma vez que não são conhecidos o acesso e o uso racional de medicamentos, foi considerada a prevalência em torno de 50%.

#### 4.4 Coleta de dados

Para coleta dos dados utilizou-se um questionário que foi aplicado aos pacientes hipertensos a fim de se avaliar a adesão ao tratamento farmacológico, o qual abordou se o paciente utiliza os medicamentos, quanto e como faz a sua ingestão. Além disso, foram verificados dados relativos ao esquecimento, descuido e interrupção por melhora ou piora dos sintomas.

O questionário utilizado (Anexo I) foi feito a partir de questionários validados na literatura por Oliveira-Filho et al. (2012) (questões 1 a 5) e Santa Helena, Nemes e Eluf-Neto (2008) (questão 15). Foi utilizada também uma pergunta do questionário de Morisky et al. (1986) (questão 14).

No questionário usado por Oliveira-Filho et al. (2012), a adesão terapêutica foi definida pela Escala de Adesão Terapêutica de Morisky contendo oito perguntas, versão em português da Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) (MORISKY et al, 2008), traduzida e validada (questões 06 a 13).

A OMS recomenda o emprego combinado de métodos no intuito de se melhorar a acurácia do questionário utilizado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

O questionário foi aplicado aos pacientes durante reuniões dos grupos para hipertensos promovidas pelo NASF.

O Teste Morisky e Green, um instrumento para se avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso (um dos métodos utilizados neste estudo), é direcionado para detectar e avaliar dificuldades na adesão, podendo ser utilizado como meio de mensurar o seguimento da terapia pelo paciente e seu comportamento sobre o uso do medicamento. Isso pode mostrar caminhos para a solução de dificuldades apresentadas pelos pacientes no cumprimento do tratamento, e assim, favorecer o controle da doença (PIERIN et al., 2016).

Os participantes com baixa escolaridade receberam auxílio dos agentes comunitários de saúde e da pesquisadora para responderem o questionário.

Foi distribuído para os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma via com o voluntário e uma com a pesquisadora, ambas assinadas (Anexo II).

#### **4.5 Organização e análise dos dados**

Para análise estatística deste trabalho e descrição dos dados, as variáveis foram apresentadas em frequência absoluta e relativa, e para possível identificação de fatores associados às respostas dos questionários foi realizado teste de Qui-quadrado. Os dados foram apresentados na forma de valor absoluto e porcentagem. As diferenças foram consideradas estatisticamente significantes quando o “p” foi menor do que 0,05. O programa utilizado para a realização destas análises foi o STATA 15.1 (VIEIRA, 2011).

#### **4.6 Aspectos éticos**

O projeto desta investigação foi submetido para aprovação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), cumprindo as exigências formais dispostas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), sendo aprovado pelo parecer

consubstanciando número 2.577.223 do CEP da Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu.

Antes da aplicação do questionário foram esclarecidos os objetivos da pesquisa solicitando autorização por escrito dos pacientes, através do TCLE comprovando a participação e assegurando sua autonomia.

No uso do material coletado para a pesquisa, a identidade dos informantes foi preservada, sendo garantida a liberdade de desistir de sua participação no grupo quando desejarem.

## 5 RESULTADOS

O estudo demonstra que a maior parte da amostra era do sexo feminino (67,2%), com idade principalmente acima de 60 anos (67,8%) e escolaridade de ensino fundamental (58,4%). Em relação ao tempo de tratamento, a maioria realiza com cinco anos ou mais (82,8%) e em uso de dois medicamentos por dia (42,8%) (tabela 1).

**Tabela 1.** Caracterização geral da amostra. Manhuaçu, MG, 2019.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	168	67,2
Masculino	82	32,8
Total	250	100,0
<b>Idade</b>		
NA	01	0,4
30-39 anos	02	0,8
40-49 anos	19	7,6
50-59 anos	59	23,6
60-69 anos	89	35,6
Maior ou igual a 70 anos	80	32,0
Total	250	100,0
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	67	26,8
Fundamental	146	58,4
Ensino médio	28	11,2
Superior	09	3,6
Total	250	100,0
<b>Tempo de tratamento</b>		
Menos de 1 ano	9	3,6
1 a 2 anos	13	5,2
2 a 4 anos	21	8,4
5 anos ou mais	207	82,8
Total	250	100,0
<b>Quantidade de medicamentos que utiliza</b>		
Um	67	26,8
Dois	107	42,8
Três	47	18,8
Quatro ou mais	29	11,6
Total	250	100,0

Como demonstrado, o sexo feminino mostrou-se mais prevalente na amostra, seguindo este padrão em todas as faixas etárias estudadas (figura 2).

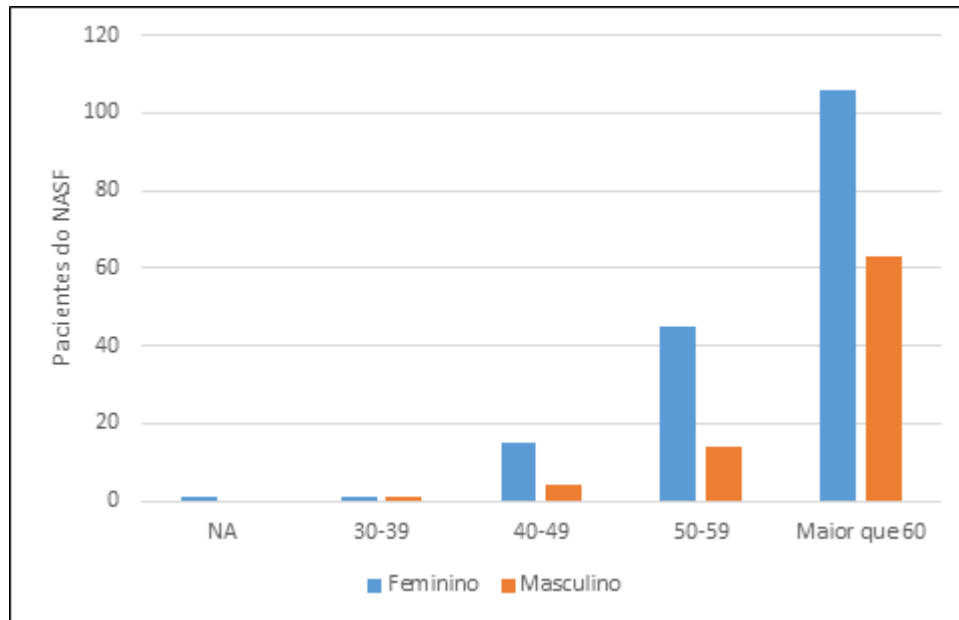


Figura 2. Quantidade de pacientes do sexo masculino e feminino em relação à idade

Em relação aos hábitos racionais, a maior parte (84,4%) não parou de tomar os medicamentos mesmo se sentindo pior ou mesmo sentindo a pressão controlada (91,2%). 84,4% dos pacientes relataram não sentir incômodo por seguir corretamente o tratamento e 80,8% citou não apresentar descuidos na adesão do tratamento farmacológico, sendo que 74% tomou corretamente os medicamentos. Grande parte da amostra (93,2%) relata ter tomado a medicação adequadamente no dia anterior à aplicação do questionário (tabela 2).

**Tabela 2.** Hábitos racionais em relação ao tratamento anti-hipertensivo pelos pacientes. Manhuaçu, MG, 2019.

Variáveis	N	%
<b>Parou de tomar por se sentir pior sem avisar o médico</b>		
NA	2	0,8
Sim	37	14,8
Não	211	84,4
Total	250	100,0
<b>Parou de tomar por sentir a pressão controlada</b>		
Sim	22	8,8
Não	228	91,2

Total	250	100,0
<b>Incômodo por seguir corretamente o tratamento</b>		
Sim	39	15,6
Não	211	84,4
Total	250	100,0
<b>Descuido para tomar remédio</b>		
Sim	48	19,2
Não	202	80,8
Total	250	100,0
<b>Hábitos para tomar o medicamento</b>		
Não tomou nos últimos sete dias	4	1,6
Não tomou em dias de feriado	1	0,4
Não tomou em dias e horários variados	45	18,0
Tomou corretamente um e outro de maneira incorreta	15	6,0
Tomou corretamente	185	74,0
Total	250	100,0
<b>Tomou no dia anterior</b>		
Sim	233	93,2
Não	17	6,8
Total	250	100,0

Embora a maior parte tenha declarado não ter dificuldade para lembrar de tomar os medicamentos (60,8%), um total representativo de 39,2% relata que isto aconteceu em algum momento. No geral (72%), nas duas últimas semanas (78%) e em viagens (80,4%) os participantes declararam não esquecer de tomar as medicações (tabela 3).

**Tabela 3.** Esquecimento dos pacientes em relação ao tratamento anti-hipertensivo. Manhuaçu, MG, 2019.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Dificuldade para lembrar de tomar os medicamentos</b>		
Nunca	152	60,8
Quase nunca	39	15,6
Às vezes	48	19,2
Frequentemente	02	0,8
Sempre	09	3,6
Total	250	100,0
<b>Esquece de tomar remédios</b>		
Sim	70	28,0
Não	180	72,0

Total	250	100,0
<b>Esquecimento nas duas últimas semanas</b>		
Sim	55	22,0
Não	195	78,0
Total	250	100,0
<b>Esquecimento em viagens</b>		
Sim	49	19,6
Não	201	80,4
Total	250	100,0

Ao analisar a associação das variáveis sexo, idade e escolaridade, foi possível identificar que a idade apresentou associação estatística com o tempo de tratamento ( $p=0,006$ ) e com o uso do medicamento no dia anterior à aplicação do questionário ( $p=0,030$ ) (Tabela 4). O sexo está relacionado com o não esquecimento das medicações em viagens ( $p=0,007$ ), onde há uma maior predominância do sexo feminino (Tabela 5). Escolaridade não apresentou associação estatística significativa com nenhuma das variáveis (tabela 6).

**Tabela 4.** Análise dos pacientes em relação ao tratamento anti-hipertensivo segundo idade. Manhuaçu, MG, 2019.

Variáveis	30-39	40-49	50-59	>60	p
	anos	anos	anos	anos	
	n (%)				
<b><u>Tratamento</u></b>					
<b>Quantidade de medicamentos que utiliza</b>					
Um	1 (50)	7 (36,84)	20 (33,9)	39(23,08)	0,170
Dois	1 (50)	7 (31,58)	25(42,37)	75(44,38)	
Três	0 (-)	2 (10,53)	13(22,03)	31(18,34)	
Quatro ou mais	0 (-)	4 (21,03)	1 (1,69)	24(14,20)	
<b>Tempo de tratamento</b>					
Menos de 1 ano	0 ()	2 (10,53)	2 (3,39)	5 (2,96)	0,006
1 a 2 anos	1 (50)	2 (10,53)	4 (6,78)	6 (3,55)	
2 a 4 anos	1 (50)	2 (10,53)	8 (13,56)	10(5,92)	
5 anos ou mais	0 ()	13(68,42)	45(76,27)	8(87,57)	
<b><u>Uso racional</u></b>					
<b>Parou de tomar por se sentir pior sem avisar o médico</b>					
Sim	1 (50,00)	4 (21,05)	9 (15,52)	23(13,69)	0,439
Não	1 (50,00)	15(78,95)	49(84,48)	145 (145)	
<b>Parou de tomar por sentir a pressão controlada</b>					
Sim	1 (50,00)	3 (15,79)	6 (10,17)	12 (7,10)	0,106
Não	1 (50,00)	16(84,21)	53(89,83)	157(92,90)	
<b>Incômodo por seguir corretamente o tratamento</b>					
Sim	1(50,00)	5(26,32)	11(18,64)	22(13,02)	0,194
Não	1(50,00)	14(73,68)	48(81,36)	147(86,98)	
<b>Tomou medicamentos no dia anterior</b>					
Sim	1(50,00)	19 (100)	57(96,61)	155(91,72)	0,030



Não	1(50,00)	0 ()	2 (3,39)	14 (8,28)	
<b>Descuido para tomar remédio</b>					
Sim	1(50,00)	7 (36,84)	8 (13,56)	32 (18,93)	0,101
Não	1(50,00)	12(63,16)	51(86,44)	137(81,07)	
<b>Hábitos para tomar o medicamento</b>					
Não tomou nos últimos sete dias	0 (-)	0 (-)	2 (3,39)	2 (1,18)	0,868
Não tomou em dias de feriado	0 (-)	0 (-)	0 (-)	1 (0,59)	
Não tomou em dias e horários variados	1 (50,00)	3 (15,79)	6 (10,17)	35 (20,71)	
Tomou corretamente um e outro de maneira incorreta	0 (-)	1 (5,26)	4 (6,78)	10 (5,92)	
Tomou corretamente	1 (50,00)	15(78,95)	47(79,66)	121(71,60)	
<b><u>Esquecimento</u></b>					
<b>Esquece de tomar remédios</b>					
Sim	2 (100)	8 (42,11)	6 (27,12)	44 (26,04)	0,062
Não	0 (-)	11(57,89)	43(72,88)	25 (73,96)	
<b>Esquecimento nas duas últimas semanas</b>					
Sim	2 (100)	5 (26,32)	10(16,95)	38 (22,49)	0,043
Não	0 (-)	14(73,68)	49(83,05)	131(77,51)	
<b>Esquecimento em viagens</b>					
Sim	1(50,00)	4 (21,04)	11(18,64)	33 (19,53)	0,746
Não	1(50,00)	15(78,95)	48(81,36)	136(80,47)	
<b>Dificuldade para lembrar de tomar os medicamentos</b>					
Nunca	0 (-)	10(52,63)	39(66,10)	102(60,36)	0,098
Quase nunca	0 (-)	4 (21,04)	8 (13,56)	27 (15,98)	
Às vezes	1 (50,00)	5 (26,32)	9 (15,25)	33 (19,53)	
Frequentemente	0 (-)	0 (-)	0 (-)	2 (1,18)	
Sempre	1(50,00)	0 (-)	3 (5,08)	5 (2,96)	

**Tabela 5.** Análise dos pacientes em relação ao tratamento anti-hipertensivo segundo sexo. Manhuaçu, MG, 2019.

Variáveis	Feminino Masculino		p
	n (%)		
<b><u>Tratamento</u></b>			
<b>Quantidade de medicamentos que utiliza</b>			
Um	50 (29,76)	17 (20,73)	0,510
Dois	69 (41,07)	38 (46,34)	
Três	30 (17,86)	17 (20,73)	
Quatro ou mais	19 (11,31)	10 (12,20)	
<b>Tempo de tratamento</b>			
Menos de 1 ano	6 (3,57)	3 (3,66)	0,435
1 a 2 anos	10 (5,95)	3 (3,66)	
2 a 4 anos	11 (6,55)	10 (12,20)	
5 anos ou mais	141(83,93)	66 (80,49)	
<b><u>Uso racional</u></b>			
<b>Parou de tomar por se sentir pior sem avisar o médico</b>			
Sim	23 (13,77)	14 (17,28)	0,467
Não	144(86,23)	67 (82,72)	
<b>Parou de tomar por sentir a pressão controlada</b>			
Sim	15 (8,93)	7 (8,54)	0,918
Não	153(91,07)	75 (91,46)	

<b>Incômodo por seguir corretamente o tratamento</b>			
Sim	24 (14,29)	15 (18,29)	0,412
Não	144(85,71)	67 (81,71)	
<b>Tomou medicamentos no dia anterior</b>			
Sim	157(93,45)	76 (92,68)	0,821
Não	11 (6,55)	6 (7,32)	
<b>Descuido para tomar remédio</b>			
Sim	30 (17,86)	18 (21,95)	0,440
Não	138(82,14)	64 (78,05)	
<b>Hábitos para tomar o medicamento</b>			
Não tomou nos últimos sete dias	4 (2,38)	0 (-)	0,138
Não tomou em dias de feriado	1 (0,60)	0 (-)	
Não tomou em dias e horários variados	24 (14,29)	21 (25,51)	
Tomou corretamente um e outro de maneira incorreta	11 (6,55)	4 (4,88)	
Tomou corretamente	128(76,19)	57 (69,51)	
<b><u>Esquecimento</u></b>			
<b>Esquece de tomar remédios</b>			
Sim	41 (24,40)	29 (35,37)	0,070
Não	127(75,60)	53 (64,63)	
<b>Esquecimento nas duas últimas semanas</b>			
Sim	35 (20,83)	20 (24,39)	0,524
Não	133(79,17)	62 (75,61)	
<b>Esquecimento em viagens</b>			
Sim	25 (14,88)	24 (29,27)	<b>0,007</b>
Não	143(85,12)	58 (70,73)	
<b>Dificuldade para lembrar de tomar os medicamentos</b>			
Nunca	104(61,90)	48 (58,54)	0,556
Quase nunca	24 (14,29)	15 (18,29)	
Às vezes	31 (18,45)	17 (20,73)	
Frequentemente	1 (0,60)	1 (1,22)	
Sempre	8 (4,76)	1 (1,22)	

**Tabela 6.** Análise dos pacientes em relação ao tratamento anti-hipertensivo segundo escolaridade. Manhuaçu, MG, 2019.

Variáveis	Analfabeto	Fundamental	Ensino médio	Superior	p
	n (%)				
<b><u>Tratamento</u></b>					
<b>Quantidade de medicamentos que utiliza</b>					
Um	16 (23,88)	40 (27,40)	8 (28,57)	3 (3,33)	0,383
Dois	38 (56,72)	57 (39,04)	9 (32,14)	3 (3,33)	
Três	7 (10,45)	32 (21,92)	6 (21,43)	2 (22,22)	
Quatro ou mais	6 (8,96)	17 (11,64)	5 (17,86)	1 (11,11)	
<b>Tempo de tratamento</b>					
Menos de 1 ano	4 (5,97)	4 (2,74)	1 (3,57)	0 (-)	0,970
1 a 2 anos	3 (4,48)	7 (4,79)	2 (7,14)	1 (11,11)	
2 a 4 anos	6 (8,96)	12 (8,22)	2 (7,14)	1 (11,11)	
5 anos ou mais	54 (80,60)	123 (84,25)	23(82,14)	7 (77,78)	
<b><u>Uso racional</u></b>					
<b>Parou de tomar por se sentir pior sem avisar o médico</b>					
Sim	13 (19,70)	18 (12,41)	5 (17,86)	1 (11,11)	0,533
Não	53 (80,30)	127 (87,59)	23(82,14)	8 (88,89)	
<b>Parou de tomar por sentir a pressão controlada</b>					
Sim	8 (11,94)	12 (8,22)	2 (7,14)	0 (-)	0,604
Não	59 (88,06)	134 (91,78)	26(92,86)	9 (100)	
<b>Incômodo por seguir corretamente o tratamento</b>					
Sim	12 (17,91)	23 (15,75)	1 (3,57)	3 (33,33)	0,139
Não	55 (82,02)	123 (84,25)	27(96,43)	6 (66,67)	
<b>Tomou medicamentos no dia anterior</b>					
Sim	62 (92,54)	138 (94,52)	4 (85,71)	9 (100)	0,310
Não	5 (7,46)	8 (5,48)	4 (14,29)	0 (0)	
<b>Descuido para tomar remédio</b>					
Sim	17 (25,37)	24 (16,44)	7 (25,00)	0 (-)	0,164
Não	50 (74,63)	122 (83,56)	21(75,00)	9 (100)	
<b>Hábitos para tomar o medicamento</b>					
Não tomou nos últimos sete dias	2 (2,99)	2 (1,37)	0 (-)	0 (-)	0,079
Não tomou em dias de feriado	0 (-)	0 (-)	1 (3,57)	0 (-)	
Não tomou em dias e horários variados	16 (23,88)	27 (18,49)	1 (3,57)	1 (11,11)	
Tomou corretamente um e outro de maneira incorreta	2 (2,99)	9 (6,16)	4 (14,29)	0 (-)	
Tomou corretamente	47 (70,15)	108 (73,97)	22(78,57)	8 (88,89)	
<b><u>Esquecimento</u></b>					
<b>Esquece de tomar remédios</b>					
Sim	25 (37,31)	35 (23,97)	9 (32,14)	1 (11,11)	0,135
Não	42 (62,69)	111 (76,03)	19(67,86)	8 (88,89)	
<b>Esquecimento nas duas últimas semanas</b>					
Sim	16 (23,88)	29 (19,86)	8 (28,57)	2 (22,22)	0,745
Não	51 (76,12)	117 (80,14)	20(71,43)	7 (77,78)	
<b>Esquecimento em viagens</b>					
Sim	8 (11,94)	34 (23,29)	5 (17,86)	2 (22,22)	0,278
Não	59 (88,06)	112 (76,71)	23(82,14)	7 (77,78)	
<b>Dificuldade para lembrar de tomar os medicamentos</b>					
Nunca	38 (56,72)	88 (60,27)	19(67,86)	7 (77,78)	0,543
Quase nunca	12 (17,91)	25 (17,12)	1 (3,57)	1 (11,11)	
Às vezes	15 (22,39)	24 (16,44)	8 (28,57)	1 (11,11)	
Frequentemente	1 (1,49)	1 (0,68)	0 (-)	0 (-)	
Sempre	1 (1,49)	8 (5,48)	0 (-)	0 (-)	

## 6 DISCUSSÃO

Dos 250 pacientes avaliados, a maior parte foi do sexo feminino (67,2%), maiores de 60 anos de idade (67,6%) e com escolaridade de ensino fundamental (58,4%). A maioria dos pacientes (42,8%) faz uso de dois medicamentos anti-hipertensivos por dia, com tempo de tratamento de cinco anos ou mais (82,2%).

Grande número dos participantes (80,8%) respondeu não ser descuidado no uso dos medicamentos, relatando continuar o tratamento mesmo tendo a PA controlada (91,2%) ou mesmo sentindo algum incômodo durante a utilização dos fármacos (84,4%). Os pacientes (60,8%) declararam também não ter dificuldade para lembrar de tomar os medicamentos.

A pesquisa mostrou associação estatística entre o tempo de tratamento e a idade ( $p=0,006$ ), uso do medicamento no dia anterior e a idade ( $p=0,030$ ), e esquecimento em viagens e sexo ( $p=0,007$ ), com predomínio do sexo feminino.

No presente estudo não foram aferidos os níveis pressóricos e averiguada a adesão às medidas não medicamentosas de controle da hipertensão.

Tendo em vista que o sucesso na terapia anti-hipertensiva abrange a participação do paciente, o acesso aos medicamentos, as mudanças em hábitos de vida e o envolvimento da equipe multidisciplinar, é importante destacar que os participantes deste estudo têm acesso à consulta médica, à assistência da equipe profissional e aos medicamentos. Todos os indivíduos da pesquisa já são diagnosticados com HA, sendo todos acompanhados pelo NASF. Em relação ao acesso aos fármacos prescritos, os usuários participantes desta pesquisa recebem os medicamentos para um mês de tratamento nas reuniões promovidas pela equipe do NASF.

Ainda sobre o acesso aos medicamentos, Mengue et al. (2016) citam o elevado acesso aos anti-hipertensivos para os pacientes, no qual 97,9% dos usuários tiveram acesso total aos fármacos. Os autores apontam que apesar do aumento da prevalência da HA nos adultos brasileiros, tem-se também a melhoria do acesso aos medicamentos para o tratamento desta patologia. Isso pode ter acontecido devido às políticas públicas de assistência farmacêutica.

Boing et al. (2013) complementam que grandes avanços ocorreram para a garantia do acesso aos medicamentos após a definição de diretrizes da PNM e da Política Nacional de AF.

Mansour, Monteiro e Luiz (2016) ressaltam que apesar das várias políticas para o fornecimento gratuito dos medicamentos, o acesso ainda é uma dificuldade no país. Leite e Vasconcelos (2003) esclarecem que mesmo com a PNM, para a promoção do acesso aos medicamentos essenciais, ainda ocorre a falta desses insumos por diversos motivos.

Para maiores progressos nesse cenário, são necessários a seleção e o uso racional de medicamentos, além de adequado financiamento com preços realistas para a população (OMS, 2004). Para a otimização do uso e do acesso aos medicamentos pelos usuários, é importante que os órgãos públicos melhorem o financiamento e utilizem os recursos de maneira satisfatória (BERMUDEZ; OLIVEIRA; ESCHER, 2004).

Assim sendo, verifica-se que o acesso aos fármacos perpassa vários aspectos, abrangendo desde políticas eficientes até o engajamento da gestão pública para subsidiar os custos envolvidos. Dessa forma, é possível fornecer condições apropriadas para o efetivo e adequado acesso aos medicamentos pela população.

Dentro desse contexto, em investigação realizada por Oliveira et al. (2016) para avaliar o acesso a medicamentos para doenças crônicas não transmissíveis, verificou-se que 93% dos brasileiros pesquisados pela Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) com alguma doença crônica e com prescrição do medicamento conseguiram acesso total e usaram os fármacos prescritos. Os autores consideram que as políticas de medicamentos e as ações de AF promovidas no Brasil a partir de 1999 estão se mostrando efetivas no acesso aos medicamentos. Sobre seu uso, os autores citam que apenas 2,6% dos usuários relataram não ter tomado os fármacos nos últimos 30 dias.

No presente estudo 22% dos pacientes relataram ter esquecido de tomar os medicamentos nas duas últimas semanas, mas apenas 6,8% citaram esquecimento na tomada dos medicamentos no dia anterior à aplicação do questionário. No que diz respeito ao uso do anti-hipertensivo, Ungari e Fabbro (2010) salientam que a baixa adesão pode ocorrer por a HA ser uma patologia assintomática. Todavia, os autores não observaram essa situação em investigação realizada, uma vez que os pacientes fizeram uso dos medicamentos mesmo sem a manifestação de sintomas.

O mesmo ocorrido foi constatado na presente pesquisa, pois 91,2% dos pacientes não pararam de tomar o medicamento por sentir a pressão controlada; 84,4% não sentem incômodo por seguir corretamente o tratamento e 80,8% não são descuidados para

tomar os medicamentos. Além disso 84,4% dos pacientes relataram dar continuidade ao tratamento mesmo sentindo algum desconforto.

Essas informações podem revelar bons hábitos de uso dos medicamentos por parte dos pacientes, demonstrando um bom autocuidado destes em relação ao tratamento anti-hipertensivo. Mesmo com algum desconforto ou sentindo que a PA estava controlada, os participantes não deixaram de utilizar os medicamentos. Além disso, em relação ao esquecimento, 72% dos usuários relataram não esquecer de tomar os medicamentos.

No que se refere ao tempo de tratamento, nesta pesquisa 82,8% dos pacientes declararam 5 anos ou mais como tempo de tratamento da hipertensão. Sanchez, Pierin e Mion Jr (2004), em estudo feito em São Paulo com hipertensos atendidos em pronto socorro e em ambulatório, citam que a maioria dos participantes afirmou que o tempo de doença também foi acima de 5 anos.

No tocante à escolaridade, o grau de instrução nesta pesquisa não influenciou os hábitos de tomada dos fármacos, o tempo de tratamento da doença, e o esquecimento em utilizar os medicamentos. Resultado parecido foi citado por Carvalho et al. (2012), no qual em estudo prévio, os participantes apresentaram bom conhecimento sobre a hipertensão, mesmo com baixo nível de escolaridade. Melchioris et al. (2010) também encontraram dado semelhante com uma amostra de baixo nível educacional, indicando que a baixa escolaridade não implica no conhecimento da doença.

Ainda sobre o grau de escolaridade dos pacientes, Reza e Nogueira (2008) apresentam resultado sobre nível de instrução em usuários hipertensos no México, no qual 78,5% tinham baixo nível de escolaridade, 11,5% nível médio e 10,5% maior nível de escolaridade. Essas informações se assemelham às da presente pesquisa, no qual 26,8% dos usuários eram analfabetos, 58,4% responderam ter nível fundamental, 11,2% citaram ter nível médio e apenas 3,6% citaram ter grau superior de escolaridade. Teixeira et al. (2006) ressaltam a importância da educação em saúde, pois pacientes que não conseguem ler e escrever podem ter dificuldades em compreender as orientações da equipe de saúde.

Através de explicações dos profissionais, mesmo com baixa escolaridade, os pacientes foram bem orientados e conseguiram utilizar os medicamentos adequadamente.

Meios de orientação e esclarecimento sobre o tratamento por parte da equipe de saúde é de suma importância e devem ser utilizados para melhor compreensão do tratamento pelos pacientes (TAVARES et al., 2016).

Em relação ao número de pacientes do sexo feminino (67,2%) e idosos (67,6%) neste estudo, que representa a maioria da amostra, resultados coincidentes foram encontrados na literatura por Reza e Nogueira (2008), por Mansour, Monteiro e Luiz (2016) e por Pierin et al. (2016), no qual houve predomínio de usuários hipertensos acima de 60 anos e do sexo feminino.

Esta pesquisa mostrou também associação estatística entre o sexo e o não esquecimento das medicações, com predominância do sexo feminino.

Barreto et al. (2015) realizaram estudo junto a indivíduos com hipertensão, e 59,48% dos participantes eram mulheres. Diniz, Tavares e Rodrigues (2009) explicam que isso ocorre pelas mulheres terem uma grande sobrevida, estando mais propensas às doenças crônicas. Além disso, quando estão acima dos 60 anos tendem a ter maior predisposição ao autocuidado, aumentando as chances da HA ser diagnosticada.

Colet, Marangon e Schwambach (2014) promoveram pesquisa com pacientes hipertensos no Rio Grande do Sul e também houve predomínio de pacientes mais velhos e do sexo feminino. De acordo com Silva (2010), a prevalência da hipertensão está ligada ao sexo feminino.

Mengue et al. (2016) citam que em inquérito telefônico feito pelo Vigitel em 27 cidades, com pessoas acima de 18 anos, foi encontrado um valor de prevalência da hipertensão de 24,1%, sendo a patologia maior em mulheres (26,3%) do que em homens (21,5%).

Ungari e Fabbro (2010) colocam que essa informação pode gerar a questão das mulheres serem mais aderentes ao sistema de saúde ou se a hipertensão é mais prevalente nas mulheres.

Lima et al. (2011) declaram que as mulheres têm maior percepção sobre sua condição clínica, e acabam buscando maior assistência nos estabelecimentos de saúde, principalmente por suas funções reprodutivas e pelos serviços estarem melhor preparados para a assistência à mulher. Dessa forma, as mulheres criam maior vínculo com a equipe de saúde.

A respeito do grande número de pessoas idosas, Teixeira et al. (2006) apontam que o envelhecimento gera fatores que favorecem os agravos à saúde, como alterações funcionais importantes como gatilho para o surgimento de doenças do sistema

cardiovascular. Tavares et al. (2013) declaram que devido à transição demográfica e ao aumento dos casos das doenças crônicas, tem-se maior uso de medicamentos, em especial nos idosos.

Em concordância com essas afirmações, nessa pesquisa foi encontrada associação estatística entre a idade e o tempo de tratamento, mostrando que quanto maior a idade, maior o tempo de tratamento da patologia.

Barreto et al. (2015) ratificam que pessoas mais velhas, com maior tempo de tratamento e melhores condições socioeconômicas e assistenciais, mesmo consumindo mais medicamentos, o fazem com maior adesão, incluindo os anti-hipertensivos. Os autores explicam também que há maior número de casos de doenças crônicas em pessoas acima de 50 anos, e o envelhecimento populacional no Brasil resulta em mais pessoas nessa faixa etária.

Neste cenário, Lunelli et al. (2009) explanam que o número de jovens que fazem o tratamento da hipertensão é baixo, enquanto que em pessoas mais velhas há aumento do quantitativo de indivíduos que tratam a hipertensão. Os autores acrescentam ainda que isto ocorre porque os jovens não se sentem expostos à doença, e os idosos tendem a aderir ao tratamento como opção para aumento da expectativa de vida, por se sentirem mais preocupados com a saúde. Quando acontece baixa adesão entre os idosos, provavelmente se dá naqueles que dependem de cuidadores.

No que se refere ao número de medicamentos utilizados pelos pacientes, este estudo mostrou associação de fármacos para o tratamento da hipertensão, no qual a maioria dos pacientes (42,8%) utiliza dois fármacos.

Mengue et al. (2016) apontam o uso de mais de um medicamento para o tratamento da hipertensão na Inglaterra e nos Estados Unidos, sendo que neste último, houve aumento de 47,7% na proporção de pacientes utilizando mais de um medicamento no período de 2009 a 2010 (BARROS et al., 2011).

Colet, Marangon e Schwambach (2014) citam estudos realizados no Brasil no qual a maioria dos pacientes utilizava mais de um medicamento anti-hipertensivo. Piat, Felicetti e Lopes (2009) descrevem investigação no qual 65% dos pacientes utilizavam medicamentos associados. Schroeter et al. (2007) constataram em pesquisa feita em Porto Alegre (Rio Grande do Sul) que 40,1% dos pacientes hipertensos utilizavam dois medicamentos. A associação de fármacos com diferentes mecanismos de ação é



indicada, apresentando bons resultados em pacientes idosos (KOHLMANN et al., 2006).

Leite e Vasconcelos (2003) afirmam que no Brasil o número de medicamentos prescritos e seu acesso devem ser considerados durante o tratamento de uma patologia. Uma vez que o paciente tem acesso aos medicamentos, ele pode aderir ou não ao tratamento. As autoras complementam que quanto mais medicamentos prescritos, maior a chance de não-adesão, mesmo com o fornecimento dos medicamentos.

Nessa perspectiva é possível afirmar que a quantidade de fármacos receitados, que define a complexidade do regime terapêutico, afeta a adesão ao tratamento (ISKEDJIANET et al., 2002). Em estudo feito por Tavares et al (2016), os pacientes que utilizavam três ou mais medicamentos tiveram menor adesão ao tratamento, evidenciando que o aumento do número de medicamentos implica negativamente na adesão.

A complexidade do esquema terapêutico, o controle de doenças que não manifestam sintomas, além de outros fatores, estão relacionados com a baixa adesão ao tratamento. Assim, o número de medicamentos prescritos é de suma importância ao se considerar o seguimento terapêutico (GEORGE et al. 2004).

Apesar de nesta investigação a maioria dos pacientes (42,8%) utilizar dois medicamentos anti-hipertensivos, o número de medicamentos não influenciou o seguimento do tratamento. Semelhante à essa investigação, Oliveira-Filho et al. (2012) não encontraram associação entre o quantitativo de medicamentos utilizados e a adesão terapêutica.

Nesse sentido, Barreto et al. (2015) deduzem que não só a quantidade de medicamentos para o controle da hipertensão influencia na sua utilização, mas também a assistência à saúde que os pacientes recebem.

Sobre os hábitos de uso dos medicamentos e tratamento da hipertensão, Chin, Lee e Lee (2014) afirmam que a qualidade de vida dos pacientes hipertensos está intimamente ligada com o controle da pressão arterial. Wal et al. (2013) complementam que os pacientes devem não só seguir o tratamento medicamentoso, mas também seguir as medidas não farmacológicas, como a diminuição da ingestão de álcool e do consumo de sal, evitar o tabagismo, realizar atividades físicas e promover o controle do stress.

Mochel et al. (2007) citam que em estudo realizado em São Luís, Maranhão, 75% dos pacientes aderiram ao tratamento medicamentoso. Dentre os pacientes que não seguiam o tratamento, os principais motivos eram o esquecimento, pensamento de não necessitar do fármaco e efeitos colaterais dos medicamentos. Em investigação feita em uma cidade de Minas Gerais, sobre a prevalência da hipertensão, Castro, Moncau e Marcopito (2007) apresentam uma porcentagem de 66,7% de pacientes utilizando regularmente a medicação. Em estudo feito por Souza (2006), em relação ao tratamento farmacológico para a hipertensão, quase todos os pacientes que citaram ser relevante o uso do medicamento de rotina para o controle da pressão alta, afirmaram usar regularmente os medicamentos. Dados semelhantes foram encontrados nesta pesquisa, no qual 72,0% dos usuários citaram não esquecer de tomar os medicamentos, 80,8% responderam não ter descuido para tomar o medicamento, e 74% responderam tomar corretamente os medicamentos, mostrando bons hábitos de uso pelos participantes.

Sobre o uso no dia anterior à coleta de dados, Souza (2006) apresenta que 73% dos pacientes que referiram hipertensão citaram ter usado os medicamentos nos 03 dias anteriores à entrevista. Nesta pesquisa 93,2% dos pacientes relataram ter utilizado o medicamento anti-hipertensivo no dia anterior à aplicação do questionário.

Este estudo mostrou que mesmo sentindo que a pressão estava controlada, 91,2% dos participantes relatou não parar de tomar o medicamento. Barreto et al. (2015) citam não ter observado grandes diferenças no tempo de diagnóstico e não adesão, e argumentam que na parte inicial do tratamento pode haver maior chance de abandono, além da hipertensão ser uma patologia muitas vezes assintomática, levando aos pacientes não se reconhecerem como doentes. Santa-Helena, Nemes e Eluf Neto (2010) mostram que interferem no tratamento da hipertensão: o tempo de diagnóstico, a falta de sintomas e sua cronicidade.

O fato deste trabalho apresentar que a grande maioria dos pacientes não abandonou o tratamento mesmo sentindo que a pressão estava controlada pode evidenciar a importância do paciente ter consciência sobre a doença e como sua percepção da condição clínica é fundamental para o sucesso na adesão.

Sanchez, Pierin e Mion Jr (2004) acrescentam que é um obstáculo convencer um paciente assintomático sobre sua patologia, principalmente quando é necessário o uso contínuo de medicamentos ou mudança de hábitos de vida. Dessa forma, é

imprescindível que a equipe de saúde e o paciente tenham uma boa relação, a fim de se obter uma orientação personalizada.

Morgado et al. (2010) explanam que a equipe de saúde, principalmente da APS, deve estar capacitada para o trabalho junto aos hipertensos a fim de auxiliar na adesão à terapia farmacológica, pois o adequado seguimento terapêutico reduz os atendimentos emergenciais, as internações e os gastos médico-hospitalares. Além disso, o correto uso dos medicamentos para a hipertensão promove a melhoria da qualidade de vida do paciente e de sua família.

Carter e Elliott (2012) citam a importância da presença do farmacêutico na equipe de saúde para o favorecer o controle da hipertensão. Somando-se a esse benefício, o profissional farmacêutico pode reduzir as interações medicamentosas, a não adesão e os custos.

Diante do exposto, pode-se afirmar que para a adesão à terapêutica medicamentosa no tratamento a HA, o próprio quadro clínico da patologia pode influenciar na continuidade do tratamento. Conforme o usuário vivencia a doença e suas manifestações clínicas, a equipe de saúde consegue maior participação do paciente quando insere o cuidado no contexto social e na realidade cultural do indivíduo, incluindo também o cenário familiar. É importante que o usuário compreenda e aceite sua doença, exercendo os cuidados necessários para tratá-la. Daí a relevância do paciente em se sentir parte do processo e encontrar amparo e confiança no trabalho da equipe multidisciplinar.

A maioria da amostra pesquisada revelou bons hábitos de uso dos medicamentos anti-hipertensivos, e pouco esquecimento na tomada dos insumos. Além disso, o trabalho mostrou também que algum desconforto que possa ocorrer nos pacientes não é motivo para os mesmos deixarem de usar os fármacos. Outra informação relevante é que a baixa escolaridade não apresentou associação estatística com nenhuma das variáveis, ou seja, o grau de instrução escolar dos participantes não afetou a adesão ao tratamento. Com uma adequada orientação pela equipe de saúde, os pacientes são capazes de usar corretamente os fármacos mesmo com pouco nível de escolaridade.

Todos esses dados ratificam que o cuidado com a hipertensão vai muito além do simples acesso à consulta médica e aos medicamentos. São essenciais políticas públicas concretas e bem-sucedidas, a fim de possibilitar todos os pontos necessários para o sucesso da terapia, que circunda o uso de medicamentos para uma doença

silenciosa e na maioria das vezes, assintomática; envolvimento do paciente mediante seu ambiente cultural e social; além de prática de hábitos saudáveis e um trabalho em conjunto de todos os profissionais envolvidos no cuidado do paciente. Complementando, o tratamento da hipertensão e o sucesso na terapia envolvem a percepção do usuário pela sua condição clínica, a relação entre a equipe de saúde e o paciente, o acesso e o uso racional dos medicamentos, a rede de apoio familiar e hábitos de vida saudáveis.

Nesse aspecto, o profissional farmacêutico é de grande valia e importância, pois ao fornecer o medicamento pode reforçar todas essas informações para o usuário, almejando o sucesso na terapia e melhoria da qualidade de vida do paciente.

## 7 CONCLUSÃO

O perfil encontrado dos pacientes hipertensos acompanhados pela equipe do NASF do município de Manhuaçu, Minas Gerais, foi uma amostra composta, em sua maioria, por mulheres e idosos, com escolaridade de nível fundamental, com cinco anos ou mais de tratamento e utilização de dois medicamentos anti-hipertensivos.

Em relação aos fatores associados ao uso racional dos medicamentos, o número de fármacos utilizados não influenciou a continuidade do tratamento; e o nível de escolaridade não apresentou associação estatística na utilização dos anti-hipertensivos.

Sobre a adesão ao tratamento, a pesquisa mostrou que grande parte dos usuários possui bons hábitos de uso da medicação, sendo que a maioria dos participantes não apresentou esquecimento na tomada dos medicamentos, e deu continuidade ao uso dos medicamentos mesmo sentindo que a pressão estava controlada, demonstrando pouco descuido no seguimento terapêutico.

Os usuários apresentaram acesso aos medicamentos e fazem o uso racional do mesmo, seguindo o tratamento apropriadamente.

## REFERÊNCIAS

- ABEGUNDE, D.O.; MATHERS, C.D.; ADAM, T.; ORTEGON, M.; STRONG, K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **The Lancet**. v.370, n.9603, p. 1929-38, dez., 2007. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61696-1/fulltext#section-3d6acba1-acea-4be2-8dc9-b7e14e5b6583](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61696-1/fulltext#section-3d6acba1-acea-4be2-8dc9-b7e14e5b6583). Acesso em: 16 de jan.2019.
- ALVARES, Juliana et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 51, supl. 2:20s, jan., 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000300318&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300318&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 abr.2019.
- AQUINO, Daniela Silva de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, supl. p. 733-736, apr., 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000700023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700023&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 07 fev.2019.
- BARRETO, M.S.; MATSUDA, L.M.; MARCON, S.S. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 114-120, mar., 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000100114&lng=en&nrm=ison](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100114&lng=en&nrm=ison). Acesso em: 29 set.2017.
- BARRETO, Mayckel da Silva et al. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 68, n. 1, p. 60-67, fev., 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000100060&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100060&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 jul.2019.
- BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, set. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001000012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 ago.2019.
- BERMUDEZ J.A.S.; OLIVEIRA M.A.; ESCHER A. **Acesso a medicamentos: direito fundamental, papel do Estado**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
- BITTENCOURT, Raqueli Altamiranda et al. Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 310-323, jun., 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2017000200310&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000200310&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 set.2017.

BLOCH, K.V.; MELO, A.N.; NOGUEIRA, A.R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2979-2984, dez., 2008. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001200030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001200030&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 jan.2019.

BOING, Alexandra Crispim et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 691-701, abr., 2013. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 fev.2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2017**. Brasil: IBGE, 2017. Disponível em:

[ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2017/estimativa\\_dou\\_2017.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf). Acesso em: 08 dez.2017.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 24 set. 1990a. Disponível em:

[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 06 fev.2019.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 28 dez. 1990b. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm). Acesso em: 06 fev.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436. 21 de set., 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília; 2012.

Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 10 fev.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos 2001/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

BRASIL. Organização Pan-americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde (Org.). **Acesso a Medicamentos: Conceito**. 2019. Disponível em:

[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=355:aceso-a-medicamentos&Itemid=838](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=355:aceso-a-medicamentos&Itemid=838) . Acesso em: 20 fev.2019.

BUBACH, S.; OLIVEIRA, E.R.A. Associação entre o controle da pressão arterial e o estado nutricional em hipertensos. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 415-9, jun., 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a13.pdf>. Acesso em: 13 mai.2019.

CARTER, B.L.; ELLIOTT, W.J. The role of pharmacists in the detection, management, and control of hypertension: a national call to action. **ACCP**. v.20, n.2, p.119-122, jan., 2012. Disponível em: <https://accpjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1592/phco.20.3.119.34778>. Acesso em: 21 ago.2019.

CARVALHO, Michelle Adler Normando et al. Qualidade de Vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 98, n. 5, p. 442-451, mai., 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2012000500010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000500010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 fev.2019.

CARVALHO, P.M. G. **Práticas educativas em saúde: ações dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família**. Orientador: José Ivo dos Santos Pedrosa. 2009. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2009. Disponível em: [http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Patr%C3%ADcia%20M%20aria%20Gomes%20de%20Carvalho%20\(Segura\).pdf](http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Patr%C3%ADcia%20M%20aria%20Gomes%20de%20Carvalho%20(Segura).pdf). Acesso em: 27 jan.2019.

CASTRO, R.A.A.; MONCAU, J.E.C.; MARCOPITO, L.F. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 88, n. 3, p. 334-339, mar., 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2007000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000300013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 ago.2019.

CHIN, Y.R.; LEE, I.S.; LEE, H.Y. Effects of hypertension, diabetes, and/or cardiovascular disease on health related quality of life in elderly Korean individuals: a population-based cross-sectional survey. **Asian Nurs Res**. v. 8, n. 4, p. 267-73; dec., 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131714000668?via%3Dihub>. Acesso em: 10 fev.2019.

CHOR, D.; RIBEIRO, A.L.; CARVALHO, M.S.; et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study. **PLOS One**. v. 10, n. 6, e0127382, jun., 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26102079>. Acesso em: 20 jan.2019.

COLET, C.F.; MARANGON, M.; SCHWAMBACH, K.H. Uso de Medicamentos por Hipertensos do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Bras Cardiol**. v. 27, n. 6, p. 403-408, nov/dez., 2014. Disponível em:



<http://www.onlineijcs.org/english/sumario/27/pdf/v27n6a03.pdf>. Acesso em: 20 jul.2019.

DEMARCO, V.G.; AROOR. A.R.; SOWERS. J.R. The pathophysiology of hypertension in patients with obesity. **Nat Rev Endocrinol**. v. 10, n. 6, p. 364-76, jun., 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24732974>. Acesso em: 20 jan.2019.

DINIZ, M.A.; TAVARES. D.M.S.; RODRIGUES. L.R. Características socio-demográficas e de saúde entre idosos com hipertensão arterial. **Cienc Cuid Saúde**. v. 8, n. 4, p. 607-14, out/dez., 2009. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9689/5393>. Acesso em: 28 ago.2019.

DUARTE, M.T.C.; et al. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2603-2610, ago. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500034&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500034&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 jan. 2019.

DUARTE-SILVA, D.; FIGUEIRAS. A.; HERDEIRO M.T. et al. PERSYVE - Design and validation of a questionnaire about adverse effects of antihypertensive drugs. **Pharm Pract**. v.12, n. 2, 396, mar., 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25035716>. Acesso em: 10 fev.2019.

FRANCESCHET-DE-SOUSA, I.; et al. Uso racional de medicamentos: relato de experiência no ensino médico da Unesc, Criciúma/SC. **Rev. bras. educ. med**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 438-445, set. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022010000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000300014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 jan.2019.

FUCHS, F.D.; GUS, M.; MOREIRA, W.D.; MOREIRA, L.B.; et al. Blood pressure effects of antihypertensive drugs and changes in lifestyle in a Brazilian hypertensive cohort. **J Hypertens**. v.15, n. 7, p. 783-92, jun., 1997. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00004872-199715070-00011#>. Acesso em: 27 jan.2019.

GARFIELD, S.; CLIFFORD, S.; ELIASSON, L.; BARBER. N.; WILLSON, A. Suitability of measures of self-reported medication adherence for routine clinical use: A systematic review. **BMC Med Res Methodol**. v. 11, n. 149, p.1-9, nov., 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22050830>. Acesso em: 10 fev.2019.

GEORGE. J.; PHUN,Y.T.; BAILEY, M.J.; KONG, D.C.; STEWART, K. Development and validation of the medication regimen complexity index. **Ann Pharmacother**. v. 38, n. 9, p.1369-76, set., 2004 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15266038>. Acesso em: 30 ago.2019.

GIRAO, A.L.A.; FREITAS, C.H.A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto

Alegre, v. 37, n. 2, e60015, jun., 2016. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000200408&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200408&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 set.2017.

GUIMARAES, M.S.A., et al. Estratégia saúde da família e uso racional de medicamentos: o trabalho dos agentes comunitários em Palmas (TO). **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 183-203, abr. 2017. Disponível em  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462017000100183&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100183&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 29 set.2017.

HOGERZEIL HV, MIRZA, Z. **The world medicines situation 2011: access to essential medicines as part of the right to health**. 3.ed. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em:  
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18772en/s18772en.pdf>. Acesso em: 13 jul.2019.

KOHLMANN, Jr.O.; OIGMAN, W.; MION, J.R.D., et al. Estudo multicêntrico da eficácia, tolerabilidade e efeito sobre a calemia da combinação fixa de clortalidona e amilorida no tratamento da hipertensão arterial primária. **Ver Bras Hipertens**. v. 13, n. 3, p. 177-85, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-3/04-multicentrico.pdf>. Acesso em: 30 ago.2019.

ISKEDJIAN, M.; EINARSON, T.R.; MACKEIGAN, L.D., et al. Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: evidence from a meta-analysis. **Clin Therap.**; v. 24, n. 2, p. 302-16, fev., 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11911560>. Acesso em: 26 ago.2019.

JOÃO, Walter da Silva Jorge. Reflexões sobre o Uso Racional de Medicamentos. **Pharmacia Brasileira**. Brasília, n. 78, p. 15-16, set/out., 2010. Disponível em: [http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/128/015a016\\_artigo\\_dr\\_walter.pdf](http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/128/015a016_artigo_dr_walter.pdf)  
Acesso em 28 out 2017

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. saúde coletiva**. São Paulo, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 jul.2018.

LEITE, S.N.; VIEIRA, M.; VEBER, A.P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, supl. p. 793-802, abr. 2008. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000700029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700029&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 07 fev.2019.

LEWINGTON. S.; CLARKE, R.; QIZILBASH, N.; PETO, R.; COLLINS, R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **The Lancet**. v, 360, p. 1903-13, dec., 2002. Acesso em: 15 jan.2018.

LIM, S.S.; VOS, T.; FLAXMAN, A.D.; DANAEI, G et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**. 380(9859), p. 2224-60, dec., 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156511/pdf/nihms589916.pdf>. Acesso em: 16 jan.2019.

LIMA, L.L.; MOREIRA, T.M.M.; JORGE, M.S.B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev. bras. Enferm.** Brasília, v. 66, n. 4, p. 514-522, ago., 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 feb.2019.

LIMA, Lílian Moura de et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 2, jun. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000200016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200016&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 23 jan.2013.

LUNELLI, Rosana Pinheiro et al. Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. **Acta paul enferm.** São Paulo, v. 22, n. 4, p. 367-373, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 ago.2019.

MALACHIAS MVB, SOUZA WKS, PLAVNIK FL, RODRIGUES CIS, BRANDÃO AA, NEVES, M.F.T., et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardio.** v. 107, n. 3, p. 1-83, set., 2016. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf). Acesso em: 16 jul.2018.

MACIEL, A.P.F.; PIMENTA, H.B.; CALDEIRA, A.P. Qualidade de vida e adesão medicamentosa para pessoas hipertensas. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 29, n. 5, p. 542-548, out. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002016000500542&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000500542&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 set.2017.

MANSOUR, S.N.; MONTEIRO, C.N.; LUIZ, O.C. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, v. 25, n. 3, p. 647-654, set. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222016000300647&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000300647&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 9 set.2017.

MARIN, N., et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** Rio de Janeiro, Opas/OMS, 2003. Disponível em: [http://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20municipais\\_2003.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20municipais_2003.pdf).

MELCHORS, Ana Carolina et al. Quality of life in hypertensive patients and concurrent validity of Minichal-Brazil. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 94, n. 3, p. 357-364, mar., 2010. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000300013&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 25 ago.2019.

MELO, D.O.; CASTRO L.L.C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 236, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.16202015>. Acesso em: 29 set.2017.

MENGUE, S.S.; BERTOLDI, A.D.; RAMOS, L.R., et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Rev Saúde Pública**, p. 2s, 50(supl 2):8s, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006154>. Acesso em: 29 set.2017.

MIOT, H.A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **J. vasc. bras.** Porto Alegre, v. 10, n. 4, p. 275-278, dez., 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-54492011000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492011000400001&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 22 fev.2018.

MOCHEL, E.G.; ANDRADE, C.F.; ALMEIDA, D.S.; TOBIAS, A.F.; CABRAL, R.; COSSETTI, R.D. Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública em São Luís (MA). **Rev Baiana Saúde Pública**. v. 31, n.1, p. 90-101, jan/jun., 2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=478111&indexSearch=ID>. Acesso em 25 ago.2019.

MORGADO, M.; ROLO, S.; MACEDO, A.F.; PEREIRA, L.; CASTELO-BRANCO, M. Predictors of uncontrolled hypertension and anti-hypertensive medication non-adherence. **J Cardiovasc Dis Res**. v.4, p.196-202, oct., 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3023897/>. Acesso em: 10 fev.2019.

MORISKY, D.E.; ANG. A.; KROUSEL-WOOD. M.; WARD, H.J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. **J Clin Hypertens**. Greenwich. v. 10, n. 5, p. 348-54, may., 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2562622/>.

MORISKI, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **MedCare**. v. 24, n.1, p. 67-74, jan., 1986. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005650-198601000-00007>.

MOZAFFARIAN, D.; BENJAMIN, E.J.; GO, A.S., et al.; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Heart disease and stroke statistics—2015: update a report from the American Heart Association**. v. 131, n. 24, e535, dec., 2014. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.000000000000152>. Acesso em: 16 jan.2019.

NAIR, K.V.; BELLETTI, D.A.; DOYLE, J.J., et al. Understanding barriers to medication adherence in the hypertensive population by evaluating responses to a telephone survey. **Patient Prefer Adherence**. v. 5, p. 195-206, apr., 2011.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3090381/>. Acesso em: 27 jan.2019.

NOBRE, F.; RIBEIRO, A.B.; MION, D.J.R. Control of arterial pressure in patients undergoing anti-hypertensive treatment in Brazil: Controlar Brazil. **Arq Bras Cardiol.** v. 94, n.5, p. 663-70, apr., 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010005000035&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010005000035&lng=en&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 20 jan.2019.

NORA, C.R.D.; ZOBOLI, E.L.C.P.; VIEIRA, M. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 36, n.1, p.112-21, mar., 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/48809>. Acesso em: 10 fev.2019.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora., et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 50, supl. 2, 6s, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102016000300303&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300303&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 ago.2019.

OLIVEIRA-FILHO, AD., et al. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle da Pressão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** v. 99, n.1, p. 649-658, jun., 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000053>. Acesso em: 28 out.2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia farmacêutica de la OMS: loesencial son los países, 2004-2007.** Geneva: Organización Mundial de La Salud; 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5522s/s5522s.pdf> Acesso em: 21 ago.2019.

PANIZ, Vera Maria Vieira., et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 267-280, feb. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 jan.2019.

PEPE, Vera Lúcia Edais., et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago., 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500015> . Acesso em: 25 jan.2018.

PIATI, J.; FELICETTI, C.R.; LOPES, A.C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **Ver Bras Hipertens.** v. 16, n. 2, p.123-9, 2009. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-2/14-perfil.pdf>. Acesso em: 30 ago.2019.

PICON, R.V.; FUCHS, F.D.; MOREIRA, L.B.; FUCHS, S.C. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-



analysis. **Am JHypertens**. v. 26, n.4, p.541-8. 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23467209>. Acesso em: 18 jan.2019.

PIERIN, Angela Maria Geraldo., et al. Cronicidade e doença assintomática influenciam o controle dos hipertensos em tratamento na atenção básica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 763-770, out. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000500763&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500763&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 set.2017.

PINHO, N.A.; PIERIN, A.M.G. O Controle da Hipertensão Arterial em Publicações Brasileiras. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v.101, n. 3, p. e65-e73, set., 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2013002900020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013002900020&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 jan.2019.

REZA, C.G.; NOGUEIRA, M.S. O estilo de vida de pacientes hipertensos de um programa de exercício aeróbico: estudo na Cidade de Toluca, México. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 265-270, jun., 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000200010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 dez.2018.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, dez. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 jan.2019.

RUTTANAUMPAWAN, P.; NOPMANEEJUMRUSLERS, C.; LOGAN, A.G., et al. Association between refractory hypertension and obstructive sleep apnea. **J Hypertens**. v. 27, n, 7, p.1439-45, jul., 2009. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00004872-200907000-00017>. Acesso em: 27 jan.2019.

SALEEM, F.; HASSALI, M.A.; SHAFIE, A.A., et al. Does treatment adherence correlates with health related quality of life? Findings from a cross sectional study. **BMC Public Health**.12:318, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22545950>. Acesso em: 10 fev.2019.

SANCHEZ, C.G.; PIERIN, A.M.G; MION J.R.D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 90-98, mar. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342004000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000100011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 jan.2019.

SANTA-HELENA, E.T.; NEMES, M.I.B; ELUF NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, dez., 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010001200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200017&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 fev.2019.

SANTA HELENA, E.T.; NEMES, M.I.B, ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, p.764-767, 2008. Disponível em: <http://producao.usp.br/handle/BDPI/9423> . Acesso em: 28 out.2017.

SCHROETER, G.; ROMBETTA, T.; FAGGIANI, F.T.; GOULART, P.V.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K., et al. Terapia anti-hipertensiva utilizada por pacientes idosos de Porto Alegre/RS, Brasil. **Sci Med**. v. 17, n. 1, p. 14-9, 2007. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/27213730.pdf>. Acesso em: 30 ago.2019.

SILVA, Anderson Lourenço da et al . Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p.1033-1045, jun., 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 jan.2019.

SILVA M.E.D.C. **Representações sociais da hipertensão arterial elaboradas por portadoras e profissionais de saúde: uma contribuição para a Enfermagem**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2010.

SOUZA, J.J.G. **Hipertensão arterial referida e uso de anti-hipertensivos em adultos na cidade de São Paulo, 2003: em estudo de base populacional**. Orientador: Luiz Galvao Chester Cesar. Dissertação (Mestrado) – faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-23022007-092206/pt-br.php> DOI 10.11606/D.6.2006.tde-23022007-092206. Acesso em: 13 jul.2019.

SOUZA, W.K.S.B., et al. Automedida da pressão arterial para o controle das cifras tensionais e para a adesão ao tratamento. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v. 98, n. 2, p. 167-174, fev., 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2012000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000200010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 fev.2019.

SUZANNE, H.S.; JANITA, P. C.; JEAN, W., et al. Adherence to Antihypertensive Medication in Older Adults With Hypertension. **J Cardiovasc Nurs**. v. 31, n. 4, p. 296-303, jul/ago., 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4915757/pdf/cnj-31-296.pdf>. Acesso em: 08 fev.2019.

TAN, E.C.K.; STEWART, K.; ELLIOTT, R.A.; GEORGE, J. Pharmacist services provided in general practice clinics: a systematic review and meta-analysis. **Res Social Adm Pharm**. v.10, n.4, p. 608-622, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.08.006>. Acesso em: 24 jan.2019.

TAVARES, N.U.L., et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 50, supl. 2, 10s, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102016000300307&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300307&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 ago.2019.

TAVARES, N.U.L., et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, dez., 2013. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000601092&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601092&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 ago.2019.

TEIXEIRA, E.R., et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 378-384, dez., 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 06 ago.2019.

TURI, B.C., et al. Physical activity, adiposity and hypertension among patients of public healthcare system. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 17, n. 4, p. 925-937, dez., 2014. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2014000400925&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000400925&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 jan.2019.

UNGARI, A.Q.; FABBRO, A.L.D. Adherence to drug treatment in hypertensive patients on the Family Health Program. **Braz. J. Pharm. Sci.** São Paulo, v. 46, n. 4, p. 811-818, dez., 2010. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-82502010000400024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502010000400024&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 18 nov.2017.

VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

WAL, P.; WAL, A.; BHANDARI, A.; PANDEY, U.; RAI, AK. Pharmacist involvement in the patient care improves outcome in hypertension patients. **J Res PharmPract**. v. 2, n. 3, p.123-9, 2013.

Disponível em: [http://www.jrpp.net/temp/JResPharmPract23123-2739301\\_073633.pdf](http://www.jrpp.net/temp/JResPharmPract23123-2739301_073633.pdf). Acesso em: 26 ago.2019.

WEBER, M.A.; SCHIFFRIN, E.L.; WHITE, W.A., et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **J Hypertens**. v. 32, n.1, p.3-15, 2014. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jch.12237> DOI 10.1111/jch.12237. Acesso em: 15 jan.2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Conference of Experts on the Rational Use of Drugs (1985 : Nairobi). (1987). **The rational use of drugs : report of the Conference of Experts, Nairobi, 25-29 November 1985**. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37174>.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J.; ECHEIMBERG, JO.; LEONE, C. Research methodology topics: Cross-sectional studies. **Journal of Human Growth and**



**Development.** v. 28, n. 3, p. 356-360, 2018. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>. Acesso em: 16 fev.2019.

ZHAO, D.; QI, Y.; ZHENG. Z., et al. Dietary factors associated with hypertension. **Nat RevCardiol.** V. 8, n. 8, p. 456-65, 2011. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21727918>. Acesso em: 20 jan.2019.

## ANEXO I

Questionário para avaliar a adesão ao tratamento farmacológico e uso racional dos medicamentos anti-hipertensivos pelos pacientes hipertensos participantes dos grupos de acompanhamentos do NASF - Manhauçu

### 1 Qual a sua idade?

- 18-29 anos
- 30-39 anos
- 40-49 anos
- 50-59 anos
- 60-69 anos
- maior ou igual à 70 anos

### 2 Qual seu sexo?

- Feminino
- Masculino

### 3 Qual sua escolaridade?

- Analfabeto
- Fundamental
- Ensino Médio
- Superior

### 4 Quantos medicamentos anti-hipertensivos você utiliza?

- Um
- Dois
- Três
- Quatro ou mais

### 5 Há quanto tempo você está sob tratamento com anti-hipertensivos?

- Menos de 1 ano
- 1 a 2 anos
- 2 a 4 anos
- 5 anos ou mais

### 6 Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão?

- Sim
- Não

### 7 Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?

- Sim
- Não

### 8 Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?

- Sim
- Não

### 9 Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?

Sim  Não

**10 Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?**

Sim  Não

**11 Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?**

Sim  Não

**12 Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?**

Sim  Não

**13 Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?**

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

**14 Você, às vezes, é descuidado para tomar seu remédio?**

Sim  Não

**15 Nestes dias, como o(a) Sr(a) tomou ou deixou de tomar os seus comprimidos?**

- Não tomou nenhuma dose de todos os medicamentos nos últimos sete dias
- Não tomou qualquer medicamento nos dias de feriado
- Deixou de tomar medicamentos em dias e horários variados
- Tomou corretamente um medicamento e outro de maneira incorreta
- Tomei meus medicamentos da maneira correta

## ANEXO II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Patrícia Sueli Lisboa Portilho Fernandes, responsável pela pesquisa “Acesso e Uso Racional de Medicamentos para Hipertensão no Âmbito da Atenção Primária em Saúde”, estou fazendo um convite para você participar como voluntário de meu estudo.

Esta pesquisa pretende contribuir para analisar o acesso aos medicamentos e o uso racional por pacientes hipertensos acompanhados pelo NASF; isso será de grande importância pois o acesso e o uso racional desses medicamentos favorecem o controle da hipertensão, e desde que o paciente tenha consciência de sua condição clínica e siga o tratamento proposto pelos profissionais de saúde, é possível auxiliar no tratamento para hipertensão.

A sua participação no referido estudo será no sentido de responder um questionário sobre como você utiliza seus medicamentos para a pressão alta, quantos medicamentos você utiliza, como você toma seus medicamentos, há quanto tempo, se você esquece ou não de tomá-los e se você deixa de tomar os seus remédios quando há melhora ou piora. O questionário será aplicado durante uma reunião do grupo de acompanhamento do NASF.

Os benefícios esperados com este estudo são: após descrever o perfil dos pacientes com pressão alta, será possível identificar fatores para que o paciente possa melhor utilizar seus medicamentos, favorecendo o controle e o tratamento da hipertensão.

Ressalta-se, por outro lado, possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa. Assim, se você se sentir constrangido em participar dessa pesquisa, você poderá retirar-se a qualquer momento, não havendo qualquer tipo de problema. O tempo necessário para responder às perguntas do questionário é em torno de 10 minutos. São questões objetivas, não sendo necessário escrever nada, apenas responder às questões marcando um (X) na resposta escolhida.

Durante todo o período da pesquisa, sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de alguma forma, identificá-lo, será mantido em sigilo. Além disso, você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com a pesquisadora ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Ressalta-se que sua participação é voluntária; você tem garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou penalização à assistência que poderá vir a receber.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Assegura-se ao participante assistência durante toda pesquisa, bem como livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências antes, durante e depois de sua participação.

Ressalta-se que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, por não haver nenhum custo relacionado. Caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, será indenizado de forma devida, conforme determina a lei.

A pesquisadora envolvida com o referido projeto é Patrícia Sueli Lisboa Portilho Fernandes vinculada à EMESCAM – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória e com ela poderei manter contato pelo telefone (34) 99251-7381, sendo possível ligar a cobrar caso necessite.

Em caso de reclamação ou de qualquer dúvida ética sobre este estudo, você deverá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu, pelo telefone (33)3332-2023, pelo e-mail: [cepfacig@gmail.com](mailto:cepfacig@gmail.com) ou ainda, presencialmente, no seguinte endereço: Rua Darcy César de Oliveira Leite, 600, Bairro Alfa Sul - Manhuaçu / MG.

## Autorização

Eu, \_\_\_\_\_,  
após a leitura deste documento e depois de ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Manhuaçu , ..... de ..... de 2018.

---

Assinatura do voluntário

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo e que das duas vias por ele assinadas, uma será entregue ao informante.

---

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Dados da pesquisadora:

Nome completo da pesquisadora principal: Patrícia Sueli Lisboa Portilho Fernandes

(34) 99251-7381

[pattyportilho@yahoo.com.br](mailto:pattyportilho@yahoo.com.br)

## APÊNDICES – FICHAMENTOS DOS ARTIGOS

### Artigo 1: Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.60015>

Autor/Ano	Girão ALA, Freitas CHA 2016 Rev Gaúcha Enferm. 2016 jun;37(2):e60015
Hipótese	O acolhimento da demanda espontânea dos pacientes hipertensos na APS , realizado de maneira diferente à preconizada pelas políticas públicas, compromete o cuidado dessa patologia na atenção primária.
Objetivo	Avaliar os impactos da inserção do acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco no tratamento de usuários hipertensos na atenção primária de saúde.
Conclusão	Foi evidenciada uma dicotomia entre a prática do acolhimento preconizada pelas políticas de saúde e a existente na realidade da UAPS, acarretando prejuízo ao cuidado do hipertenso na atenção primária.
Novidade do Artigo	O atendimento à demanda espontânea dos pacientes hipertensos na APS prejudica o fortalecimento do vínculo do usuário com a equipe de saúde, pois as urgências se sobrepõem aos atendimentos agendados, prejudicando as ações de prevenção e promoção à saúde, o que descaracteriza o seguimento do usuário com doença crônica. A resolutividade pontual nas situações agudas não permite que o paciente seja tratado como um todo, ocasionando vários retornos ao serviço, devido ao fato da demanda do usuário não ser totalmente atendida. Além disso, o artigo traz também que a maior procura pelas consultas emergenciais que ocorre na demanda espontânea mostra a dificuldade de acesso ao serviço da demanda programada.

### Artigo 2: A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.16202015>

Autor/Ano	Melo DO, Castro LLC 2017 Ciência & Saúde Coletiva, 22(1):235-244, 2017
Hipótese	A presença do farmacêutico na equipe multiprofissional da unidade básica de saúde contribui efetivamente para o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos.

Objetivo	Descrever e avaliar resultados da inserção de um farmacêutico na equipe multiprofissional de uma unidade básica de saúde em relação à promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais.
Conclusão	O farmacêutico integrado à equipe multiprofissional assume papel relevante na redução de problemas relacionados a medicamentos e na melhoria da qualidade das prescrições médicas. A presença do farmacêutico na unidade para a realização das intervenções foi de fundamental importância para o alcance de resultados positivos.
Novidade do Artigo	O artigo descreve várias ações do farmacêutico na unidade de atenção primária podendo nortear a ação de profissionais que estejam iniciando suas atividades. As intervenções do farmacêutico promoveram ampliação do acesso aos medicamentos e melhora no padrão de prescrição na unidade de atenção primária, estabelecendo também

### **Artigo 3: Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária**

DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160016>

Autor/Ano	Barreto MS, Matsuda LM, Marcon SS 2016 Escola Anna Nery 20(1) Jan-Mar 2016
Hipótese	Fatores socioeconômicos como idade, não adesão à farmacoterapia, falta às consultas médicas e prescrição com vários medicamentos favorecem o inadequado controle pressórico dos pacientes hipertensos na APS.
Objetivo	Identificar a associação entre fatores socioeconômicos, pessoais e de cuidado à saúde, com o inadequado controle pressórico de pessoas com HAS assistidas na Atenção Primária.
Conclusão	Dentre às ações para melhorar o controle pressórico das pessoas com hipertensão arterial, a equipe de saúde necessita criar estratégias que estimulem o comparecimento às consultas apazadas e simplifiquem o esquema terapêutico. Tais atividades devem focar especialmente os idosos.
Novidade do Artigo	O valor da PA verificado a partir da consulta a prontuários levando em consideração um espaço de tempo relativamente longo reduz os vieses no levantamento de prevalências de hipertensos com PA não controlada, pois a PA verificada no momento da entrevista apresentou alterações, devido influências do ambiente, da alimentação e do estado emocional do paciente. O artigo cita também que fatores como urbanização e estilo de vida moderno podem exercer maior influência no controle da doença do que propriamente a idade.



	É importante também a simplificação do esquema terapêutico, relacionando o horário das dosagens com as atividades da rotina diária, a fim de se aumentar a aderência ao tratamento medicamentoso.
--	---

#### Artigo 4: Qualidade de vida e adesão medicamentosa para pessoas hipertensas

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600075>

Autor/Ano	Maciel AP, Pimenta HB, Caldeira AP 2016 Acta Paul Enferm. 2016; 29(5):542-8
Hipótese	Apesar da aderência à terapia medicamentosa estar relacionada ao bem-estar das pessoas hipertensas, vários outros fatores implicam na melhoria da qualidade de vida desses pacientes.
Objetivo	Analisar a correlação entre adesão medicamentosa e qualidade de vida para pessoas hipertensas assistidas em Unidades Básicas de Saúde de uma cidade do norte de Minas Gerais.
Conclusão	A correlação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa mostrou-se inversa e estatisticamente significativa, destacando que a maior adesão implica melhor qualidade de vida, mas tal associação apresentou-se de fraca magnitude. São necessários novos estudos, com abordagens que permitam a identificação dos fatores associados à maior adesão terapêutica, e, dessa forma, auxiliem os profissionais de saúde nas suas atividades de promoção da saúde e de melhor qualidade de vida.
Novidade do Artigo	O mecanismo exato através do qual a qualidade de vida está associada à adesão medicamentosa parte de uma complexa rede de características psicossociais que podem impactar negativamente a capacidade do paciente para gerir a sua doença crônica, como suas crenças pessoais, autocuidado em saúde, atitudes e conhecimentos sobre as doenças e expectativas pessoais e do seu grupo social em relação à vida.

#### Artigo 5: Cronicidade e doença assintomática influenciam o controle dos hipertensos em tratamento na atenção básica

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600008>

Autor/Ano	Pierin AMG, <i>et al</i> 2016 Rev Esc Enferm USP · 2016;50(5):764-771
-----------	---

Hipótese	A cronicidade da hipertensão e a ausência de sintomas dificultam o controle da doença, assim como características biossociais e estilo de vida dos pacientes.
Objetivo	Identificar a associação entre o controle da pressão arterial e as seguintes variáveis: a) características biossociais e hábitos de vida dos hipertensos; e b) fatores relacionados ao tratamento anti-hipertensivo em pessoas hipertensas assistidas na atenção básica.
Conclusão	Variáveis sociodemográficas e crenças relativas à ausência de sintomatologia e cronicidade da doença influenciaram o controle dos hipertensos e devem ser consideradas no processo de adesão ao tratamento.
Novidade do Artigo	As crenças dos hipertensos acerca da doença e do tratamento merecem atenção na temática adesão ao tratamento.

**Artigo 6: Estratégia Saúde da Família e uso racional de medicamentos: o trabalho dos agentes comunitários em Palmas (TO)**

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00037>

Autor/Ano	Guimarães MSA, <i>et al</i> 2017 Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 183-203, jan./abr. 2017
Hipótese	Uma vez capacitados, os agentes comunitários podem melhor informar os pacientes sobre o uso dos medicamentos, aumentando a adesão ao regime terapêutico.
Objetivo	Analisar as ações dos agentes comunitários de saúde referentes à orientação da comunidadesobre o uso racional de medicamentos na Estratégia Saúde da Família em Palmas, capital do Estado do Tocantins.
Conclusão	Evidenciou-se a necessidade de qualificação e formação do agente comunitária na promoção do uso racional de medicamentos, considerando o seu papel como promotor de saúde na comunidade.
Novidade do Artigo	Constatou-se que os ACSs apresentavam necessidade de serem capacitados em busca de mais conhecimentos sobre medicamentos, tendo em vista a promoção de seu uso correto e racional na comunidade assistida. O artigo cita também que não adianta apenas repassar informações; é preciso criar um diálogo entre profissional e usuário. Para isso, deve-se reconhecer e levar em consideração questões culturais, organizacionais e de hábitos, para que o tratamento não seja apenas imposto, mas aceito.

## Artigo 7: Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700020011>

Autor/Ano	Bittencourt RA, <i>et al</i> 2017 REV BRAS EPIDEMIOL ABR-JUN 2017; 20(2): 310-323
Hipótese	A deficiência no planejamento das etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica resulta em desperdício e no uso incorreto de medicamentos.
Objetivo	Avaliar a situação da AF no município de Uruguaiana (RS) utilizando os indicadores recomendados pela OMS e o instrumento proposto pelo MS.
Conclusão	Os resultados encontrados parecem demonstrar a deficiência da AF em Uruguaiana quanto ao planejamento, à gerência e à assistência ao paciente. A ausência de gestão efetiva pode resultar em desperdícios e no uso incorreto de medicamentos.
Novidade do Artigo	O percentual de consultas médicas nas quais foram prescritos antibióticos foi baixo se comparado ao de outros estudos. Outra informação que o artigo cita é que o tempo médio de consulta médica foi muito aquém do preconizado pela OMS, mostrando-se diretamente relacionado à baixa compreensão da prescrição médica.

## Artigo 8: Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa

DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000300021>

Autor/Ano	Mansour SN, Monteiro CN, Luiz OC 2016 Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 25(3):647-654, jul-set 2016
Hipótese	A oferta de adequada assistência à saúde e o acesso a medicamentos são relevantes no tratamento dos pacientes hipertensos.
Objetivo	Analisar a adesão ao tratamento farmacológico e fatores associados entre portadores de hipertensão arterial participantes do Programa Remédio em Casa.
Conclusão	Com adequada assistência, cuidados de saúde e pleno acesso a medicamentos, os fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos não influenciaram a determinação da adesão ao tratamento, indicando que a organização dos serviços e as políticas de saúde são fundamentais no controle da hipertensão arterial.
Novidade do Artigo	A entrega do medicamento em domicílio parece não influenciar a adesão, já que as atividades do Programa Remédio em Casa exigem a presença dos participantes na

	unidade, ocasião em que os medicamentos podem ser retirados na farmácia.
--	--

### Artigo 9: Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006154>

Autor/Ano	Mengue SS, <i>et al</i> 2016 Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, Farias MR, OliveiraMA, Tavares NUL, et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. Ver Saude Publica. 2016;50(supl 2):8s.
Hipótese	Os medicamentos utilizados no controle da hipertensão são considerados como primeira linha de tratamento, sendo de fácil acesso à população.
Objetivo	Analisar o acesso e a utilização de medicamentos para a hipertensão na população brasileira segundo condições sociais e demográficas.
Conclusão	O acesso aos medicamentos para tratamento da hipertensão pode ser considerado elevado e grande parte desses medicamentos é obtida gratuitamente. Os fármacos mais utilizados estão entre os preconizados como de primeira linha para o controle de hipertensão arterial. A proporção de pessoas utilizando mais de um fármaco parece seguir o comportamento observado em outros países.
Novidade do Artigo	Neste estudo, a pergunta sobre utilização de medicamentos para a hipertensão foi precedida de outra pergunta sobre a existência de indicação médica para o tratamento da hipertensão com medicamentos. Detectou-se que um dos motivos para os participantes não estarem usando medicamentos era a ausência de indicação médica para tal.

### Artigo 10: The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries

DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61696-1

Autor/Ano	Dele O Abegunde, Colin D Mathers, Taghreed Adam, Monica Ortegón, Kathleen Strong Lancet 2007; 370: 1929–38
Hipótese	Doenças crônicas afetam negativamente a produção econômica nos países de renda média
Objetivo	O objetivo geral do estudo é avaliar com mais precisão o efeito das doenças crônicas na saúde e na economia com métodos consistentes e fornecer evidência empírica de possíveis estratégias para reduzir seus efeitos nocivos.
Conclusão	Se nada for feito para reduzir o risco de doenças crônicas, estima-se que US \$ 84 bilhões da produção econômica será perdida por doenças cardíacas, derrame e diabetes somente

	nesses 23 países entre 2006 e 2015. Realização de uma meta global para prevenção e controle de doenças crônicas evitaria 24 milhões de mortes nesses países e economizaria em torno de US \$ 8 bilhões, o que representa quase 10% da perda projetada na renda nacional nos próximos 10 anos.
Novidade do Artigo	Estimativas mostraram que 40% das mortes por doenças respiratórias, 34% das mortes por câncer e cerca de 50% de todas as mortes por doenças são atribuíveis a um pequeno número de fatores de risco modificáveis conhecidos. Portanto, os governos devem ter um papel ativo na prevenção e tratamento de doenças crônicas