

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Tatiana Resende Carvalho

**ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE LETRAMENTO
FUNCIONAL EM SAÚDE E ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Juiz de Fora
2018

Tatiana Resende Carvalho

**ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE LETRAMENTO
FUNCIONAL EM SAÚDE E ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Luiz Cláudio Ribeiro

Juiz de Fora
2018

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela presença constante em minha vida! Por Sua infinita bondade e misericórdia! Pela oportunidade e pela capacidade de realização deste trabalho! Pelas graças alcançadas! Pelas conquistas! Pela vida!

Aos meus pais, meus tesouros, exemplos de uma vida inteira. Agradeço pela confiança de sempre! Por não medirem esforços para a realização dos meus objetivos. Agradeço por toda a dedicação à mim e aos meus irmãos.

Aos meus irmãos, que simbolizam a certeza de que nunca estarei sozinha! Agradeço pelas palavras de carinho e incentivo durante toda a realização deste trabalho.

Ao meu marido, companheiro fiel! Agradeço por sua doação e dedicação incansáveis, o que contribuiu significativamente para a realização de mais um sonho! Agradeço por sempre acreditar em mim e na minha capacidade de ser mais e melhor.

À minha filha, minha melhor parte, certeza do amor de Deus por mim, agradeço por me mostrar o verdadeiro sentido da vida, agradeço por me fazer buscar cada vez mais! Agradeço por trazer vida à minha vida.

Ao meu orientador, grande e importante personagem dessa história, por me acolher e me direcionar. Agradeço pela confiança depositada, pelo tempo dispensado, pelas palavras de incentivo ao meu crescimento pessoal e profissional, pelas sugestões, pelos ensinamentos valiosos, os quais levo para uma vida inteira. Agradeço por me trazer tranquilidade, paz e calma nos momentos mais difíceis. Agradeço pela escuta e pela amizade. Sou grata, muito grata, pela constante presença na minha vida.

Aos professores da banca examinadora, pelos quais tenho um imenso respeito e admiração, agradeço pelas ricas contribuições para o aprimoramento desse estudo.

Aos colegas da Pós-Graduação, pela troca de experiências, pelo aprendizado, pelas conversas, pelo apoio e por todo o conhecimento compartilhado.

À colega de curso, Angélica Atala, pela disponibilidade, pela paciência, pela troca de experiências e pelo aprendizado. Agradeço por toda a ajuda, o que foi fundamental para que o trabalho fosse realizado.

Aos amigos Amanda, Leilanni, Viviane e Márcio, presentes que o curso me deu, agradeço por todos os momentos vividos juntos, pelas gostosas risadas, pelo carinho e pelas palavras de incentivo. Agradeço por fazerem parte da minha vida.

Às colegas de trabalho da Gerência Regional de Saúde, Edwalda e Michele, por compreenderem minhas ausências, durante o período de realização do curso.

Ao colega de trabalho da Gerência Regional de Saúde, Gerciley, pelo companheirismo, pela escuta, pelas palavras de incentivo e pela ajuda em determinados momentos. Sou grata por ter você ao meu lado diariamente.

À Gerência Regional de Saúde de São João del-Rei/Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, representada pelo diretor José Raimundo Dias, por permitir a realização deste trabalho e, conseqüentemente, contribuir para a minha qualificação profissional.

À Secretaria Municipal de Saúde de São João del-Rei, representada pelo gestor de saúde José Marcos Ferreira de Andrade, e profissionais da Estratégia Saúde da Família do município pela oportunidade de realização do estudo e pela colaboração na realização de todas as tarefas relacionadas à coleta de dados.

Aos hipertensos entrevistados, principais atores dessa história, por sua compreensão, paciência e colaboração. Agradeço pelo tempo dispensado e pelo compartilhamento de experiências e desejos. Agradeço por me receberem em suas casas e, até mesmo, em suas vidas.

RESUMO

Estudo transversal realizado com 340 usuários hipertensos, acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do município de São João del-Rei, selecionados a partir do registro das fichas de acompanhamento dos agentes comunitários de saúde, por amostragem aleatória simples. Os objetivos do estudo foram analisar a associação entre letramento funcional em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso da HAS; descrever os níveis de letramento funcional em saúde da população de estudo; estimar a prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e analisar os fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho à setembro de 2017 e foi realizada através de um formulário com questões estruturadas acerca dos fatores socioeconômicos, relacionados ao paciente, à doença, ao tratamento, à equipe e ao serviço de saúde. A avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso foi feita através da Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o nível de letramento funcional em saúde foi medido pelo B-TOFHLA. As análises estatísticas foram feitas utilizando-se o teste qui-quadrado e modelos de regressão de *Poisson* para estimar as razões de prevalência brutas e ajustadas, os respectivos intervalos de confiança (IC95%) e p-valor. A prevalência de não adesão ao tratamento farmacológico da HAS foi de 24,1% (IC 95%: 19,7 – 28,5). Os fatores associados à não adesão à terapia medicamentosa foram a credibilidade na importância dos medicamentos para o tratamento da HAS, a frequência na tomada dos medicamentos para a doença por dia, a compreensão das orientações e explicações dadas pelos profissionais de saúde e a dificuldade em conversar com os profissionais. Baixo letramento funcional em saúde foi encontrado em 80,2% dos hipertensos entrevistados. A proporção de usuários não aderentes ao tratamento com baixo letramento funcional em saúde foi 77% superior à proporção de usuários não aderentes à terapia medicamentosa com letramento funcional em saúde adequado (RP=1,77; IC95%:0,93 – 3,75). Os resultados mostram que mudanças baseadas na complexidade do regime terapêutico, uma adequada assistência à saúde, baseada nas particularidades de cada indivíduo, levando-se em conta a influência que o mesmo recebe do meio que o cerca podem contribuir para o aumento da adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. É possível supor ainda que, identificando-se as limitações apresentadas pelos usuários em relação ao acesso e à compreensão das informações e orientações que lhe são repassadas, a equipe de saúde pode elaborar estratégias que favoreçam o processo de comunicação entre profissionais de saúde e usuários do sistema, compensando assim os baixos níveis de letramento funcional em saúde, fazendo com que as informações e orientações necessárias ao manejo e ao acompanhamento da doença sejam mais facilmente compreendidas pelos usuários.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Adesão ao tratamento medicamentoso. Letramento funcional em saúde.

ABSTRACT

This is a cross-sectional study performed with 340 hypertensive users who have been monitored by the Family Health Care Service from the city of São João del-Rei. They have been selected based on the follow-up records of the community health agents by simple random sampling. The aim of the study is to analyze the association between Functional Health Literacy and the adherence to the medical treatment for HAS (hypertension); to describe the levels of functional health literacy in the evaluated population; to estimate the predominant non-adherence to the drug treatment for hypertension and to analyze the factors that are connected to the non-adherence to the medical treatment for hypertension. Data collection has happened between June and September 2017 and it was carried out by using a questionnaire with questions about socioeconomic factors related to the patient, to their disease, to their treatment, the team who have assisted them and the health care service itself. The evaluation in order to measure the adherence to the drug treatment was carried out via the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and the Functional Health Literacy level was measured by the B-TOFHLA. Statistical analyzes have been performed using the chi-square test and Poisson regression models in order to estimate crude and adjusted prevalence ratios, confidence intervals (IC95%), and p-value. The predominance of non-adherence to the pharmacological treatment for HAS was 24.1% (IC95%: 19.7-28.5). The main factors associated with the non-adherence to the drug therapy were: trustworthiness regarding the importance of drugs for the treatment of HAS, the frequency the user takes the prescribed medicine per day, the understanding of the instructions and explanations given by the health care professionals, and the struggle in talking to the professionals. Low functional health literacy has been found in 80.2% of the hypertensive patients who have been interviewed. The non-adherence ratio among patients with low functional health literacy is 77% higher than the proportion of non-adherence among patients with adequate functional health literacy (PR = 1.77, IC 95%: 0.93-3.75). The results have shown that changes based on the complexity of the therapeutic regime and an adequate health care provision based on the specificities of each individual, taking into account the influence that the patient gets from the environment he comes from can contribute to raise the levels of medication adherence for HAS. It is also possible to assume that, by identifying the patients limitations regarding the access and the overall comprehension of the information and instructions that are passed on to them, it allows the healthcare team to prepare and implement strategies that may favor the communication process between the healthcare professionals and users of the system, thus compensating for the low levels of functional health literacy and making the information and general guidelines that are necessary for the management and follow-up of the disease more easily understood by its users.

Key words: Systemic Arterial Hypertension. Medication adherence. Functional health literacy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Métodos diretos para a medição da adesão ao tratamento medicamentosos.....	31
Quadro 2 – Métodos indiretos para a medição da adesão ao tratamento medicamentoso	31
Figura 1 – Modelo conceitual integrado de Letramento Funcional em Saúde	58
Quadro 3 – Definições de Letramento Funcional em Saúde identificadas em revisão sistemática	59
Quadro 4 – Principais instrumentos para mensuração do letramento em saúde, identificados por revisão de literatura	64
Quadro 5 – Critérios estabelecidos para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso	74
Quadro 6 – Critérios estabelecidos para avaliar o nível de letramento funcional em saúde	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação da Pressão Arterial	16
Tabela 2 - Classificação da pressão arterial de acordo com a “2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults”.....	17
Tabela 3 – Anti-hipertensivos disponíveis	20
Tabela 4 – Representantes, doses e intervalos de doses dos anti-hipertensivos considerados de primeira escolha no tratamento da HAS	23
Tabela 5 - Prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, de acordo com a variável letramento funcional em saúde da população de estudo	79
Tabela 6 - Prevalências da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, de acordo com as características sociodemográficas da população de estudo	80
Tabela 7 - Prevalências da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, de acordo com as características relacionadas ao paciente da população de estudo ..	81
Tabela 8 - Prevalências da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, de acordo com as características relacionadas à doença e ao tratamento da população de estudo	83
Tabela 9 - Prevalências da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, de acordo com as características relacionadas à equipe e ao serviço de saúde da população de estudo	85
Tabela 10 – Razão de prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, de acordo com as variáveis analisadas na análise multivariada – Modelo 1 ..	86
Tabela 11 – Razão de prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, de acordo com as variáveis analisadas na análise multivariada – Modelo 2 ..	87
Tabela 12 – Razão de prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, de acordo com as variáveis analisadas na análise multivariada – Modelo 3 ..	87

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: CONCEITO, EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO	14
2.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	15
2.3 ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: CONCEITOS E ÍNDICES DE ADESÃO NO BRASIL E NO MUNDO	24
2.4 ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: CONCEITOS E MENSURAÇÃO	29
2.5 FATORES ASSOCIADOS À (NÃO) ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	35
2.5.1 Fatores associados à (não) adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica atribuídos ao aspecto paciente	37
2.5.2 Fatores associados à (não) adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica atribuídos ao aspecto doença/tratamento	42
2.5.3 Fatores associados à (não) adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica atribuídos ao aspecto equipe e serviços de saúde	43
2.6 INTERVENÇÕES NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .	44
2.6.1 Intervenções relacionadas às condições do paciente	46
2.6.2 Intervenções relacionadas aos profissionais de saúde e ao sistema de Saúde	47
2.6.3 Intervenções relacionadas à própria terapia	49
2.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ALFABETIZAÇÃO, LETRAMENTO, NUMERAMENTO, LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE: ESCLARECENDO OS CONCEITOS	50
2.8 NÍVEIS DE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	61
3 OBJETIVOS	70
3.1 OBJETIVO GERAL	70
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	70

4 METODOLOGIA	71
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	71
4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO	71
4.2.1 Critérios de inclusão	72
4.2.2 Critérios de exclusão	72
4.3 COLETA DE DADOS	73
4.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO	73
4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	76
4.6 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS	76
4.7 TESTE PILOTO	76
5 RESULTADOS	78
6 DISCUSSÃO	88
7 CONCLUSÃO	100
REFERÊNCIAS	102
ANEXOS	117
APÊNDICES	129

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença crônica não transmissível (DCNT), destaca-se por sua alta prevalência e influência nos eventos cardiovasculares, apresentando-se como o principal fator de risco para o desencadeamento de doenças do sistema cardiovascular (WHO, 2013). Está frequentemente associada a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos, tais como, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC) (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

No Brasil, a hipertensão arterial atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos e mais de 60% dos idosos, contribuindo assim, direta ou indiretamente com 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). As complicações da HAS, juntamente com *Diabetes Melito* (DM), impactam significativamente na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre os anos 2006 e 2015 (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

A hipertensão arterial sistêmica é tida como um crescente problema de saúde pública. Nos países em desenvolvimento apresenta-se com uma prevalência de 37,3%, em comparação com 22,9% nas nações industrializadas. Estima-se que, até o ano de 2025, 1,17 bilhões de pessoas com hipertensão arterial no mundo (75%) estarão vivendo nos países em desenvolvimento (KEARNEY *et al.*, 2005).

Constitui-se numa doença que pode ser controlada por mudanças no estilo de vida associadas ou não à terapêutica medicamentosa (WHO, 2013).

A adesão ao tratamento é definida como o quanto o comportamento de uma pessoa (tomar medicamentos, seguir uma dieta ou mudar hábitos de vida) corresponde com as recomendações acordadas com um profissional de saúde, pressupondo que o paciente seja participante e responsável pelos cuidados com a sua própria saúde, e destacando a importância da relação médico-paciente, que passa a ser vista como uma relação de parceria, na qual as recomendações prescritas devem ser acordadas entre ambos, com o objetivo de controlar a doença e melhorar a qualidade de vida do paciente (WHO, 2003).

Considerada como o fator mais importante para o real controle da pressão arterial, a adesão ao tratamento vem se tornando, nos últimos anos, um dos maiores problemas enfrentados na prática dos profissionais de saúde pela sua complexidade. Estima-se que 50% dos portadores de doenças crônicas não realizam o seu tratamento da forma como é recomendado (WHO, 2003).

O impacto causado pela não adesão ao tratamento é bastante significativo, sendo possivelmente a responsável pelos altos custos sociais, pelo absenteísmo ao trabalho, pelas licenças para tratamento de saúde e aposentadorias por invalidez (SANTOS, 2011).

Mesmo constituindo-se num importante objeto de estudo de muitos centros de pesquisas internacionais, ainda existem poucos trabalhos em nosso meio que quantifiquem a magnitude da adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica (SANTA HELENA, 2007). Para Gusmão *et al.* (2009), este ainda é um tema que merece uma especial atenção. No Brasil e no mundo, os estudos existentes são oriundos de diferentes populações e com critérios variados. Assim, muitas vezes não são passíveis de comparação por abordarem diferentes perfis de indivíduos e por utilizarem diferentes métodos de avaliação da adesão (HIGGINS; REGAN, 2004). As dificuldades em se avaliar a adesão são justificadas pela ausência de um método de avaliação considerado “padrão-ouro”, bem como pela grande variedade de metodologias empregadas (POLEJACK & SEIDL, 2010; BLATT *et al.*, 2009).

Dentre os vários fatores que podem estar associados ao processo de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, o Letramento em Saúde (LS) vem sendo considerado um aspecto fundamental nesse contexto, uma vez que é de grande importância a compreensão, a avaliação e a aplicação das informações de saúde, por parte dos pacientes, a fim de tomar decisões para manter ou melhorar a qualidade de vida. O comprometimento destas ações pode interferir na tomada de decisões relacionadas à própria saúde, bem como, relacionadas ao seguimento do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Também designado como Letramento Funcional em Saúde (LFS), é um fenômeno estudado recentemente no Brasil e, segundo Passamai (2012), apresenta um conceito complexo em relação ao seu significado.

Pesquisas mostraram que no Reino Unido, nos Estados Unidos, na Austrália e no Canadá, de 20% a 50% da população apresenta baixa competência em

letramento em saúde (WHCA, 2010; PASSAMAI *et al.*, 2012). Situações assim podem, de certa forma, comprometer o estado da saúde individual e coletiva, trazendo prejuízos, tais como, maiores taxas de hospitalização, má gestão da própria saúde e do processo de adoecimento, baixa adesão às medidas de promoção à saúde e ao tratamento medicamentoso, além de baixo conhecimento sobre as doenças crônicas e sobre os serviços de saúde (PASSAMAI *et al.*, 2012).

No Brasil, estudos que evidenciam o nível de letramento funcional em saúde e a forma pela qual esse fenômeno está afetando os cuidados com a saúde da população não são comuns (PASSAMAI, 2012). Segundo Sampaio *et al.* (2015), os estudos brasileiros ainda estão em fase de conhecer o letramento funcional em saúde das mais variadas populações, para, posteriormente, realizar intervenções.

Este estudo apresenta como objetivo conhecer o nível de letramento funcional em saúde dos hipertensos estudados e a sua associação com a adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica, e, com isso, permitir aos profissionais de saúde identificar as limitações apresentadas pelos usuários, em relação ao acesso, à compreensão e à aplicação das informações e orientações que lhe são repassadas.

Um baixo nível de letramento funcional em saúde de uma dada população reforça a necessidade de um olhar especial por parte dos profissionais de saúde, para que as necessidades dos usuários sejam atendidas. Torna-se necessário que os profissionais reconheçam as habilidades e as competências de seus pacientes, assegurando que as informações e orientações em relação à doença e ao seu tratamento sejam repassadas de forma clara e em tempo oportuno à cada um dos usuários do sistema de saúde. Intervenções assim podem propiciar uma maior adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica, fazendo com que os hipertensos atinjam melhores resultados em saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: CONCEITO, EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) caracteriza-se pela persistência de níveis da pressão sanguínea iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão sistólica (PS) e/ou 90 mmHg de pressão diastólica (PD). Está frequentemente associada a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares, tais como: acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC) (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Em 2015, dados norte-americanos mostraram que a hipertensão arterial estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM, 77% com AVE, 75% com IC e 60% com DAP. É considerada a responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes devidas ao AVE (LIM *et al.*, 2010).

A hipertensão arterial, no Brasil, atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos e mais de 60% dos idosos, contribuindo, assim, direta ou indiretamente, com 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). As complicações da HA, juntamente com *Diabetes Melito* (DM), impactam significativamente na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre os anos 2006 e 2015 (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

As taxas de mortalidade das doenças crônicas não transmissíveis vêm apresentando redução ao longo dos anos, com exceção das doenças hipertensivas, que mostraram aumento em sua taxa de mortalidade entre 2002 e 2009, apresentando tendência à redução desde 2010, segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2011a).

Doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis pelos custos socioeconômicos elevados devido à alta frequência de internações hospitalares. Em 2013, ocorreram 1.138.670 óbitos, dos quais 339.672 (29,8%) foram decorrentes de DCV, a principal causa de morte no Brasil. A hipertensão arterial sistêmica é tida

como um crescente problema de saúde pública. Nos países em desenvolvimento, apresenta-se com uma prevalência de 37,3% em comparação com 22,9% nas nações industrializadas. Estima-se que, até o ano de 2025, 1,17 bilhões de pessoas com hipertensão arterial no mundo (75%) estarão vivendo nos países em desenvolvimento (KEARNEY *et al.*, 2005).

Dados do Vigitel Brasil 2014 (2006 a 2014) – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – indicam uma variação de 23 a 25% da prevalência de HA autorreferida entre indivíduos com 18 anos ou mais, residentes nas capitais, sem diferenças, inclusive por sexo. Entre adultos com 18 a 29 anos, o índice foi de 2,8%; de 30 a 59 anos, 20,6%; de 60 a 64 anos, 44,4%; de 65 a 74 anos, 52,7%; e acima de 75 anos, 55%.

Outros estudos realizados no Brasil mostraram prevalências da hipertensão arterial sistêmica que variam entre 18,3 e 40,1% (SILVA; PETROSKI; PERES, 2012; NASCENTE *et al.*, 2010; CHRESTANI; SANTOS; MATIJASEVICH, 2009; BARBOSA; SCALA; FERREIRA, 2009).

Identificar os fatores de risco torna-se muito importante para a elaboração de medidas de prevenção e controle dos altos índices da pressão arterial. De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016), destacam-se os seguintes fatores de risco: idade, sexo e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética.

2.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Confirmação do diagnóstico, suspeição e identificação de causa secundária, além da avaliação do risco cardiovascular, constituem a avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial sistêmica. A medição da PA no consultório e/ou fora dele faz parte da avaliação e exige alguns cuidados, bem como técnica adequada, equipamentos validados, história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial. As doenças associadas também devem ser investigadas (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Com relação à medida da pressão arterial, recomenda-se que seja feita com equipamento validado e com calibração verificada anualmente, de acordo com as

orientações do INMETRO – Portaria nº 24, de 22 de fevereiro de 1996, para os esfigmomanômetros mecânicos do tipo aneroide, e nº 96, de 20 de março de 2008, para os esfigmomanômetros eletrônicos digitais de medição não invasiva.

A PA deve ser medida no braço, utilizando-se manguito adequado à sua circunferência. É fundamental que o paciente seja avisado do procedimento, fique em repouso num ambiente tranquilo de três a cinco minutos, não tenha ingerido bebidas alcoólicas, não tenha fumado nos 30 minutos anteriores e não tenha praticado atividades físicas nos últimos 60 minutos. Para a medição da PA, o paciente deve estar sentado, com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão e dorso recostado na cadeira. O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Fora do consultório, em situações especiais, a PA pode ser obtida por meio da medição residencial da pressão arterial (MRPA), com protocolo específico, ou da medição ambulatorial da pressão arterial (MAPA) de 24 horas (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

A classificação da pressão arterial, de acordo com a medida casual no consultório, para indivíduos acima de 18 anos, está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 – 139	81 – 89
Hipertensão Estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão Estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥ 110
Quando PAS e PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da PA		

Nota: Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mmHg e PDA < 90 mmHg, devendo esta ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

Fonte: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2016

Novas recomendações sobre prevenção, detecção, avaliação e controle da pressão arterial elevada em adultos foram publicadas pela diretriz “2017 ACC / AHA / AAPA / ABC / ACPM / AGS / APhA / ASH / ASPC / NMA / PCNA *Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in*

Adults". O documento consta de uma nova definição dos limiares de pressão arterial (PA) sistólica e diastólica para o início do tratamento com medicamentos anti-hipertensivos e tem o objetivo de fornecer uma diretriz abrangente para o diagnóstico, prevenção, avaliação, tratamento e estratégias importantes para melhorar as taxas de controle durante o tratamento da hipertensão arterial. A nova classificação da pressão arterial está apresentada na tabela 2.

Tabela 2 - Classificação da pressão arterial de acordo com a "2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults"

Pressão arterial sistólica, diastólica (mmHg)	2017 ACC/AHA
< 120 e < 80	PA normal
120 – 129 e < 80	PA elevada
130 – 139 ou 80 – 89	Hipertensão estágio 1
140 – 159 ou 90 – 99	Hipertensão estágio 2
≥ 160 ou ≥100	Hipertensão estágio 2

Fonte: "2017 ACC / AHA / AAPA / ABC / ACPM / AGS / APhA / ASH / ASPC / NMA / PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults". Abreviações: ACC: American College of Cardiology; AHA: American Heart Association; AAPA: American Academy of Physician Assistants; ABC: Association of Black Cardiologists; ACPM: American College of Preventive Medicine; AGS: American Geriatrics Society; APhA: American Pharmacists Association; ASH: Society of Hypertension; ASPC: American Society for Preventive Cardiology; NMA: National Medical Association; PCNA: Preventive Cardiovascular Nurses Association.

O tratamento da HAS inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, que têm por objetivo a redução da PA, a proteção de órgãos-alvo e a prevenção de desfechos cardiovasculares e renais (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016). As modificações no estilo de vida podem refletir no retardo do desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica em indivíduos com pressão arterial limítrofe, além de impactar favoravelmente nos fatores de risco envolvidos na hipertensão e na mortalidade cardiovascular (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

O objetivo do tratamento da hipertensão arterial é o controle dela, o que não é satisfatório em nosso meio e deve ser realizado mediante uma abordagem multiprofissional. Os estudos de Glynn *et al.* (2010), para determinar a efetividade das intervenções para a melhora do controle da pressão arterial, mostraram que a atuação da equipe multiprofissional promove melhor controle da hipertensão arterial sistêmica, o que está diretamente relacionado à adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso.

Numa revisão sistemática da literatura, acerca do controle da hipertensão arterial sistêmica no Brasil, Pinho e Pierin (2013) demonstraram índices de controle da doença variando de 10%, em microrregiões do Rio Grande do Sul e no município de Tubarão, Santa Catarina, a 57,6% e 52,4%, num estudo multicêntrico em 100 municípios e na cidade de São Paulo, respectivamente. Ainda, ressaltaram que o controle da hipertensão arterial é resultado de um sistema complexo, envolvendo aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e sanitários. Assim, torna-se fundamental a ampliação do conhecimento a respeito do seu controle e dos seus determinantes nas diferentes regiões brasileiras.

Diante do diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, ou até mesmo de Pré-hipertensão Arterial, a primeira forma de tratamento deve ser por meio de medidas não medicamentosas, conhecidas como as mudanças no estilo de vida. Tais medidas podem ser eficazes na prevenção da elevação da PA com o avançar da idade, além de auxiliarem no tratamento dos pacientes já considerados hipertensos. A redução na quantidade de sódio utilizado na alimentação e na conservação de alimentos industrializados tem mostrado ser a medida mais efetiva na prevenção da progressão da doença. Alguns países, incluindo o Brasil, mostraram-se preocupados em relação a isso, embora ainda estejam longe de alcançar a diminuição necessária da ingestão do sódio (FUCHS, 2016).

Além das medidas nutricionais, que dependem da adoção de um plano alimentar saudável e sustentável, as recomendações para o tratamento não medicamentoso incluem: prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, diminuição do peso corporal e controle de estresse, dentre outros (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

O fato é que as medidas não medicamentosas mostram benefícios discretos aos hipertensos em relação ao controle da PA. Os indivíduos apresentam grande dificuldade em mudarem os seus estilos de vida. Também, existem poucos estudos

que avaliam o real efeito das intervenções não medicamentosas na prevenção dos desfechos clínicos (FUCHS, 2016).

Recomenda-se um período de, no máximo, seis meses, para as medidas de modificação no estilo de vida, de forma isolada, para pacientes hipertensos e para aqueles com comportamento limítrofe da pressão arterial com baixo risco cardiovascular. A indicação do tratamento medicamentoso associado a essas medidas se faz necessária se os benefícios do tratamento não medicamentoso não forem confirmados. A abordagem terapêutica deve ser combinada (medicamentosa e não medicamentosa) para pacientes com risco médio, alto ou muito alto, independentemente da PA, para que se atinjam, mais precocemente, os valores ideais da pressão arterial (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que atuam na atenção à saúde dos hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Os medicamentos anti-hipertensivos disponíveis estão apresentados na Tabela 3. Desde que indicados, o paciente deve ser orientado sobre a importância de seu uso contínuo, da necessidade de ajuste das doses, da troca ou associação com outros fármacos, bem como da possibilidade de efeitos adversos. Todos os medicamentos para a hipertensão arterial podem ser utilizados desde que observadas as suas indicações e contraindicações específicas (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Tabela 3 – Classificação dos anti-hipertensivos

- DIU
- Inibidores adrenérgicos
- Ação central – agonistas alfa-2 centrais
- BB – bloqueadores beta-adrenérgicos
- Alfabloqueadores – bloqueadores alfa-1 adrenérgicos
- Vasodilatadores diretos
- BCC
- IECA
- BRA
- Inibidor direto da renina

Fonte: Adaptado 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2016. Abreviações: DIU: Diuréticos; BCC: Bloqueadores de canais de cálcio; IECA: Inibidores da enzima conversora da angiotensina; BRA: Bloqueador do receptor de angiotensina

Recomenda-se dar preferência, inicialmente, para os fármacos em que haja comprovação de diminuição de eventos cardiovasculares, ficando os outros destinados a casos especiais nos quais haja a necessidade da associação de múltiplos medicamentos, a fim de que sejam atingidas as metas da PA (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Os fármacos diuréticos mais utilizados são os tiazídicos ou similares (hidroclorotiazida, clortalidona e indapamida), que têm como ação principal a redução da volemia. Já os diuréticos de alça (furosemida e bumetanida) devem ser reservados para os casos de insuficiência renal ou cardíaca associadas. Poupadores de potássio (espironolactona e amilorida) são usados em associação com os tiazídicos ou diuréticos de alça (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Fraqueza, câimbras, hipovolemia e disfunção erétil são as principais reações adversas desses medicamentos. Hipopotassemia, eventualmente acompanhada de hipomagnesemia, é a reação adversa mais comum, do ponto de vista metabólico, podendo induzir arritmias ventriculares, sobretudo extrassistolia. Os fármacos diuréticos podem provocar intolerância à glicose por reduzir a liberação de insulina, aumentando o risco de desenvolvimento de DM tipo 2. A prescrição de doses baixas diminui o risco de efeitos adversos, sem prejuízo da eficácia da medicação, especialmente quando associada a outros tipos de medicamentos (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Em relação aos agonistas alfa-adrenérgicos centrais, temos como representantes a clonidina, guanabenz e metildopa. Esses medicamentos podem apresentar muitas reações adversas, como: sonolência, sedação, boca seca, fadiga, hipotensão postural e disfunção erétil (KAPLAN; VICTOR, 2015; 7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016). Os betabloqueadores promovem diminuição inicial do débito cardíaco e da secreção de renina, havendo readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016). Sejam eles não seletivos (propranolol, por exemplo) ou seletivos (atenolol e metoprolol), possuem ótima ação anti-hipertensiva com redução de morbimortalidade, sendo recomendados como medicamentos de primeira escolha e para monoterapia (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Eles podem produzir efeitos colaterais, tais como: bradicardia, distúrbios da condução atrioventricular, vasoconstrição periférica, broncoespasmo, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Os alfabloqueadores têm como representantes doxazosina, prazosina e terazosina e possuem efeito hipotensor discreto, como monoterapia, apesar de preferência pelo uso associado. Como efeitos adversos, pode haver hipotensão sintomática na primeira dose e incontinência urinária nas mulheres. O aumento da dose, ao longo do uso, pode ser necessário (KAPLAN; VICTOR, 2015; 7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Os vasodilatadores diretos são representados pela hidralazina e minoxidil, com atuação direta no relaxamento da musculatura lisa arterial, levando à redução da resistência periférica. Cefaleia, *flushing*, taquicardia reflexa e reação *lupus-like* (dose-dependente) constituem-se efeitos colaterais da hidralazina, que deve ser evitada em pacientes com aneurisma dissecante da aorta e episódio recente de hemorragia cerebral. O minoxidil pode causar o hirsutismo em aproximadamente 80% dos pacientes. Efeitos menos comuns são a expansão generalizada de volume circulante e a taquicardia reflexa (KAPLAN; VICTOR, 2015; 7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Os bloqueadores de canais de cálcio classificam-se em dois tipos básicos: os di-idropiridínicos e os não di-idropiridínicos. Eles agem primordialmente, proporcionando redução da resistência vascular periférica, em consequência da

diminuição da quantidade de cálcio no interior das células musculares lisas das arteríolas (ELLIOTT; RAM, 2011; 7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016). Podem ser indicados como monoterapia inicial, especialmente em idosos, portadores de vasculopatias e negros, apresentando boa resposta anti-hipertensiva (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Um dos efeitos colaterais mais observados é o edema maleolar, que resulta da própria ação vasodilatadora, mais arterial que venosa, promovendo a transudação capilar. Também, são comuns cefaleia latejante, tonturas e rubor facial (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Por fim, o grupo dos antagonistas do sistema renina-angiotensina atuam inibindo a enzima de conversão de angiotensina (ECA) I em II ou bloqueando receptores de angiotensina. Eles apresentam um significativo avanço no tratamento da hipertensão arterial, mostrando-se efetivos, com importante nefro-proteção e indicação em pacientes com insuficiência cardíaca, isquemia miocárdica e diabetes mellitus associada (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

A tosse, principal reação adversa dos inibidores da ECA, o que não ocorre com os antagonistas dos receptores da angiotensina, acomete cerca de 5 a 20% dos pacientes. Mais raramente, podem ser observados edema angioneurótico e erupção cutânea (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

De acordo com os resultados apresentados por Fuchs (2016), em sua revisão para a comparação entre medicamentos anti-hipertensivos no tratamento inicial da doença, o risco para a HAS inicia-se em valores tão baixos quanto 120/80 mmHg. Os diuréticos tiazídicos, em especial a clortalidona, devem ser a primeira escolha no tratamento, sendo que a hidroclorotiazida em doses mais altas e a indapamida podem ser alternativas para a clortalidona. Os betabloqueadores e IECA podem ser utilizados para pacientes em condições específicas, como infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca, enquanto que os bloqueadores de receptores de angiotensina são contraindicados como anti-hipertensivos de primeira escolha. Em sua revisão, os fármacos anti-hipertensivos considerados como de primeira escolha para o tratamento, classificados de acordo com o seu mecanismo de ação, com doses e intervalos de doses recomendados, estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Representantes, doses e intervalos de doses dos anti-hipertensivos considerados de primeira escolha no tratamento da HAS

Representantes	Dose Diária (mg)	Intervalo de dose (horas)
Diuréticos		
Hidroclorotiazida	25-50	24
Clortalidona	12,5-50	24-48
Indapamida	1,5-5,0	24
Triantereno	50-150	24
Amilorida	2,5-5,0	24
Betabloqueadores		
Propranolol	40-240	12
Metoprolol	100-400	12
Bloqueadores dos Canais de Cálcio		
Anlodipino	2,5-10	24
Nitrendipino	10-40	24
Antagonistas do Sistema Renina-Angiotensina		
<i>Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA)</i>		
Captopril	25-150	12
Enalapril	10-40	12-24
Lisinopril	5-40	24
Fosinopril	10-40	12-24
Ramipril	1,25-20	12-24
Perindopril	4-8	24

Fonte: Fuchs, 2016

Assim, no que diz respeito ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica, é de grande importância que os medicamentos anti-hipertensivos sejam bem tolerados e eficazes, e que sejam necessárias poucas tomadas ao dia. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado em baixas doses e em monoterapia, aumentando-se as doses progressivamente, substituindo o medicamento por outro, ou, posteriormente, considerando a adição de outro fármaco, caso não se obtenham níveis pressóricos adequados. Características pessoais, tais como idade, raça e condição socioeconômica, bem como doenças associadas, devem ser analisadas para a escolha do medicamento (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

O tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica apresenta-se como condição fundamental para o controle da pressão arterial, para a diminuição das taxas de internação hospitalar, bem como para a redução da morbidade e da

mortalidade cardiovasculares, o que tem sido evidenciado em inúmeros estudos, mostrando-se assim, de grande importância no contexto das doenças crônicas (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

2.3 ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: CONCEITOS E ÍNDICES DE ADESÃO NO BRASIL E NO MUNDO

O tratamento das doenças crônicas constitui-se num grande desafio para todos os envolvidos nesse processo, pois envolve questões relacionadas às mudanças comportamentais, no estilo de vida, na alimentação, bem como relacionadas ao uso de muitos medicamentos por um longo período de tempo ou mesmo por toda a vida. Estima-se que 50% dos portadores de doenças crônicas não realizam o seu tratamento da forma como é recomendado (WHO, 2003).

A adesão ao tratamento apresenta-se como um processo bastante complexo, dependente do envolvimento e da participação de profissionais de saúde e pacientes, no qual os pacientes precisam de estímulos constantes para a mudança no estilo de vida e para a correta tomada da medicação (PINHO; PIERIN, 2013).

A adesão tem sido objeto de muitos estudos científicos e os termos mais utilizados para descrevê-lo em língua inglesa são *compliance* e *adherence*, traduzidos respectivamente como cumprimento ou obediência e adesão ou aderência (SANTA HELENA, 2007). Para muitos estudiosos, esses termos têm sido utilizados como sinônimos e fazem referência ao comportamento dos indivíduos diante das recomendações propostas pelos profissionais de saúde.

Mais especificamente sobre os conceitos, tem-se que, segundo Jin *et al.* (2008), “compliance” (cumprimento ou obediência na língua portuguesa), diz respeito a quanto o comportamento do paciente (tomar a medicação, seguir dietas e promover mudanças em seu estilo de vida) coincide com as instruções e recomendações dos profissionais de saúde. Assim, o descumprimento com a terapia acontece quando o comportamento do paciente deixa de ser coincidente com as recomendações prescritas pelos profissionais de saúde.

O termo “non-compliance”, (desobediência ou não cumprimento na língua portuguesa), é considerado como um desvio de conduta do paciente que deve ser

cobrado pelo médico e, conseqüentemente, corrigido pelo paciente, para que o mesmo alcance os objetivos desejados (SANTA HELENA, 2007).

Alguns autores fazem críticas ao termo “compliance”, afirmando que este permite uma interpretação de que o paciente encontra-se numa posição passiva no que diz respeito às decisões a serem tomadas sobre o seu tratamento (WHO, 2003). Analisando-se o paciente individualmente, o termo “compliance” remete à responsabilidade de tomar a medicação para o paciente, resultante de uma relação médico-paciente sem diálogos. Numa análise do ponto de vista coletivo, um número de pacientes não obedientes pode ser resultado de um serviço de saúde que não está aberto ao diálogo e às considerações do paciente. As críticas ao termo em questão baseiam-se no fato de que o paciente vem cada vez mais assumindo um papel de destaque no seu tratamento, discutindo as ordens médicas e esperando por uma postura mais aberta ao diálogo por parte dos profissionais de saúde (WHO, 2003).

A utilização do termo “adherence”, (adesão na língua portuguesa), foi recomendada por especialistas da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003, p. 17) e definida como “o quanto o comportamento de uma pessoa (tomada de medicamentos, seguir uma dieta, ou mudar hábitos de vida) corresponde com as recomendações acordadas com um profissional de saúde”.

Essa definição faz uma diferenciação entre os termos “adherence” e “compliance”, uma vez que coloca o paciente como participante e responsável pelos cuidados com a sua própria saúde, além de destacar a importância da relação médico-paciente, que passa a ser vista como uma relação de parceria, na qual as recomendações prescritas devem ser acordadas entre ambos, com o objetivo de controlar a doença e melhorar a qualidade de vida do paciente (WHO, 2003). A adesão é tida, então, como o resultado da interação de um conjunto de fatores, como os socioeconômicos, aqueles ligados ao sistema e à equipe de saúde, às características da doença, à medicação e ao próprio paciente.

O entendimento do paciente como um sujeito ativo, participante e responsável pelo seu tratamento, aderente ou não, já era também defendido por outros autores, como Dowell e Hudson (1997) e Conrad (1985).

O termo “adherence” se mostra como um processo intimamente relacionado à vida, dependente de ações que envolvem o dia a dia da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em seu sentido mais amplo

(BERTOLOZZI, 2001). Esse termo foi descrito na literatura, pela primeira vez, por Hipócrates, que falava sobre a importância de se observarem as falhas do paciente em relação ao que havia sido prescrito a ele (EVANS; SPELMAN, 1983). Na perspectiva de Santa Helena (2007) e Souza (2008), ele representa certa interação entre o sujeito com hipertensão arterial sistêmica e o provedor de cuidados.

Um terceiro termo, “concordance”, (concordância na língua portuguesa), foi sugerido pelos membros da Real Sociedade Farmacêutica da Grã-Bretanha, a partir de 1997, como uma alternativa para entender o processo de tomada de medicamentos, na qual a ação de prescrever medicamentos deve basear-se numa negociação entre prescritor e paciente. Nessa relação, ambos têm suas responsabilidades aumentadas, pois o médico deve continuar com uma proposta terapêutica que melhore as condições de saúde do paciente e este deve compartilhar seus conhecimentos com o médico, visando, assim, à melhor proposta terapêutica para ambos. Nesse sentido, percebe-se que o enfoque está no processo, e não só no paciente. Portanto, a não concordância reflete uma incapacidade de se chegar a um acordo para ambas as partes, deixando claro que os objetivos não alcançados não se devem a um comportamento indesejado do paciente.

Outro termo utilizado para auxiliar a compreensão do fenômeno está relacionado ao fato de que muitos pacientes iniciam o seu tratamento e o interrompem no decorrer da evolução clínica. O tempo existente entre o início do tratamento e a sua interrupção é denominado “persistence”, (persistência, em português), definição imprescindível quando se fala em adesão ao tratamento de uma doença crônica. Afinal, a prevenção das complicações se dá sobre uma adesão constante (YEAUW *et al.*, 2009; CRAMER, 2004).

A diferença entre os termos encontrados na literatura mostra diferentes posturas na relação entre o paciente, o provedor de saúde e as suas orientações (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Diante disso, essa relação deve ser objeto de reflexão por parte dos profissionais, porque não adianta prescrever e ofertar o medicamento se os usuários não possuem as condições necessárias para utilizá-lo da melhor maneira possível.

Neste estudo, a opção pela utilização do termo “adesão” ao tratamento se deve ao fato de que o referido termo faz alusão a quanto o comportamento de uma pessoa corresponde com as recomendações *acordadas* com um profissional de

saúde, trazendo o paciente como participante e responsável pelos cuidados com a própria saúde e mostrando uma relação de parceria entre médico e paciente; deixando claro assim, que a não adesão ao tratamento não deve ser tida como um problema somente do usuário, e sim, como resultado da interação de um conjunto de fatores.

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica é o fator mais relevante para o real controle da pressão arterial e, nos últimos anos, vem se tornando um dos maiores problemas enfrentados na prática dos profissionais de saúde pela sua complexidade. Apesar da existência de novas drogas, bem como de esquemas que fazem a associação entre elas, com o objetivo de minimizar os efeitos devastadores causados pela hipertensão arterial, a não adesão ao tratamento, medicamentoso ou não, continua sendo um grande problema para todos os atores envolvidos nesse processo (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Detectar a falta de adesão ao tratamento não é tarefa fácil e quantificar a adesão ao tratamento é ainda mais difícil. Num estudo realizado por Higgins e Regan (2004), para análise da eficácia das intervenções para o aumento da adesão medicamentosa, numa população com idade superior a 65 anos, verificou-se que cerca de 40 a 60% dos pacientes não faziam o uso da medicação prescrita. A porcentagem de não adesão apresentou-se ainda maior quando relacionada ao estilo de vida, dietas, práticas de atividade física, tabagismo e etilismo, dentre outros.

A prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica encontra-se em 47% na Espanha, 58,3% no Reino Unido, 11% na Suécia, 10,6% na Holanda, em 74% em Saycheles, em 78,5% no México, em 40,4% na Colômbia e em 77,3% no Chile (BORGES, 2012).

No Brasil, o estudo de Bloch, Melo e Nogueira (2008), com 229 pacientes hipertensos, com o objetivo de estimar a prevalência de adesão à terapêutica anti-hipertensiva empregando-se diferentes métodos de avaliação, mostrou que 11,9% dos pacientes foram classificados como não aderentes quando os três métodos de adesão ao tratamento foram considerados conjuntamente. A pesquisa de Dosse *et al.* (2009), realizada com 327 pacientes hipertensos do grupo de hipertensão arterial do hospital-escola da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (SP), mostrou que 86,76% dos hipertensos não apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso.

Uma meta-análise, de 21 estudos (n=46.847 pacientes), mostrou que o comportamento aderente está estatisticamente associado à menor mortalidade (OR= 0.56) (SIMPSON *et al.*, 2006). Um estudo realizado durante dois anos, por Wu *et al.* (2006), com doentes crônicos em uso de múltiplos medicamentos, (n=1011), também revelou que os pacientes com baixa adesão chegam a apresentar proporções de mortalidade 2,9 vezes maiores do que pacientes com níveis de adesão melhores.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), mais de 50% dos pacientes que iniciam seu tratamento anti-hipertensivo abandonam-no logo no primeiro ano, sendo que, daqueles que permanecem sob supervisão médica, apenas 50% fazem uso de 80% da medicação prescrita. Assim, devido ao baixo índice de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, aproximadamente 75% dos hipertensos não alcançam níveis adequados da pressão arterial sistêmica. E também, em países considerados em desenvolvimento, o impacto da baixa adesão à terapêutica é ainda maior devido à escassez de recursos para a saúde e às desigualdades de acesso aos cuidados de saúde (WHO, 2003).

A não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica tem se constituído num significativo objeto de estudo de muitos centros de pesquisas internacionais. Todavia, existem poucos trabalhos em nosso meio que quantifiquem sua magnitude (SANTA HELENA, 2007). Para Gusmão *et al.* (2009), esse ainda é um tema que merece uma especial atenção.

No Brasil e no mundo, os estudos existentes são oriundos de diferentes populações e com critérios variados. Assim, muitas vezes, não são passíveis de comparação por abordarem diferentes perfis de indivíduos e por utilizarem diferentes métodos de avaliação da adesão (HIGGINS; REGAN, 2004). As dificuldades em se avaliar a adesão são justificadas pela ausência de um método de avaliação considerado “padrão-ouro”, bem como pela grande variedade de metodologias empregadas. Assim, a associação de mais de um método de avaliação tem sido adotada por alguns autores no intuito de se buscar maior veracidade na avaliação (POLEJACK; SEIDL, 2010; BLATT *et al.*, 2009). É de grande interesse que os estudos sejam mais uniformes, tanto em relação aos métodos empregados quanto em relação aos critérios adotados, a fim de se definir um paciente como aderente ou não.

Os parâmetros adotados para se avaliar a adesão aos mais diversos tratamentos têm sido definidos de modos diferentes, variando conforme a doença estudada. Em estudos realizados, por exemplo, com pessoas que vivem com HIV, o parâmetro utilizado para uma boa adesão foi de 95%, visto que se trata de uma situação que exige um elevado nível de adesão às terapias retrovirais (ROCHA *et al.*, 2011). Já para o tratamento da HAS, alguns autores preconizam a adesão à terapia medicamentosa de, pelo menos, 80% do uso de medicamentos prescritos (SANTA HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2008).

Diante do grande número de publicações referentes ao tema nos últimos tempos, da importância da adesão à terapia medicamentosa anti-hipertensiva, bem como de todas as dificuldades enfrentadas com as metodologias empregadas para a sua avaliação, no item a seguir, serão abordados, mais especificamente, a adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica, os conceitos dados e a sua mensuração.

2.4 ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: CONCEITOS E MENSURAÇÃO

A adesão à terapia medicamentosa da Hipertensão Arterial Sistêmica constitui-se num grande desafio para profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde. Ela tem sido investigada e discutida por pesquisadores, uma vez que se trata de um aspecto fundamental para o sucesso de um tratamento.

Nos estudos de Araújo e Garcia (2006), que tinham como objetivo realizar a análise do conceito “Adesão ao tratamento anti-hipertensivo”, identificando os possíveis fatores causais e as conseqüências do fenômeno, compreendeu-se que a “Adesão ao tratamento anti-hipertensivo” é um fenômeno que evidencia o paciente como um sujeito ativo no seu plano de tratamento, uma vez que não se constitui num simples cumpridor de recomendações, tornando-se assim, responsável pelo sucesso do seu tratamento farmacológico. Para a Organização Mundial da Saúde (2003), a adesão ao tratamento medicamentoso é definida como o grau em que o paciente segue as instruções do prescritor. Entende-se por adesão à medicação a

utilização dos medicamentos prescritos em pelo menos 80% de seu total, levando-se em conta horários, doses e tempo de tratamento, embora ainda não haja um consenso sobre isso (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Avaliar a adesão à terapia medicamentosa torna-se de extrema importância, visto que a sua ausência pode determinar a falência do tratamento e trazer, como consequências, um significativo aumento dos custos para o sistema de saúde, como também da morbidade e da mortalidade (ROCHA *et al.*, 2011). Apesar de mais de cinco décadas de pesquisa sobre o tema, o problema ainda persiste no dia a dia dos serviços de saúde (DI MATTEO, 2004).

Várias estratégias são utilizadas para a medição da adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial. Todavia, não há um consenso sobre um método que possa ser considerado padrão-ouro (SANTA HELENA *et al.*, 2008).

As formas para a mensuração da adesão medicamentosa são classificadas em diretas, como a determinação da dosagem plasmática ou urinária, o que determina, ou até quantifica, a presença do medicamento ou seu metabólito; e em indiretas, consideradas as formas mais frequentes, geralmente medidas por contagem de comprimidos, resposta clínica, acompanhamento do registro de dispensação, reabastecimento de comprimidos, acompanhamento eletrônico do tratamento medicamentoso, autorrelato do paciente e entrevistas (POLEJACK; SEIDL, 2010; ROSA; ELKIS, 2007; OIGMAN, 2006).

Os métodos diretos de mensuração tornam possível o monitoramento da ingestão da medicação pelo paciente, mesmo que isso esteja sujeito a algumas variações por motivos independentes da adesão farmacoterapêutica, como, por exemplo, a alteração na extensão da absorção, metabolização e excreção. São considerados os mais precisos, porém são caros e invasivos (POLEJACK; SEIDL, 2010; OIGMAN, 2006). Segundo Gabarró (1999), são de difícil acesso e restritos aos ambientes de pesquisa.

Os métodos indiretos apresentam a impossibilidade de comprovação da ingestão do medicamento pelo paciente (OIGMAN, 2006). No entanto, são mais facilmente encontrados na literatura, simples e de baixo custo e podem produzir informações valiosas sobre a adesão ao tratamento desde que utilizados de forma padronizada. São, portanto, úteis para a prática clínica (GABARRÓ, 1999).

Vale destacar que cada um dos métodos para avaliação da adesão apresenta suas vantagens e desvantagens e não há um que possa ser reconhecido como

padrão-ouro. Os Quadros 1 e 2 apresentam as vantagens e desvantagens de alguns dos métodos diretos e indiretos para a medição da adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica.

Quadro 1 - Métodos diretos para a medição da adesão ao tratamento medicamentoso

Método	Vantagens	Desvantagens
Análise biológica	Permite determinar a concentração do medicamento	Caro, nem sempre disponível, requer amostras de diferentes fluidos do organismo e pode ser afetado por fatores biológicos
Composto traçador	Permite a análise semiquantitativa do estado fixo do medicamento	Nem sempre fácil de combinar o traçador com index da medicação e requer amostragem de fluidos corporais (urina e sangue)

Fonte: OIGMAN, (2006)

Quadro 2 - Métodos indiretos para medição da adesão ao tratamento medicamentoso

Método	Vantagens	Desvantagens
Relatório do paciente	Simple e fácil de ser obtido	Superestima a taxa real de adesão
Opinião do médico	Simple e demonstra alta especificidade (a opinião do médico baseia-se no resultado final do tratamento)	Baixa sensibilidade
Diário do paciente	Permite correlação com eventos externos e/ou efeito do medicamento	Difícil obter a cooperação do paciente com informações adequadas
Contagem de comprimidos	Fornecer taxa média de adesão	Fácil manipulação por parte dos pacientes
Reabastecimento de comprimidos	Fornecer taxa média de adesão	Trabalhoso e requer sistemas computacionais para registros
Resposta clínica	Fácil e barato	Não pode ser baseado apenas na adesão
Monitorização eletrônica de medicamentos	Avalia taxa média e dinâmica da adesão e não está sujeita à manipulação do paciente	Caro e requer retorno do paciente com os frascos especiais e análise pelo computador dos dados

Fonte: Adaptado de OIGMAN, (2006)

Dentre os métodos indiretos, os que apresentam maior aplicabilidade em saúde pública são os questionários, embora tenham tendência a superestimar a adesão. Obtidos mediante entrevistas ou autopreenchimento, apresentam significativa facilidade operacional e baixo custo. Borges *et al.* (2012), em sua revisão para análise dos questionários validados para a avaliação da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, relataram que o uso de instrumentos válidos para medir a adesão traz resultados fidedignos que podem ser utilizados por gestores e equipes de saúde como subsídios para a busca da melhoria na qualidade dos serviços de saúde, culminando, assim, no aumento da adesão. Relataram, ainda, que os questionários validados constituem-se em instrumentos metodológicos que avaliam o comportamento do indivíduo para além do manejo empírico de dados que se obtêm a partir da simples observação do dia a dia do indivíduo.

Em estudos clínicos, os questionários representam o método mais comum para a avaliação da adesão, pois são capazes de fornecer informações a respeito das razões dos pacientes para a não adesão ao tratamento prescrito (OSTERBERG, BLASCHKE, 2005). Apresentam características diversas, variam em seu número de questões, são utilizados em estudos epidemiológicos, bem como na prática clínica, objetivam medir o número de doses perdidas ou tomadas fora do horário, estimam o comportamento do indivíduo em relação ao seu tratamento e buscam classificar os usuários como aderentes ou não ao tratamento (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986).

Um grande número de escalas de adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo tem sido desenvolvido, mas ainda não há uma que seja considerada ideal. Para que um questionário seja considerado uma ferramenta útil, precisa ser válido e confiável (LAMPREA; GÓMEZ RESTREPO, 2007). Na visão de Sánchez Pedraza e Gómez Restrepo (1998), a validade de uma escala refere-se ao grau de confiança que se tem de que a medição corresponde à realidade do fenômeno que está sendo medido, enquanto a confiabilidade se deve à capacidade de se manter a mesma pontuação cada vez que o instrumento é aplicado, quando o que deve ser medido não passou por mudanças (FROST *et al.*, 2007).

Necessário ressaltar que se deve levar em consideração as condições em que os questionários são aplicados, uma vez que os pacientes podem não se sentir à vontade para responder às questões. Oigman (2006) fala sobre os vieses que podem surgir quando da utilização dos questionários, por exemplo, devido ao medo

do paciente de uma recriminação por parte do profissional de saúde ou até mesmo para não decepcioná-lo. Albert (2008) e Ho, Bryson e Rumsfeld (2009) relataram que os vieses também podem ocorrer devido às falhas de memória dos usuários, especialmente idosos, o que contribui para que o paciente não relate sobre a frequência com que deixou de tomar sua medicação ou com que deixou de tomá-la nos horários recomendados.

Apesar de todas as desvantagens apresentadas pelos questionários, eles ainda são considerados um método indireto com vantagens exclusivas sobre outros métodos, tais quais: brevidade, baixo custo, aplicabilidade em vários contextos e capacidade de fornecer *feedback* imediato. Além disso, são capazes também de detectar problemas que contribuem para a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (VOILS *et al.*, 2011; SIMONI *et al.*, 2006; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Uma revisão bibliográfica para identificação dos métodos de avaliação da adesão farmacoterapêutica adotados no Brasil, realizada por Trauthman *et al.* (2014), com 67 artigos selecionados entre os anos de 1990 e 2011, mostrou que a maioria dos trabalhos foi publicada a partir do ano 2000, porém mais frequentes apenas depois de 2007. A adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes aidéticos foi a mais avaliada, seguida da adesão ao tratamento de pacientes com tuberculose e, logo depois, de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica. Os estudos transversais e de coorte foram os mais utilizados e voltados para a população adulta. De todos os estudos revisados, observou-se a utilização de 16 métodos diferentes para se medir a adesão ao tratamento, sendo que em alguns deles foi utilizada mais de uma forma de avaliação. Os questionários foram os instrumentos mais empregados para a medição da adesão ao tratamento medicamentoso, enquanto que os métodos menos utilizados foram o dispositivo eletrônico, com o objetivo de monitorar a abertura do frasco e o horário de tomada do medicamento, e a adoção do diário do paciente, para as anotações das tomadas. Apenas em um trabalho foi observada a utilização de um método direto de avaliação da adesão e é bem provável que isso se deva à complexidade dessa forma de medição.

Importante ressaltar que o foco da mensuração precisa ser especificado: se epidemiológico ou clínico. Conforme Nemes *et al.* (2009), o enfoque epidemiológico objetiva maior acurácia, devendo, assim, combinar medidas de ato, processo e

efeito da não adesão. Por exemplo, deve mensurar, ao mesmo tempo, contagem de comprimidos (medida de ato), escala de não adesão autorreferida (medida de processo) e medida da pressão arterial (medida do efeito). Já o enfoque clínico busca melhores resultados para os pacientes. Desse modo, deve ser capaz de avaliar o comportamento de forma simples e diferenciar os fatores associados à ineficácia do tratamento prescrito.

No estudo em questão, será abordado de forma mais detalhada a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8), visto que será o instrumento utilizado para a avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica dos sujeitos entrevistados. Trata-se de uma escala desenvolvida a partir da escala previamente validada de quatro itens, publicada em 1986, com maior sensibilidade e considerada o método de adesão terapêutica mais utilizado, dada a sua validade e confiabilidade.

A MMAS-8 é composta por oito itens, sete deles de caráter dicotômico, sim/não, sendo a última questão respondida conforme uma escala de cinco opções: nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente e sempre. Cada item mensura um comportamento aderente específico, com sete perguntas que devem ser respondidas negativamente e apenas uma positivamente, e permite relacionar a adesão terapêutica a vários fatores. As questões são formuladas de tal forma que impedem que as respostas dos pacientes sejam sempre “sim”, uma vez que há uma tendência de os pacientes darem respostas positivas ao médico ou outro profissional de saúde (MORISKY *et al.*, 2008). O grau de adesão terapêutica é determinado de acordo com a pontuação resultante da soma de todas as respostas corretas e varia de zero a oito pontos, sendo alta adesão (oito pontos), média adesão (seis a oito pontos) e baixa adesão (menor que seis pontos) (MORISKY *et al.*, 2008).

A Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) identifica as barreiras existentes para a não adesão. É de fácil pontuação e tem sido utilizada em diferentes campos terapêuticos, como na hipertensão arterial sistêmica, na dislipidemia e no diabetes. Em seu estudo original, a escala apresentou sensibilidade de 93% e especificidade de 53% em relação ao controle da pressão arterial aferida, constituindo-se numa ferramenta para triagem no dia a dia dos serviços de saúde (MORISKY *et al.*, 2008).

As propriedades psicométricas da MMAS-8 foram avaliadas em diferentes países, incluindo Estados Unidos, França, Coreia, Paquistão, Malásia, Tailândia e

Brasil. A maioria dos estudos relatou moderada a boa consistência interna, repetibilidade e validade aceitável. Sua utilização para verificação da adesão medicamentosa tem ajudado a identificar pacientes hipertensos resistentes e pacientes, cuja dificuldade encontrada no controle da PA se deve ao uso incorreto dos anti-hipertensivos (MORISKY *et al.*, 2008). Uma versão em português foi traduzida e validada por Oliveira-Filho *et al.* (2012), em seu estudo para determinar a relação entre a adesão terapêutica e o controle da pressão arterial em pacientes ambulatoriais hipertensos, em Maceió (AL).

2.5 FATORES ASSOCIADOS À (NÃO) ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Muitos são os questionamentos dos profissionais de saúde a respeito da não adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo. A não adesão ao tratamento pode ser entendida como um comportamento do paciente que não coincide com as instruções dadas pelos profissionais de saúde, tais como: prescrições de medicamentos, incluindo suas frequências e horários, comparecimento às consultas marcadas, seguimento de dietas e orientações em relação à prática de exercícios físicos, dentre outros. A não adesão à terapêutica tem sido relatada como um grande desafio na atenção primária (MORGADO *et al.*, 2010; KROUSEL-WOOD *et al.*, 2009). De acordo com Remondi, Oda e Cabrera (2014), dimensionar a extensão do problema do ponto de vista coletivo torna-se ainda mais complicado, pois a estimativa da prevalência da não adesão é influenciada pelos mais variados métodos de mensuração existentes e pela população de estudo, entre outras variáveis.

O impacto causado pela não adesão ao tratamento é bastante significativo e ganha importância por se mostrar forte preditor de desfechos clínicos desfavoráveis, principalmente em doenças crônicas (SIMPSON *et al.*, 2006; WU *et al.*, 2006; WHO, 2003). A não adesão constitui-se num grande desafio para a implementação de políticas públicas, sendo, possivelmente, a responsável pelos altos custos sociais, pelo absenteísmo ao trabalho, pelas licenças para tratamento de saúde e pelas aposentadorias por invalidez (SANTOS, 2011).

Apesar da escassez de pesquisas brasileiras que analisem o impacto da não adesão sobre os desfechos clínicos negativos, supõe-se que a realidade brasileira não seja diferente dos resultados apresentados por outros países. Isso reforça a necessidade da incorporação de um novo paradigma sobre a qualidade do uso dos medicamentos, em que adesão e seus determinantes sejam identificados e manejados de forma adequada (REMONDI, 2012; BLATT *et al.*, 2009; BLOCH *et al.*, 2008; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Vários fatores contribuem para a (não) adesão ao tratamento terapêutico. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), a adesão apresenta-se como um fenômeno multidimensional, determinado por um conjunto de cinco fatores relacionados: 1) às condições socioeconômicas, 2) à terapia, 3) ao paciente, 4) às condições de trabalho e 5) à equipe e ao sistema de saúde, deixando claro, assim, que os portadores de hipertensão arterial sistêmica, bem como de outras doenças crônicas, não são os únicos responsáveis pela não adesão à terapêutica.

Condição socioeconômica precária, analfabetismo, baixo nível educacional, pobreza, condições instáveis de moradia, dificuldade de acesso ao serviço de saúde e dificuldade de transporte são considerados, pela Organização Mundial da Saúde (2003), fatores de risco significativos para a baixa adesão ao tratamento.

Nesse sentido, para que a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica seja alcançada, faz-se necessário o esforço de todos os envolvidos no processo, e não somente de um elemento isolado. Nos itens a seguir, serão abordados os fatores mais citados na literatura, associados à (não) adesão ao tratamento da HAS, divididos em três aspectos, a saber: 1) aspecto paciente, 2) aspecto doença/tratamento e 3) aspecto profissionais e serviços de saúde, para melhor compreensão.

2.5.1 Fatores associados à (não) adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica atribuídos ao aspecto paciente

No que diz respeito ao paciente, são discutidos os aspectos relacionados aos caracteres biológicos (idade, sexo e raça), aos caracteres psicológicos/cognitivos/comportamentais (crença, esquecimento, motivação e ações

relacionadas aos hábitos de vida dos pacientes e ao modo como lidam com a doença e seu tratamento), aos caracteres relacionados ao grupo familiar (estado marital e número de membros na família) e aos caracteres socioeconômicos (renda familiar, compra de medicamentos, escolaridade e letramento em saúde).

2.5.1.1 Caracteres biológicos – idade, sexo e raça

Numa revisão qualitativa, para identificar estudos que avaliaram os fatores contribuintes para a não adesão à terapêutica, mediante uma perspectiva do paciente, Jin *et al.* (2008) mostraram que a maioria dos estudos analisados relataram uma associação entre idade e não adesão. A partir dessa revisão, a correlação entre idade e não adesão pode ser melhor explicada de acordo com três grupos principais: o grupo de idosos (mais de 55 anos), o grupo de meia-idade (40 a 54 anos) e o grupo jovem (com menos de 40 anos), mostrando-se a população idosa como sendo a mais aderente à terapêutica. No entanto, Jin *et al.* (2008) também mostraram que o avançar da idade afetou a adesão dos pacientes idosos de forma negativa, uma vez que, em alguns estudos, os pacientes mais jovens eram mais aderentes ao tratamento do que os pacientes mais velhos. Esse resultado pode ser devido ao baixo nível de educação de pacientes mais velhos, bem como às incapacidades físicas apresentadas por alguns pacientes participantes das pesquisas. Outras razões plausíveis para menor adesão entre os idosos, tais como problemas de visão, audição e memória, dificuldades em seguir as instruções terapêuticas por deficiências cognitivas, bem como por dificuldades físicas, também foram apresentadas (JIN *et al.*, 2008).

A correlação entre homens com idade inferior a 50 anos e não adesão ao tratamento foi encontrada por Orueta *et al.* (2001), em seu estudo com 129 hipertensos espanhóis. O estudo de Krousel-Wood *et al.* (2008), realizado com 210 pacientes hipertensos, entre novembro de 2005 e agosto de 2006, também apresentou resultados semelhantes. Hashmi *et al.* (2007), Pires e Mussi, (2008) e Schoenthaler *et al.* (2009) mostraram uma correlação entre pacientes jovens e não adesão ao tratamento. Santa Helena, Nemes e Eluf Neto (2010), num estudo realizado com 667 hipertensos no Brasil, mostraram uma correlação entre pacientes com idade acima de 50 anos e não adesão.

Para o fator sexo, os resultados encontrados também se mostraram divergentes. Na revisão de Jin *et al.* (2008), o sexo feminino mostrou-se mais aderente em alguns estudos e menos aderente em outros. Importante citar também que houve estudos que não encontraram associação entre sexo e adesão. Nos estudos de Mendoza-Parra, Merino e Barriga (2006) e Gohar *et al.* (2008), o sexo feminino mostrou-se associado à não adesão. Entretanto, numa coorte realizada por Van Wijk *et al.* (2008), em três países (EUA, Canadá e Holanda), com pacientes hipertensos acima de 65 anos, o sexo associado à não adesão ao tratamento foi o sexo masculino.

A raça, como um provável fator influenciador da não adesão ao tratamento, tem sido estudada amplamente nos EUA e nos países europeus. De acordo com os estudos apresentados na revisão qualitativa de Jin *et al.* (2008), os caucasianos apresentaram boa adesão à terapêutica, enquanto que os afro-americanos, os hispânicos e outras minorias apresentaram baixa adesão. Essas diferenças no grau de adesão dessas populações podem ser explicadas pelo menor *status* socioeconômico do paciente e pelas barreiras linguísticas das raças minoritárias nos países do estudo.

A associação entre a não adesão terapêutica e a raça negra nos EUA foi encontrada nos estudos de Bosworth *et al.* (2006), Van Wijk *et al.* (2008) e Martin *et al.* (2010). Entender as disparidades raciais no que concerne à adesão ao tratamento das doenças cardiovasculares é muito relevante, uma vez que a diminuição das mortes causadas por essas doenças não tem sido uniformemente distribuída entre as raças (BOSWORTH *et al.*, 2006).

Diante de todos esses estudos analisados, os fatores demográficos, como, por exemplo, idade, sexo e raça, podem ser considerados como fatores de pouca influência na adesão ao tratamento. Embora algumas associações tenham sido encontradas, os resultados se divergem entre os variados estudos e apresentam-se inconsistentes.

2.5.1.2 Caracteres psicológicos/cognitivos/comportamentais – crença, esquecimento, motivação, ações relacionadas aos hábitos de vida dos pacientes e relacionadas ao modo como lidam com a doença e seu tratamento

As crenças do paciente e as suas atitudes negativas em relação à terapia foram identificadas como fatores significativos para a não adesão ao tratamento, mostrando-se fortemente relacionadas com os seus cuidados com a própria doença (JIN *et al.*, 2008). Em sua revisão qualitativa, Jin *et al.* (2008) mostraram que a adesão ao tratamento foi melhor quando o paciente apresentava as seguintes condições: 1) o paciente sentia-se vulnerável à doença e às suas complicações; 2) o paciente acreditava que a doença ou suas complicações podiam trazer problemas graves para a própria saúde; e 3) o paciente acreditava que o tratamento seria eficaz ou percebia benefícios da terapia.

A descrença que se tem em seguir as recomendações associadas à descrença em ter a doença também foram consideradas como fatores que facilitam a não adesão ao tratamento no estudo de Fongwa *et al.* (2008), realizado com grupos focais de mulheres hipertensas afro-americanas em tratamento num centro ambulatorial. Nesse contexto, crenças errôneas ou equívocos apresentados pelos pacientes, como o fato de pensar que a doença é incontrolável, contribuíram para que a realização do tratamento não acontecesse da maneira mais adequada (JIN *et al.*, 2008). Anarella *et al.* (2004), num estudo com pacientes asmáticos, que receberam informações de alta qualidade sobre o uso diário de corticosteroides inalados, concluíram que apenas 38% aderiram ao seu regime de medicação, enquanto os outros 62% continuaram a acreditar equivocadamente que sua medicação só deveria ser tomada quando sentissem os sintomas da doença.

O esquecimento em relação à tomada de medicamentos foi apontado como um dos fatores fortemente associados à não adesão ao tratamento nos estudos de Jesus *et al.* (2008).

Em relação à motivação do paciente, acredita-se que ela seja um fator fundamental para uma boa adesão ao tratamento da hipertensão arterial, bem como das demais doenças crônicas. Jin *et al.* (2008), em sua revisão qualitativa, mostraram que alguns estudos sugerem que os pacientes com baixa motivação para mudar comportamentos ou tomar medicação tenham baixa adesão.

Em relação aos caracteres comportamentais, merecem destaque as ações relacionadas aos hábitos de vida do paciente, tais como o alcoolismo, o tabagismo, a alimentação não balanceada, o sedentarismo, a alta ingestão de sódio, a opção de decidir sozinho sobre o seguimento do seu tratamento, a decisão de não tomar a medicação ou tomá-la apenas quando os sintomas aparecem e a modificação dos

horários das tomadas dos medicamentos, dentre outras, que podem estar associadas à baixa adesão ou até mesmo à não adesão ao tratamento (DOSSE *et al.*, 2009; REINERS, NOGUEIRA, 2009; JESUS *et al.*, 2008; SEROUR *et al.*, 2007).

2.5.1.3 Caracteres relacionados ao grupo familiar – estado marital e número de membros na família

Segundo os estudos de Orueta *et al.* (2001), Krousel-Wood *et al.* (2008) e Pires e Mussi (2008), mulheres ou homens sem companheiro apresentam mais chance de não adesão ao tratamento. O fato de que o cônjuge pode oferecer ajuda e apoio ao doente foi elencado como uma possível razão para a qual os pacientes casados ou que vivem com os seus companheiros fossem mais aderentes à medicação.

Esses resultados assemelham-se aos resultados encontrados nos estudos de Di Matteo (2004), Seo e Min (2005) e Voils *et al.* (2011), nos quais os pacientes que recebiam apoio emocional e ajuda de familiares, amigos ou profissionais de saúde eram mais aderentes ao tratamento. Entretanto, na revisão qualitativa de Jin *et al.* (2008), alguns estudos não mostraram associação entre estado civil e adesão do paciente à terapêutica.

2.5.1.4 Caracteres socioeconômicos – renda familiar, compra de medicamentos, escolaridade e letramento funcional em saúde

Dentre os fatores socioeconômicos, as variáveis mais prevalentes são aquelas associadas à renda e à compra de medicamentos. Pacientes que possuem renda familiar baixa apresentam maior associação com a não adesão, principalmente quando relacionada à compra de medicamentos (PIRES; MUSSI, 2008; FONGWA *et al.*, 2008). Porém, também foi encontrada, em estudo realizado no Canadá e na Holanda, a associação entre não adesão e renda familiar média/alta (VAN WIJK *et al.*, 2008).

Para pacientes portadores de doenças crônicas, como os hipertensos, por exemplo, o custo com a medicação pode ser um fator de grande peso na adesão ao regime terapêutico, visto que o tratamento da doença pode persistir por toda a vida (PONNUSANKAR *et al.*, 2004). Na revisão qualitativa de Jin *et al.* (2008), vários estudos mostraram que os pacientes sem seguros de saúde ou com baixa renda eram mais propensos à não adesão ao tratamento. Já em outros estudos, não foi encontrada associação entre renda e nível de adesão ao tratamento. Discrepâncias assim podem surgir devido ao fato de haver diferentes sistemas de saúde em diversos países.

Em relação à escolaridade, é de se esperar que os pacientes que apresentam maior nível educacional tenham melhor conhecimento sobre a sua doença e o seu tratamento, sendo, dessa maneira, mais aderentes. No entanto, os estudos de Silva *et al.* (2014) e TUESCA-MOLINA *et al.* (2006) mostraram que indivíduos com menor escolaridade apresentaram maiores índices de pressão arterial controlada. TUESCA-MOLINA *et al.* (2006) relatam que, apesar de a elevada escolaridade ter relação com melhor conhecimento sobre a doença, o que pode favorecer maior adesão ao tratamento medicamentoso, é possível que as orientações médicas sejam mais aceitas pelas pessoas de menor escolaridade do que pelas pessoas de média e alta escolaridades.

Os resultados apresentados nos estudos analisados na revisão qualitativa de Jin *et al.* (2008) foram divergentes, visto que muitos estudos encontraram associação entre alto nível educacional e alta adesão, enquanto outros não acharam associação entre o fator nível educacional e adesão à terapêutica. BOSWORTH *et al.* (2006) e HASHMI *et al.* (2007) encontraram que analfabetos ou pessoas com menor nível de escolaridade não eram aderentes.

O letramento funcional em saúde vem sendo considerado aspecto fundamental para a adesão ao tratamento das doenças, uma vez que é de grande importância a compreensão, por parte dos pacientes, das orientações e instruções dadas pelos profissionais de saúde. O comprometimento dessa compreensão pode interferir na tomada de decisões relacionadas à própria saúde, bem como ao seguimento dos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso (SORENSEN *et al.*, 2012). Na revisão de literatura de Maragno (2016), realizada entre os anos de 2008 e 2015, dentre os artigos analisados, 41 artigos avaliaram a associação do

letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso, mostrando associação positiva entre letramento e adesão em 48,4% dos estudos.

2.5.2 Fatores associados à (não) adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica atribuídos ao aspecto doença/tratamento

O conhecimento dos pacientes sobre a própria doença e seu tratamento nem sempre é adequado (PONNUSANKAR *et al.*, 2004). Alguns pacientes não entendem o papel que suas terapias desempenham no tratamento; outros não sabem sobre as consequências da não adesão (GASCON *et al.*, 2004). Nos estudos de Jesus *et al.* (2008), com o objetivo de caracterizar um grupo de hipertensos em relação a crenças, conhecimentos, atitudes e fatores que podem interferir na adesão ao tratamento, os dados mostraram que mais de um terço acreditaram que não havia nada que pudessem fazer para evitar a hipertensão arterial, a maioria (77,1%) mencionou saber da influência da hereditariedade e 13,5% concordaram que os jovens têm hipertensão arterial. Além disso, os dados também mostraram que menos da metade dos pacientes acreditava que a hipertensão não apresenta sintomas (44,2%) e a maioria acreditava que ter pressão arterial alta significa ter valores acima de 140x90 mmHg.

Acredita-se que a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo é fortemente influenciada pela complexidade do tratamento; ou seja, pelo número de doses diárias prescritas. Nas pesquisas de Jin *et al.* (2008), foi encontrado que a adesão ao tratamento diminui à medida que o número de doses prescritas aumenta. Nos estudos de Albert (2008), que tinham como objetivo reconhecer as barreiras existentes à adesão medicamentosa em pacientes portadores de doença cardiovascular foi encontrada uma relação inversa entre a taxa de adesão à medicação e o número de doses diárias prescritas aos pacientes. A redução da frequência da medicação prescrita, de quatro a três vezes por dia para uma vez ao dia, trouxe melhoras significativas para a adesão medicamentosa. Nas pesquisas de Schroeder *et al.* (2004), a redução no número de doses prescritas foi eficaz para aumentar a adesão ao tratamento com anti-hipertensivos de 8 para 19,6%.

Os efeitos adversos da medicação foram tidos como variáveis associadas à não adesão ao tratamento nos estudos de Mendonza-Parra *et al.* (2009), Fongwa *et al.* (2008) e Bosworth *et al.* (2008). Os resultados encontrados na revisão qualitativa de Jin *et al.* (2008) e Ponnusankar *et al.* (2004) também mostraram que os efeitos adversos da medicação são fatores que podem ameaçar a adesão ao tratamento.

De acordo com os estudos de Gascon *et al.* (2004), doenças crônicas estão mais associadas à não adesão à terapêutica do que doenças agudas. Maior tempo de tratamento também pode comprometer a adesão do paciente, conforme achado em um dos estudos analisados por Jin *et al.* (2008), com pacientes com tuberculose, que comparou os tratamentos de seis e nove meses, encontrando taxas de adesão de 60% e 50%, respectivamente, para os dois regimes terapêuticos. Em outro estudo, para a comparação de regimes terapêuticos preventivos para a tuberculose, de três, seis e nove meses, as taxas de adesão encontradas foram, respectivamente, 87%, 78% e 68%.

2.5.3 Fatores associados à (não) adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica atribuídos ao aspecto profissionais e serviços de saúde

A estrutura dos serviços de saúde, bem como a qualidade na prestação desses serviços, influenciam, de forma significativa, na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Acessibilidade às consultas, aos exames e aos procedimentos, satisfação com os estabelecimentos de saúde, com os serviços prestados e com a equipe de profissionais, relação profissional de saúde/paciente e tempo de espera para as consultas e visitas domiciliares são aspectos citados na literatura como fortemente associados à adesão ao tratamento.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o longo tempo de espera para as consultas e a insatisfação do paciente são considerados como fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento (JIN *et al.*, 2008). Tuesca-Molina *et al.* (2006) relataram que a falta de organização das equipes de profissionais, em relação às visitas domiciliares, também está associada à não adesão. Somando-se a esses resultados, Adams e Carter (2010) encontraram que a falta de acesso aos exames laboratoriais, material clínico, medicamentos, recursos humanos e falta de

integração da equipe de profissionais também são fatores que contribuem para a não adesão.

Vários estudos têm demonstrado que a relação paciente-prescritor é outro fator bastante significativo na adesão ao tratamento medicamentoso. Os estudos de Fongwa *et al.* (2008) e Schoenthaler *et al.* (2009) mostraram a existência de barreiras na comunicação entre paciente/profissional. Para Martin *et al.* (2010), essa relação desempenha importante papel no comportamento do paciente durante a tomada dos medicamentos. Em seu estudo, foi relatado que os hipertensos não aderentes disseram que as consultas foram estressantes e que recebiam perguntas desconfortáveis dos profissionais de saúde.

2.6 INTERVENÇÕES NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde caracteriza-se “por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2009, p. 43). Fundamenta-se na prática do trabalho em equipe, de forma democrática e participativa e é dirigido a populações de territórios bem delimitados (BRASIL, 2009). Permite à população ter acesso às especialidades de clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia. Alguns estudos demonstram que a Atenção Primária é capaz de resolver cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população (BRASIL, 2006). Para Starfield (2002), a APS é o nível do sistema que recebe o usuário, com todos os seus problemas e necessidades, dando-lhe atenção como um todo. A pesquisadora define ainda que a atenção primária é a base de todos os outros níveis de saúde e promove a organização e a racionalização da utilização dos recursos voltados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF), apesar de, inicialmente, ter sido desenhado como um programa, é hoje uma estratégia de reorientação do modelo assistencial de saúde, que trabalha com definição de território, adscrição de clientela, cadastro e acompanhamento da população adscrita (BRASIL, 2002). Esse

Programa tem como princípios: possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos; permitir o planejamento e a programação descentralizada, considerando o princípio da equidade; promover a integralidade; articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação (por intermédio do trabalho em equipe); promover o vínculo e a responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo à educação continuada; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e de programação; e estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2009).

Em 2016, segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil possuía 40.014 equipes de saúde da família implantadas, cobrindo 63,48% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 123.145.068 milhões de pessoas. Em Minas Gerais, cerca de 15.594.348 milhões de pessoas possuem cobertura das equipes de saúde da família, o que corresponde a 78% da população mineira. São 5.116 equipes de saúde da família implantadas no Estado.

Desempenhos favoráveis da Estratégia Saúde da Família são apresentados por vários estudos, ainda que com limitações. No município de São Paulo, um estudo de Elias *et al.* (2006), que faz comparações entre unidades de PSF e unidades básicas de saúde (UBS) por estrato de exclusão social, mostrou melhor desempenho das unidades de PSF, do ponto de vista dos gestores e dos profissionais, nas dimensões coordenação, enfoque familiar e vínculo, dentre outros. Sampaio (2008), ao falar sobre os desafios para a organização de serviços básicos, reitera como prioridade a consolidação e a qualificação da estratégia saúde da família como um modelo ordenador das redes de atenção à saúde.

Dentre as atividades prioritárias das equipes de saúde da família, estão as ações para o controle da pressão arterial, que preconizam a promoção, a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, objetivando o controle da doença e a diminuição das complicações secundárias. Toda a equipe de saúde da família deve estar envolvida no processo, bem como todos os procedimentos necessários para a realização das ações de saúde (BRASIL, 2006). As ações de promoção à saúde impactam de forma positiva na mudança de comportamento das pessoas no tratamento da hipertensão arterial. São desenvolvidas em todos os níveis de

atenção, tendo, porém, ênfase na atenção primária à saúde, voltadas ao cuidado com a alimentação saudável, práticas corporais e atividades físicas, bem como ao enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados (BRASIL, 2014).

Sabe-se, porém, que controlar a pressão arterial não é tarefa fácil. Segundo Pinho e Pierin (2013), os índices de controle da pressão arterial ainda apresentam-se como insatisfatórios e as explicações para esse fato podem estar relacionadas ao tratamento pouco eficaz e à baixa, ou até mesmo, não adesão ao tratamento. Os problemas relacionados à adesão ao tratamento medicamentoso, bem como as intervenções para a melhora dela, têm sido relatados na literatura há décadas, e essa situação não mudou com o passar do tempo.

Existem inúmeras intervenções para a promoção da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), essas intervenções estão relacionadas às condições do paciente, aos fatores socioeconômicos, ao grupo de profissionais de saúde, ao sistema de saúde e aos fatores relacionados à própria terapia.

A seguir, serão abordadas as intervenções que podem ser utilizadas para a promoção da adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica na atenção primária à saúde.

2.6.1 Intervenções relacionadas às condições do paciente

Em relação ao paciente, pesam as condições socioeconômica e cultural, o acesso aos serviços de saúde, a frequência às consultas e o conhecimento que possui a respeito da hipertensão arterial. Ainda, é preciso salientar que profissionais de saúde e pacientes apresentam diferentes valores e percepções em relação à doença, visto que têm características culturais, linguísticas e psicológicas bem distintas (SCHOENTHALER *et al.*, 2009).

Na revisão sistemática de Schroeder *et al.* (2004), as estratégias motivacionais foram bem sucedidas em 10 de 24 estudos de intervenção, mostrando que os pacientes tiveram aumento de até 23% na adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica. Intervenções comportamentais e motivacionais, orientações para o automanejo da doença, bem como para a lida com os efeitos colaterais, também são consideradas, pela Organização Mundial da

Saúde, como estratégias fundamentais para o aumento da adesão ao tratamento. As estratégias motivacionais para fazer com que o paciente se lembre de tomar os seus medicamentos, tais como: folhetos, telefonemas, lembretes, bem como orientações em relação à importância das consultas mensais, do suporte e da participação dos membros da família no tratamento são tidas como intervenções positivas na adesão ao tratamento (WHO, 2003).

Wu *et al.* (2006), em seu ensaio clínico controlado, em que um farmacêutico treinado realizou contato telefônico com pacientes usuários de múltiplos medicamentos, objetivando estimular a participação dos pacientes no próprio tratamento, mostraram que houve redução de 50% nas taxas de não adesão medicamentosa, redução das internações hospitalares e procura por serviços de emergência e, conseqüentemente, redução de 41% do risco de morte.

A disponibilidade da família, o seguro-saúde do paciente, a oferta ininterrupta de medicamentos, o financiamento suportável e os preços acessíveis são tidos também como intervenções para a promoção da adesão ao tratamento anti-hipertensivo (OMS, 2003). Em 2001, Pierin já defendia o fato de que a identificação de grupos de risco, a motivação do paciente, a educação, o autocuidado, as medidas domiciliares de PA, a boa comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, o relacionamento satisfatório com o médico, o suporte familiar e de amigos, o conhecimento em relação à doença e a participação no próprio plano de tratamento são estratégias relacionadas aos pacientes para facilitar a adesão ao tratamento.

2.6.2 Intervenções relacionadas aos profissionais de saúde e ao sistema de saúde

Como intervenções relacionadas aos profissionais de saúde e ao sistema de saúde, tem-se o treinamento em educação para o correto uso de medicamentos, seguido de reavaliação, monitoramento, assistência, informações e orientações constantes, disponibilidade de medicamentos e bom relacionamento profissional/paciente, dentre outros (OMS, 2003). Na ótica de Robinson *et al.* (2010), a relação médico-paciente deve ser pautada em empatia e motivação. Para os autores, essa relação pode ser influenciada por aspectos do próprio serviço, como carga de trabalho e remuneração, que se caracterizam como particularidades de

cada cenário. Os estudiosos citam ainda que os médicos devem conhecer realmente sobre a doença e seguir as diretrizes clínicas preconizadas, e que a participação dos profissionais farmacêuticos tem sido uma estratégia que vem se destacando como uma intervenção para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso. Em suas pesquisas, mostraram que 50% dos pacientes com pressão arterial descontrolada tiveram seus níveis pressóricos controlados após assistência farmacêutica em comparação com apenas 22% dos que receberam cuidados usuais durante 12 meses.

A interatividade entre pacientes e profissionais pode fazer com que haja aumento da adesão ao tratamento, uma vez que faz com que o paciente se torne mais consciente de seu tratamento, aumentando a sua compreensão em relação ao caráter assintomático da doença, bem como à sua natureza crônica. Cursos e programas educacionais para pacientes e profissionais de saúde, que envolvam esses dois grupos distintos e suas características, podem trazer melhorias significativas nas relações interpessoais e, conseqüentemente, facilitar o processo de adesão ao tratamento (MOREIRA *et al.*, 2009; SHAYA *et al.*, 2009).

A utilização de tecnologias para favorecer a comunicação entre pacientes e profissionais também tem se mostrado um aspecto favorável ao aumento da adesão ao tratamento. Alguns estudiosos citam em suas pesquisas estratégias de implementação baseadas em modelos assistenciais com suporte para autogestão de intervenção, monitoramento domiciliar da PA, local seguro para o paciente, serviços virtuais e reposição de medicamentos (SANTSCHI *et al.*, 2008; BLANCHET, 2008; WETZELS *et al.*, 2007).

Uma relação saudável entre os dois atores (prescritor e paciente), baseada em confiança e respeito, na qual o prescritor tem o seu paciente como um parceiro nesse processo, tem mostrado que o paciente pode apresentar maior adesão ao tratamento (MOORE *et al.*, 2004). Uma boa e saudável relação entre pacientes e profissionais também é defendida por Gonzalez *et al.* (2005), que relataram em seus estudos que os profissionais devem fazer com que os pacientes se envolvam no seu plano de tratamento. Faz-se importante, também, que os pacientes recebam explicações detalhadas sobre a própria doença, bem como sobre o seu tratamento (GASCON *et al.*, 2004).

A busca pelos pacientes faltosos, a visita domiciliar, as reuniões em grupo, o estabelecimento de metas em conjunto com os pacientes, bem como das

responsabilidades de cada um, a flexibilidade na adoção de estratégias, a fixação da equipe de atendimento, a obediência ao horário das consultas, o estabelecimento de vínculos entre profissionais e pacientes, a consideração de crenças, hábitos e cultura dos pacientes e o sistema de contato telefônico também são estratégias relacionadas à equipe multidisciplinar e ao sistema de saúde para facilitar a adesão ao tratamento (PIERIN, 2001).

2.6.3 Intervenções relacionadas à própria terapia

Sobre a terapia em si, o uso de combinação de anti-hipertensivos em doses fixas tem sido uma intervenção de sucesso por se mostrar associado ao aumento das taxas de adesão ao tratamento (ERDINE, 2010; SHAYA *et al.*, 2009; SCHOENTHALER *et al.*, 2009). A relevância da simplificação do regime terapêutico é indiscutível. A monoterapia com dosagem simples, em doses menos frequentes, e o uso de fármacos mais modernos têm sido relatados como fatores que favorecem a adesão ao tratamento (WHO, 2003). Segundo Moreira *et al.* (2009) e Erdine (2010), o principal motivo para o sucesso dessa estratégia está relacionado à busca de uma terapia mais tolerável, uma vez que grandes estudos mostram que há uma diferença na tolerabilidade, eficácia e adesão persistente de acordo com o medicamento prescrito. O estudo realizado por Remondi (2012), para a análise dos fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso, mostrou que, em usuários de medicamentos contínuos, a frequência de utilização dos medicamentos ao longo do dia foi determinante para a adesão à terapia, superando, inclusive, a complexidade do regime terapêutico.

Estudos para minimizar os efeitos adversos e simplificar a dosagem da medicação também são estratégias defendidas por Munger, Tassell e Lafleur (2007) para a promoção da adesão do paciente ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica.

Segundo Pierin (2001), as drogas com menos efeitos colaterais, o baixo custo dos medicamentos, a comodidade posológica, a combinação terapêutica, as orientações sobre os efeitos indesejáveis, o fácil entendimento das orientações, informações e prescrições, a familiarização dos médicos com os esquemas terapêuticos, o tratamento para grupos diferenciados, as instruções escritas e orais e

a percepção dos benefícios do tratamento são considerados estratégias relacionadas à terapia em si para facilitar a adesão ao tratamento.

De acordo com essas pesquisas, pode-se dizer que não há uma intervenção isolada que traga a solução para os problemas causados pelo descontrole da pressão arterial. Os estudos mostram que as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde, somadas ao comportamento e às atitudes dos pacientes, podem contribuir de forma efetiva para a melhora da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, fazendo, assim, com que os objetivos do tratamento sejam alcançados. Merecem destaque as estratégias que levam informações, orientações e conhecimento aos pacientes e as estratégias que promovem maior interação entre pacientes e profissionais de saúde.

Essas experiências deixam claro que é possível, por meio de medidas simples e de baixo custo, atuar de forma satisfatória sobre a baixa ou a não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, reduzindo os prejuízos de uma dada população, bem como de um sistema de saúde. Apesar da complexidade do assunto e dos seus fatores associados, os profissionais e os serviços de saúde não devem se isentar da responsabilidade de incluir, em suas práticas de trabalho, reflexões, posturas e atitudes para a diminuição do problema (REMONDI *et al.*, 2014).

2.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ALFABETIZAÇÃO, LETRAMENTO, NUMERAMENTO, LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE: ESCLARECENDO OS CONCEITOS

A Educação em Saúde é definida pelo Ministério da Saúde como

um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde (BRASIL, 1993, p. 13).

Faz-se importante ressaltar que a prática da educação em saúde tem como eixo principal o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas que visam à melhoria da qualidade de vida e saúde da população, além da formação permanente de profissionais para atuar no contexto da saúde, tendo como princípio norteador a

Política Nacional de Promoção da Saúde, conforme as diretrizes também estabelecidas pela carta de Otawa. Isso reforça o fato de que educação e saúde são práticas sociais inseparáveis e interdependentes que sempre estiveram articuladas e consideradas elementos fundamentais no processo de trabalho dos profissionais da saúde (BUSS, 1999).

Nesse contexto, a educação em saúde trata da educação permanente em saúde, mediante capacitações, treinamentos, cursos, atualizações e aperfeiçoamento, dentre outros, bem como a educação popular em saúde, fazendo com que os saberes construídos diferentemente por cada sujeito tornem-se comuns ao serem compartilhados (GONÇALVES *et al.*, 2008). Assim, pode permitir ao indivíduo participar ativamente de todo o processo e fazer com que ele busque soluções para os seus problemas de saúde e para a transformação da sua realidade (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde esclarece que, no processo de Educação em Saúde, há uma interação entre “os profissionais de saúde e saneamento e destes com os serviços na sua organização, gestão participativa e escolha dos melhores caminhos a percorrer que suscitem a maior participação da comunidade” (BRASIL, 2007, p. 22). A Educação em Saúde, se relacionada aos cuidados com a própria saúde, faz referência às atividades voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, buscando melhores condições de vida (MONTEIRO; VIEIRA, 2010; JESUS *et al.*, 2008).

No tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, por exemplo, a Educação em Saúde está entre as ações que podem facilitar a adesão, uma vez que estimula atitudes positivas dos hipertensos, a fim de que estes possam desenvolver capacidades para o autocuidado. As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) falam da Educação em Saúde como forma de facilitar a adesão ao tratamento prescrito para os hipertensos, focando nos conceitos e características da doença e destacando os baixos índices de controle da pressão arterial devido à baixa adesão ao tratamento (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Em relação aos conceitos de alfabetização, a *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO, 2005a, p. 21) a define como

a habilidade de identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e assimilar, utilizando materiais impressos e escritos associados a diversos contextos. A alfabetização envolve um *continuum* de aprendizagem que permite que indivíduos atinjam seus objetivos, desenvolvam seus conhecimentos e potencial e participem plenamente na sua comunidade e na sociedade em geral.

E ainda relata que as definições de alfabetização devem ser tidas como um processo e não como um ponto de chegada. Para o referido órgão,

a alfabetização tem a ver com empoderamento. Ela aumenta a consciência e influencia o comportamento dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Melhora as habilidades de comunicação, garante acesso ao conhecimento e constrói a autoconfiança e a autoestima necessárias para tomar decisões (UNESCO, 2009, p. 21).

De encontro a essa definição, Soares (2008) faz críticas sobre dar à alfabetização um significado muito abrangente, considerando-a um processo permanente, que não se acabaria com o aprendizado da leitura e da escrita. Segundo a autora, a alfabetização é tida como “o processo pelo qual se adquire o domínio de um código e das habilidades de utilizá-lo para ler e para escrever, ou seja, o domínio da tecnologia – do conjunto de técnicas – para exercer a arte e ciência da escrita”.

Letramento e alfabetização correlacionam-se entre si, porém um não é condição para que se tenha o outro. O termo letramento engloba também os indivíduos que não sabem ler e escrever. Ou seja, o indivíduo pode ser analfabeto, mas: por estar num meio onde a leitura e a escrita se fazem presentes; por se interessar em ouvir sobre os diferentes contextos; por ser capaz de ditar para outros escreverem ou por ser capaz de pedir a ajuda de alguém, por exemplo, para ler um bilhete, esse analfabeto é considerado letrado (SOARES, 2012). Nesse sentido, a autora mostra que o termo letramento vai além de alfabetização. Ela faz referência às condições que ocorrem da interação entre os diferentes indivíduos e suas diversas formas de usar a leitura e a escrita.

O termo letramento teve sua origem na palavra inglesa *literacy* e foi introduzido na língua portuguesa brasileira por Mary Kato em 1986 (KLEIMAN, 2008). A palavra *literacy* começou a ser usada nos Estados Unidos no fim do século XIX como uma forma de separar os indivíduos que sabiam ler e escrever (*literare*), daqueles que não tinham essas habilidades (*illiteracy*). Com o passar dos anos, bem como com os avanços sociais e econômicos do país, o saber ler e escrever já não eram mais suficientes, pois, além disso, os indivíduos precisavam ser funcionais no seu contexto social, surgindo, então, o termo *functional literacy* (BERKMAN; DAVIS; MCCORMACK, 2010).

Nos anos de 1980, foi identificado que o baixo nível de letramento dos indivíduos (*low literacy*) era um fator que poderia trazer prejuízos para as áreas econômica e social, tornando-se um fenômeno de grande impacto social e, assim, transformando-se num objeto de investigação de pesquisadores (KAESTLE *et al.*, 1991 *apud* BERKMAN *et al.*, 2010).

O nível de letramento dos indivíduos foi avaliado, pela primeira vez, nos Estados Unidos, em 1990, pela *National Assessment of Educational Progress* (NAEP). Em 1993, foi realizada a *National Adult Literacy Survey* (NALS) e, em 2003, a *National Assessment of Adult Literacy Survey* (NAAL), sendo a mais completa avaliação nacional em adultos no país, permitindo a classificação do letramento em quatro níveis (KUTNER, 2006):

Básico baixo: classificação na qual o indivíduo é capaz de executar tarefas simples como localização de informações facilmente identificáveis em textos em prosa.

Básico: classificação na qual o indivíduo é capaz de realizar tarefas simples do cotidiano como leitura e compreensão da informação.

Intermediário: classificação na qual o indivíduo é capaz de executar tarefas mais complexas como localizar informações densas e complexas em documentos e fazer inferências simples sobre a informação.

Proficiente: classificação na qual o indivíduo é capaz de realizar tarefas como associar, sintetizar e analisar fragmentos de informações contidas em um texto complexo.

No Brasil, o nível de letramento da população foi avaliado, pela primeira vez, em 2001, pelo Instituto Paulo Montenegro – Ação Social do IBOPE, em parceria com a ONG Ação Educativa, que criaram o Indicador de Alfabetismo Funcional (INAF). O

INAF tem por objetivo avaliar as habilidades e práticas relacionadas à leitura, à escrita e à matemática, da população de 15 a 64 anos, independentemente do nível de escolaridade e se está ou não participando do sistema de ensino formal, no ambiente doméstico, no trabalho e na saúde (RIBEIRO, 2004).

Até o ano de 2005, o indicador foi publicado anualmente, apresentando avaliações das habilidades de leitura e escrita nos anos 2001, 2003 e 2005 e avaliações de habilidades de cálculo e resolução de problemas nos anos 2002 e 2004. Em 2006, foi criada uma escala única de alfabetismo, sendo apresentadas juntas a avaliação das habilidades de leitura e escrita (letramento) e a avaliação das habilidades matemáticas (numeramento). Assim, quatro são os níveis de alfabetismo definidos pelo INAF (IBOPE, 2011), que se referem às competências mensuradas pela escala de alfabetização, que contém leitura, escrita e matemática, a saber:

Analfabetismo: refere-se à condição daqueles que não são capazes de realizar tarefas simples que envolvem a leitura de palavras e frases ainda que uma parcela destes consiga ler números familiares (números de telefone, preços etc.).

Nível rudimentar: refere-se à capacidade de localizar uma informação explícita em textos curtos e familiares (uma pequena carta, por exemplo), ler e escrever números comuns e realizar operações simples, como manusear uma pequena quantidade em dinheiro, por exemplo.

Nível básico: são as pessoas consideradas funcionalmente alfabetizadas, por lerem e compreenderem textos de média extensão, por localizarem informações mesmo que seja necessário realizar pequenas inferências, por lerem números na casa dos milhões, por resolverem problemas envolvendo uma sequência simples de operações e por terem noção de proporcionalidade. Mostram, no entanto, limitações quanto às operações requeridas que envolvem maior número de elementos, etapas ou relações.

Nível pleno: pessoas com habilidades para compreender e interpretar textos em situações usuais: leem textos mais longos, analisam e relacionam suas partes, comparam e avaliam informações, distinguem fato de opinião e realizam inferências e sínteses. Resolvem problemas que exigem maior planejamento e controle, envolvendo percentuais, proporções e cálculo de área, além de interpretar tabelas de dupla entrada, mapas e gráficos.

Em 2004, os dados do INAF mostraram que apenas 23% da população jovem e adulta brasileira eram capazes de resolver problemas que envolviam operações e cálculos proporcionais, demonstrando familiaridade com gráficos, mapas e tabelas (IBOPE, 2004).

O INAF é considerado por Riberio (2004) um importante indicador para o entendimento e a difusão do letramento, visto que, mais adiante, poderá permitir uma avaliação do quanto se avançou em relação aos níveis de letramento. Porém, torna-se necessário ser conhecido e compreendido por todos, a fim de que possa subsidiar políticas públicas de caráter educacional.

Contudo, para Zarcadoolas, Pleasant e Greer (2006), o INAF avalia as habilidades de leitura e numeramento em práticas sociais “genéricas”, não contemplando as especificidades das terminologias usadas no contexto da saúde. Assim, afirmam que a avaliação do letramento funcional em saúde necessita de instrumentos que sejam multidimensionais e capazes de aumentar o conhecimento, explorar e explicar a estrutura e função do fenômeno, monitorar a eficácia e equidade das intervenções, indicar o impacto do problema na sociedade e contribuir na definição de políticas públicas.

O termo *numeracy* foi utilizado, pela primeira vez, pelo *Adult Literacy and Lifeskills Survey* (ALLS) de 1998-2000 (GAL; VAN GROENESTIJN; MANLY, 2005) e teve sua tradução para o português brasileiro, inicialmente, como alfabetização numérica, o qual fazia alusão ao processo de escolarização, restringindo-se à habilidade individual para decodificação numérica (MENDES; GRANADO, 2007). Posteriormente, teve o seu sentido ampliado “[...] focar os aspectos sociais que envolvem a escrita matemática, incluindo as diversas possibilidades de representação, no mesmo caminho dos estudos na área de letramento” (*idem*, p. 12). Apresenta-se fortemente relacionado ao fenômeno letramento, sendo considerado por alguns autores um dos componentes dele (RIBEIRO, 2004; MENDES; GRANADO, 2007; OECD, 2009) e, por outros, como parte complementar do letramento (UNESCO, 2005b).

O *Programme for the International Assessment of Adult Competencie* (PIAAC) francês propõe uma definição para numeramento como sendo “a capacidade de acessar, utilizar, interpretar e comunicar informações e ideias matemáticas, a fim de participar e gerenciar as demandas matemáticas de uma série de situações na vida adulta” (OECD, 2009, p. 21). Essa definição enfatiza as competências na era da

informação e contempla, além das habilidades cognitivas, as crenças e as atitudes necessárias para lidar com as demandas matemáticas.

No contexto da saúde, Golbeck *et al.* (2005, p. 375) definiram numeramento como “o grau de capacidade que os indivíduos têm para acessar, processar, interpretar, comunicar e agir com informações em saúde: numéricas, quantitativas, gráficas, bioestatísticas e probabilísticas”. O fenômeno é considerado por eles como de grande importância para a tomada de decisões no que se refere à compreensão das informações em saúde. Ainda segundo os autores, pode ser classificado em quatro categorias, a saber:

Básico – esta classificação se dá aos indivíduos que apresentam conhecimentos básicos suficientes para identificar números e dar sentido a dados quantitativos que não requerem manipulação de números; por exemplo, identificação da quantidade de comprimidos prescritos pelo médico.

Computacional – quando os indivíduos são capazes de contar, quantificar, calcular e manipular números, quantidades, itens ou elementos visuais em um contexto de saúde; por exemplo, a determinação de carboidratos nas informações de um rótulo nutricional.

Analítico – quando os indivíduos apresentam capacidade de dar sentido a informações, envolvendo conceitos como inferência, estimativa, proporções, porcentagens e frequências; por exemplo, o julgamento de níveis de exames laboratoriais.

Estatístico – quando envolve a compreensão de bioestatística básica, com habilidades para comparar informações em diferentes escalas (probabilidade, proporcionalidade e/ou porcentagem), além da capacidade de analisar informações quantitativas de saúde; por exemplo, a expectativa de vida. Indivíduos classificados nesta categoria são capazes, por exemplo, de escolher o tratamento baseando-se na eficácia e nos efeitos secundários.

Sobre o construto Letramento em Saúde, do inglês *Health Literacy*, não se tem ainda um consenso quanto à sua definição. O termo surgiu, pela primeira vez, num artigo denominado “*Health education as social policy*”, de Simonds (1974). Em 1999, o relatório do *Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs*, da *American Medical Association* (AMA, 1999), fez uso do termo Letramento Funcional em Saúde (*Functional Health Literacy*), fazendo surgir outro construto, no qual fica clara a prática do letramento no próprio conceito (PASSAMAI *et al.*, 2012).

Desde então, o letramento em saúde vem sendo objeto de pesquisas de muitos estudiosos da área de educação em saúde no intuito de compreender esse fenômeno (MORAES, 2014).

Pesquisadores e formuladores de políticas públicas têm focado nas habilidades de leitura dos indivíduos, uma vez que quase todos os estudos têm acontecido em ambientes médicos, nos quais se faz a mensuração das habilidades por meio de leituras padronizadas, cujo foco é a compreensão da informação, o que pode ser considerado um trabalho significativo, mas que apresenta suas limitações (PASSAMAI, 2012). Para Smith (2009), os estudos têm mostrado que o conhecimento dos leitores, tanto com habilidades mais elevadas quanto com habilidades mais baixas, melhoraram embora ambos ainda apresentem dificuldades para usar o conhecimento adquirido. Na perspectiva do autor, a leitura e a compreensão das informações repassadas são relevantes, mas são insuficientes para promover o uso adequado dos serviços de saúde, um autocuidado de qualidade e a melhoria da saúde. Na verdade, o importante é saber o que a informação lhes permite fazer e como isso pode acontecer, e não somente receber a informação (SMITH, 2009).

Vários modelos e conceitos de letramento em saúde já foram apresentados por alguns estudiosos no intuito de facilitar a compreensão do fenômeno letramento funcional em saúde. Segundo Passamai (2012), os modelos tentam explicar o fenômeno e descrever suas variáveis e os resultados associados com o nível de letramento em saúde de uma dada população.

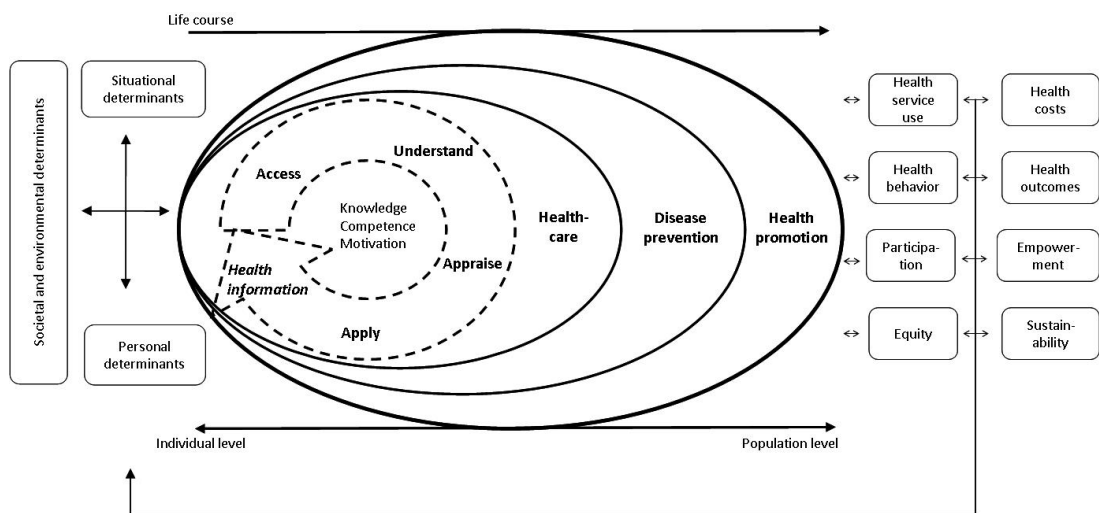
Conforme o IOM (2004), a definição para o letramento em saúde faz menção à capacidade das pessoas num sentido mais abrangente, uma vez que é mediada pela educação, pela cultura, pela linguagem e pelos contextos de saúde nos quais os indivíduos estão envolvidos. O relatório ainda menciona que, em relação à tomada de decisões adequadas para a própria saúde, diversos fatores encontram-se envolvidos, como, por exemplo, a interação entre os sujeitos e deles com aqueles com quem se relacionam nos ambientes de saúde e a influência da mídia, do mercado e de políticas públicas, dentre outros, fazendo com que tanto fatores individuais quanto sociais influenciem na interação usuários/profissionais/sistema de saúde (PASSAMAI *et al.*, 2012).

A *World Health Communication Associates* (WHCA, 2010) faz alusão ao fato de que o letramento em saúde requer competências necessárias para se obter e

processar as informações em saúde, bem como para agir de acordo com o que se sabe. Relata, ainda, que são necessários o domínio de leitura básica, escrita, numeramento e comunicação, o reconhecimento de risco, o senso crítico para análise das informações conflitantes e a tomada de decisões concernentes à saúde.

Neste estudo, serão abordados o modelo e o conceito apresentados por Sorensen *et al.* (2012) (Figura 1). Esse modelo combina as qualidades de um modelo conceitual (que define as principais dimensões do letramento funcional em saúde) e de um modelo lógico (que mostra os fatores impactantes no letramento funcional em saúde), bem como as vias que ligam o fenômeno aos resultados em saúde. Apresenta, em seu núcleo, as competências relativas: 1) ao acesso – habilidade para procurar, encontrar e obter as informações em saúde; 2) à compreensão – habilidade para compreender as informações acessadas; 3) à avaliação – habilidade para interpretar, filtrar, julgar e avaliar as informações em saúde acessadas; e 4) à aplicação – habilidade para comunicar e usar as informações na tomada de decisões e na manutenção e melhora da própria saúde (SORENSEN *et al.*, 2012).

Figura 1 - Modelo conceitual integrado de Letramento Funcional em Saúde



Extraído de: Sorensen *et al.*, 2012

O conceito proposto por Sorensen *et al.* (2012, p. 3) é o mais recente e inclusivo e

envolve o conhecimento, motivação e competências individuais para acessar, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde, a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida cotidiana sobre saúde, doença, prevenção e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida.

Faz alusão ao conhecimento, competências e habilidades em saúde, incluindo educação em saúde, promoção da saúde, prevenção de doenças, acesso ao sistema de saúde e relação paciente/profissional/sistema de saúde.

Em sua revisão de literatura, Sorensen *et al.* (2012) identificaram 17 definições para o fenômeno. Dentre elas, estão as definições propostas pela Associação Americana de Medicina (AMA), pela Organização Mundial da Saúde (WHO) e pelo *Institute of Medicine* (IOM), as mais referenciadas pela literatura. As definições estão listadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Definições de Letramento Funcional em Saúde identificadas em revisão sistemática

Autor (Ano)	Definição
WHO (1998)	"Habilidades cognitiva e social que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de obter acesso, compreender e utilizar a informação de maneira a promover e manter uma boa saúde".
<i>American Medical Association</i> (1999)	"Constelação de habilidades, incluindo a capacidade de executar tarefas básicas de leitura e numeramento necessários para funcionalidade no ambiente de saúde".
Nutebam (2000)	"Competências pessoais, cognitivas e sociais que determinam a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e usar a informação para promover e manter a boa saúde".
IOM (2004)	"Capacidade dos indivíduos para obter, processar e compreender informações de saúde e serviços necessários para tomada de decisões de saúde apropriadas."
Kickbusch <i>et al.</i> (2006)	"Capacidade de tomar decisões de saúde apropriadas no contexto da vida cotidiana, na comunidade, no local de trabalho, no sistema de saúde, nas relações de consumo e no cenário político. É uma capacitação crítica, estratégia para aumentar o controle de uma população sobre a sua saúde, a sua capacidade de buscar informações e a capacidade para assumir a responsabilidade".

Zarcadoolas, Pleasant e Greer (2003, 2005, 2006)	“Ampla gama de habilidades e competências que as pessoas desenvolvem, buscando compreender, avaliar e utilizar informações e conceitos de saúde para tomada de decisões apropriadas, reduzindo riscos de saúde e aumentando a qualidade de vida”.
Paasche-Orlow e Wolf (2006)	“Posse de habilidades individuais necessárias para a tomada de decisões relacionadas com a saúde, o que significa que o letramento em saúde deve ser sempre analisado no contexto das tarefas específicas a serem realizadas, ressaltando a importância do reconhecimento contextual do letramento em saúde”.
EU (2007)	“Capacidade de ler, filtrar e compreender a informação de saúde, a fim de formar juízos de valor”.
Pavlekovic (2008)	“Capacidade de obter, interpretar e compreender as informações e serviços básicos de saúde e a competência para utilizar essas informações, a fim de melhorar a saúde”.
Rootman e Gordon-Elbihbety (2008)	“Capacidade de acessar, compreender, avaliar e utilizar informações para promover, manter e melhorar a saúde nos diversos cenários ao longo do curso da vida”.
Ishikawa e Yano (2008)	“Conhecimento, as competências e habilidades relacionadas à interação com o sistema de saúde”.
Mancuso (2008)	“Um processo que se desenvolve ao longo de toda a vida e abrange os atributos de competência, compreensão e comunicação. Os atributos de letramento em saúde estão relacionados à habilidade, estratégia e capacidade incorporadas no âmbito das competências necessárias para atingir letramento em saúde”.
<i>Australian Bureau of Statistics</i> (2008)	“Conhecimento e habilidades necessárias para compreender e utilizar informações relativas a questões de saúde, como drogas e álcool, prevenção e tratamento de doenças, segurança e prevenção de acidentes, primeiros socorros, emergências e manutenção de uma vida saudável”.
Yost <i>et al.</i> (2009)	“Grau de capacidade individual para ler e compreender materiais impressos relacionados à saúde; identificar e interpretar informações apresentadas em formato gráfico (mapas, gráficos e tabelas) e realizar operações matemáticas, a fim de tomar decisões e realizar cuidados de saúde apropriados”.
Adams <i>et al.</i> (2009)	“Capacidade de compreender e interpretar o significado das informações de saúde na forma escrita, falada ou digital e como isso motiva as pessoas a considerar ou desconsiderar as ações relativas à saúde”.
Adkins <i>et al.</i> (2009).	“Capacidade para obter informações por diferentes formas de comunicação, utilizando uma variedade de habilidades para

	alcançar os objetivos relacionados à saúde”.
Freedman <i>et al.</i> (2009)	“Grau em que indivíduos e grupos obtêm, compreendem, avaliam e agem sobre as informações necessárias para tomar decisões no âmbito da saúde pública que beneficiam a comunidade”.

Fonte: Sorensen *et al.* (2012).

Embora diversas definições tenham sido dadas ao letramento funcional em saúde, é preciso ressaltar que o construto apresenta-se basicamente em duas dimensões: uma delas vinculada às habilidades e capacidades do indivíduo de cumprir as metas determinadas pelo modelo biomédico e a outra vinculada à adaptação e à interação com o meio que o cerca. Isto é, mostra o ser humano em constante interação com o meio onde vive (SORENSEN *et al.*, 2012).

Apesar de todas as definições de letramento funcional em saúde dadas até o momento, ainda se faz presente a falta de consenso em relação ao termo, fazendo com que este ainda seja considerado incompleto; ou seja, ainda em construção, não conseguindo abranger toda a sua complexidade.

2.8 NÍVEIS DE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

O letramento funcional em saúde é um tema que vem cada vez mais despertando a atenção dos pesquisadores, pois muitos estudos têm evidenciado o baixo nível de letramento em saúde das pessoas (PASSAMAI *et al.*, 2012; WHCA, 2010). De acordo com o IOM (2009), nove em cada dez adultos têm a possibilidade de manifestar falta de competência necessária para cuidar da própria saúde e prevenir doenças na população norte-americana (PASSAMAI *et al.*, 2012).

Os estudos realizados por Passamai *et al.* (2012), sobre o impacto do letramento funcional em saúde na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde, mostraram que, no Reino Unido, nos Estados Unidos, na Austrália e no Canadá, de 20 a 50% da população apresentam baixa competência em letramento em saúde. Situações, assim, podem, de certa forma, comprometer o estado da saúde individual e coletiva, trazendo prejuízos, tais como: maiores taxas de

hospitalização, má gestão da própria saúde e do processo de adoecimento, baixa adesão às medidas de promoção à saúde e ao tratamento medicamentoso, além de baixo conhecimento sobre as doenças crônicas e sobre os serviços de saúde.

No país, os estudos relacionados ao letramento funcional em saúde são voltados para situações bastante específicas, como, por exemplo, as pesquisas na área da fonoaudiologia, realizadas por Berberian, Mori-de Angelis e Massi (2006); a revisão de Volpato, Martins e Mialhe (2009), na qual foi avaliada a compreensão das bulas dos medicamentos pelos pacientes; o estudo de Maragno (2009), que analisou a associação entre o letramento em saúde e a adesão ao tratamento medicamentoso; a pesquisa de Oliveira, Porto e Brucki (2009), que avaliou, em pacientes com Alzheimer Leve e Comprometimento Cognitivo Leve, o alfabetismo funcional, comparados com pacientes saudáveis; a pesquisa “Plano AlfaNutri: um novo paradigma, a alfabetização nutricional, para promoção da alimentação saudável e prática regular da atividade física na prevenção e controle de doenças crônicas”, realizada por Passamai *et al.* (2011); o estudo que analisou as definições de letramento funcional em saúde *versus* interação pacientes/profissionais/sistema de saúde, de Passamai *et al.* (2012); a pesquisa que desenvolveu e validou um instrumento breve para a avaliação de alfabetismo em saúde na língua portuguesa, de Apolinario *et al.* (2012); a pesquisa realizada por Sampaio *et al.* (2015), que objetivou analisar os fatores associados ao letramento em saúde e sua relação com o controle da glicemia em pacientes diabéticos (MACHADO, 2015); e o projeto “Envelhecimento saudável no Sul do Brasil: enfrentando desafios e desenvolvendo oportunidades para profissionais de saúde e pessoas idosas”, que investigou a alfabetização em saúde de pessoas idosas e se propôs a preparar os profissionais para promover o envelhecimento ativo nas suas comunidades, de Paskulin *et al.* (2011).

Outro estudo, realizado com 312 pacientes voluntários saudáveis em dois hospitais públicos de São Paulo, por meio da tradução e adaptação do S-TOFHLA, com o objetivo de analisar os escores desse instrumento, mostrou que 32,4% dos pacientes apresentavam inadequado/marginal letramento em saúde (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009).

O letramento funcional em saúde é, realmente, considerado um fator de grande relevância para o desenvolvimento das habilidades relacionadas ao autocuidado (KUTNER, 2006; WHCA, 2010). Um baixo nível de letramento pode

trazer prejuízos para a compreensão das informações e orientações dadas pelos profissionais de saúde aos pacientes. Nesse contexto, surge a necessidade de se pensar sobre a questão do letramento em saúde como prática social, que inclui, além das habilidades de leitura e escrita, a capacidade de expressão e compreensão da fala e dos cálculos numéricos (ZARCADOOLAS *et al.*, 2005; KUTNER, 2006; WHCA, 2010).

Os instrumentos para a mensuração do nível de letramento em saúde dos indivíduos foram analisados por vários estudos, sendo que nenhum deles foi capaz de capturar a complexidade e a abrangência do fenômeno em si (IOM, 2004; WHCA, 2010). Segundo Borges *et al.* (2012), esses instrumentos são ferramentas que objetivam avaliar o comportamento do paciente mediante a simples observação do seu dia a dia. Porém, ainda não foram identificados na literatura instrumentos que consigam avaliar o letramento funcional em saúde em sua multidimensionalidade. Os instrumentos se restringem a mensurar o grau das habilidades de leitura e numeramento adquiridas em textos relacionados à saúde (NUTBEAM, 2009).

Numa revisão integrativa, Machado *et al.* (2014) objetivaram analisar os instrumentos utilizados para a avaliação do letramento em saúde de idosos hipertensos, que apresentaram em comum a avaliação da habilidade do idoso em relação à leitura, numeração, pronúncia e reconhecimento de alguns termos de saúde, a saber: *Short-Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA), *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM), *High Blood Pressure-Health Literacy Scale* (HBP-HLS) e *Korean Health Literacy Scale* (KHLS). Os autores evidenciaram que, embora existam diferentes instrumentos de medidas, não há um que possa ser considerado ideal e se adéque a todos os contextos.

Nos estudos de Moraes (2014), para análise do letramento funcional em saúde e do conhecimento dos pacientes em tratamento pré-dialítico sobre a Doença Renal Crônica, foram citados os principais instrumentos para o rastreamento do nível de letramento em saúde (Quadro 4).

Quadro 4 - Principais instrumentos para mensuração do letramento em saúde, identificados por revisão da literatura (IOM, 2013)

Autor (ano)	Instrumentos
Jastak e Wilkinson (1993)	WRAT - <i>Wide Range Achievement Test</i>
Davis <i>et al.</i> (1993)	REALM - <i>Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine</i>
Nurss <i>et al.</i> (1995);Paker <i>et al.</i> (1995)	TOFHLA - <i>Test of Functional Health Literacy in Adults</i>
Nurss <i>et al.</i> (1995)	S-TOFHLA - <i>Short Test of Functional Health Literacy in Adults</i>
Hanson-Divers (1997)	MART - <i>Medical Achievement Reading Test</i>
Nath <i>et al.</i> (2001)	LAD - <i>Literacy Assessment for Diabetes</i>
National Center for Education Statistics (NCES) (2003)	NAAL - <i>National Assessments of Adult Literacy</i>
Weiss (2005)	NVS - <i>Newest Vital Sign</i>
Agre, Stieglitz e Milstein (2006)	<i>Reading Assessment of Cancer Text</i>
Ruud (2007)	HALS - <i>Health Activities Literacy Scale</i>
Instrumentos traduzidos para língua portuguesa brasileira	
Carthery-Goulart <i>et al.</i> (2009)	B-TOFHLA - <i>Brief Test of Functional Health Literacy in Adults</i>
Apolinário <i>et al.</i> (2012)	SAHLSA - <i>Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults</i>
Junkes (2013)	REALD-30 - <i>Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry</i>

Fonte: Moraes, 2014

Recentemente, mais três instrumentos que se propõem a avaliar o letramento funcional em saúde surgiram e estão descritos a seguir:

MSFHL - *Multidimensional Screener of Functional Health Literacy* – instrumento constituído por seis preditores, sendo três variáveis demográficas: grau de instrução do indivíduo (escores de 0 a 3), escolaridade da mãe (escores de 0 a 3), maior ocupação vitalícia (escores de 0 a 1), e três questões: frequência de utilização de computadores (escores de 0 a 1), dificuldade de escrita que impediu o indivíduo de conseguir um emprego melhor (escores de 0 a 1) e dificuldade para ler legendas enquanto vê um filme estrangeiro (escores de 0 a 1), totalizando 10 pontos. Escores 0-3 indicam LFS inadequado, de 4-5 marginal e 6-10 adequado (APOLINÁRIO, 2014).

NVS-BR – *Newest Vital Sign* versão brasileira - Instrumento adaptado transculturalmente e validado por Rodrigues *et al.* em 2017. É um instrumento multidimensional de origem americana (Weiss, 2005) citado no quadro acima, que avalia o LFS a partir de questões sobre o rótulo nutricional de um recipiente de sorvete, sendo que seis questões abordam questões sobre o valor calórico e uma questão refere-se à produtos alérgenos. Segundo seus idealizadores, pode ser considerado o “mais novo sinal vital” por ser rápido, de fácil aplicação e por sinalizar a condição de saúde do indivíduo, considerando que avalia amplamente a dimensão do letramento funcional em saúde pois possui um componente objetivo (baseado em tarefa) e subjetivo (baseado no auto-relato). A pontuação total é 7, sendo que escores de 0-3 sugerem baixo letramento em saúde.

Instrumento de avaliação da literacia em saúde em promoção da saúde – elaborado na Suíça, composto por oito questões com respostas em uma escala do tipo Likert de quatro a cinco pontos, composta por duas questões que abordam o entendimento das informações em saúde, duas questões sobre a busca das informações em saúde, duas questões referentes à interatividade em saúde e duas questões que avaliam o conhecimento crítico em saúde.

Na presente pesquisa, será abordado mais detalhadamente o TOFHLA, em suas três versões, visto que uma delas será o instrumento utilizado para a avaliação do letramento funcional em saúde dos hipertensos entrevistados.

O TOFHLA foi publicado, pela primeira vez, em 1995 (PARKER *et al.*, 1995) e é hoje um dos testes mais referenciados na literatura (WHCA 2010; PASSAMAI, 2012). Seu surgimento se deve ao fato de que se fazia necessária uma abordagem mais ampla, para maior compreensão da avaliação do letramento e para o entendimento do impacto do baixo nível de letramento sobre a saúde dos indivíduos. O letramento funcional em saúde abrangia não só a habilidade de leitura em sala de aula, mas também a compreensão e a competência de se buscarem melhores condições no sistema de saúde (PASSAMAI, 2012).

Atualmente, está disponível em sua versão completa: *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA), “full-length TOFHLA”, em inglês e espanhol, impressos com letras em dois tamanhos diferentes, fonte 12 e fonte 14. A versão longa leva até 22 minutos para ser administrada. Uma versão curta, denominada *Short Test of Functional Health Literacy* (STOFHLA/S-TOFHLA), também disponível em inglês e espanhol, e impresso em fonte 14; e outra versão denominada versão

breve – *Brief Test of Functional Health Literacy* (B-TOFHLA) (BAKER *et al.*, 1999), em que se utiliza o S-TOFHLA, com adição de quatro itens de numeramento, impresso em fonte 14. A versão curta e a versão breve do TOFHLA levam até sete e doze minutos, respectivamente, para serem administradas. O tamanho das fontes relaciona-se com a facilidade de leitura mediante teste de acuidade visual dos entrevistados (PASSAMAI, 2012).

Falando mais especificamente sobre cada uma dessas versões, tem-se que o TOFHLA é composto por duas partes: 50 itens de compreensão textual e 17 itens de numeramento. A parte de compreensão textual é constituída por três passagens: *passagem A* – refere-se ao preparo para exame de Raio X do trato gastrointestinal superior; *passagem B* – refere-se aos direitos e responsabilidades dos pacientes em relação ao serviço de saúde; e *passagem C* – termo de consentimento. Essas passagens foram constituídas por frases com espaços lacunares, inseridos geralmente no intervalo da quinta ou sétima palavra. Para cada lacuna, há quatro opções de palavras, dentre as quais o leitor escolhe aquela que dará sentido à frase. Essa técnica é denominada de técnica de Cloze modificada (NURSS *et al.*, 1995). Assim, pode-se avaliar a habilidade de leitura e a compreensão textual do leitor. Ou seja, analisa-se, de forma indireta, a legibilidade de um texto. Os 17 itens de numeramento fazem a medição da habilidade de compreensão para o uso de medicação, o valor da monitorização glicêmica, o aprazamento da data de consulta e a obtenção da assistência financeira. Os itens respondidos corretamente são multiplicados por uma constante (2,941), criando um escore de 0 - 50. Dessa maneira, o escore total do instrumento é obtido pela soma das duas partes. A classificação global do nível de letramento se dá conforme o escore obtido, a saber: Inadequado Letramento Funcional em Saúde (escore 0-59), Marginal Letramento Funcional em Saúde (escore 60-74) e Adequado Letramento Funcional em Saúde (escore 75-100) (MORAES, 2014).

O STOFHLA/S-TOFHLA apresenta 36 itens de compreensão de leitura (duas passagens) da versão original. Faz a avaliação do letramento no aspecto leitura. Tem se tornado mais atrativo para o uso na prática clínica por conta do seu curto tempo de aplicação (sete minutos) e apresenta boa correlação com a versão original ($r= 0,91$). O escore desse instrumento varia de 0 - 36 pontos e permite classificar o letramento para leitura em: Inadequado Letramento Funcional em Saúde (escore 0-

16), Marginal Letramento Funcional em Saúde (escore 17-22) e Adequado Letramento Funcional em Saúde (escore 23-36) (MORAES, 2014).

O B-TOFHLA, um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento do nível de letramento funcional em saúde, apresenta os 36 itens de compreensão do instrumento anterior além de quatro itens de mensuração da habilidade de numeramento. Autoaplicável em sua parte de compreensão de leitura, exigindo, assim, que o sujeito tenha habilidades para leitura e escrita, não apresente comprometimento cognitivo e tenha acuidade visual mínima de 20/50, determinada pela escala de avaliação de acuidade visual de Snellen (PASSAMAI, 2012). A versão abreviada é disponível apenas no tamanho 14. O instrumento é de rápida aplicação (doze minutos) e, por isso, tem se tornado mais atrativo para a aplicação na prática clínica (BAKER *et al.*, 1999). Foi validado por Baker *et al.* (1999) nos Estados Unidos. A parte de compreensão de leitura (36 itens) é subdividida em duas passagens: passagem A – que se refere ao preparo para o exame de raio X do trato gastrointestinal superior; e passagem B – que se refere aos direitos e responsabilidades dos pacientes em relação ao serviço de saúde. Para a mensuração do numeramento, são disponibilizados ao entrevistado quatro cartões contendo orientações comuns ao ambiente hospitalar. Posteriormente, são realizadas perguntas relacionadas às informações contidas no cartão, que se referem ao intervalo entre medicações, ao valor da monitorização glicêmica, ao aprazamento da data de consulta e ao horário de uso da medicação (BAKER *et al.*, 1999). O cálculo dos escores do B-TOFHLA é realizado pelo somatório das duas partes. As passagens A e B recebem dois pontos para cada lacuna correta, totalizando 36 lacunas (72 pontos). A parte numérica computa sete pontos para resposta correta, totalizando quatro questões (28 pontos). O somatório geral do B-TOFHLA é classificado em:

- Inadequado Letramento Funcional em Saúde – 0 a 53 pontos
- Marginal Letramento Funcional em Saúde – 54 a 66 pontos
- Adequado Letramento Funcional em Saúde – 67 a 100 pontos

Suas propriedades psicométricas demonstraram boa consistência interna, com alfa de *Cronbach* 0,97 para os itens de compreensão de leitura e 0,68 para os itens de numeramento, quando comparada ao TOFHLA (versão original). A opção pela utilização desse teste ainda se deve ao fato de que ele foi aplicado por Carthery-Goulart *et al.* (2009), em sua pesquisa com um grupo de 312 pacientes

brasileiros, atendidos pelo Sistema Único de Saúde, em nível hospitalar, concluindo ser o instrumento adequado para a avaliação do letramento funcional em saúde no Brasil.

Segundo Passamai (2012), alguns estudos têm utilizado a versão breve, citando-a como sendo a curta (STOFHLA), o que tem gerado certa confusão para os leitores. Isso também tem ocorrido porque, na versão breve em inglês, validada por Baker *et al.* (1999), os autores fazem uso da sigla STOFHLA para designar o instrumento. Essa versão foi traduzida e adaptada ao Brasil por Carthery-Goulart *et al.* (2009) na pesquisa intitulada “Desempenho de uma população brasileira no teste de alfabetização funcional para adultos na área de saúde”, que acabaram usando a terminologia dada por Baker *et al.* (1999), mas com a ressalva de que, mesmo usando a denominação STOFHLA, a versão brasileira é a abreviada, isto é, o STOFHLA, acrescido dos quatro itens de numeramento (PASSAMAI, 2012).

Segundo Passamai (2012), os pacientes com *adequado letramento funcional em saúde* são capazes de ler, entender e interpretar a maioria dos textos de saúde, enquanto os pacientes com *inadequado ou marginal letramento funcional em saúde* apresentam dificuldades na leitura, na compreensão e na interpretação da maioria dos materiais em saúde. Os pacientes com essa classificação não serão capazes de ler e entender as orientações dadas pelos profissionais de saúde e poderão, desse modo, fazer uso incorreto da medicação prescrita e não seguir dietas ou condutas prescritas pelos profissionais.

Os objetivos de cada estudo é que devem determinar a versão do instrumento a ser utilizada. Conforme os autores do TOFHLA, sua versão completa está indicada para incluir letramento como uma variável dependente ou independente em uma pesquisa. O S-TOFHLA deve ser utilizado quando se quer investigar pacientes em clínica médica, a fim de determinar níveis de letramento para um programa de educação em saúde, para avaliar e incluir níveis de letramento como uma variável descritiva em pesquisas. E a sua versão breve é recomendada quando se quer avaliar compreensão leitora e numeramento, e não se quer utilizar o TOFHLA em sua versão completa (NURSS *et al.*, 1995 *apud* PASSAMAI, 2012).

Outro ponto que deve ser destacado quando da utilização de qualquer uma das versões do TOFHLA é a necessidade de se fazer o teste de acuidade visual. Isso se faz necessário porque é bastante comum encontrar pessoas com baixo nível de letramento funcional em saúde mascarando suas dificuldades de leitura,

alegando que não conseguem ler bem o material que lhes é entregue. Assim, a dificuldade biológica relacionada à visão deve ser previamente solucionada para não criar viés na avaliação da compreensão textual dos estudados (NURSS *et al.*, 1995 *apud* PASSAMAI, 2012).

Os autores do TOFHLA, na elaboração final do instrumento, consideraram o limite mínimo de 20/50 como uma acuidade visual adequada, segundo a Escala de Sinais de Snellen, também utilizada no “Projeto Olhar Brasil” (BRASIL, 2008). Se o indivíduo faz uso de óculos, deve estar com eles durante a realização do teste. Os autores recomendam que sejam usadas as tabelas de Snellen ou de Rosenbaum e relatam que, para que o indivíduo seja incluído no estudo, é preciso que tenha acuidade mínima para leitura no opótipo de 20/50 (PASSAMAI, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a associação entre letramento funcional em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os níveis de letramento funcional em saúde da população estudada
- Estimar a prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica da população estudada
- Analisar os fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, destinado a analisar a associação entre o letramento funcional em saúde e a adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica de pacientes hipertensos registrados nas fichas de acompanhamento dos agentes comunitários de saúde e acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do município de São João del-Rei, bem como identificar e analisar os possíveis fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso da doença.

4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O município de São João del-Rei localiza-se na região do Campo das Vertentes, no estado de Minas Gerais. Segundo o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), São João del-Rei pertence à Região Ampliada Centro Sul e constitui-se no município polo da Região de Saúde de São João del-Rei. De acordo com o senso demográfico 2010 do IBGE, o município possui 84.469 habitantes, tendo 79.857 pessoas na área urbana (41.875 mulheres e 37.982 homens) e 4.612 na área rural (2.045 mulheres e 2.567 homens), numa área de 1.464.327 km², configurando uma densidade demográfica de 57,68 habitantes por km². Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 93,85% para 94,54%.

O município de São João del-Rei encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde o ano de 2006 e sua Atenção Primária é composta por 13 Equipes de Saúde da Família distribuídas em nove estruturas físicas: Senhor dos Montes, Guarda-Mor, Tejuco, São Sebastião da Vitória, Rio das Mortes, São Geraldo/Bela Vista (duas equipes), Bonfim (duas equipes), Bom Pastor/Pio XII (duas equipes) e Tejuco (duas equipes); quatro Unidades Primárias de Saúde Tradicionais na Zona Rural: Caquende, Emboabas, São Gonçalo do Amarante e Arcângelo; e

três Unidades Primárias de Saúde na área Urbana: Fábricas, Colônia do Marçal e Giarola. As equipes de saúde da família fazem a cobertura de 53% da população.

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados a partir do registro nas fichas de acompanhamento dos agentes comunitários de saúde das 13 equipes de saúde da família do município de São João del-Rei. Foi realizada amostragem aleatória simples e o tamanho da amostra foi calculado com base em uma população de 5.600 hipertensos, com uma adesão de 50%, uma margem de erro de cinco pontos percentuais e um nível de confiança de 95%, chegando-se a um quantitativo de 340 pessoas.

4.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- ser paciente com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica acompanhado pela Equipe de Saúde da Família;
- fazer uso de medicamentos anti-hipertensivos há pelo menos seis meses;
- ter idade igual ou superior a 18 anos;
- ter acuidade visual mínima de 20/50, determinada pela escala de avaliação de acuidade visual de Snellen (a acuidade visual precisa ser determinada, porque faz parte da triagem da população a ser estudada, de acordo com o protocolo de pesquisa determinado pelos autores do TOFHILA).

4.2.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- apresentar dificuldades cognitivas e/ou de comunicação (não foi aplicado nenhum instrumento para a identificação de dificuldades cognitivas. A exclusão do usuário foi feita a partir da observação do pesquisador e das informações repassadas pelos acompanhantes);
- ser dependente de um cuidador para a tomada da medicação.

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho à setembro de 2017, foi realizada pelo próprio pesquisador, nas residências dos usuários, e foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Formulário Coleta de dados - questões estruturadas acerca dos aspectos socioeconômicos, aspectos relacionados ao paciente, aspectos relacionados à doença e seu tratamento e aspectos relacionados à equipe e ao serviço de saúde, de simples aplicação e fácil entendimento (Apêndice A);
- Escala de Adesão Terapêutica de oito Itens de Morisky (MMAS-8) – desenvolvida a partir da escala previamente validada de quatro itens, publicada em 1986, com maior sensibilidade e considerada o método de adesão terapêutica mais utilizado, dada a sua validade e confiabilidade (Anexo 1);
- *Brief Test of Functional Health Literacy in Adults* (B-TOFHLA) – versão breve do TOFHLA, é um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento do nível de letramento funcional em saúde, com 36 itens de compreensão de leitura além de quatro itens de mensuração da habilidade de numeramento (Anexo 2).

4.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

A pesquisa em questão apresenta como variável de desfecho a “adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica”, avaliada pela Escala de Adesão Terapêutica de Morisky (MMAS-8), com suas características descritas no quadro 5, mostrando a forma como o respondente é classificado e o agrupamento utilizado para as análises dos resultados.

Questão	Categoria	Agrupamento
Adesão ao tratamento medicamento da HAS (MMAS-8)	1 – Alta adesão – 8 pontos 2 – Média adesão – 6 a 8 pontos 3 – Baixa adesão – menor de 6 pontos	1 - Aderente (Alta adesão e Média adesão) 2 - Não aderente (Baixa adesão)

Quadro 5 – Critérios estabelecidos para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso

A variável independente “letramento funcional em saúde”, medida pelo instrumento B-TOFHILA, apresenta-se descrita no quadro 6, com a forma de classificação do respondente e o agrupamento utilizado para as análises dos resultados.

Questão	Categoria	Agrupamento
Letramento Funcional em Saúde (B- TOFHILA)	1 – Adequado – 67 a 100 pontos 2 – Limítrofe – 54 a 66 pontos 3 – Inadequado – 0 a 53 pontos	1 – Adequado 2 – Baixo (Limítrofe e Inadequado)

Quadro 6 – Critérios estabelecidos para avaliar o nível de letramento funcional em saúde

As demais variáveis independentes se caracterizam como sociodemográficas, relacionadas ao aspecto paciente, ao aspecto doença e tratamento e ao aspecto equipe e serviço de saúde e estão descritas a seguir.

As variáveis sociodemográficas investigadas foram: sexo (feminino; masculino); faixa etária (18 a 49 anos; 50 a 89 anos); situação conjugal (mora com companheiro (a); mora sozinho (a)); cor/raça (branca; preta; parda); escolaridade (Analfabeto; Ensino Fundamental; Ensino Médio/Superior Incompleto/Superior Completo); Ocupação (Não trabalha; Trabalha) e se o entrevistado possuía, ou não, plano de saúde.

Em relação às variáveis relacionadas ao paciente, foram investigados: avaliação da própria saúde (auto-percepção positiva; auto-percepção negativa); regularidade das consultas médicas (sim; não); motivo da não regularidade das consultas médicas (o tempo de espera é muito grande/dificuldade para marcação de consulta/outro; não acha necessário); credibilidade na importância dos medicamentos (sim; não) e satisfação, ou não, com o atendimento à sua saúde.

Sobre as variáveis relacionadas à doença e ao tratamento, foram investigados: tempo de diagnóstico de HAS (mais de 5 anos; menos de 5 anos); tempo da última aferição da pressão arterial (menos de 6 meses; mais de 6 meses); mudança na dosagem ou tipo de medicamento (sim; não); número de medicamentos para hipertensão arterial/dia (um medicamento; dois ou mais medicamentos); frequência na tomada de medicamentos/dia (uma vez ao dia; duas ou mais vezes ao dia) e reações adversas (sim; não).

As variáveis relacionadas à equipe e ao serviço de saúde investigadas foram: confiança nos profissionais de saúde (completamente; parcialmente/não confia); quem orienta em relação à tomada dos medicamentos para pressão alta (médico; enfermeiro; farmacêutico; outro; ninguém); se já recebeu orientações em relação à alimentação saudável, atividade física e a importância de não beber e não fumar (sim; não); se entende as explicações e orientações dadas pelos profissionais sobre a pressão alta e seu tratamento (sim; não); se sente dificuldade em conversar com os profissionais de saúde (sim; não); se teve acesso aos remédios para a pressão alta nos últimos 3 meses (sim; não); motivo pelo qual não teve acesso aos medicamentos (estavam em falta; outro); local de retirada dos medicamentos para a pressão alta (farmácia popular; farmácia municipal; drogarias); se existia alguma atividade voltada para o tratamento da doença no serviço (sim; não); se o usuário participava das atividades oferecidas pelo serviço (sim; não); se foi hospitalizado nos últimos 12 meses por complicações da HAS (sim; não) e o tempo da última consulta médica (menos de 6 meses; mais de 6 meses).

A escolha das variáveis abordadas no Formulário Coleta de dados (Apêndice A) teve como objetivo abordar todos os aspectos que podem estar relacionados à não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica e foram embasadas na literatura utilizada para a realização do estudo.

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Na análise dos dados, as variáveis qualitativas foram descritas por meio de proporção. A verificação da significância da adesão foi feita com a aplicação do teste qui-quadrado e modelos de regressão de *Poisson* univariados. As variáveis significativamente associadas à adesão foram incluídas em modelos multivariados de regressão de *Poisson*.

4.6 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, por estar de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecidos na Resolução 466/12 CNS e com a Norma Operacional N 001/2013 CNS (Número do parecer: 1.998. 610).

Os entrevistados foram informados a respeito da intenção e dos objetivos do estudo. Aqueles que concordaram em participar assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.7 TESTE PILOTO

Após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, o formulário utilizado para a coleta de dados acerca dos aspectos socioeconômicos, relacionados ao paciente, à doença e seu tratamento e à equipe e ao serviço de saúde foi aplicado em 20 usuários hipertensos do município de São João del-Rei, enquanto os mesmos faziam a retirada de seus medicamentos na Farmácia Municipal. Os objetivos do teste piloto foram avaliar a coerência das perguntas elaboradas; avaliar o entendimento e a compreensão dos hipertensos entrevistados; verificar a aplicabilidade dos instrumentos de coleta de dados na população a ser estudada e identificar a necessidade de possíveis adaptações para atender os objetivos do presente estudo.

Feitas as adaptações necessárias, o instrumento foi considerado adequado aos objetivos do estudo e os usuários que participaram do teste piloto não foram incluídos na amostra da pesquisa.

5 RESULTADOS

Do total de indivíduos abordados, 36 não foram incluídos no estudo pelos seguintes critérios: um (deficiência cognitiva), 18 (dependência de cuidador), 14 (inaptidão visual), 2 (recusa) e 1 (surdez). Os usuários não incluídos no estudo e não encontrados em suas residências após três visitas domiciliares foram substituídos por usuários contemplados na lista de substituição, definida aleatoriamente. A amostra final foi composta por 340 usuários acompanhados pelas 13 equipes de saúde da família do município de São João del-Rei. Todos os hipertensos foram classificados em relação à adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica, segundo a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 itens – MMAS-8. Dos 340 hipertensos, 40 não participaram da avaliação do letramento funcional em saúde, realizada pelo B-THOFLA, por se declararem analfabetos.

A prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica na população de estudo foi de 24,1% (IC 95%: 19,7 – 28,5). Deve-se lembrar que, para a análise da adesão ao tratamento medicamentoso da doença, foram agrupados na categoria “Aderente” os usuários que apresentaram alta adesão e média adesão, e na categoria “Não aderente” os usuários que apresentaram baixa adesão ao tratamento.

Dentre os hipertensos entrevistados, 80,3% apresentaram baixo letramento funcional em saúde. Para a análise do letramento funcional em saúde, foram agrupados na categoria “Letramento adequado” os usuários que obtiveram letramento considerado adequado (acima de 67 pontos), e na categoria “Baixo letramento” os usuários que apresentaram letramento limítrofe e inadequado.

Importante ressaltar que, em relação à adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica, a proporção de usuários não aderentes foi praticamente a mesma para os analfabetos e para os classificados como tendo baixo letramento funcional em saúde. Assim, esses usuários foram incluídos na mesma categoria (Baixo Letramento).

A associação do nível do letramento funcional em saúde com a variável de desfecho adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica está apresentada na tabela 5.

Tabela 5 - Prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, de acordo com a variável letramento funcional em saúde da população de estudo

Variável	N	Não adesão (%)	RP	p-valor	IC(95%)(RP)	
					li	ls
Letramento funcional em saúde						
Adequado	67(19,7%)	13,4	1,99	0,051	1,00	3,98
Baixo	273(80,3%)	26,7				

Fonte: dados da pesquisa.

Abreviações: RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; li: Limite inferior; ls: Limite superior

Os demais fatores relacionados à adesão ao tratamento farmacológico da Hipertensão Arterial Sistêmica, a caracterização da população de estudo e a prevalência da não adesão ao tratamento serão abordados nos parágrafos seguintes.

A maioria dos usuários entrevistados era do sexo feminino (68,5%), com idade entre 50 e 89 anos (88,5%). Parte da amostra de hipertensos relatou viver com o (a) companheiro (a) (61,4%) e se auto-declarou branca (51,4%). Grande parte dos entrevistados apresentava grau de escolaridade inferior ao ensino fundamental (78,2%), não trabalhava (87,6%) e não possuía plano de saúde (58,8%).

Dentre os fatores relacionados às características sociodemográficas dos usuários, na análise bivariada, apenas a variável cor/raça apresentou associação estatisticamente significativa, mostrando que os usuários da cor Preta apresentaram prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso da doença ($p = 0,034$) 100% maior do que o grupo de usuários da cor Parda (RP=2,00; IC 95%: 1,05 - 3,79). Os indivíduos da cor branca mostraram prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso da doença ($p = 0,225$) 44% maior do que o grupo de usuários da cor Parda (RP=1,44; IC 95%:0,80 - 2,60).

As demais variáveis, tais como sexo ($p = 0,958$), idade ($p = 0,889$), situação conjugal ($p = 0,349$), escolaridade ($p = 0,330$), ocupação ($p = 0,105$) e plano de saúde ($p = 0,162$) não apresentaram diferenças estatisticamente significantes nas proporções de não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica. A distribuição da amostra e as prevalências da não adesão em relação às características sociodemográficas estão apresentadas na tabela 6.

Tabela 6 - Prevalências da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, de acordo com as características sociodemográficas da população de estudo

Variáveis	N	Não adesão (%)	RP	p-valor	IC(95%)(RP)	
					li	ls
Sexo			1,02	0,958	0,60	1,73
Masculino	107(31,5%)	24,3				
Feminino	233(68,5%)	24				
Idade			0,94	0,889	0,41	2,17
0 a 49 anos	35(11,5%)	22,9				
50 a 89 anos	301(88,5%)	23,9				
Situação conjugal			1,28	0,349	0,76	2,16
Mora com companheiro (a)	209(61,4%)	25,8				
Mora sozinho (a)	131(38,6%)	21,4				
Cor/Raça				0,045		
Branca	175(51,4%)	24	1,44	0,225	0,80	2,60
Preta	75(22,1%)	33,3	2,00	0,034	1,05	3,79
Parda	90(26,5%)	16,7				
Escolaridade				0,330		
Analfabeto	40(11,8%)	15,2	1,61	0,303	0,65	4,01
Ensino Fundamental	266(78,2%)	24,4	1,98	0,199	0,70	5,62
Ensino Médio, Superior Incompleto e Superior Completo	33(10%)	30				
Ocupação			1,59	0,105	0,91	2,78
Não trabalha	298(87,6%)	22,5				
Trabalha	42(12,4%)	35,7				
Plano de Saúde			1,39	0,162	0,88	2,21
Sim	139(41,2%)	19,4				
Não	200(58,8%)	27				

Fonte: dados da pesquisa.

Abreviações: RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; li: Limite inferior; ls: Limite superior

Os usuários com uma auto-percepção negativa da própria saúde eram representados pela maioria da amostra (64,4%). Grande parte dos entrevistados não compareciam ao médico com regularidade (74,7%), disseram acreditar na importância dos medicamentos anti-hipertensivos para o tratamento da doença (91,4%) e mostraram-se satisfeitos com o atendimento à sua saúde (72,6%).

Dentre essas variáveis, acreditar na importância dos medicamentos para o tratamento da doença mostrou associação estatisticamente significativa na análise bivariada. Os indivíduos que disseram acreditar na importância dos medicamentos para o tratamento da doença ($p = 0,002$) apresentaram prevalência 58% menor de não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS (RP=0,42; IC 95%: 0,24 – 0,73).

Auto-percepção negativa da saúde ($p = 0,591$), não regularidade às consultas médicas ($p = 0,090$), pouca satisfação ou insatisfação com o atendimento à sua saúde ($p = 0,285$) não apresentaram diferenças estatisticamente significantes nas proporções de não adesão ao tratamento medicamentoso da doença. A tabela 7 traz a distribuição da amostra e as prevalências da não adesão em relação às características relacionadas ao paciente.

Tabela 7 - Prevalências da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, de acordo com as características relacionadas ao paciente da população de estudo

Variáveis	N	Não adesão (%)	RP	p-valor	IC(95%)(RP)	
					li	ls
Autopercepção da saúde			0,87	0,591	0,51	1,47
Autopercepção positiva	120(35,6%)	22,5				
Autopercepção negativa	219(64,4%)	25,1				
Regularidade das consultas médicas			0,61	0,090	0,34	1,08
Sim	86(25,3%)	16,3				
Não	254(74,7%)	26,8				
Principal motivo de não ir ao médico regularmente			1,00	0,987	0,57	1,94
Tempo de espera, dificuldades marcação de consultas e outros	116(45,7%)	26,7				
Não acha necessário	138(54,3%)	26,8				
Credibilidade na importância dos medicamentos para o tratamento			0,042	0,002	0,24	0,73
Sim	311(91,4%)	21,5				
Não	29(8,6%)	51,7				
Satisfação com a atendimento à saúde			0,74	0,285	0,43	1,28
Completamente satisfeito	247(72,6%)	22,7				
Parcialmente satisfeito e Insatisfeito	92(27,4%)	28,3				

Fonte: dados da pesquisa.

Abreviações: RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; li: Limite inferior; ls: Limite superior

Os usuários com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica há mais de 5 anos apresentaram-se em maior quantidade na amostra (88,2%), relataram ter aferido a pressão arterial pela última vez há menos de 6 meses (85,7%). A maior parte dos usuários disseram ter tido mudanças na quantidade ou na dosagem da medicação administrada durante o tratamento (57,0%), estavam em uso de dois ou mais medicamentos (70,3%) e faziam uso da medicação duas ou mais vezes ao dia

(75,9%). A minoria dos hipertensos entrevistados relatou a presença de efeitos colaterais (34,7%).

Tempo de diagnóstico da doença maior do que 5 anos ($p = 0,517$), mudança na dosagem ou no tipo de medicamento ($p = 0,496$), aferição da pressão arterial há mais de 6 meses ($p = 0,241$) e número de medicamentos para Hipertensão Arterial Sistêmica tomados ao dia ($p = 0,470$) não apresentaram associação estatisticamente significativa com a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS na análise bivariada.

Em relação à frequência na tomada de medicamentos para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, indivíduos que faziam uso da medicação uma vez ao dia ($p = 0,022$) mostraram prevalência 54% menor de não adesão ao tratamento do que aqueles que faziam uso da medicação duas ou mais vezes ao dia, quando na análise bivariada (RP=0,46; IC 95%: 0,24 – 0,89). A presença de efeitos colaterais também apresentou associação estatisticamente significativa com a não adesão na análise bivariada ($p = 0,042$), mostrando que os usuários não acometidos pelos efeitos colaterais apresentavam prevalência 36% menor de não adesão do que o grupo de usuários acometidos por efeitos colaterais (RP=0,64; IC 95%: 0,41 – 0,98). Na tabela 8 estão apresentadas a distribuição da amostra e as prevalências da não adesão em relação às características relacionadas à doença e ao tratamento.

Tabela 8 - Prevalências da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, de acordo com as características relacionadas à doença e ao tratamento da população de estudo

Variáveis	N	Não adesão (%)	RP	p-valor	IC(95%)(RP)	
					li	ls
Tempo com Hipertensão Arterial Sistêmica			1,31	0,517	0,58	2,97
Há mais de 5 anos	300(88,2%)	24,7				
Há menos de 5 anos	40(11,8%)	20				
Última aferição da pressão arterial sistêmica			0,63	0,241	0,30	1,37
Há menos de 6 meses	305(85,7%)	23,3				
Há mais de 6 meses	34(14,3%)	32,4				
Médico já mudou os remédios para o tratamento da pressão arterial			1,19	0,496	0,72	1,98
Sim	194(57%)	22,2				
Não	142(43%)	25,4				
Número de medicamentos para Hipertensão Arterial Sistêmica por dia			1,22	0,47	0,71	2,10
Um medicamento	99(29,7%)	26,3				
Dois ou mais medicamentos	239(70,3%)	22,6				
Frequência na tomada de medicamentos para HAS por dia			0,46	0,022	0,24	0,89
Uma vez ao dia	80(24,1%)	12,5				
Duas ou mais vezes ao dia	258(75,9%)	27,1				
Reações adversas			0,64	0,042	0,41	0,98
Sim	118(34,7%)	31,4				
Não	221(65,4%)	19,9				

Fonte: dados da pesquisa.

Abreviações: RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; li: Limite inferior; ls: Limite superior

A grande maioria dos usuários entrevistados disse confiar nos profissionais de saúde que os atendiam (97,9%) e referiram receber suas orientações em relação à tomada de medicamentos dos profissionais médicos (94,7%). Recomendações em relação à alimentação saudável, à prática de exercícios físicos e à importância de não beber e não fumar foram relatadas por 50,9%, 61,2% e 67,0% da amostra, respectivamente. A maioria dos usuários relatou entender e compreender as orientações e explicações dadas pelos profissionais de saúde (75,3%) e disseram não ter dificuldades em conversar com os profissionais (75,0%). Pouco mais da metade dos usuários tiveram acesso aos medicamentos anti-hipertensivos nos últimos 3 meses (66,2%). Atividades como grupos de ginástica e grupos de orientação para hipertensos eram as atividades voltadas para o tratamento da

hipertensão em 46,1% e 61,5% das equipes da Estratégia Saúde da Família, respectivamente.

A maioria dos entrevistados relatou não ter sido internada por motivo de complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica nos últimos 12 meses (94,7%) e tiveram sua última consulta para o acompanhamento da doença há mais de 6 meses (64,7%).

Confiar parcialmente e não confiar nos profissionais que os atendiam ($p = 0,136$), relatar não receber informações em relação à importância da alimentação saudável ($p = 0,090$), da prática de atividades físicas ($p = 0,179$) e à importância de não beber e não fumar ($p = 0,282$), realização de consultas médicas há mais de 6 meses ($p = 0,190$) e não hospitalização no último ano ($p = 0,185$) foram variáveis que não apresentaram associação estatisticamente significativa com a adesão ao tratamento farmacológico na análise bivariada.

Usuários que disseram compreender as orientações e as explicações dadas pelos profissionais de saúde ($p = 0,001$) apresentaram uma prevalência de não adesão ao tratamento 51% menor do que aqueles que disseram não compreender as orientações e explicações dadas pelos profissionais de saúde (RP=0,49; IC 95%: 0,31 – 0,76). O grupo de hipertensos que disse não ter dificuldade em conversar com os profissionais ($p < 0,001$) apresentou prevalência 61% menor de não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão (RP=0,39; IC 95%: 0,25 – 0,60). Hipertensos com dificuldades de acesso aos medicamentos nos últimos 3 meses ($p = 0,039$) apresentaram prevalência 83% maior de não adesão ao tratamento do que os que tiveram acesso todas as vezes.

As prevalências da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, de acordo com as características relacionadas à equipe e ao serviço de saúde estão apresentadas na tabela 9.

Tabela 9 - Prevalências da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, de acordo com as características relacionadas à equipe e ao serviço de saúde da população de estudo

Variáveis	N	Não adesão (%)	RP	p-valor	IC(95%)(RP)	li	Is
Confiança nos profissionais de saúde que o atendem			0,31	0,136	0,06	1,57	
Completamente	333(97,9%)	23,7					
Parcialmente e não confia	6(2,1%)	50					
Recebeu informações sobre Alimentação saudável			1,46	0,090	0,94	2,27	
Sim	173(50,9%)	19,7					
Não	167(49,1%)	28,7					
Recebeu informações sobre Importância da atividade física			1,41	0,179	0,85	2,33	
Sim	208(61,2%)	21,6					
Não	132(38,8%)	28					
Recebeu informações sobre Importância de não beber/não fumar			1,33	0,282	0,79	2,23	
Sim	228(67%)	22,4					
Não	112(33%)	27,7					
Compreensão das orientações/explicações dadas pelos profissionais			0,49	0,001	0,31	0,76	
Sim	256(75,3%)	19,1					
Não	84(24,7%)	39,3					
Dificuldades em conversar com os profissionais de saúde			0,39	p<0,01	0,25	0,60	
Sim	85(25,0%)	44,7					
Não	255(75,0%)	17,3					
Acesso aos medicamentos nos últimos 3 meses				0,039			
Sim, todas às vezes	225(66,2%)	20,09					
Não, nunca	66(19,4%)	24,2	1,16	0,697	0,66	2,05	
Às vezes	47(14,4%)	38,3	1,83	0,029	1,06	3,16	
Motivo por não conseguir os medicamentos			1,05	0,907	0,46	2,38	
Estavam em falta	46(40,4%)	30,4					
Outro	68(59,6%)	29,4					
Internação nos últimos 12 meses pela Hipertensão Arterial Sistêmica			0,38	0,185	0,85	1,68	
Sim	18(5,3%)	11,1					
Não	322(94,7%)	24,8					
Última consulta médica			0,70	0,19	0,41	1,20	
Há menos de seis meses	120(35,3%)	20					
Há mais de seis meses	220(64,7%)	26,4					

Fonte: dados da pesquisa. Abreviações: RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; li: Limite inferior; Is: Limite superior

Foram levadas para as análises multivariadas, modelos de regressão de *Poisson*, as seguintes variáveis: cor/raça, credibilidade na importância dos medicamentos para o tratamento da doença, frequência na tomada de medicamentos para a HAS por dia, reações adversas, compreensão das orientações e explicações dadas pelos profissionais de saúde, dificuldade em conversar com os profissionais e acesso aos medicamentos nos últimos 3 meses.

Apesar da variável letramento funcional em saúde ter apresentado valor de *p* ligeiramente superior ao nível de significância clássico de 5%, e considerando que o letramento funcional em saúde apresenta uma forte associação com as variáveis compreensão das orientações e explicações dadas pelos profissionais de saúde e dificuldade em conversar com os profissionais, optou-se por levar a referida variável para a análise multivariada.

Nas análises multivariadas, após controle das variáveis, perderam significância estatística cor/raça, reações adversas e acesso aos medicamentos nos últimos 3 meses. As variáveis credibilidade na importância dos medicamentos para o tratamento da doença, frequência na tomada de medicamentos para o tratamento da HAS por dia, compreensão das orientações e explicações dadas pelos profissionais de saúde, dificuldade em conversar com os profissionais, letramento funcional em saúde e suas razões de prevalência da não adesão ao tratamento estão descritas nas tabelas 10, 11 e 12.

Tabela 10 – Razão de prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, de acordo com as variáveis analisadas na análise multivariada – Modelo 1

Variáveis	RP	p-valor	IC (95%) (RP)	
			li	ls
Credibilidade na importância dos medicamentos para o tratamento	2,09	0,036	0,28	0,95
Frequência na tomada de medicamentos para HAS por dia	2,37	0,018	0,23	0,87
Compreensão das explicações e orientações dadas pelos profissionais de saúde	2,71	0,007	0,33	0,83

Fonte: dados da pesquisa. Abreviações: RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; li: Limite inferior; ls: Limite superior

Tabela 11 – Razão de prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, de acordo com as variáveis analisadas na análise multivariada – Modelo 2

Variáveis	RP	p-valor	IC (95%)(RP)	
			li	ls
Credibilidade na importância dos medicamentos para o tratamento	2,07	0,038	0,29	0,96
Frequência na tomada de medicamentos para HAS por dia	2,30	0,021	0,23	0,89
Dificuldade em conversar com os profissionais de saúde	4,00	0,000	0,25	0,62

Fonte: dados da pesquisa. Abreviações: RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; li: Limite inferior; ls: Limite superior

Tabela 12 – Razão de prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, de acordo com as variáveis analisadas na análise multivariada – Modelo 3

Variáveis	RP	p-valor	IC (95%) (RP)	
			li	ls
Credibilidade na importância dos medicamentos para o tratamento	2,44	0,015	0,26	0,86
Frequência na tomada de medicamentos para HAS por dia	2,28	0,022	0,23	0,89
Letramento funcional em saúde	1,77	0,077	0,93	3,75

Fonte: dados da pesquisa. Abreviações: RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; li: Limite inferior; ls: Limite superior

6 DISCUSSÃO

Na presente pesquisa foi evidenciado que 24,1% da população de hipertensos não adere ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica. Estudos diversos mostram prevalências de não adesão ao tratamento medicamentoso com grande variabilidade, de 14,3% a 73,4% (KROUSEL-WOOD *et al.*, 2011; FERREIRA *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2015; MANSOUR *et al.*, 2016; TAVARES *et al.*, 2016; MEKONNEN *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2014; LIMA *et al.*, 2016; WILIŃSKI J; DABROWSKI M, 2013; NUNES *et al.*, 2015), mas há que se ter cautela na comparação de resultados relacionados à prevalência de não adesão ao tratamento farmacológico, devido aos mais variados enfoques dos estudos, com diferenças significativas em relação às características das populações investigadas, ao tipo de doença estudada e até mesmo ao meio utilizado para a avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso.

Independente disso, ao percebermos que de cada dez usuários de medicamentos contínuos, um ou dois apresentam baixa adesão e outros quatro eventualmente não aderem à terapia, a baixa ou a não adesão constitui-se num desafio à integralidade e eficiência dos sistemas e serviços de saúde (SANTOS, 2013).

Os resultados apontam que, dentre os usuários entrevistados na pesquisa, 80,3% apresentaram baixo letramento funcional em saúde. Estudos sobre o impacto do letramento funcional em saúde na interação entre usuários, profissionais e sistemas de saúde no Reino Unido, Estados Unidos, Austrália e Canadá, mostraram que 20 a 50% da população apresentam baixa competência em letramento funcional em saúde (PASSAMAI *et al.*, 2012). Uma revisão integrativa, realizada por Martins *et al.* (2017), composta por 7 artigos, todos internacionais e oriundos dos EUA, mostrou prevalências de letramento funcional em saúde que variaram de 19 a 44%.

Os estudos que fazem referência ao tema no Brasil são recentes e indicam que o nível de letramento funcional em saúde é inadequado ou marginal. Carthery-Goulart *et al.* (2009), em sua pesquisa, na cidade de São Paulo, com o objetivo de analisar os escores atingidos através do B-TOFHLA, segundo escolaridade e idade, mostraram prevalência de letramento funcional em saúde inadequado de 51,6% entre os idosos e Passamai *et al.* (2012), num estudo para avaliação do letramento funcional em saúde de adultos no Sistema Único de Saúde, através do mesmo

instrumento de avaliação, mostraram prevalência de letramento funcional em saúde inadequado de 68,1%, percentuais menores do que o percentual encontrado na presente pesquisa.

É importante destacar que o letramento funcional em saúde pode ser influenciado por diversas características dos indivíduos, tais como, idade, audição, visão, memória e nível cognitivo e, ainda, por fatores socioculturais como emprego, renda e nível social (NUTBEAM, 2009; IOM, 2004).

Importante ainda ressaltar a relação existente entre escolaridade e letramento funcional em saúde, o que vem sendo pontuado em vários estudos. Nas pesquisas de Apolinário *et al.* (2012) e Carthery-Goulart *et al.* (2009), a variável anos de estudo mostrou-se preditiva para pontuações no teste de letramento. Importante dizer que, mesmo havendo relação entre letramento funcional em saúde e escolaridade, nem sempre o nível educacional reflete um nível de letramento funcional necessário para o contexto em que ele é empregado (SOARES, 2012). E ainda, os usuários do sistema de saúde podem apresentar um alto nível educacional e um letramento adequado e, mesmo assim, não compreender o linguajar empregado no contexto da saúde (SOARES, 2012; IOM, 2004).

No presente estudo, 81,6% dos usuários com baixa escolaridade apresentaram baixo letramento funcional em saúde. A relação entre escolaridade e letramento funcional em saúde será discutida posteriormente.

A associação entre o letramento funcional em saúde e a adesão ao tratamento medicamentoso de doenças crônicas é um tema que, cada vez mais, vem preocupando pesquisadores e profissionais de saúde, uma vez que os estudos vem mostrando os baixos níveis de letramento funcional em saúde dos usuários, o que pode fazer com que o estado de saúde dos mesmos seja comprometido. Baixos níveis de letramento funcional em saúde podem resultar em baixo conhecimento sobre a própria doença e o seu tratamento, baixa capacidade para o entendimento das estratégias de prevenção e promoção da saúde repassadas pelos profissionais e, conseqüentemente, baixa adesão ao tratamento medicamentoso das doenças.

As pesquisas relacionadas ao tema ainda são recentes e apresentam resultados divergentes. O letramento funcional em saúde inadequado contribuiu para a não adesão ao tratamento medicamentoso na revisão integrativa de Martins *et al.* (2017). Em outro estudo, pacientes com níveis mais altos de letramento funcional

em saúde apresentaram taxas de adesão, em média, 14% maior do que os pacientes que tinham baixo letramento funcional em saúde (MILLER, 2016).

A relação entre letramento funcional em saúde e adesão à medicação mostrou-se estatisticamente significativa, porém fraca, nos estudos de Zhang *et al.* (2014). Em contrapartida, algumas pesquisas concluíram que o baixo letramento funcional em saúde não era considerado um fator preditivo para a não adesão aos medicamentos (NÁFRÁDI *et al.*, 2016 e SCHOENTHALER *et al.*, 2009).

No presente estudo, a variável letramento funcional em saúde não mostrou associação estatisticamente significativa na análise bivariada ($p = 0,051$), embora a não adesão ao tratamento medicamentoso entre os pacientes com baixo letramento funcional em saúde tenha sido duas vezes maior do que a não adesão entre os pacientes com letramento funcional em saúde adequado. Quando da análise multivariada, após controle das variáveis, evidenciou-se diminuição da significância estatística ($p = 0,077$).

Apesar dos resultados mostrarem que o letramento funcional em saúde não apresentou associação estatisticamente significativa com a adesão ao tratamento farmacológico da Hipertensão Arterial Sistêmica, não há como negar a associação que o mesmo apresenta com outras duas variáveis investigadas no estudo e fortemente associadas à não adesão: compreensão das orientações e explicações dadas pelos profissionais de saúde e dificuldade em conversar com os profissionais, uma vez que o letramento mostra-se como a competência cognitiva e social dos usuários de saúde para acessar, compreender e usar as informações recebidas em prol da melhora das próprias condições de saúde.

As duas variáveis citadas acima mostraram associação estatisticamente significativa na análise bivariada e permaneceram estatisticamente associadas, após controle das variáveis, nos modelos de regressão final, quando analisadas separadamente. De acordo com os resultados, a porcentagem de usuários com baixo letramento funcional em saúde que relatou não entender as orientações e explicações dadas pelos profissionais mostrou-se 2,3 vezes maior do que a porcentagem de usuários com letramento funcional em saúde adequado que relatou não entender as orientações e explicações. Sobre a dificuldade em conversar com a equipe de saúde, a porcentagem de usuários com baixo letramento funcional em saúde que relatou ter dificuldades mostrou-se 2,7 vezes maior do que a

porcentagem de usuários com letramento funcional em saúde adequado que relatou ter dificuldades em conversar com os profissionais de saúde.

Não compreender as orientações e explicações dadas pelos profissionais de saúde e apresentar dificuldade em conversar com os mesmos pode trazer prejuízos para a relação profissional de saúde/paciente, uma vez que a comunicação entre esses atores pode ser afetada. Muitas das informações e orientações dadas nos serviços de saúde, como por exemplo, dosagem correta dos medicamentos, nome dos medicamentos, informações em relação à prevenção de doenças, à alimentação, aos exercícios físicos e outros, são repassadas por escrito, ou mesmo, verbalmente, aos usuários, assim, entende-se que, tão importante quanto um letramento em saúde adequado, são a utilização de uma linguagem simples e as habilidades de comunicação dos profissionais de saúde (PASSAMAI *et al.*, 2012). E ainda, uma atenção à saúde de qualidade depende da compreensão acerca das informações consideradas relevantes para as condições de saúde dos usuários.

Assim, mostra-se de grande importância considerar o nível de letramento funcional em saúde desses indivíduos, uma vez que há um grande número de pessoas com baixo letramento funcional em saúde nesse contexto. Estratégias que favoreçam a comunicação entre os profissionais e os usuários, que aumentem o acesso às informações e que deem aos usuários a capacidade de usá-las em prol da melhora da própria saúde são estratégias que podem melhorar o letramento funcional em saúde de uma dada população.

A relação entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e a adesão ao tratamento medicamentoso das doenças crônicas é amplamente investigada e apresenta resultados divergentes. No estudo em questão, evidenciou-se que não houve associação significativa entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, exceto para a variável cor/raça, na análise bivariada. Cada um desses fatores será discutido nos parágrafos seguintes.

Maior adesão ao tratamento medicamentoso foi verificada entre as mulheres nas pesquisas de Silva *et al.* (2014), Giroto *et al.* (2013) e Krousel-Wood *et al.* (2009). Na revisão de Jin *et al.* (2008), o sexo feminino mostrou-se mais aderente em alguns estudos e menos aderente em outros. Numa coorte realizada por Van Wijk *et al.* (2008), nos EUA, no Canadá e na Holanda, o sexo associado à não adesão ao tratamento foi o sexo masculino.

Embora haja divergências entre os resultados dos estudos, pesquisas apontam que as mulheres se preocupam mais com a própria saúde do que os homens, frequentam de forma mais assídua os serviços de saúde, se expõem menos aos riscos e, conseqüentemente, apresentam maior adesão ao tratamento medicamentoso das doenças crônicas (MENDONÇA, SANTOS; 2011; JESUS *et al.*, 2008).

Na presente pesquisa, não houve diferença na adesão ao tratamento medicamentoso em função do sexo, bem como nos estudos de Mekonnen *et al.* (2017) e Mansour *et al.* (2016). A maior prevalência do sexo feminino (68,5%) reforça a ideia de que as mulheres se preocupam mais com a própria saúde e frequentam mais as unidades de saúde, porém, isso não resulta numa maior adesão ao tratamento medicamentoso entre elas, conforme evidenciado no estudo.

Associação significativa entre idade e adesão ao tratamento de doenças crônicas, mostrando menor adesão entre indivíduos mais jovens, foi encontrada nos estudos de Tavares *et al.* (2016), Souza *et al.* (2015), Girotto *et al.* (2013) e Krousel-Wood *et al.* (2009). Uma hipótese para justificar a maior adesão ao tratamento por indivíduos com mais idade é que o medo de agravo à saúde, a vontade de viver e a necessidade do cumprimento do tratamento aumentam o grau de motivação para cumprir a terapêutica medicamentosa (CINTRA *et al.*, 2010). Em contrapartida, alguns estudos mostraram que o avançar da idade pode afetar a adesão dos pacientes idosos.

Esse resultado pode ser devido ao baixo nível de educação de pacientes mais velhos, bem como às incapacidades físicas apresentadas por alguns pacientes participantes das pesquisas. Outras razões plausíveis para menor adesão entre os idosos, tais como problemas de visão, audição e memória, dificuldades em seguir as instruções terapêuticas por deficiências cognitivas, bem como por dificuldades físicas, também foram apresentadas (JIN *et al.*, 2008). A relação entre pacientes idosos e não adesão ao tratamento foi mostrada também nos estudos de Santa Helena, Nemes e Eluf Neto (2010).

Na presente pesquisa, a idade não mostrou-se associada à adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica, assim como nos estudos de Mekonnen *et al.* (2017) e Mansour *et al.* (2016).

Pode-se dizer que a raça reflete a confluência de fatores biológicos, geográficos, culturais, econômicos, políticos e legais (SANTOS, 2011). Assim,

barreiras existentes em virtude das desigualdades raciais podem ser determinantes importantes no acesso e na utilização dos serviços de saúde (BRASIL, 2012b). Estudos que busquem entender as disparidades raciais no que concerne à adesão ao tratamento das doenças cardiovasculares mostram-se de grande relevância, uma vez que a diminuição das mortes causadas pelas doenças crônicas não tem sido uniformemente distribuída entre as raças. As taxas de mortalidade por 100 mil habitantes no Brasil, no ano de 2010, ajustadas por idade, para hipertensão arterial em homens/mulheres brancos, pardos e negros foram, respectivamente, 11,9/17,0, 16,3/22,0, e 28,8/34,5 (LOTUFO, BENSENOR, 2013).

Associação entre a não adesão terapêutica e a raça negra foi encontrada nos estudos de Martin *et al.* (2010), Van Wijk *et al.* (2008) e Bosworth *et al.* (2006). No presente estudo, a raça negra mostrou-se associada à não adesão ao tratamento medicamentoso na análise bivariada. Os resultados encontrados mostraram que a adesão foi maior entre os pardos e menor entre os pretos. Após controle das variáveis, na análise multivariada, a associação entre adesão medicamentosa e raça fica diminuída. Ainda no presente estudo, merece destaque o fato de pardos terem apresentado maior adesão ao tratamento do que os brancos, embora sem significância estatística, o que se mostrou contrário às nossas expectativas. Não foi evidenciada diferença na adesão ao tratamento em função da raça nos estudos de Tavares *et al.* (2016), Mansour *et al.* (2016) e Silva *et al.* (2014).

As divergências apresentadas pelos estudos podem ser explicadas pelo fato de que a raça apresenta-se como uma característica influenciada por diversos fatores, tais como, biológicos, geográficos, culturais, econômicos, políticos e legais. As desigualdades advindas dessas condições podem ser determinantes importantes no acesso e na utilização dos serviços de saúde.

Mulheres ou homens que vivem sozinhos apresentam maiores chances de não adesão ao tratamento (NUNES *et al.*, 2015, EGBI *et al.*, 2015, KROUSELWOOD *et al.*, 2008 e PIRES e MUSSI, 2008). No estudo em questão, não foi encontrada diferença na adesão ao tratamento medicamentoso em função da situação conjugal, o que também foi encontrado nos estudos de Mansour *et al.* (2016) e Silva *et al.* (2014).

A relação entre escolaridade e adesão ao tratamento das doenças crônicas tem sido muito investigada e apresenta-se como um fator que deve ser considerado no processo de cuidado. A baixa adesão ao tratamento medicamentoso mostrou-se

maior nos indivíduos com menor escolaridade, exigindo assim, que os profissionais busquem estratégias para uma melhor compreensão do que está sendo prescrito (TAVARES *et al.*, 2016). Alguns autores sugerem que, apesar da maior escolaridade estar relacionada a um maior conhecimento da doença, o que pode favorecer uma maior adesão ao tratamento medicamentoso de doenças crônicas, é possível que indivíduos com escolaridade mais baixa aceitem com maior facilidade as orientações dadas pelos profissionais de saúde (TUESCA-MOLINA *et al.*, 2006).

Na presente pesquisa não foi evidenciada diferença na adesão ao tratamento medicamentoso da doença em função da escolaridade, bem como nos estudos de Mansour *et al.* (2016) e Silva *et al.* (2014). Porém, os resultados mostraram que 81,6% da população com baixa escolaridade apresentou baixo letramento funcional em saúde, o que pode comprometer a adesão ao tratamento da HAS. De acordo com essas informações, é possível sugerir que a baixa escolaridade possa ser compensada com estratégias que aumentem o nível de letramento funcional em saúde dos hipertensos entrevistados, o que pode favorecer o processo de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS.

Não foi encontrada diferença na adesão ao tratamento medicamentoso em função da ocupação na presente pesquisa. Resultado semelhante foi apresentado pelo estudo de Silva *et al.* (2014). Esses achados são reforçados pelo estudo de Couto *et al.* (2007), onde os autores relatam que o trabalho é tido, muitas vezes, como um fator gerador de estresse, aumentando assim as chances de os usuários desenvolverem doenças crônicas, devido ao tipo de atividade desenvolvida, bem como, aos diversos fatores que podem fazer com que o ambiente de trabalho seja insalubre. E ainda, o fato de não trabalhar pode proporcionar ao paciente maiores condições de acesso aos serviços de saúde, além de uma maior disponibilidade para se dedicar ao tratamento medicamentoso, o que pode favorecer o processo de adesão ao tratamento (PASSOS *et al.*, 2006).

Não possuir plano de saúde não mostrou-se associado à adesão ao tratamento medicamentoso no presente estudo, assim como no estudo de Silva *et al.* (2014). Nas pesquisas realizadas por Tavares *et al.* (2016) e (2013), não ter plano de saúde permaneceu associado à baixa adesão ao tratamento medicamentoso, após análise ajustada. Espera-se que os hipertensos com acesso a plano de saúde sejam mais aderentes ao tratamento farmacológico, e ainda, por apresentarem melhores condições de saúde e maior escolaridade, podem

apresentar um maior conhecimento sobre a doença e sobre a importância do seu tratamento, melhorando assim a sua adesão (GIROTTO, 2008).

Sobre as variáveis relacionadas ao paciente foram investigadas na presente pesquisa a auto-percepção da própria saúde, a regularidade das consultas médicas, a credibilidade na importância dos medicamentos para o tratamento da doença e a satisfação com o atendimento à sua saúde.

Usuários com autopercepção negativa da própria saúde apresentaram maiores chances de não adesão ao tratamento medicamentoso (MEKONNEN *et al.*, 2017). Estudos revelam que a probabilidade de baixa adesão foi cerca de três vezes maior naqueles que apresentaram autopercepção de saúde ruim ou muito ruim (TAVARES *et al.*, 2016). Os pacientes que apresentam melhor autopercepção de saúde tem melhor adesão ao tratamento, o que pode contribuir para diminuir o agravamento causado pelas doenças crônicas (DIMATTEO *et al.*, 2004). Na presente pesquisa, não foi evidenciada diferença na adesão ao tratamento medicamentoso em função da autopercepção da própria saúde entre os entrevistados.

Importante ressaltar que a autoavaliação do estado de saúde é considerada medida válida, confiável, sensível a mudanças e que reflete o estado de saúde objetivo (FERNANDES; KIMURA, 2010).

O número de usuários que não comparecem regularmente ao médico foi grande no estudo em questão, porém não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre essa variável e a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. Num estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto/SP em 2005, que avaliou 245 pacientes hipertensos, 89,7% dos entrevistados compareceram às consultas médicas e apresentaram maior adesão quando comparados aos pacientes faltosos. É importante deixar claro que a mensuração periódica da pressão arterial é a única maneira de se identificar alteração nos níveis tensionais e deve fazer parte de todas as avaliações de saúde. É notório que o grande desafio no tratamento da HAS é ainda o controle da doença, o que está diretamente relacionado com o processo de adesão (PIERIN *et al.*, 2016). Variações nos níveis pressóricos podem ser controladas pela assiduidade às consultas ambulatoriais, o que pode elevar as taxas de adesão ao tratamento medicamentoso. Hipertensos assíduos às consultas eram mais aderentes ao tratamento

medicamentoso, apresentando percentual de adesão de 90,9%, enquanto os faltosos tinham adesão de 56,0% (COELHO *et al.*, 2005).

Acreditar na importância dos medicamentos é considerado um fator significativo para a adesão ao tratamento, mostrando-se fortemente relacionado com os cuidados com a própria doença. Os resultados deste estudo mostraram que 91,4% dos hipertensos disseram acreditar na importância dos medicamentos anti-hipertensivos para o tratamento da doença e essa foi uma variável que permaneceu estatisticamente associada no modelo de regressão final. Na pesquisa realizada por Tavares *et al.* (2013), quando questionados sobre a efetividade dos medicamentos, apenas 5,2% dos usuários relataram que o medicamento “não funcionava bem”, e esse resultado não mostrou significância estatística. Em sua revisão qualitativa, Jin *et al.* (2008) mostraram que a adesão ao tratamento foi melhor quando o paciente acreditava que o tratamento seria eficaz ou percebia benefícios da terapia.

A grande maioria dos usuários abordados neste estudo relatou estar satisfeita com o atendimento à sua saúde e não foi evidenciado associação significativa dessa variável com a adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica, bem como no estudo de Pierin *et al.* (2016). Estes autores evidenciaram que a falta de médico é um dado preocupante, que ainda se faz presente no sistema de saúde brasileiro, e que o relacionamento com a equipe de saúde é primordial para que se estabeleçam condições favoráveis para a participação do paciente nos cuidados com a sua saúde.

Tempo com Hipertensão Arterial Sistêmica e última consulta médica não mostraram associação estatisticamente significativa com a adesão ao tratamento medicamentoso na presente pesquisa, bem como nos estudos de Mansour *et al.* (2016). Alguns estudos relatam que pacientes que fazem uso da medicação anti-hipertensiva por um longo período se conscientizam da importância do tratamento e isso acaba por fortalecer a adesão à terapia medicamentosa (MEKONNEN *et al.*, (2017).

O número de medicamentos tomados ao dia e a frequência na ingestão dos mesmos são fatores que se mostram associados ao processo de adesão ao tratamento medicamentoso, tendo essa última variável mostrado, no presente estudo, associação estatisticamente significativa no modelo de regressão final. Importante salientar que o elevado número de medicamentos e suas doses diárias são cada vez mais comuns em intervenções médicas, em função do aumento da

carga das doenças crônicas na população (MENDES, 2011). Estudos conduzidos por Pollack *et al.* (2010), em diabéticos nos EUA, e em idosos de Belo Horizonte aposentados pelo INSS (Acurcio *et al.*, 2010) mostraram associação direta entre complexidade da terapia e não adesão. A frequência de utilização dos medicamentos também teve um impacto negativo sobre a adesão nos estudos de Libby *et al.* (2013). Nos Estados Unidos, um estudo revelou que cada nova dose diária introduzida no regime terapêutico leva a uma redução direta da taxa de adesão ao tratamento (CHOUDHRY *et al.*, 2011).

A discussão sobre o impacto desses fatores na adesão ao tratamento medicamentoso de uma doença deve levar em consideração não só o número de medicamentos tomados, mas também, a complexidade e a compatibilidade da conduta terapêutica às necessidades do usuário, uma vez que é possível reduzir o número de doses diárias e aumentar a adesão, sem deixar de fazer uso de medicamentos essenciais à condição clínica do paciente (LIBBY *et al.*, 2013 e OSTERBERG, BLASCHKE, 2005). Importante ainda ressaltar que, nos estudos de Shi *et al.* (2007), os autores concluíram que com a diminuição na frequência dos medicamentos também é possível observar uma diminuição nas reações adversas e uma redução de custos para os serviços de saúde.

A variável reações adversas da medicação, embora estatisticamente associada à adesão ao tratamento medicamentoso da HAS na análise bivariada, não apresentou associação estatisticamente significativa após controle das variáveis, na análise multivariada. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Mansour *et al.* (2016) e Pierin *et al.* (2016). Os efeitos colaterais dos medicamentos podem reduzir em sete vezes as chances dos pacientes aderirem à terapia medicamentosa (CINTRA *et al.*, 2010). Na revisão sistemática de Jin *et al.* (2008), todos os 17 estudos sobre efeitos colaterais e adesão terapêutica mostraram que os efeitos colaterais ameaçam a adesão do paciente ao tratamento. A mesma revisão sistemática mostrou também que, em um dos estudos, a segunda maior razão para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo foi a presença de efeitos colaterais.

Confiança nos profissionais de saúde não se mostrou associada à adesão ao tratamento medicamentoso da doença na pesquisa em questão. Acesso aos medicamentos nos últimos três meses mostrou associação estatisticamente

significante com a adesão ao tratamento medicamentoso na análise bivariada, mas perdeu significância estatística quando na análise multivariada.

O custo dos medicamentos apresenta-se como um fator importante na adesão ao tratamento das doenças. Estudos mostram que usuários que precisaram comprar parte ou todos os seus medicamentos apresentaram adesão mais baixa em relação aos que não precisaram pagar pelos medicamentos. Em estudo de base ambulatorial realizado em Campinas/SP, a falta de medicamentos nas unidades básicas de saúde e os gastos com os mesmos foram apontados como as principais dificuldades para aquisição de medicamentos pelos idosos entrevistados (CINTRA *et al.*, 2010).

Resultados assim reforçam a importância de uma gestão adequada da assistência farmacêutica nos serviços de atenção básica, o que pode favorecer o processo de adesão dos usuários (TAVARES *et al.*, 2013). Observa-se que, quando o medicamento é fornecido ao paciente de forma integral, há maior percentual de adesão ao tratamento (VANCINI-CAMPANHARO *et al.*, 2015). E ainda, o alto custo da medicação foi um dos fatores citados pelos usuários como responsável pelo abandono do tratamento nos estudos de Santa-Helena *et al.* (2010) e Cristiane *et al.* (2004).

A questão relacionada ao acesso aos medicamentos para a adequada realização do tratamento é tida como de grande importância e reconhecida por publicações internacionais (WHO, 2003). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) fornece aos usuários um elenco de medicamentos essenciais, principalmente medicamentos para o tratamento das doenças crônicas, no entanto, o acesso aos medicamentos ainda se apresenta como um problema complexo e multifatorial.

Os resultados apresentados no estudo mostram que a maior credibilidade na importância dos medicamentos para o tratamento da HAS, a menor frequência na tomada dos medicamentos para a HAS por dia, a melhor compreensão das orientações e explicações dadas pelos profissionais de saúde e a maior dificuldade em conversar com os profissionais são fatores que estão estatisticamente associados à não adesão ao tratamento medicamentoso da doença.

A variável de interesse, letramento funcional em saúde, embora não tenha se mostrado estatisticamente associada à não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, mostra uma importante relação com as duas variáveis investigadas no estudo – compreensão das orientações e explicações dadas pelos profissionais de

saúde e dificuldade em conversar com os profissionais – variáveis que se mostraram fortemente associadas à não adesão ao tratamento medicamentoso nas análises multivariadas.

Conhecer as condições que podem estar associadas ao processo de não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS pode possibilitar a elaboração e o planejamento de ações de saúde coordenadas entre gestores e profissionais de saúde e direcionadas às necessidades específicas de cada população. É possível supor que mudanças baseadas na complexidade do regime terapêutico, uma adequada assistência à saúde, baseada nas particularidades de cada indivíduo, levando em conta a influência que o mesmo recebe do meio que o cerca e, ainda, uma boa relação entre o profissional e o paciente, baseada na importância da comunicação entre eles, da orientação dos usuários através da utilização de uma linguagem mais simples e adequada, da simplificação dos materiais utilizados e disponibilizados aos pacientes podem compensar os baixos níveis de letramento funcional em saúde e aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS.

Como limitações apresentadas pelo estudo, cita-se a forma pela qual foram selecionados os hipertensos, uma vez que as fichas de acompanhamento dos agentes comunitários de saúde não contemplam todos os hipertensos existentes nas áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família do município de São João del-Rei. O uso de questionários, sujeitos à vieses, também se apresentam como uma limitação do estudo. Além disso, a grande variabilidade dos métodos e instrumentos para a avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso limita a comparação entre os estudos realizados. Apesar disso, os resultados apresentados permitiram analisar a associação entre o letramento funcional em saúde e demais fatores e a adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica.

7 CONCLUSÃO

Os resultados do estudo mostram que a não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica foi encontrada em 24,1% dos hipertensos entrevistados. Como fatores estatisticamente associados ao processo de não adesão ao tratamento medicamentoso da doença, na análise multivariada, foram encontrados a credibilidade na importância dos medicamentos para o tratamento da HAS, a frequência na tomada dos medicamentos para a doença por dia, a compreensão das orientações e explicações dadas pelos profissionais de saúde e a dificuldade em conversar com os profissionais.

Baixo letramento funcional em saúde foi encontrado em 80,3% dos hipertensos entrevistados. Quando da análise multivariada da associação entre o letramento funcional em saúde e a adesão ao tratamento medicamentoso da doença, percebe-se que a proporção de usuários não aderentes ao tratamento com baixo letramento funcional em saúde é 77% superior à proporção de usuários não aderentes à terapia medicamentosa com letramento funcional em saúde adequado.

Conhecer o nível de letramento funcional em saúde de uma população permite aos profissionais de saúde identificar as limitações apresentadas pelos usuários em relação ao acesso e à compreensão das informações e orientações que lhe são repassadas. Assim, a equipe de saúde pode elaborar estratégias que favoreçam o processo de comunicação entre profissionais de saúde e usuários do sistema, base fundamental para uma boa relação terapêutica entre os mesmos. Uma relação profissional de saúde/paciente baseada na importância da comunicação entre eles, bem como da orientação dos usuários através da utilização de uma linguagem mais simples e adequada, da simplificação dos materiais utilizados e disponibilizados aos pacientes podem compensar os baixos níveis de letramento funcional em saúde, fazendo com que as informações e orientações necessárias ao manejo e ao acompanhamento da doença sejam mais facilmente compreendidas pelos usuários, objetivando tomadas de decisões em saúde mais adequadas, aumentando assim a adesão ao tratamento medicamentoso da doença.

É possível supor ainda que mudanças baseadas na complexidade do regime terapêutico, uma adequada assistência à saúde, baseada nas particularidades de cada indivíduo, levando em conta a influência que o mesmo recebe do meio que o cerca possam aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS.

O presente estudo contribui para a identificação dos grupos de hipertensos mais vulneráveis à não adesão ao tratamento farmacológico da Hipertensão Arterial Sistêmica, bem como para o conhecimento do impacto do baixo letramento funcional em saúde na população estudada. Além disso, diante da escassez de publicações relacionadas ao tema letramento funcional em saúde no Brasil, o estudo contribui para a ampliação do conhecimento, o que pode permitir aos gestores e profissionais de saúde a implementação de políticas e ações de saúde mais eficazes e voltadas para superar as limitações apresentadas pelos usuários do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ACURCIO F.A. *et al.* Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. **Rev Assoc Med Bras**, 55:468-74, 2009.

ADAMS, O.P.; CARTER, A.O. Diabetes and hypertension guidelines and the primary health care practitioner in Barbados: knowledge, attitudes, practices and barriers-a focus group study. **BMC Fam Pract**, v. 11, n. 96, p. 1-9, 2010.

ALBERT, N. M. Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. **Critical Care Nurse**, v. 28, n. 5, p. 54-64, 2008.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION AD HOC COMMITTEE ON HEALTH LITERACY (AMA). Health literacy: report of the council on scientific affairs. *JAMA.*, v. 281, n. 6, p. 552-557, 1999. In: PASSAMAI, M. P. B. **Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do sistema único de saúde: um caminho para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.** 2012. 240 p. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

ANARELLA J. *et al.* A survey of Medicaid recipients with asthma: perceptions of self-management, access, and care. **Chest**, n. 125, p. 1359-1367, 2004.

Apolinário D. *et al.* Short assessment of health literacy for portuguese - speaking adults. **Rev Saude Publica**, 46(4):702-11, 2012.

APOLINARIO D. *et al.* Detecting limited health literacy in Brazil: development of a multidimensional screening tool. **Health Promot. Int.**, v. 29, n. 1, p. 5-14, mar. 2014. Disponível em: <<http://heapro.oxfordjournals.org/content/29/1/5.full.pdf+html>>. Acesso em: 28 de jun. de 2016.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006.

BARBOSA, L. S.; SCALA, L. C. N.; FERREIRA, M. G. Associação entre marcadores antropométricos de adiposidade corporal e hipertensão arterial na população adulta de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 237-247, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000200013>

BAKER, D. W. *et al.* Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient Education and Counseling**, v. 38, i. 1, p. 33-42, 1999.

BERKMAN, N.D.; DAVIS, T. C.; MCCORMACK, L. Health literacy: what is it? **J Health Commun**, v. 15, n. 9, p. 9-19, 2010.

BERTOLOZZI, M. R. A adesão ao Programa de Controle da Tuberculose na perspectiva da estratégia do Tratamento Diretamente Observado (“DOTS”) no município de São Paulo. 2001. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

BLANCHET, K. D. Innovative programs in telemedicine: Great Plains Telehealth Resource and Assistance Center. **Telemed J E Health**, v. 14, n. 9, p. 870-874, 2008.

BLATT, C. R.; CITADIN, C. B.; DE SOUZA, F. G.; MELO, R. S.; GALATO, D. Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 42, n. 2, p. 131-136, 2009.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2979-2984, 2008.

BORGES, J. W. P. *et al.* Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 487-494, 2012.

BORGES, J. W. P. Instrumento de avaliação da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo. 2012. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

BOSWORTH, H. B. *et al.* Racial differences in blood pressure control: potential explanatory factors. **Am J Med**, v. 119, n. 1, p. 70.e9-15, 2006.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base – documento I. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2007. 70 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Geras**: Documento Básico. Brasília: MS/Geras, 1993. p. 13 (aprovado no Conselho Nacional de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica, 16).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto Olhar Brasil**: triagem de acuidade visual: manual de orientação. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2009. 43 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 – 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. **Saúde da população negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 177-185, 1999.

CARTHERY-GOULART, M. T. *et al.* Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Revista de Saúde Pública**, n. 43, p. 631-638, 2009.

CHOUDHRY N.K. *et al.* The implications of therapeutic complexity on adherence to cardiovascular medications. **Arch Intern Med**, 171:814-22, 2011.

CHRESTANI, M. A. D.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A. M. Hipertensão arterial sistêmica autorreferida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2395-2406, nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009001100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100010>

CINTRA F.A. *et al* Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Cienc Saude Coletiva**. 2010;15 Supl 3:3507-15. DOI:10.1590/S1413-81232010000900025 [Links]

COELHO E.B. *et al* Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arq Bras Cardiol.**, set; 85(3):157-61, 2005.

CONRAD, P. The meaning of medication: another look at compliance. **Social Science and Medicine**, v. 20, n. 1, p. 29-37, 1985.

Couto H.A. *et al* Estresse ocupacional e hipertensão arterial sistêmica. **Rev Bras Hipertens**. Rio de Janeiro;14(2):112-5, 2007.

CRAMER, J. A. A Systematic Review of Adherence with medications for diabetes. **Diabetes Care**, v. 27, n. 5, p. 1218-1224, 2004.

Cristiane S.G. *et al* Comparação dos perfis de pacientes hipertensos atendidos em Pronto Socorro e em tratamento ambulatorial. **Rev Esc Enferm USP**. 38(1):90-8, 2004.

DIMATTEO M.R. *et al* Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. **Med Care**. Sep;40(9):794-811, 2002 DOI:10.1097/00005650-200209000-00009

DI MATTEO, M. R. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. **Med Care**, v. 42, n. 3, p. 200-209, 2004.

DOSSE, C.; CESARINO, C. B.; MARTIN, J. F. V.; CASTEDO, M. C. A. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 201-206, 2009.

DOWELL, J.; HUDSON, H. A qualitative study of medication-taking behavior in primary care. **Family Practice**, v. 14, n. 5, p. 369-375, 1997.

Egbi O.G. *et al.* Prevalence of hypertension and its correlates among employees of a tertiary hospital in Yenagoa, Nigeria. **Ann Afr Med**;14(7):8-17 2015.

ELIAS, P. E. *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, set. 2006.

ELLIOTT, W. J.; RAM, C. V. Calcium channel blockers. **J Clin Hypertens (Greenwich)**, v. 13, n. 9, p. 687-689, 2011.

ERDINE, S. Compliance with the treatment of hypertension: the potential of combination therapy. **J Clin Hypertens**, v. 12, n. 1, p. 40-6.46, 2010.

EVANS, L.; SPELMAN, M. The problem of non-compliance with drug therapy. **Drugs**, v. 25, p. 63-76, 1983.

FERNANDES, W. C.; KIMURA, M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18 n. 3, mai-jun. 2010.

FERREIRA R. A. *et al.* Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. **Cad Saude Publica**. 2014; 30(4):815-26. DOI:10.1590/0102-311X00160512

FONGWA, M. N. *et al.* Adherence treatment factors in hypertensive African American women. **Vasc Health Risk Manag**, v. 4, n. 1, p. 157-166, 2008.

FROST, M. H. *et al.* Patient-Reported Outcomes Consensus Meeting Group What is sufficient evidence for the reliability and validity of patient-reported outcome measures? **Value Health**, v. 10, suppl. 2, p. S94-S105, 2007.

FUCHS, D. F. Comparação entre medicamentos para o tratamento inicial da Hipertensão Arterial. **Uso Racional de Medicamentos: fundamentos em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da assistência farmacêutica**, v. 1, n. 3, 2016.

GABARRÓ, M. El cumplimiento terapéutico. **Pharm Care Esp**, n. 1, p. 97-106, 1999.

GAL, I.; VAN GROENESTIJN, M.; MANLY, M. Adult numeracy and its assessment in the ALL survey: A conceptual framework and pilot results. In: MURRAY, S. T.; CLERMONT, Y.; BINKLEY, M. (Ed.), **Measuring adult literacy and life skills: New frameworks for assessment**. Ottawa: Statistics Canada, 2005. p. 137-191.

GASCON J. J. *et al.* Treatment Compliance in Hypertension Study Group. Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study. **Fam Pract**, n. 21, p. 125-130, 2004.

GIROTTO, Edmarlon. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família, Londrina, PR / Edmarlon Girotto. – Londrina, 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2008.

GIROTTO E, ANDRADE SM, CABRERA MA, MATSUO T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Cienc Saude Coletiva**. 2013;18(6):1763-72. DOI:10.1590/S1413-81232013001400027

GLYNN, L. G.; MURPHY, A. W.; SMITH, S. M.; SCHROEDER, K.; FAHEY, T. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 3, CD005182, 17 mar. 2010.

GOHAR, F.; GREENFIELD, S. M.; BEEVERS, D. G.; LIP, G. Y.; JOLLY, K. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. **BMC Complement Altern Med**, v. 8, n. 8, p. 4, 2008. PMID: 18261219; PubMed Central PMCID: PMC2259297.

GOLBECK, A. L.; AHLERS-SCHMIDT, C. R.; PASCHAL, A. M.; DISMUKE, S. E. A definition and operational framework for health numeracy. **Am J Prev Med**, v. 29, n. 4, p. 375-376, 2005. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379705002576>> Acesso em: data?

GONÇALVES, M. C. *et al.* **Educação permanente em saúde: dispositivo para a qualificação da Estratégia Saúde da Família**. Belém: UFPA, 2008.

GONZALEZ J. *et al.* Adherence to mental health treatment in a primary care clinic. **J Am Board Fam Pract**, n. 18, p. 87-96, 2005.

GUSMÃO J. L. *et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev. Bras. Hipertens**, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

HASHMI, S. K. *et al.* Factors Associated with Adherence to Anti-Hypertensive Treatment in Pakistan. **PLoS ONE**, v. 2, n. 3, p. 280, 2007.

HIGGINS, N.; REGAN, C. A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. **Age and Ageing**, v. 33, n. 3, p. 224-229, 2004. [PubMed]

HO, P. M.; BRYSON, C. L.; RUMSFELD, J. S. Medication Adherence: Its importance in Cardiovascular Outcomes. **Circulation**, n. 119, p. 3028-3035, 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE – IOM. **Health literacy: a prescription to end confusion**. Washington, DC: The National Academics Press, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO PÚBLICA E ESTATÍSTICA – IBOPE. https://www.google.com.br/search?q=2001,+pelo+Instituto+Paulo+Montenegro+%E2%80%93+A%C3%A7%C3%A3o+Social+do+IBOPE&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gws_rd=cr&ei=tFHqWOLelcHgjwTR2b2oCA

INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO PÚBLICA E ESTATÍSTICA – IBOPE. **4 Indicador nacional de alfabetismo funcional: um diagnóstico pela inclusão social pela educação (avaliação de habilidades matemáticas)**. 2004. 21p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO PÚBLICA E ESTATÍSTICA – IBOPE. **Indicador nacional de alfabetismo funcional (INAF BRASIL 2011): principais resultados**. 2011. 25 p.

JESUS, E. S.; AUGUSTO, M. A. O.; GUSMÃO, J.; MION JÚNIOR, D.; TEGA, K.; PIERIN, A. M. G. Profile of hypertensive patients: biosocial characteristics, knowledge, and treatment compliance. **Acta Paul. Enferm.**, v. 21, n. 1, p. 59-65, 2008.

JIN, J.; SKLAR, G. E.; MIN SEN OH, V.; CHUEN LI, S. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, v. 4, n. 1, p. 269-286, 2008.

KANJ, M.; MITIC, W. **Health** Literacy and Health Promotion: Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **VII Conferência Global de Promoção da Saúde e Desenvolvimento: Fechando o Gap** Implementação Nairobi, Quênia, 26-30 out. 2009.

KAPLAN, N. M.; VICTOR, R. G. **Clinical hypertension**. 11th ed. China: Wolters Kluwer, 2015.

KEARNEY, P. M. *et al.* Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 365: 217-223.

KLEIMAN, A. **Os significados do letramento**. Campinas: Mercado de Letras, 2008.

KROUSEL-WOOD, M. A. *et al.* Medication adherence in older clinic patients with hypertension after Hurricane Katrina: implications for clinical practice and disaster management. **Am J Med Sci**, v. 336, n. 2, p. 99-104, 2008.

KROUSEL-WOOD M., ISLAM T., WEBBER L.S., RE R.N., MORISKY D.E., MUNTNER P. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. *Am J Manag Care*. 2009; 15(1):59-66.

KROUSEL-WOOD, M.; MUNTNER, P.; ISLAM, T.; MORISKY, D.; WEBBER, L. Barriers to and Determinants of Medication Adherence in Hypertension Management: Perspective of the Cohort Study of Medication Adherence among Older Adults (CoSMO). **The Medical clinics of North America**, v. 93, n. 3, p. 753-769, 2009. doi:10.1016/j.mcna.2009.02.007

KROUSEL-WOOD M.; JOYCE C.; HOLT E.; MUNTNER P.; WEBBER L.S.; MORISKY D.E. *et al.* Predictors of decline in medication adherence results from the cohort study of medication adherence among older adults. *Hypertension*. 2011; 58(5):804-10.

KUTNER, M. **US Department of Education**. National Center for Education. The health literacy of america's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC: Statistics, 2006.

LAMPREA, J. A. M.; GÓMEZ RESTREPO, C. Validez en la evaluación de escalas [Validity in scale-testing]. **Rev Colomb Psiquiat**, v. 36, n. 2, p. 340-348, 2007.

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**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LIBBY AM, FISH DN, HOSOKAWA PW, LINNEBUR SA, METZ KR, NAIR KV, *et al.* Patient-level medication regimen complexity across populations with chronic disease. **Clin Ther** 2013; 35:385-98.

LIM, S. S. *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**, v. 380, n. 9859, p. 2224-2260, 2012. doi:10.1016/S0140-6736(12)61766-8.

LIMA, Daniele Braz da Silva *et al.* ASSOCIAÇÃO ENTRE ADESÃO AO TRATAMENTO E TIPOS DE COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES EM PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, e0560015, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

07072016000300302&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Jan. 2018. Epub Aug 18, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000560015>.

Lotufo PA, Bensenor IJM. Raça e mortalidade cerebrovascular no Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2013;47(6):1201-4.

MACHADO, A. L. G. **Efeito do círculo de cultura na adesão ao tratamento e no Letramento em saúde de idosos hipertensos**. 2015. Tese (Doutorado)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

MACHADO, A. L. G. *et al*. Instrumentos de letramento em saúde utilizados nas pesquisas de enfermagem com idosos hipertensos. **Rev. Gaucha Enferm.**, v. 35, n. 4, p. 101-107, 2014.

MANSOUR, Samir Nicola; MONTEIRO, Camila Nascimento; LUIZ, Olinda do Carmo. 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, Sept. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000300647&lng=en&nrm=iso>. Access on 10 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000300021>.

MARAGNO, C. A. D. Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso: uma revisão de literatura. **Volu**, v. 14, n. 1, p. 1-18, 2016.

MARTIN, M. Y.; KOHLER, C.; KIM, Y. I.; KRATT, P. *et al*. Taking less than prescribed: medication nonadherence and provider-patient relationships in lower-income, rural minority adults with hypertension. **J Clin Hypertens (Greenwich)**, v. 12, n. 9, p. 706-13, 2010.

MARTINS, Nidia Farias Fernandes *et al*. Letramento funcional em saúde e adesão à medicação em idosos: revisão integrativa. **Rev. Bras.mEnferm.**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 868-874, Aug. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400868&lng=en&nrm=iso>.access on 15 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0625>.

MEKONNEN *et al*. Drug adherence for antihypertensive medications and its determinants among adult hypertensive patients attending in chronic clinics of referral hospitals in Northwest Ethiopia. **BMC Pharmacology and Toxicology**, 18:27, 2017.

MENDES, J.; GRANADO, R. **Múltiplos olhares: matemática e produção do conhecimento**. São Paulo: Musa; 2007. 152 p.

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MENDES LV, CAMPOS MR, CHAVES GC, SILVA RM, FREITAS PS, COSTA KS *et al*. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saude Debate**. 2014;38 nº spe:109-23. DOI:10.5935/0103-1104.2014S009

MENDONÇA FF, SANTOS ED. Caracterização dos fatores de risco e tratamento antihipertensivo de portadores de hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde do município de Goioerê, PR. **Espaço Saúde**. Londrina 2011;12(2):10-7.

MENDOZA-PARRA, S.; MERINO, J. M.; BARRIGA, A. O. Identifying predictive factors for therapy nonadherence among hypertensive, older adults from a community in southern Chile. **Rev Panam Salud Pública**, v. 25, n. 2, p. 105-12, 2009.

MILLER, T. A. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis, *Patient Educ Couns* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.020>

MOORE, P. J. *et al.* Psychosocial factors in medical and psychological treatment avoidance: the role of the doctor-patient relationship. **J Health Psychol**, v. 9, p. 421-33, 2004. [PubMed]

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 3, p. 397-403, 2010.

MORAES, K. L. Conhecimento e letramento funcional em saúde de pacientes em tratamento pré-dialítico de um hospital de ensino. 2014. 124p. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

MOREIRA, G. C. *et al.* Evaluation of the awareness, control and cost-effectiveness of hypertension treatment in a Brazilian city: populational study. **J Hypertens**, v. 27, n. 9, p. 1900-1907, 2009.

MORGADO, M.; ROLO, S.; MACEDO, A. F.; PEREIRA, L.; CASTELO-BRANCO, M. Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. **Journal of Cardiovascular Disease Research**, v. 1, n. 4, p. 196-202, 2010. doi:10.4103/0975-3583.74263.

MORISKY, D. E.; ANG, A.; KROUSEL-WOOD, M.; WARD, H. J. Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. **Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn)**, v. 10, n. 5, p. 348-354, 2008.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, n. 24, p. 67-74, 1986.

MUNGER, M. A.; TASSELL, B. W. V.; LAFLEUR, J. Medication Nonadherence: An Unrecognized Cardiovascular Risk Factor. **MedGenMed**, v. 9, n. 3, p. 58, 2007.

NÁFRÁDI L, GALIMBERTI E, NAKAMOTO K, SCHULZ PJ. Intentional and Unintentional Medication Non-Adherence in Hypertension: The Role of Health Literacy, Empowerment and Medication Beliefs. *Journal of Public Health Research*. 2016;5(3):762. doi:10.4081/jphr.2016.762.

NASCENTE, F. M. Nogueira *et al.* Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 4, p. 502-509, out. 2010.

NEMES, M. I. B.; HELENA, E. T. S.; CARACIOLO, J. M. M.; BASSO, C. R. Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches. **Cad Saúde Pública**, v. 25, supl. 3, p. S392-S400, 2009.

NUNES, Marília Gabrielle Santos *et al.* Prevalência e fatores associados a cooperação do paciente portador de hipertensão arterial. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 323-330, Aug. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

21002015000400006&lng=en&nrm=iso>. Access on 10 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500055>.

NURSS, Joanne R.; PARKER, Ruth M.; WILLIAMS, Mark V.; BAKER, David W. **Test of Functional Health Literacy in Adults**. Hartford: Peppercorn Books and Press, Inc, 1995.

NUTBEAM D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? **Int Public Health J.**, (2009) 54:303–305.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 30-34, 2006.

OLIVEIRA-FILHO, Alfredo Dias *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.**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 649-658, July 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA – UNESCO. Setor de Educação. Divisão para a Coordenação das Prioridades das Nações Unidas na Educação. **O desafio da alfabetização global: um perfil da alfabetização de jovens e adultos na metade da Década das Nações Unidas para a Alfabetização 2003-2012**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura Representação no Brasil, 2009. 81 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. Programme for the International Assessment of Adult Competencies – PIAAC. **PIAAC Numeracy: a conceptual framework**. OECD Education Working Paper nº 35. Paris: OECD Publishing, 2009. 67 p. Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org/education/piaac-numeracy-a-conceptualframework_220337421165>. Acesso em: data

ORUETA, R. *et al.* Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. **Medifam**, v. 11, n. 3, p. 140-146, 2001.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **N Engl J Med.**, v. 353, n. 5, p. 487-497, 2005.

PASKULIN, L. M. G. *et al.* Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde das pessoas idosas. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 271-277, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000200018>.

PASSAMAI, M. P. B. **Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do sistema único de saúde: um caminho para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis**. 2012. 240 p. Tese (Doutorado)-Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

PASSAMAI, M. P. B. *et al.* Functional health literacy: reflections and concepts on its impact on the interaction among users, professionals and the health system. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 41, p. 301-14, Apr./June 2012.

PASSAMAI, M. P. B. *et al.* Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde. — Fortaleza: EdUECE, 2013.

PASSOS VMA, ASSIS TD, BARRETO SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde*. Brasília 2006;15(1):35-45.

PAUL K. W. *et al.* **2017 ACC / AHA / AAPA / ABC / ACPM / AGS / APhA / ASH / ASPC / Diretriz NMA / PCNA para a prevenção, detecção, avaliação e tratamento da pressão alta em adultos.** *Jornal do American College of Cardiology* Nov 2017, 24430; DOI: 10.1016 / j.jacc.2017.11.006.

PIERIN, A. M. G. Adesão ao tratamento: conceitos. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JR, D. (Org.). **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão.** São Paulo: Lemos, 2001. p. 21-33.

PIERIN AMG, SILVA SSBE, COLÓSIMO FC, TOMA GA, SERAFIM TS, MENEGHIN P. Chronic and asymptomatic diseases influence the control of hypertension treatment in primary care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):763-770. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600008>

PINHO, N. A.; PIERIN, A. M. G. Hypertension control in brazilian publications. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 3, p. e65-e73, 2013. doi:10.5935/abc.20130173.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 3, supl. 2, p. 2257-2267, 2008.

POLLACK M, CHASTEK B, WILLIAMS SA, MORAN J. Impact of treatment complexity on adherence and glycemc control: an analysis of oral antidiabetic agentes. *J Clin Outcomes Manage* 2010; 17:257-65.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/Aids: desafios e possibilidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1201-1208, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700029>.

PONNUSANKAR, S. *et al.* Assessment of impact of medication counseling on patients' medication knowledge and compliance in an outpatient clinic in South India. **Patient Education and Counseling**, v. 54, i. 1, p. 55-60, 2004.

QUEMELO, Paulo Roberto Veiga *et al.* Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, e00179715, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017000204001&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Dec. 2017. Epub Mar 30, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00179715>.

REINERS, A. A.; NOGUEIRA, M. S. Raising hypertensive patients' consciousness about treatment compliance. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 59-65, 2009.

REMONDI, F. A. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo e fatores associados: Estudo de base populacional. 2012. Dissertação (Mestrado)-Centro de Ciências da Saúde,

Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/123.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2013.

REMONDI, F. A.; ODA, S.; CABRERA, M. A. S. Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria à prática clínica. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 35, n. 2, p. 177-185, 2014.

RIBEIRO, V. **Letramento no Brasil, reflexões a partir do INAF 2001**. 2. ed. São Paulo: Global; 2004. 287 p.

ROBINSON, J. D. *et al.* Impact of a pharmaceutical care intervention on blood pressure control in a chain pharmacy practice. **Ann Pharmacother**, v. 44, n. 1, p. 88-96, 2010.

ROCHA, G. M. *et al.* Monitoring adherence to antiretroviral treatment in Brazil: an urgent challenge. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 1, p. s67-s78, 2011. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001300008>.

RODRIGUES, R., DE ANDRADE, S., GONZÁLEZ, A., BIROLIM, M., & MESAS, A. Cross-cultural adaptation and validation of the Newest Vital Sign (NVS) health literacy instrument in general population and highly educated samples of Brazilian adults. **Public Health Nutrition**, 20(11), 1907-1913, 2017, doi:10.1017/S1368980017000787

ROSA, M. A.; ELKIS, H. Adesão em Esquizofrenia. **Rev Psiq Clín**, v. 34, suppl. 2, p. 189-192, 2007.

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. **From compliance to concordance: towards shared goals in medicine taking**. London: RPS, 1997.

SAMPAIO, H. A. C. *et al.* Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 865-874, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300865&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.12392014>.

SAMPAIO, L. F. R. Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família. **Cad Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. 19-21, 2008.

SÁNCHEZ PEDRAZA, R.; GÓMEZ RESTREPO, C. I. Conceptos básicos sobre validación de escalas. [Basic concepts on validation]. **Rev Colomb Psiquiat**. v. 27, n. 2, p. 121-130, 1998.

SANTA HELENA, E. T. **Adesão ao tratamento farmacológico de usuários com hipertensão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau, SC**. 2007. Tese (Doutorado em Ciências)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

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. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 764-767, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000400025>.

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, 2010.

SANTOS, Z. M. S. A. Hipertensão arterial: um problema de saúde pública. **Rev Bras Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 4, p. 285-286, 2011.

SANTOS, J. A. F. Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 5-40, 2011.

SANTOS MVR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev Bras Clín Med** 2013; 11:55-61.

SANTSCHI, V. *et al.* Impact of electronic monitoring of drug adherence on blood pressure control in primary care: a cluster 12-month randomised controlled study. **Eur J Intern Med.**, v. 19, n. 6, p. 427-434, 2008.

SCHOENTHALER, A. *et al.* Provider communication effects medication adherence in hypertensive African Americans. **Patient education and counseling**, v. 75, n. 2, p. 185-191, 2009. doi:10.1016/j.pec.2008.09.018.

SCHROEDER, K.; FAHEY, T.; EBRAHIM, S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials. **Arch Intern Med**, v. 164, n. 7, p. 722-732, 2004.

SEO, M.-A.; MIN, S.-K. Development of a Structural Model Explaining Medication Compliance of Persons with Schizophrenia. **Yonsei Medical Journal**, v. 46, n. 3, p. 331-340, 2005. doi:10.3349/ymj.2005.46.3.331.

SEROUR, M.; ALQHENAEI, H.; AL-SAQABI, S.; MUSTAFA, A. R.; BEN-NAKHI, A. Cultural factors and patients' adherence to lifestyle measures. **Br J Gen Pract**, Apr, v. 57, n. 537, p. 291-295, 2007.

SHAYA, F. T. *et al.* Predictors of compliance with antihypertensive therapy in a high-risk Medicaid population. **J Natl Med Assoc**, v. 101, n. 1, p. 34-39, 2009.

SHI L, HODGES M, YURGIN N, BOYE KS. Impact of dose frequency on compliance and health outcomes: a literature review (1966-2006). *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*; 7:187-202, 2007.

SILVA, D. A. S.; PETROSKI, E. L.; PERES, M. A. Pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 988-998, dez. 2012.

SILVA, L. R. F. S.; MARINO, J. M. R.; GUIDONI, C. M.; GIROTTO, E. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos na atenção primária. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v. 35, n. 2, p. 271-278, 2014.

SMITH, S. Measuring the Function in Functional Health Literacy. In: INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Measures of Health Literacy: Workshop Summary**. Washington, DC: The National Academies Press, 2009. Cap. 3, p. 49-51. Disponível em: <www.nap.edu.> Acesso em: 30 mar. 2017.

SIMONDS, S. K. Health education as social policy. *Health Education Monograph*, v. 2, n. 1 (Suppl), p. 1-10, 1974. In: PASSAMAI, M. P. B. **Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do sistema único de saúde: um caminho para a promoção da saúde**

e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. 2012. 240 p. Tese (Doutorado)-Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

SIMONI, J. M.; KURTH, A. E.; PEARSON, C. R.; PANTALONE, D. W.; MERRILL, J. O.; FRICK, P. A. Self-Report Measures of Antiretroviral Therapy Adherence: A Review with Recommendations for HIV Research and Clinical Management. **AIDS and behavior**, v. 10, n. 3, p. 227-245, 2006. doi:10.1007/s10461-006-9078-6.

SIMPSON, S. H. *et al.* A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. **BMJ: British Medical Journal**, v. 333, n. 7557, p. 15, 2006. doi:10.1136/bmj.38875.675486.55.

SOARES, M. **Alfabetização e Letramento**. 5. ed. São Paulo: Contexto, 2008.

SOARES, M. Letramento: um tema em três gêneros. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2012. 128 p.

SORENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, n. 80, p. 1-13, 2012.

SOUZA, F.R.R. *et al.* Adherence to pharmacological treatment in hypertensive people followed in the Family Health Strategy. **Rev. Bras Hipertens** vol. 22(4). 133-8, 2015.

SOUZA, W. A. **Avaliação da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos e humanísticos na investigação da hipertensão arterial resistente**. 2008. Tese (Doutorado)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES, Noemia Urruth Leão *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102013000601092&lng=en&nm=iso>. access on 22 Dec. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004834>.

TAVARES NUL, BERTOLDI AD, MENGUE SS, ARRAIS PSD, LUIZA VL, OLIVEIRA MA, *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev Saude Publica**; 50(supl 2):10s, 2016.

TRAUTHMAN, S. C.; BIUDES, M. F.; MELLO, A. F.; ROSA, F. S.; PETERS, C. A.; GALATO, D. **Métodos de avaliação da adesão farmacoterapêutica adotados no Brasil** v. 26, n. 1, p. 11-262014.

TUESCA-MOLINA, R.; GUALLAR-CASTILLON, P.; BANEGAS-BANEGAS JR; GRACIANI-PEREZ REGADERA, A. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. **Gac Sanit**, v. 20, v. 3, p. 220-227, 2006.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION – UNESCO. **Education for all global monitoring report**. Fontenoy; França: UNESCO, 2005.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION – UNESCO. Understanding of literacy. In: UNESCO EXPERT MEETING, 2003, Paris. **Aspects of Literacy Assessment: topics and issues**. Paris: UNESCO, 2005b.

VAN WIJK, B. L.; SHRANK, W. H.; KLUNGEL, O. H.; SCHNEEWEISS, S.; BROOKHART, M. A.; AVORN, J. A cross-national study of the persistence of antihypertensive medication use in the elderly. **J Hypertens**, v. 26, n. 1, p. 145-153, 2008.

VANCINI-CAMPANHARO, Cássia Regina et al. Systemic Arterial Hypertension in the Emergency Service: medication adherence and understanding of this disease. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1149-1156, Dec. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601149&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0513.2660>.

VIGITEL BRASIL 2014. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2016.

VOILS, C. I.; HOYLE, R. H.; THORPE, C. T.; MACIEJEWSKI, M. L.; YANCY, W. S. Improving the measurement of self-reported medication nonadherence. **Journal of clinical epidemiology**, v. 64, n. 3, p. 250-254, 2011. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.07.014.

WETZELS, G. E. *et al.* Electronic monitoring of adherence as a tool to improve blood pressure control. A randomized controlled trial. **Am J Hypertens**, v. 20, n. 2, p. 119-125, 2007.

WILIŃSKI J, DABROWSKI M. Medication adherence in hypertensive patients of different cardiovascular risk treated in primary health care. *Przegląd Lekarski*; 70(6):377-80, 2013.
WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES – WHCA. **Health literacy: part 2 evidence and case studies**, 2010. Disponível em: <<http://www.whcaonline.org/uploads/publications/WHCAhealthLiteracy-28.3.2010.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Health Promotion Glossary**. Geneva: WHO, 1998. 10 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneve: Who, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **A global brief on hypertension**. Geneva: WHO, 2013, 40 p.

WU, J. Y. F. *et al.* Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomised controlled trial. **BMJ: British Medical Journal**, v. 333, n. 7567, p. 522, 2006. doi:10.1136/bmj.38905.447118.2F.

YEAW, J.; BENNER, J. S.; WALT, J. G.; SIAN, S.; SMITH, D. B. Comparing adherence and persistence across 6 chronic medication classes. **J Manag Care Pharm**, v. 15, n. 9, p. 728-740, 2009.

ZARCADOOLAS, C.; PLEASANT, A.; GREER, D. S. Understanding health literacy: an expanded model. **HealthPromotion International**, Oxford, UK, v. 20, n. 2, p. 195-203, 2005.

ZARCADOOLA S, C.; PLEASANT, A.; GREER, D. S. **Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action**. San Francisco: Jossey-Bass, 2006.

Zhang N. J. *et al.* Impact of Health Literacy on Medication Adherence: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Pharmacother. 2014 Jun;48(6):741-51. doi: 10.1177/1060028014526562

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, supl. 1, p. 1-51, 2010.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL – DBHA. **Rev. Bras. Hiper.**, v. 17, n. 1, p. 4-63, 2010.

7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq Bras Cardiol**, v. 107, n. 3, p. 1-46, 2016.

http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo; s.n; 2006. 48

ANEXOS

Anexo A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisas

Anexo B - Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens – MMAS-8

Anexo C - Brief Test of Functional Health Literacy in Adults (B-TOFHLA)

Apêndice A – Formulário Coleta de dados

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE A

Formulário Coleta de dados

01 – Número da entrevista	
02 – Data	
03 – Equipe de Saúde da Família	
04 – Nome do entrevistador	
05 – Local da entrevista	

Aspectos socioeconômicos

Acuidade visual	OK	Inapto
01 – Sexo	Masculino	1
	Feminino	2
02 – Idade		
03 – Situação Conjugal	Nunca morou com um companheiro	1
	Mora com um companheiro	2
	Já morou mas não mora mais com um companheiro	3
04 – Cor/Raça	Branca	1
	Preta	2
	Amarela	3
	Parda	4
	Indígena	5
05 – Escolaridade	Analfabeto	1
	Ensino fundamental	2
	Ensino médio	3
	Superior completo	4
	Superior incompleto	5
06 – Ocupação	Desempregado	1
	Aposentado	2
	Trabalhador com carteira assinada	3
	Conta própria	4
	Do lar	5
07 – O (a) senhor (a) possui plano de saúde?	Sim	Não
	1	2

Aspectos relacionados ao paciente

08 – Em geral, como o senhor avalia a sua saúde?	Muito boa 1	Boa 2	Regular 3	Ruim 4	Muito Ruim 5
09 – O (a) senhor (a) vai ao médico regularmente por causa da pressão alta? Se 09=1, siga 11. Se 09=2 ou 3, siga 10.	Sim 1	Não, só quando tem algum problema 2	Nunca vai 3		
10 – Qual o principal motivo do (a) senhor (a) não ir ao médico regularmente?	O tempo de espera é muito grande 1	Não acha necessário 2	Dificuldade para marcação de consulta 3	Outro 4	

11 – O (a) senhor (a) acredita que os remédios são importantes para o tratamento da sua doença?	Sim 1	Não 2	Não sei 3
12 – O (a) está satisfeito (a) com o atendimento à sua saúde?	Completamente satisfeito 1	Parcialmente satisfeito 2	Insatisfeito 3

Aspectos relacionados à doença e ao tratamento

13 – Há quanto tempo o (a) senhor (a) sabe que tem pressão alta?	Menos de 1 ano	De 1 a 3 anos	De 3 a 5 anos	Mais de 5 anos
14 – Quando foi a última vez que o (a) senhor (a) teve a sua pressão arterial medida?	Há menos de 6 meses 1	Entre 6 meses e 1 ano 2	Há mais de 1 ano 3	
15 – O médico já mudou os remédios que o (a) senhor (a) toma para a pressão alta?	Sim	Não		
	1	2		
16 – Quantos remédios para pressão alta o (a) senhor (a) toma por dia?	1	2	3 ou mais	
17 – Quantas vezes o (a) senhor (a) toma os seus remédios durante o dia?	_____ vezes			
18 – O (a) senhor (a) tem algum tipo de efeito colateral após ter começado a tomar os remédios para pressão alta?	Sim	Não		Não sei
	1	2	3	

Aspectos relacionados à equipe e ao serviço de saúde

19 – O (a) senhor (a) confia nos profissionais de saúde que o atendem?	Completamente 1	Parcialmente 2	Não confia 3		
20 – Quem orienta o (a) senhor (a) em relação à tomada dos seus remédios para pressão alta?	Médico	() Sim () Não			
	Enfermeiro	() Sim () Não			
	Farmacêutico	() Sim () Não			
	Outro	() Sim () Não			
	Ninguém				
21 - Em algum dos atendimentos para a hipertensão arterial, algum médico ou outro profissional lhe deu alguma recomendação em relação à:	Alimentação saudável	Atividades físicas regulares		Não fumar/Não beber	
	Sim 1	Não 2	Sim 1	Não 2	Sim 1
22 – O (a) senhor (a) entende as explicações e orientações dadas pelos profissionais sobre a pressão alta e seu tratamento?	Sim, sempre	Não, nunca		Às vezes	
	1	2		3	
23 – O (a) senhor (a) sente dificuldade em conversar com os profissionais de saúde?	Sim, sempre	Não, nunca		Às vezes	
	1	2		3	
24 – Nos últimos 3 meses o (a) senhor (a) teve acesso aos remédios para a pressão alta? Se 24=1, siga 26. Se 24=2, siga 25.	Sim, todas as vezes	Não, nunca		Às vezes	
	1	2		3	
25 - Por que não conseguiu os remédios para pressão alta?	Estavam em falta		Outro		
	1		2		
26 - Onde o (a) senhor (a) retira os seus medicamentos para a pressão alta?	Farmácia popular	Farmácia municipal		Drogarias	
	1	2		3	

27 – No serviço de saúde onde o (a) senhor (a) é atendido (a) existe alguma atividade voltada para o tratamento da sua doença? Se sim, qual?	Sim	Não	
	1 Exercícios físicos () Caminhada () Grupo de hipertensão () Outra	0 () () ()	
28 – O (a) senhor (a) foi internado (a) no último ano por causa da pressão arterial?	Sim	Não	Não lembro
	1	2	3
29 – Quando foi agendada a última consulta para o acompanhamento da hipertensão arterial?	Nos últimos 6 meses	Há mais de 6 meses	Não lembro
	1	2	3

ANEXO B

Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens – MMAS-8

- 1) Você, às vezes, esquece de tomar os seus remédios para pressão?
- 2) Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?
- 3) Você já parou de tomar os seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?
- 4) Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?
- 5) Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?
- 6) Quando sente que sua pressão está controlada, você, às vezes, para de tomar seus medicamentos?
- 7) Você já sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?
- 8) Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?
Nunca/Quase nunca/Às vezes/Frequentemente/Sempre

O grau de adesão terapêutica é determinado de acordo com a pontuação resultante da soma de todas as respostas corretas, e varia de 0 a 8 pontos:

- Alta adesão (8 pontos)
- Média adesão (6 a 8 pontos)
- Baixa adesão (menor de 6 pontos)

ANEXO C***Brief Test of Functional Health Literacy (B-TOFHLA) (versão breve)*****Instruções:****Compreensão de leitura**

“Aqui estão algumas instruções médicas que você ou qualquer pessoa pode encontrar aqui no hospital. Em cada frase faltam algumas palavras. Onde falta a palavra, há um espaço em branco e há 4 palavras para escolher. Quero que você escolha qual destas 4 palavras é a palavra que falta na frase, a que faz mais sentido na frase. Quando você decidir qual é a palavra correta para aquele espaço, circule a letra correspondente a ela e passe para a próxima frase. Quando você terminar a página, vire-a e continue na página seguinte até terminar.”

(INTERROMPER APÓS 7 MINUTOS)**QUESTÕES ORAIS:**

Parte Numérica

Dar ao paciente um cartão para cada questão.

Ler cada questão e registrar a resposta.

Antes de apresentar o cartão 1: “Estas são instruções que podem ser dadas a você no hospital. Leia bem cada instrução. Farei perguntas sobre elas”.

Antes de apresentar cada cartão, dizer: “Olhe aqui, por favor”.

(INTERROMPER APÓS 5 MINUTOS)

Escores

Passagens A e B: 2 pontos para cada lacuna correta (36 lacunas = 72 pontos)

Itens Numéricos: 7 pontos para cada resposta correta (4 questões = 28 pontos)

Escore Total: 100 pontos.

Classificação

0 – 53: Inadequado

54 – 66: Limítrofe

67 – 100: Adequado

GABARITO

- 1 - A
- 2 - C
- 3 - B
- 4 - A
- 5 - C
- 6 - A
- 7 - B
- 8 - B
- 9 - D
- 10 - B
- 11 - C
- 12 - C
- 13 - B
- 14 - C
- 15 - D
- 16 - A
- 17 - C
- 18 - A
- 19 - D
- 20 - B
- 21 - D
- 22 - C
- 23 - A
- 24 - D
- 25 - B
- 26 - C
- 27 - D
- 28 - D
- 29 - A
- 30 - C
- 31 - B
- 32 - A
- 33 - D
- 34 - C
- 35 - B
- 36 - B

TOFHLA (Compreensão da Leitura)**Passagem A**

Seu médico encaminhou você para tirar um Raio X de _____.

- a) estômago
- b) diabetes
- c) pontos
- d) germes.

Quando vier para o _____ você deve estar com o estômago _____.

- | | |
|-----------|------------|
| a) livro | a) asma |
| b) fiel | b) vazio |
| c) raio X | c) incesto |
| d) dormir | d) anemia |

O exame de Raio X vai _____ de 1 a 3 _____.

- | | |
|----------|------------|
| a) durar | a) camas |
| b) ver | b) cabeças |
| c) falar | c) horas |
| d) olhar | d) dietas |

A VÉSPERA DO DIA DO RAIOS X:

No jantar, coma somente um pedaço _____ de fruta,

- a) pequeno
- b) caldo
- c) ataque
- d) náusea

torradas e geléia, com _____ ou chá.

- a) lentes
- b) café
- c) cantar

d) pensamento

Após _____, você não deve _____ nem beber _____

- a) o minuto
- b) a meia-noite
- c) durante
- d) antes

- a) conhecer
- b) vir
- c) pedir
- d) comer

- a) tudo
- b) nada
- c) cada
- d) algum

até _____ o Raio X.

- a) ter
- b) ser
- c) fazer
- d) estar

NO DIA DO RAIOS X:

Não tome _____.

- a) consulta
- b) caminho
- c) café da manhã
- d) clínica

Não _____, nem mesmo _____.

- a) dirija
- b) beba
- c) vista
- d) dose

- a) coração
- b) respiração
- c) água
- d) câncer

Se você tiver alguma _____, ligue para _____ de Raio X no n. 222- 2821.

- a) resposta
- b) tarefa
- c) região
- d) pergunta

- a) o Departamento
- b) Disque
- c) a Farmácia
- d) o Dental

Passagem B

Eu concordo em dar informações corretas para _____ receber

- a) cabelo
- b) salgar
- c) poder
- d) doer

atendimento adequado neste hospital.

Eu _____ que as informações que eu _____ ao médico

- | | |
|---------------|---------------|
| a) compreendo | a) provar |
| b) sondo | b) arriscar |
| c) envio | c) cumprir |
| d) ganho | d) transmitir |

serão muito _____ para permitir o correto _____.

- | | |
|-----------------|----------------|
| a) proteínas | a) agudo |
| b) importantes | b) hospital |
| c) superficiais | c) mioma |
| d) numéricas | d) diagnóstico |

Eu _____ que devo relatar para o médico qualquer _____ nas

- | | |
|---------------|--------------|
| a) investigo | a) alteração |
| b) entretenho | b) hormônio |
| c) entendo | c) antiácido |
| d) estabeleço | d) custo |

minhas condições dentro de _____ (10) dias, a partir do momento

- a) três
- b) um
- c) cinco
- d) dez

em que me tornar _____ da alteração.

- a) honrado
- b) ciente
- c) longe
- d) devedor

Eu entendo _____ se EU NÃO me _____ ao tratamento,

- a) assim
- b) isto
- c) que
- d) do que

- a) alimentar
- b) ocupar
- c) dispensar
- d) adaptar

tenho _____ de _____ uma nova consulta _____ para o hospital.

- a) brilho
- b) esquerdo
- c) errado
- d) direito

- a) solicitar
- b) reciclar
- c) falhar
- d) reparar

- a) contando
- b) lendo
- c) telefonando
- d) observando

Se você _____ de ajuda para entender estas _____,

- a) lavar
- b) precisar
- c) cobrir
- d) medir

- a) instruções
- b) taxas
- c) hipoglicemias
- d) datas

você deverá _____ uma enfermeira ou funcionária do _____ Social

- a) relaxar
- b) quebrar
- c) aspirar
- d) procurar

- a) Tumor
- b) Abdômen
- c) Serviço
- d) Adulto

para _____ todas as suas _____ .

- a) encobrir
- b) esclarecer
- c) desconhecer
- d) esperar

- a) pélvis
- b) dúvidas
- c) tomografias
- d) consoantes

CARTÃO 01:**Informações no rótulo:**

Data de fabricação: 10/01/17

Data de validade: 10/01/19

Paciente: JOÃO CARLOS SILVA

Dr. André Marques

Uso oral:

AMPICILINA 250mg.....40 cáps.

Posologia: Tomar uma cápsula a cada 6 horas

CARTÃO 02:**Glicemia normal: 70-99 mg/dl****Sua glicemia hoje é de 120 mg/dl****CARTÃO 03:****CARTÃO DE CONSULTA**

CLÍNICA: Endocrinologia/Diabetes

LOCAL: 3º andar

Dia: segunda-feira Data: 6 de novembro Horário: 10:20hs.

Marcado por:

NO DIA DA CONSULTA, TRAGA SUA CARTEIRINHA**CARTÃO 04:****Informações no rótulo:**

Data de fabricação: 02/01/17

Validade: 12 meses

Paciente: JOÃO CARLOS SILVA

Dr. André Marques

Uso oral:

DOXICICLINA 100mg.....20 cáps.

Posologia: Tomar a medicação com o estômago vazio, uma hora

antes ou 2 a 3 horas depois da refeição, a menos que tenha

recebido outra orientação do seu médico.