

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

FABIANE RAQUEL MOTTER

**CONHECIMENTO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E SUA FARMACOTERAPIA EM PORTADORES
USUÁRIOS DA FARMÁCIA BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SÃO
FRANCISCO DE PAULA, RS**

SÃO LEOPOLDO, RS

2011

Fabiane Raquel Motter

**CONHECIMENTO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E SUA FARMACOTERAPIA EM PORTADORES
USUÁRIOS DA FARMÁCIA BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SÃO
FRANCISCO DE PAULA, RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do
Rio dos Sinos

Orientadora: Profa. Dra. Vera Maria Vieira Paniz
Coorientadora Profa. Dra. Maria Teresa Anselmo Olinto

São Leopoldo

2011

M922c

Motter, Fabiane Raquel

Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e sua farmacoterapia em portadores usuários da farmácia básica do município de São Francisco de Paula, RS. / Fabiane Raquel Motter. -- 2011.

149 f. ; 30cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2011.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Maria Vieira Paniz;
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Anselmo Olinto.

1. Hipertensão arterial. 2. Farmacoterapia. 3. Anti-hipertensivo. I. Título. II. Paniz, Vera Maria Vieira. III. Olinto, Maria Teresa Anselmo.

CDU 616.12-008.331.1

Fabiane Raquel Motter

**CONHECIMENTO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E SUA
FARMACOTERAPIA EM PORTADORES USUÁRIOS DA FARMÁCIA BÁSICA DO
MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DE PAULA, RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do
Vale do Rio dos Sinos

Aprovado em 28 de novembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vera Maria Vieira Paniz - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Profa. Dra. Vera Maria Vieira Paniz – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

*Dedico este trabalho aos meus pais,
Rosa e Walter, e à minha irmã Deise,
por todo amor, apoio e incentivo em
todos os dias da minha vida.*

*Esta família que com muita sabedoria, discernimento, bom
senso e dedicação estiveram ao meu lado me encorajando nas
horas difíceis e me aplaudindo nos momentos de glória.*

*Aos mestres, principalmente à Vera e à Maria Teresa, por
compartilharem seus conhecimentos nesta importante
trajetória da construção do saber.*

AGRADECIMENTOS

A DEUS pelo dom da vida e por iluminar meu caminho e me dar forças para seguir sempre em frente.

AOS MEUS QUERIDOS PAIS, pelo exemplo de perseverança, força e dedicação ao trabalho que servem como fontes de inspiração na minha vida.

A MINHA IRMÃ pelo amor e incentivo contínuo.

AO MEU CUNHADO, Rodrigo, pelos momentos de descontração e pela preocupação constante com a minha felicidade.

Aos meus sobrinhos, ARTHUR e EDUARDO, que nos momentos mais difíceis conseguiram aliviar minhas angústias através de gestos de carinho.

À PROFA. DRA. VERA MARIA VIEIRA PANIZ, orientadora desta dissertação, um agradecimento carinhoso por todo empenho, sabedoria, compreensão e, acima de tudo, exigência. Gostaria de ratificar a sua competência, participação com discussões, correções, revisões e sugestões que fizeram com que concluíssemos este trabalho. A minha coorientadora PROFA. DRA MARIA TERESA ANSELMO DE OLINTO, pelas preciosas dicas ao longo de todo o mestrado, além das contribuições que proporcionaram um maior enriquecimento deste trabalho.

AOS AMIGOS de Mestrado que compartilharam comigo esses momentos de aprendizado, especialmente à Alice DalPiccolli Rodrigues e à Heloísa Theodoro pelo companheirismo e amizade.

AO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE de São Francisco de Paula, RS, Gerônimo Paludo, por permitir e apoiar incondicionalmente a realização desta pesquisa.

Á EQUIPE DE CAMPO, pelo apoio, entusiasmo e otimismo contagiantes, sem os quais não seria possível a realização desta pesquisa, principalmente a Gabriela Aver Maciel, Aline Pires, Viviane Algayer e Francieli pela ajuda e amizade construída.

A TODOS OS MEUS AMIGOS E AMIGAS que sempre estiveram presentes me aconselhando e incentivando com carinho e dedicação, especialmente a Raquel Canuto, Andréa Marenzi, Francine Corso, Lauren Ramos, Gregory Zeni, Aline Castilhos, Guilherme Sturtz, Mona Carvalho e Giovana Grison por compreenderem e estarem ao meu lado nos momentos mais difíceis.

AOS PACIENTES que participaram desta pesquisa, pois sem eles nenhuma dessas páginas estaria completa.

A TODAS AS PESSOAS que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução dessa dissertação de Mestrado.

*Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.
Quem quer passar além do Bojador
Tem que passar além da dor.
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,
Mas nele é que espelhou o céu.*

Fernando Pessoa

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição multifatorial e importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Entretanto, cerca de 30% dos portadores de HAS não possuem níveis tensionais controlados. O conhecimento que estes possuem sobre a morbidade e sua farmacoterapia tem sido descrito como fator importante para o controle desta morbidade. O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento sobre a HAS e sua farmacoterapia e fatores associados. Trata-se de um estudo transversal com adultos de 20 anos ou mais, usuários de medicamentos para o tratamento da HAS, dispensados na Farmácia Básica de São Francisco de Paula/RS. O trabalho de campo foi realizado entre os meses de novembro/2010 e fevereiro/2011. Mediante aplicação de questionário padronizado, coletou-se dados sobre o conhecimento da HAS (fatores de risco, limiares de níveis tensionais, complicações e tratamento não farmacológico) e sua farmacoterapia (nome do medicamento, indicação terapêutica, dose, frequência/horários de administração e duração do tratamento). Avaliou-se o conhecimento sobre a farmacoterapia através de um escore (0-5) e fatores associados. Entrevistou-se 678 usuários. A média de escore de conhecimento sobre a farmacoterapia foi de 3,27 (dp=1,16). Menor idade, maior escolaridade, cor da pele branca, melhor percepção de saúde e menor número de medicamentos prescritos mostraram-se associados a um maior escore de conhecimento. Por fim, observou-se um conhecimento limitado em relação a todos os aspectos avaliados, o que pode comprometer o uso correto e seguro da farmacoterapia, sugerindo a necessidade de melhor orientação e acompanhamento dos usuários para o controle da HAS.

Palavras chaves: conhecimentos, atitudes e prática em saúde; hipertensão; farmacoterapia; anti-hipertensivos

ABSTRACT

High blood pressure (HBP) is a multifactorial condition and important risk factor for developing cardiovascular disease. However, about 30% of patients with HPB do not have controlled blood pressure levels. Patient's knowledge about hypertension and its pharmacotherapy has been described as important factor to control this condition. The aim of this study was to evaluate knowledge about hypertension and its treatment in users of antihypertensives agents. A cross-sectional study was performed, with adults 20 years or older, that obtained antihypertensives agents at Public Pharmacy in São Francisco de Paula/RS. The fieldwork was realized between tNovember/2010 and February/2011. A standardized questionnaire was used to collected on knowledge of hypertension (risk factors, thresholds for blood pressure levels, complications and non-pharmacological treatment) and its pharmacological treatment (name, indication, dose, frequency / schedule of administration and duration of treatment). This knowledge about pharmacological treatment was measured through a score (0-5) and related factors. It was interviewed 678 users. The mean knowledge score was 3.27 (SD = 1.16). Lower age, higher schooling, white skin people, better self-reported health and lower prescription drugs were associated with a higher knowledge scores. Finally, knowledge is still limited about all aspects measured. This result can compromise the use correct and safe of drugs. It's suggesting that hypertensive's patient need for better counseling and care to high blood pressure control.

Key words: health knowledge, attitudes, practice; hypertension; drug therapy, antihypertensive agents

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estudos que avaliaram o conhecimento da Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados.....	43
Quadro 2. Estudos que avaliaram o conhecimento sobre a farmacoterapia e fatores associados.....	49
Quadro 3. Estudos que avaliaram o conhecimento da Hipertensão Arterial Sistêmica e sua farmacoterapia e fatores associados.....	54
Quadro 4. Cálculo de Amostra para os estudos de prevalência de conhecimento.....	79
Quadro 5. Cálculo de Amostra para o estudo de associações.....	80
Quadro 6. Caracterização do conhecimento da HAS.....	82
Quadro 7. Caracterização do conhecimento sobre a farmacoterapia da HAS.....	83
Quadro 8. Classificação e categorização das variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde.....	84
Quadro 9. Classificação e categorização das variáveis independentes avaliadas para o conhecimento da HAS	85
Quadro 10. Classificação e categorização das variáveis independentes avaliadas para o conhecimento da farmacoterapia	86
Quadro 11. Cronograma de atividades.....	89
Quadro 12. Descrição do orçamento.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
REMUNE	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RMN	Resultados Negativos aos Medicamentos
SAC	Síndrome coronariana aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

I – PROJETO DE PESQUISA.....	11
II - RELATÓRIO DE CAMPO	101
III – ARTIGO CIENTÍFICO.....	111
IV-APÊNDICES.....	137
V-ANEXOS.....	145

I - PROJETO DE PESQUISA

SUMÁRIO DO PROJETO

1. INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA.....	18
2.2 ESTUDOS QUE AVALIARAM O CONHECIMENTO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	19
2.2.1 Aspectos avaliados nos estudos sobre o conhecimento da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	20
2.2.1.1 Fatores de Risco.....	20
2.2.1.2 Complicações.....	21
2.2.1.3 Cronicidade.....	22
2.2.1.4 Níveis tensionais.....	23
2.2.1.5 Tratamento não farmacológico.....	25
2.3 ESTUDOS QUE AVALIARAM O CONHECIMENTO SOBRE A FARMACOTERAPIA	26
2.3.1 Aspectos avaliados nos estudos sobre o conhecimento da farmacoterapia.....	27
2.3.1.1 Nome do medicamento.....	28
2.3.1.2 Dose e Frequência/ Horários de administração.....	29
2.3.1.3 Tempo/Duração do tratamento.....	30
2.3.1.3 Indicação terapêutica.....	30
2.4 FATORES ASSOCIADOS AO CONHECIMENTO SOBRE HIPERTENSÃO E SUA FARMACOTERAPIA.....	32
2.4.1 Sexo.....	31
2.4.2 Idade.....	33

2.4.3 Cor da pele.....	34
2.4.4 Escolaridade.....	35
2.4.5 Situação de Moradia.....	36
2.4.6 Hábito de fumar.....	36
2.4.7 Consumo de bebidas alcoólica.....	37
2.4.8 Índice de Massa Corporal.....	37
2.4.9 Auto percepção de saúde.....	38
2.4.10 Comorbidades.....	38
2.4.11 Tempo de diagnóstico da HAS.....	39
2.4.12 Número de medicamentos	40
2.4.13 Utilização dos Serviços de Saúde.....	40
2.4.14 Orientação Médica.....	41
2.4.15 Orientação Farmacêutica.....	42
2.5 JUSTIFICATIVA.....	69
3. OBJETIVOS.....	71
3.1 OBJETIVO GERAL.....	71
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	71
4. HIPÓTESES.....	72
5. MODELOS HIERARQUIZADOS DE ANÁLISE	73
5.1 MODELOS HIERARQUIZADOS DE ANÁLISE PARA O CONHECIMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	73
5.1 MODELOS HIERARQUIZADOS DE ANÁLISE PARA O CONHECIMENTO DA FARMACOTERAPIA.....	74
6. METODOLOGIA.....	75
6.1 LOCAL DO ESTUDO.....	75
6.1.1 Ciclo da Assistência Farmacêutica Municipal.....	76
6.1.1.1 Seleção de medicamentos	76
6.1.1.2 Programação.....	76
6.1.1.3 Aquisição de medicamentos	76
6.1.1.4 Armazenamento.....	77
6.1.1.5 Dispensação de medicamentos.....	77
6.2 DELINEAMENTO	77
6.3 POPULAÇÃO ALVO E POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	77

6.3.1 Critérios de Inclusão.....	78
6.3.2 Critérios de Exclusão.....	78
6.4 TAMANHO DA AMOSTRA.....	78
6.5 AMOSTRAGEM.....	80
6.6 INSTRUMENTO.....	81
6.7 ESTUDO PILOTO.....	82
6.8 VARIÁVEIS.....	82
6.8.1 Variáveis dependentes.....	82
6.8.2 Variáveis independentes.....	83
6.9 ENTREVISTADORES.....	87
6.10 LOGÍSTICA	87
6.11 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	88
6.11.1 Entrada de dados.....	88
6.11.2 Análise dos dados.....	88
7 ASPECTOS ÉTICOS.....	88
8 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	89
9 CRONOGRAMA.....	89
10 ORÇAMENTO.....	90
11 REFERÊNCIAS.....	90

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem as principais causas de morte no mundo, sendo ainda responsáveis por custos elevados devido à alta frequência de internações hospitalares que ocasionam. No Brasil, pode-se citar como exemplo, o mês de novembro de 2009, onde ocorreram 91.970 internações por DCV através do Sistema Único de Saúde (SUS), que resultaram em um custo de R\$ 165.461.644,33 para o sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição multifatorial e um importante fator de risco para o desenvolvimento de complicações como o infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e doença renal crônica (VASAN, LARSON *et al.*, 2001; LEWINGTON, CLARKE *et al.*, 2002; FOX, LARSON *et al.*, 2004). É considerada um problema de saúde pública, uma vez que está associada a 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por síndrome coronariana aguda (SAC) e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal (LEWINGTON, CLARKE *et al.*, 2002; CHOBANIAN, BAKRIS *et al.*, 2003; BRASIL, 2006). Dados mostram, ainda, que em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo associadas às DCV ocorreu devido tanto à elevada prevalência de HAS, como também, às baixas taxas de controle dos níveis tensionais (WILLIAMS, 2010).

A literatura revela que a prevalência de HAS encontra-se entre 22,3% e 43,9% na população adulta brasileira (FUCHS, MOREIRA *et al.*, 1994; BARRETO, PASSOS *et al.*, 2001; FREITAS, RESENDE DE CARVALHO *et al.*, 2001; GUS, HARZHEIM *et al.*, 2004; LESSA, MAGALHAES *et al.*, 2006 ; DA COSTA, BARCELLOS *et al.*, 2007; JARDIM, GONDIM MDO *et al.*, 2007; PEREIRA, COUTINHO *et al.*, 2007; CESARINO, CIPULLO *et al.*, 2008; CHRESTANI, SANTOS IDA e MATIJASEVICH, 2009; LONGO, NEVES *et al.*, 2009; ROSARIO, SCALA *et al.*, 2009; CIPULLO, MARTIN *et al.*, 2010). Esta amplitude dos dados pode ser explicada pelas diferentes metodologias empregadas e populações estudadas, como a inclusão ou não de indivíduos com pressão arterial normal em uso de anti-hipertensivos, diferentes faixas etárias e grupos específicos estudados, bem como pelas variações raciais, culturais e socioeconômicas das populações estudadas (PEREIRA, COUTINHO *et al.*, 2007).

O tratamento da HAS consiste tanto na adoção de um estilo de vida saudável quanto no uso de medicamentos, ou ainda, na associação de ambos, sendo este último, o mais

recomendado para o controle dos níveis pressóricos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). A escolha da farmacoterapia é baseada no possível mecanismo fisiopatológico predominante, na presença de co-morbidades e nas características individuais como o sexo e a idade do paciente. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). No Brasil, os grupos terapêuticos mais prescritos para o tratamento da HAS são inibidores da enzima conversora de angiotensina (58%), seguidos pelos diuréticos (54,4%), betabloqueadores (19%) e bloqueadores dos canais de cálcio (18,2%) (FRANCO, 2006).

Diante da efetividade demonstrada pelos tratamentos utilizados no controle da HAS, o Ministério da Saúde elaborou políticas públicas para garantir o acesso dos portadores aos serviços de saúde e ao tratamento. Desta forma, implantou, em 1999 e 2001, a POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO e a POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À HIPERTENSÃO E AO DIABETES MELLITUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999; 2001) Ambas têm como finalidade orientar os profissionais da saúde, especialmente aqueles da rede básica do SUS, sobre como reduzir o impacto de morbidades como a HAS na população brasileira (LONGO, NEVES *et al.*, 2009).

Apesar desses esforços, o controle dos níveis tensionais ainda é um desafio para o sistema de saúde. Dados nacionais revelam que, apesar de 70% dos hipertensos receberem tratamento farmacológico, apenas um terço dos portadores possui níveis tensionais controlados (PICCINI e VICTORA, 1997; STRELEC, PIERIN e MION, 2003; FIRMO, UCHOA e LIMA-COSTA, 2004; ROSARIO, SCALA *et al.*, 2009). Entre os fatores que contribuem para um controle efetivo da pressão arterial sistêmica, está o conhecimento que os hipertensos têm sobre a morbidade e sua farmacoterapia. Estudos mostram que portadores que possuem conhecimento sobre os valores normais de pressão arterial e a condição crônica desta morbidade, assim como para qual problema de saúde o medicamento está sendo prescrito e por quanto tempo ele deve ser utilizado, aderem melhor ao tratamento e, conseqüentemente, possuem níveis tensionais mais controlados. ((KARAEREN, YOKUSOGLU *et al.*, 2009; MORGADO, ROLO *et al.*, 2010)

Pelo acima exposto, este estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento sobre a HAS e sua farmacoterapia em usuários de anti-hipertensivos dispensados na farmácia básica do município de São Francisco de Paula, RS.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA

As estratégias utilizadas para a localização das publicações incluíram buscas em bases eletrônicas, em sites de instituições de saúde, nas citações das publicações adquiridas na íntegra e ainda o contato com autores. As bases de dados eletrônicas pesquisadas foram: PubMed, Lilacs e EBSCO. Foram consultados os sites institucionais como o da Organização Mundial da Saúde (www.who.org), Ministério da Saúde do Brasil (www.saúde.gov.br), e Organização Pan-Americana de Saúde (www.opas.org). As palavras primeiramente utilizadas nas buscas das publicações foram: “*knowledge*”; “*medication*”; e “*Hypertension*”, as quais foram posteriormente combinadas entre si e com o palavra “*patient*” formando as seguintes expressões “*Patient Knowledge and Hypertension*” e “*Patient medication knowledge*”

Inicialmente, buscaram-se artigos em inglês, espanhol e português que abordassem tanto o conhecimento sobre HAS como sua farmacoterapia. No entanto, verificou-se que esses artigos não avaliavam aspectos de interesse sobre o conhecimento da farmacoterapia. Diante disso, ampliou-se a revisão para captar também artigos que avaliassem o conhecimento do usuário sobre medicamentos prescritos, o que resultou em torno de 7.639 títulos.

A partir da leitura dos títulos selecionou-se cerca de 353 para a leitura dos resumos. Após a leitura destes, foram incluídos para a revisão 64 artigos sobre o conhecimento da HAS e/ou da sua farmacoterapia. Entre os artigos excluídos encontram-se:

- Estudos com abordagem qualitativa;
- Estudos que abordaram o conhecimento sobre HAS e/ou farmacoterapia na população em geral, ou seja, portadores ou não de HAS.
- Estudos que avaliaram somente o conhecimento de medicamentos de uso eventual

A figura 1 apresenta a esquematização da estratégia de busca bibliográfica e seleção dos artigos.

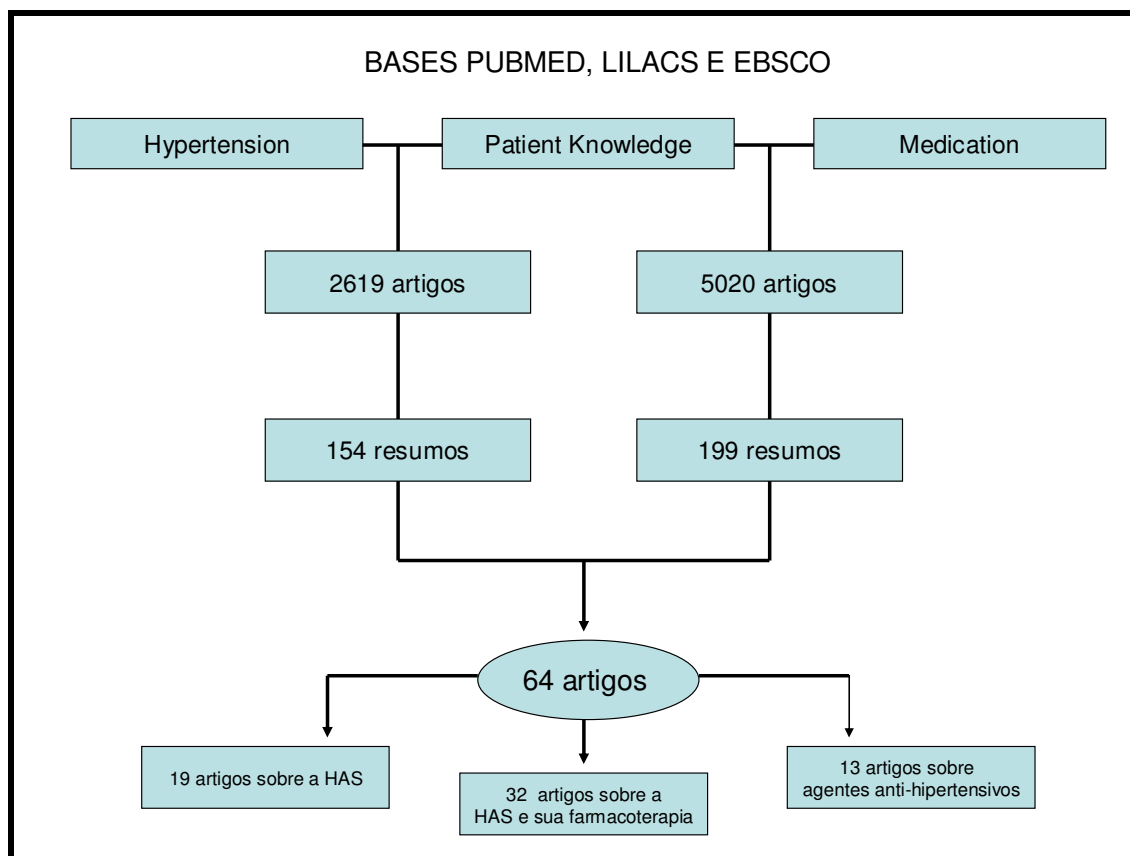


Figura 1- Esquematização da busca de artigos

2.2 ESTUDOS QUE AVALIARAM O CONHECIMENTO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Diversos estudos avaliaram o conhecimento sobre HAS referente a diferentes aspectos desta morbidade, ora considerando fatores de risco, complicações, cronicidade e níveis tensionais, ora considerando o tratamento farmacológico ou não farmacológico. Além dos diferentes componentes do conhecimento, a forma de avaliação e as características demográficas, socioeconômicas e culturais das populações investigadas também diferem entre os estudos. Isto explica, em parte, a inconsistência dos resultados encontrados na literatura, uma vez que estudos desenvolvidos no Brasil, Estados Unidos, Canadá e Irã mostram alto nível de conhecimento (STRELEC, PIERIN e MION, 2003; OLIVERIA, CHEN *et al.*, 2005; VIERA, COHEN *et al.*, 2008; SABOUHI, BABAEI *et al.*, 2011) enquanto outros estudos

realizados em países como a Nigéria, demonstram baixos níveis de conhecimento sobre a HAS (VIJAYALAKSHMI, RAZIA e PRAKASAMMA, 1997; FAMILONI, OGUN e AINA, 2004; RAGOT, SOSNER *et al.*, 2005; SAMAL, GREISENEGGER *et al.*, 2007; ZAFAR, GOWANI *et al.*, 2008; IKE, ANIEBUE e ANIEBUE, 2010; KATIBI, OLARINOYE e KURANGA, 2010).

2.2.1 Aspectos avaliados nos estudos sobre o conhecimento da Hipertensão Arterial Sistêmica

2.2.1.1 Fatores de Risco

O conhecimento sobre os fatores de risco para HAS podem contribuir para o controle dos níveis tensionais em portadores desta morbidade (KARAEREN, YOKUSOGLU *et al.*, 2009). A maioria dos estudos revela elevada prevalência de conhecimento sobre a influência de aspectos como o sobrepeso, a dieta e o tabagismo no desenvolvimento da HAS. Contudo, menores prevalências de conhecimento foram observadas em relação aos efeitos do consumo de álcool e do sedentarismo (OBRIEN e HODES, 1979; HOWARD e POPHAM, 1988; OSMAN, SULEIMAN e ELZUBAIR, 2007; ZAFAR, GOWANI *et al.*, 2008; DAWES, KACZOROWSKI *et al.*, 2010).

Estudos realizados nos Estados Unidos e Canadá verificaram que mais de 90% dos portadores de HAS reconheciam a obesidade, tabagismo, sedentarismo e uma dieta rica em gordura como fatores de risco para o desenvolvimento da HAS (HOWARD e POPHAM, 1988; DAWES, KACZOROWSKI *et al.*, 2010), enquanto em países como a Nigéria, Sudão, Paquistão e Turquia, menos de 75% detinham este conhecimento (OKE e BANDELE, 2004; OSMAN, SULEIMAN e ELZUBAIR, 2007; ZAFAR, GOWANI *et al.*, 2008; KARAEREN, YOKUSOGLU *et al.*, 2009; IYALOMHE e IYALOMHE, 2010; KATIBI, OLARINOYE e KURANGA, 2010). Em contraposição, a investigação realizada por Katibi *et al.* (2010), na Nigéria, revelou que somente 2% dos portadores de HAS reconheciam o consumo de alimentos com alto teor de gordura como fator de risco para HAS.

Em relação ao consumo excessivo de sal, estudos realizados no Paquistão e Estados Unidos mostraram que aproximadamente 80% dos avaliados compreendiam o papel deste no desenvolvimento da HAS (HOWARD e POPHAM, 1988; OKE e BANDELE, 2004;

OSMAN, SULEIMAN e ELZUBAIR, 2007; ZAFAR, GOWANI *et al.*, 2008; DAWES, KACZOROWSKI *et al.*, 2010), enquanto outros estudos realizados na Nigéria e na China revelaram que metade dos indivíduos possuíam este conhecimento (ZHANG, ZHU *et al.*, 2009; BUSARI, OLANREWAJU *et al.*, 2010; KATIBI, OLARINOYE e KURANGA, 2010)

Observou-se uma ampla variação no conhecimento quanto ao consumo excessivo de álcool como fator de risco da HAS. Estudos realizados por Dawes *et al.* (2010), nos Estados Unidos e por Oke *et al.* (2004), na Nigéria, mostraram que aproximadamente 80% dos entrevistados consideravam este um fator de risco para HAS. Entretanto, prevalências de conhecimento inferiores a 50% sobre este aspecto foram relatadas por estudos com amostras menores em países como Sudão, Nigéria (OSMAN, SULEIMAN e ELZUBAIR, 2007; IYALOMHE e IYALOMHE, 2010)

No Brasil, o estudo realizado por Pierin *et al* (2001) verificou que mais de 90% dos portadores identificaram o consumo excessivo de sal, o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas como fatores de risco para HAS, porém menores prevalências de conhecimento foram observadas em relação à ingestão de alimentos gordurosos (88%), excesso de peso (81%) e sedentarismo(71%).

2.2.1.2 Complicações da HAS

O conhecimento sobre as complicações decorrentes do inadequado controle dos níveis tensionais contribui para a adesão à farmacoterapia e ao tratamento não farmacológico (BALAZOVJECH e HNILICA, 1993; MORGADO, ROLO *et al.*, 2010), prevenindo o surgimento dessas complicações. A literatura revela que o acidente vascular cerebral (AVC) e o infarto agudo do miocárdio (IAM) são as complicações mais identificadas pelos portadores de HAS, sendo as complicações renais as menos reconhecidas. (OBRIEN e HODES, 1979; ALEXANDER, GORDON *et al.*, 2003; GAZMARARIAN, WILLIAMS *et al.*, 2003; FAMILONI, OGUN e AINA, 2004; VERGARA, MARTIN *et al.*, 2004; OSMAN, SULEIMAN e ELZUBAIR, 2007; SAMAL, GREISENEGGER *et al.*, 2007).

Estudos realizados nos Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Porto Rico, Irã Sudão e Nigéria demonstraram níveis de conhecimento superiores a 75% em relação às principais complicações da HAS (AVC e IAM) (OBRIEN e HODES, 1979; ALEXANDER, GORDON *et al.*, 2003; VERGARA, MARTIN *et al.*, 2004; MOSER e FRANKLIN, 2007; OSMAN, SULEIMAN e ELZUBAIR, 2007; DAWES, KACZOROWSKI *et al.*, 2010; IYALOMHE e

IYALOMHE, 2010). Em contraposição, outros estudos nigerianos encontraram prevalências de conhecimento inferiores a 50% sobre estas (FAMILONI, OGUN e AINA, 2004; OKE e BANDELE, 2004). Semelhantes resultados foram observados em investigações realizadas na Austria e Australia onde verificaram que cerca de 60% dos portadores de HAS sabiam que o IAM é uma complicação decorrente do controle inadequado da HAS (TAYLOR e WARD, 2003; SAMAL, GREISENEGGER *et al.*, 2007). Sabe-se que estas diferenças são devidas principalmente pelas distintas condições socioeconômicas apresentadas por estas regiões.

Entre os estudos que investigaram as complicações renais, houve ampla variação das prevalências de conhecimento, variando desde 76% (HOWARD e POPHAM, 1988; ALEXANDER, GORDON *et al.*, 2003; GAZMARARIAN, WILLIAMS *et al.*, 2003; VERGARA, MARTIN *et al.*, 2004; MOSER e FRANKLIN, 2007; OSMAN, SULEIMAN e ELZUBAIR, 2007; SAMAL, GREISENEGGER *et al.*, 2007; ZHANG, ZHU *et al.*, 2009), até níveis muito baixos de conhecimento (2%). Vale salientar que maior conhecimento sobre as complicações renais foi encontrado em estudos realizados por Sanne *et al.* (2008), nos Estados Unidos, e Osman *et al.* (2007), no Sudão, ambos com um predomínio de população de cor da pele preta. Este fato pode ter contribuído para um melhor resultado nestas populações, uma vez que indivíduos com esta característica possuem maior predisposição de sofrerem esta complicação quando comparados aos demais;

Investigações nacionais realizadas por Pierin *et al.* (2001) e Jesus *et al.* (2008) observaram níveis de conhecimento sobre complicações como AVC, IAM e renais, superiores a 80% nas populações estudadas. Entretanto, estudo realizado anteriormente por Pierin *et al.* (1989) encontrou que somente 55,1% e 38,8% dos portadores de HAS sabiam que o AVC e o IAM eram complicações decorrentes da HAS. Estes dados nacionais evidenciam que o conhecimento sobre as complicações decorrentes da HAS vem aumentando na última década, o que pode ser decorrente tanto da qualidade da informação prestada pelos profissionais de saúde sobre a HAS, como também pelo melhor acompanhamento dos pacientes.

2.2.1.3 Cronicidade da HAS

O conhecimento de que a HAS consiste em uma condição crônica é fundamental para que os portadores desta morbidade mantenham o tratamento prescrito mesmo não apresentando sintomatologia. Vários estudos evidenciam a necessidade de compreensão por

parte dos portadores de HAS sobre a cronicidade desta morbidade na manutenção do tratamento (GAZMARARIAN, WILLIAMS *et al.*, 2003; OLIVERIA, CHEN *et al.*, 2005; OSMAN, SULEIMAN e ELZUBAIR, 2007; JESUS, AUGUSTO *et al.*, 2008; DAWES, KACZOROWSKI *et al.*, 2010; IYALOMHE e IYALOMHE, 2010).

Estudos desenvolvidos em populações dos Estados Unidos, Canadá e África do Sul mostram que cerca de 70% dos portadores de HAS sabem que esta é uma morbidade crônica ou que não tem cura (GAZMARARIAN, WILLIAMS *et al.*, 2003; OLIVERIA, CHEN *et al.*, 2005; SANNE, MUNTNER *et al.*, 2008; VIERA, COHEN *et al.*, 2008; MAGADZA, RADLOFF e SRINIVAS, 2009), enquanto, na Nigéria, Sudão, Coreia e estudo realizado nos Estados Unidos por Dawes *et al.* (2010) este conhecimento foi observado em somente 30% dos portadores (OKE e BANDELE, 2004; HAN, KIM *et al.*, 2007; OSMAN, SULEIMAN e ELZUBAIR, 2007; IYALOMHE e IYALOMHE, 2010).

No Brasil, o estudo realizado por Jesus *et al.* (2008) mostrou que 67,5% dos portadores de HAS estão cientes que esta morbidade não tem cura. No entanto, menos da metade destes referiram que a HAS é para toda vida. Em contraposição, estudo realizado por Strelec *et al.* (2008) verificou que aproximadamente 80% dos portadores sabiam que a “pressão alta é para toda vida”

As distintas prevalências de conhecimento sobre a cronicidade da HAS demonstrada nos estudos é preocupante, pois existem evidências de que os usuários de medicamentos tendem a interromper o tratamento quando apresentam níveis tensionais controlados, por não associarem o efeito do medicamento contínuo à manutenção dos níveis pressóricos (MAGADZA, RADLOFF e SRINIVAS, 2009).

2.2.1.4 Níveis tensionais

O conhecimento dos portadores de HAS sobre os níveis tensionais considerados normais (PAS < 140mmHg e PAD < 90mmHg) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010) aumenta a participação e a autonomia destes no controle desta morbidade, um vez que possibilita uma efetiva monitorização domiciliar destes parâmetros (MCMANUS, MANT *et al.*, 2005). Além disso, dados mostram que este conhecimento pode influenciar de forma positiva a adesão ao tratamento, diminuindo, desta forma os riscos dos portadores de HAS desenvolverem sérias complicações como o AVC e o IAM (BALAZOVJECH e HNILICA, 1993). Apesar disso, a maioria dos estudos demonstra um

conhecimento, ainda incipiente dos portadores de HAS em relação a estes parâmetros (VIJAYALAKSHMI, RAZIA e PRAKASAMMA, 1997; CUSPIDI, SAMPIERI *et al.*, 2001; ROCA, NADAL *et al.*, 2003; STRELEC, PIERIN e MION, 2003; FAMILONI, OGUN e AINA, 2004; CHENG, LICHTMAN *et al.*, 2005; RAGOT, SOSNER *et al.*, 2005; DEAN, KERRY *et al.*, 2007; MION, PIERIN *et al.*, 2010; MORGADO, ROLO *et al.*, 2010; CHAI, XU *et al.*, 2011; PRUGGER, KEIL *et al.*, 2011; SABOUHI, BABAEI *et al.*, 2011).

Neste sentido, a pesquisa realizada por Ragot *et al.* (2005), na França, mostrou, que apesar da maioria dos portadores de HAS referirem conhecer os níveis tensionais considerados normais, um percentual significativo (40%) destes referiu valores incorretos em relação a este aspecto. Alexander *et al.* (2003), nos Estados Unidos, também mostraram dados impactantes, uma vez que, mais da metade dos portadores de HAS com níveis tensionais não controlados, não conheciam estes parâmetros.

Investigações desenvolvidas em diversos países como Turquia, Nigéria, Itália, Índia, China, Irã e Estados Unidos mostraram que metade dos portadores de HAS não conheciam os níveis tensionais considerados normais (VIJAYALAKSHMI, RAZIA e PRAKASAMMA, 1997; FAMILONI, OGUN e AINA, 2004; CHENG, LICHTMAN *et al.*, 2005; KARAEREN, YOKUSOGLU *et al.*, 2009; CHAI, XU *et al.*, 2011; PRUGGER, KEIL *et al.*, 2011; SABOUHI, BABAEI *et al.*, 2011). No entanto, vale lembrar que estes dois estudos americanos envolveram portadores de doença coronariana, o que explica a menor prevalência de conhecimento quando comparados aos outros desenvolvidos neste país. Estes e estudos desenvolvidos em países como Itália, Portugal e Canadá verificaram que mais de 60% dos portadores de HAS detinham o conhecimento sobre limiares tensionais (ALEXANDER, GORDON *et al.*, 2003; GAZMARARIAN, WILLIAMS *et al.*, 2003; OLIVERIA, CHEN *et al.*, 2005; MOSER e FRANKLIN, 2007; SUBRAMANIAN, HOFER *et al.*, 2007; SANNE, MUNTNER *et al.*, 2008; VIERA, COHEN *et al.*, 2008; FAGERLIN, SEPUCHA *et al.*, 2010). (BIEHN, STEWART e MOLINEUX, 1984; CUSPIDI, LONATI *et al.*, 2000; MORGADO, ROLO *et al.*, 2010).

As investigação realizada no Brasil, por Jesus *et al.* (2008) Sanchez *et al.* (2004), apresentaram níveis de conhecimento superiores a 75% nas populações estudadas, sendo superiores aos encontrados por Mion Jr. *et al.* (2010) na cidade de São Paulo, onde somente 1 em cada 4 portadores de HAS referiram valores corretos quanto aos níveis tensionais considerados normais. Isto pode ser explicado, uma vez que, esta pesquisa foi realizada através de entrevistas telefônicas numa população de baixos níveis de escolaridade.

A falta de orientação dos portadores pelos profissionais da saúde sobre os níveis tensionais considerados normais pode ter corroborado com um menor conhecimento sobre estes parâmetros em algumas populações. Estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que apesar dos médicos incentivarem a monitorização domiciliar, somente em 15% das consultas estes orientavam os portadores de HAS sobre os valores tensionais considerados normais (BELL e KRAVITZ, 2008).

2.2.1.5 Tratamento não Farmacológico

The Joint National Committee on the Detection, Evaluation and Treatment of high BP (JNC), e a Sociedade Brasileira de Hipertensão têm recomendado como principais medidas não farmacológicas para o controle da HAS o controle de peso; a redução do consumo de sal; o aumento da atividade física; a redução do consumo de bebidas alcoólicas e a cessação do tabagismo. Os achados mostram um conhecimento elevado sobre o tratamento não farmacológico da HAS entre os portadores desta morbidade (PIERIN, MION *et al.*, 2001; GAZMARARIAN, WILLIAMS *et al.*, 2003; STRELEC, PIERIN e MION, 2003; SANCHEZ, PIERIN e MION JUNIOR, 2004; SANNE, MUNTNER *et al.*, 2008; IKE, ANIEBUE e ANIEBUE, 2010; NKOSI e WRIGHT, 2010).

A maior parte dos estudos encontrados avaliou este desfecho por meio de afirmações como “*A atividade física controla a pressão arterial*”, “*A perda de peso frequentemente diminui os níveis pressóricos*”. Desta forma, investigações realizadas nos Estados Unidos, Itália, África do Sul e Nigéria encontraram que mais de 67% dos portadores conheciam a influência do controle de peso, de uma alimentação adequada e da prática de atividade física na manutenção de níveis tensionais. (CUSPIDI, SAMPIERI *et al.*, 2001; GAZMARARIAN, WILLIAMS *et al.*, 2003; SANNE, MUNTNER *et al.*, 2008; IKE, ANIEBUE e ANIEBUE, 2010; NKOSI e WRIGHT, 2010). Contudo, prevalências menores de conhecimento (aproximadamente 60%) foram observadas em relação à redução do consumo de álcool e a cessação do tabagismo nestas populações. Estudos realizados por Samal *et al.*, na Austria, e Katibi *et al.*, (2010), na Nigéria, verificaram que somente 50% dos portadores de HAS tinham conhecimento das principais recomendações que compõem o tratamento não farmacológico.

No Brasil, pesquisas verificaram que mais de 80% dos portadores de HAS consideram a redução do consumo de sal, alimentação adequada, controle de peso, assim como a eliminação do hábito de fumar e a redução do consumo de bebidas alcoólicas como medidas

para o controle dos níveis tensionais. Estes resultados foram inferiores em relação à atividade física, uma vez que cerca de 70% dos portadores relataram os benefícios desta no controle da HAS (MION JUNIOR, 1995; PIERIN, MION *et al.*, 2001; STRELEC, PIERIN e MION, 2003; SANCHEZ, PIERIN e MION JUNIOR, 2004; SERAFIM 2010). Este conhecimento pode estar relacionado à grande divulgação de medidas de um comportamento saudável na população em geral.

Apesar do elevado conhecimento sobre o tratamento não farmacológico da HAS observado na literatura, dados revelam prevalências elevadas de sedentarismo, tabagismo e obesidade nos portadores desta morbidade (STURMER, DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2006). Isto mostra que o conhecimento não é suficiente para a mudança de comportamento, embora ele seja fundamental. Diante disso, ações de saúde que visem aumentar o conhecimento sobre fatores de risco são necessárias, uma vez que, estimular a adoção de um estilo de vida saudável pelos portadores de HAS (BORGES, ROMBALDI *et al.*, 2009).

Em conclusão, observa-se que os estudos não apresentam consistência nas prevalências de conhecimento em relação à maioria dos aspectos avaliados sobre o conhecimento da HAS. Além de inconsistentes, os estudos não possuem comparabilidade, visto que foram realizados em populações com distintas culturas e utilizaram diferentes metodologias de avaliação. Isto mostra claramente a necessidade de se realizar estudos locais, que possam mostrar a realidade dos usuários dentro do seu contexto sociocultural e de oferta do serviço, estrutura física e humana de saúde.

2.3 ESTUDOS QUE AVALIARAM O CONHECIMENTO SOBRE A FARMACOTERAPIA EM PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Embora a investigação do conhecimento sobre a farmacoterapia seja uma forma de avaliação muito utilizada em saúde pública, não existe até o momento um consenso sobre quais fatores devem ser examinados para avaliar este conhecimento. Além disso, este conceito e a sua operacionalização muitas vezes, não se encontram descritos na literatura (ASCIONE, KIRSCHT e SHIMP, 1986; HUGHES, WHITTLESEA e LUSCOMBE, 2002; BOONSTRA, LINDBAEK *et al.*, 2003; HUANG, WANG *et al.*, 2006).

A revisão realizada por Lucena Gonzalez (1986) considera que a informação mínima necessária para capacitar os usuários a seguir o tratamento como prescrito deve abranger:

administração correta do medicamento (especificando dose, regime de administração e duração), condições adequadas de conservação e data de validade, influência do medicamento sobre a evolução da morbidade; e, finalmente, reconhecer os problemas devido ao seu uso, como o aparecimento de reações adversas, as precauções e orientações em caso de uma intoxicação acidental.

Outro estudo desenvolvido em farmácias identificou quatro diferentes dimensões do conhecimento sobre a farmacoterapia, onde o definiu como “*o conjunto de informações adquiridas pelo usuário necessárias para seu uso correto, incluindo o objetivo terapêutico (indicação e efetividade), o processo de uso (posologia, forma de administração e duração do tratamento), a segurança (efeitos adversos, precauções, contra indicações e interações) e sua conservação*” (GARCIA DELGADO, GASTELURRUTIA GARRALDA *et al.*, 2009)

Assim a importância de cada aspecto da farmacoterapia a ser analisado deve ser distinguida de acordo com as características socioeconômicas e culturais dos usuários, além de considerar peculiaridades da morbidade e seu tratamento (ASCIONE, KIRSCHT e SHIMP, 1986). Em vista disso, este estudo pretende investigar o conhecimento sobre os aspectos da farmacoterapia considerados essenciais para o controle da HAS, avaliando o conhecimento do usuário sobre o nome do medicamento, a indicação terapêutica, a dose, frequência/ horários de administração e duração do tratamento.

2.3.1 Aspectos avaliados nos estudos sobre o conhecimento da farmacoterapia da HAS

Apesar de terem sido localizados vários estudos sobre o conhecimento da HAS e sua farmacoterapia, localizaram-se poucos estudos que avaliaram aspectos como a dose e frequência/ horários de administração (POWERS e WOOLDRIDGE, 1982; GIBBS, WATERS e GEORGE, 1989a; b; BEVAN, CURRIE *et al.*, 1993; NURIT, BELLA *et al.*, 2009; KATZIR, BOAZ *et al.*, 2010). Além disso, os estudos selecionados que avaliaram o conhecimento dos usuários sobre a farmacoterapia foram realizados em diferentes contextos sociais e clínicos, utilizando métodos distintos de análise de dados, além de abordarem diferentes aspectos em relação a este desfecho. Isto torna difícil a comparabilidade dos resultados encontrados. Os dados incluídos nesta revisão foram captados de estudos transversais ou de análises transversais de outros tipos de delineamentos como ensaios clínicos, coorte e quase experimentais.

2.3.1.1 Nome do medicamento

O conhecimento dos usuários sobre o nome dos medicamentos que utiliza é fundamental para o seu uso correto, uma vez que a incapacidade de reconhecê-los pode aumentar os riscos de erros de administração (PERSELL, BAILEY *et al.*, 2010). A literatura revisada mostra níveis de conhecimento insuficientes sobre o nome dos agentes anti-hipertensivos que garanta o seu uso correto (HOWARD e POPHAM, 1988; GIBBS, WATERS e GEORGE, 1989b; a; ROCA, NADAL *et al.*, 2003; RAGOT, SOSNER *et al.*, 2005; IYALOMHE e IYALOMHE, 2010; PERSELL, BAILEY *et al.*, 2010).

Investigações realizadas nos Estados Unidos e em alguns países da Europa mostraram que cerca de 70% dos usuários de agentes anti-hipertensivos conhecem o nome destes medicamentos (GIBBS, WATERS e GEORGE, 1989a; b; ROCA, NADAL *et al.*, 2003; RAGOT, SOSNER *et al.*, 2005). Este conhecimento também foi avaliado de forma total ou parcial em estudo realizado em ambulatórios americanos por Persell *et al.* (2010), revelando que $\frac{1}{4}$ dos usuários sabiam o nome de todos os medicamentos enquanto para metade, esse conhecimento foi apenas parcial, ou seja, conheciam o nome de pelo menos um dos agentes anti-hipertensivos. Resultados inferiores foram encontrados por Iyalomhe *et al.* (2010), na Nigéria, onde 30% dos entrevistados identificaram pelo menos um dos agentes anti-hipertensivos prescritos. O menor conhecimento destes últimos deve-se ao fato de que a maioria dos participantes desta pesquisa era agricultores e artesãos com baixos níveis de escolaridade.

Em contrapartida, McComack *et al.* (1997) na Irlanda, ao avaliar o conhecimento que portadores de HAS possuíam sobre o nome de todos os medicamentos prescritos que utilizavam, mostrou que somente 40% conheciam.

2.3.1.2 Dose e Frequência/horários de administração

O conhecimento dos usuários sobre a dose e frequência/ horários de administração apresentou resultados mais homogêneos quando comparado aos outros aspectos da farmacoterapia anti-hipertensiva avaliados, uma vez que, poucos estudos avaliaram este aspecto em relação a essa classe de medicamentos e a maioria foi realizado em países desenvolvidos (POWERS e WOOLDRIDGE, 1982; GIBBS, WATERS e GEORGE, 1989b; a; BEVAN, CURRIE *et al.*, 1993; ROCA, NADAL *et al.*, 2003; KATZIR, BOAZ *et al.*, 2010).

Investigação realizada na Escócia verificou que cerca de 80% dos usuários de diuréticos atendidos em ambulatórios de clínica médica conheciam a dose correta destes medicamentos (BEVAN, CURRIE *et al.*, 1993). Resultados superiores foram observados em estudo experimental realizado por Roca *et al.* (2003), na Espanha, onde 90% dos 48 portadores de HAS hospitalizados conheciam o número de doses diárias prescritas de agentes anti-hipertensivos para o tratamento desta morbidade, antes da intervenção educativa. A frequência/horários de administração destes medicamentos também foi avaliada em dois ensaios clínicos na Inglaterra por Gibbs *et al.* (1989ab) onde a prevalência de conhecimento foi de aproximadamente 90% para betabloqueadores e diuréticos antes da intervenção. Resultados semelhantes foram observados por Nurit *et al.* (2009), em um hospital de Israel, onde cerca de 90% dos usuários de betabloqueadores conheciam as doses e os horários de administração destes medicamentos.

No Brasil, investigações realizadas por Silva *et al.* (2000), Ceccato *et al.* (2004) e Moreira *et al.* (2008) que abordaram o conhecimento sobre esses aspectos em relação a outras indicações terapêuticas, verificaram que a concordância entre a resposta do usuário referente a frequência/horários de administração e a prescrição médica foi de 69,0%, 91,7% e 86,1%, respectivamente. Resultados semelhantes foram observados em relação à dose, uma vez que os três estudos mostraram percentuais de respostas corretas acima dos 80,0%.

Apesar da elevada prevalência de conhecimento evidenciada nesses estudos, a falta de conhecimento ainda é preocupante, considerando que são informações essenciais para o uso correto dos medicamentos e, conseqüentemente, para a prevenção de agravos à saúde decorrentes do controle inadequado dessa morbidade.

2.3.1.3 Tempo/Duração do tratamento

O conhecimento sobre o tempo/duração do tratamento farmacoterapêutico é de extrema importância, principalmente para portadores de doenças crônicas como a HAS. O desconhecimento de que o medicamento deve ser usado continuamente pode levar o usuário a interromper o tratamento quando percebe sua pressão normal. Estudo realizado na Nigéria evidenciou que 58,3% dos usuários de agentes anti-hipertensivos acreditavam que deveriam utilizá-los somente na presença de sintomas, enquanto 6,3% referiram que a administração dos medicamentos tinha duração determinada, para a qual foram referidas duas semanas a cinco anos (FAMILONI, OGUN e AINA, 2004). Dados semelhantes foram encontrados por Osman *et al.* (2007), no Sudão, onde 68% dos portadores de HAS acreditavam que podiam interromper o tratamento quando cessassem os sintomas. Na Nigéria, Iyalomhe *et al.* (2010), encontrou valor inferior (46%).

Quando o conhecimento foi avaliado questionando se o tratamento da HAS é para toda vida, estudos realizados no Brasil, Itália, China e Estados Unidos demonstraram percentuais elevados deste conhecimento, variando entre 70 e 86% (CUSPIDI, LONATI *et al.*, 2000; CUSPIDI, SAMPIERI *et al.*, 2000; CUSPIDI, SAMPIERI *et al.*, 2001; PIERIN, MION *et al.*, 2001; STRELEC, PIERIN e MION, 2003; SANCHEZ, PIERIN e MION JUNIOR, 2004; JESUS, AUGUSTO *et al.*, 2008; MION, PIERIN *et al.*, 2010; CHAI, XU *et al.*, 2011). Entretanto, estes resultados ainda são inferiores aos encontrados por Vieira *et al.* (2004), nos Estados Unidos, e Biehn *et al.* (1984), no Canadá, onde cerca de 95% dos usuários de agentes anti-hipertensivos possuíam este conhecimento em relação ao tempo de tratamento.

O conhecimento sobre a duração do tratamento é considerado importante fator na adesão a farmacoterapia e no controle dos níveis tensionais. Apesar disso, as orientações que os usuários recebem dos profissionais de saúde, muitas vezes não incluem este aspecto. Isto pode ser pelo fato de não considerarem esta informação relevante para a administração correta do medicamento, ou talvez por subentenderem que os usuários detêm este conhecimento. (KJELLGREN, SVENSSON *et al.*, 1998).

2.3.1.4 Indicação terapêutica

O conhecimento sobre a indicação terapêutica auxilia o usuário a compreender a necessidade do medicamento no tratamento da sua morbidade, podendo evitar, assim, o

abandono deste na presença de efeitos indesejados. (MICHELI, KOSSOVSKY *et al.*, 2007; MORGADO, ROLO *et al.*, 2010).

Estudos desenvolvidos nos Estados Unidos, na Inglaterra e na Turquia verificaram que mais de 80% dos usuários de agentes anti-hipertensivos conheciam o motivo pelo qual utilizavam estes medicamentos (GIBBS, WATERS e GEORGE, 1989b; a; CLEARY, MATZKE *et al.*, 1995; KARAEREN, YOKUSOGLU *et al.*, 2009). Neste sentido, Kaya *et al.* (2009) ao avaliarem 117 idosos residentes de casas de repouso, na Turquia, verificaram que 78% destes sabiam que o objetivo terapêutico de agentes anti-hipertensivos era controlar a pressão arterial.

Persell *et al.* (2004) ao investigar 506 agentes anti-hipertensivos prescritos para americanos atendidos na atenção primária, observou que o conhecimento sobre a indicação correta ocorreu para 89% desses medicamentos. Resultados inferiores foram encontrados no estudo desenvolvido por Micheli *et al.* (2007), na Suíça, onde 73% das indicações de agentes anti-hipertensivos foram referidas corretamente pelos usuários, uma semana após a alta hospitalar. (MICHELI, KOSSOVSKY *et al.*, 2007).

García Gomez *et al.* (2003), na Espanha, ao investigar o conhecimento sobre agentes anti-hipertensivos em 75 idosos com insuficiência cardíaca ingressados em um hospital, observaram que aproximadamente 80% dos usuários conheciam o efeito diurético da furosemida, enquanto somente 46% reconheceram o uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) para insuficiência cardíaca e a HAS.

Bevan *et al.* (1993), na Escócia, constataram que aproximadamente 30% dos usuários não sabiam que utilizavam diuréticos para o tratamento de algumas morbidades como HAS, insuficiência cardíaca, edema e insuficiência renal. Desta forma, concluíram que muitos usuários podem não aderir ao tratamento por não compreenderem o efeito dos diuréticos sobre a pressão sanguínea.

2.4 FATORES ASSOCIADOS AO CONHECIMENTO SOBRE A HIPERTENSÃO E SUA FARMACOTERAPIA

2.4.1 Sexo

A relação deste fator com o conhecimento não apresenta consistência na literatura, embora os estudos que abordaram essa relação tenham utilizado diferentes aspectos na avaliação do conhecimento da HAS e sua farmacoterapia. Alguns estudos demonstraram que as mulheres possuem maior prevalência de conhecimento sobre a HAS em relação aos homens (PIERIN, MION *et al.*, 2001; BUSARI, OLANREWAJU *et al.*, 2010). Entretanto investigações realizadas na Nigéria e nos Estados Unidos mostraram que os homens possuem maior conhecimento sobre o tratamento não farmacológico e os níveis tensionais considerados normais. Estas diferenças podem ser explicadas pelas características das populações envolvidas, as quais diferem quanto a aspectos socioculturais e de saúde. (IKE, ANIEBUE e ANIEBUE, 2010) (CHENG, LICHTMAN *et al.*, 2005). Outro estudo americano não mostrou diferenças significativas na prevalência de conhecimento da HAS entre os sexos (SANNE, MUNTNER *et al.*, 2008).

No Brasil, a investigação realizada por Pierin *et al.*, (2001) verificou uma maior prevalência de conhecimento sobre a HAS em mulheres. Evidências mostraram que as brasileiras acessam mais os serviços de saúde em razão de sua responsabilidade perante os cuidados de saúde de seus familiares e funções ginecológicas e reprodutivas e, desta forma, desenvolvem uma percepção mais acurada de sua condição de saúde (MENDOZA-SASSI e BERIA, 2001; TRAVASSOS, VIACAVA *et al.*, 2002; DIAS-DA-COSTA, OLINTO *et al.*, 2008)

Em contraposição, as investigações que consideraram tanto o conhecimento sobre a HAS como sobre sua farmacoterapia não encontraram relação desta variável com o conhecimento (HOWARD e POPHAM, 1988; ROCA, NADAL *et al.*, 2003; HAN, KIM *et al.*, 2007; VIERA, COHEN *et al.*, 2008). Contudo, é importante salientar que a operacionalização do desfecho conhecimento foi realizada de forma distinta, sendo que somente o estudo realizado por Han *et al.* (2007) utilizou um escore para avaliar essa associação.

Em relação ao conhecimento sobre a farmacoterapia anti-hipertensiva, apenas o estudo desenvolvido por Vieira *et al.*, (2008) avaliou a relação desta variável com o conhecimento

sobre a duração do tratamento, demonstrando não haver diferenças significativas entre homens e mulheres. Entre os estudos que avaliaram o conhecimento sobre medicamentos de uso contínuo e eventual quanto à indicação terapêutica (PERSELL, HEIMAN *et al.*, 2004; MICHELI, KOSSOVSKY *et al.*, 2007; MOREIRA, FERNANDES *et al.*, 2008), nome do medicamento e posologia (CHAU, KORB-SAVOLDELLI *et al.*, 2011) (VRHOVAC, ROJNIC-PUTAREK e JAKSIC, 2000) também não foi identificada tal associação. Em contraposição, estudo realizado por Akici *et al.* (2004) constatou que as maiores prevalências de conhecimento sobre o nome de medicamentos estavam associadas ao sexo masculino.

Ponnusankar *et al.*, (2004) avaliando o conhecimento sobre nome do medicamento, dose, horários de administração, indicação terapêutica, duração e interações com alimentos e outros medicamentos observaram que um maior escore de conhecimento sobre medicamentos de uso contínuo esteve associado ao sexo masculino. Em contrapartida, outro estudo que também utilizou um escore de conhecimento utilizando esses aspectos na avaliação desta associação, observou que um maior escore de conhecimento estava associado ao sexo feminino (MARKS, SCHECTMAN *et al.*, 2010).

Diante destes apontamentos, observa-se que a associação do conhecimento sobre a HAS e sua farmacoterapia e a variável sexo não está bem estabelecida. Assim, esta relação deve ser melhor investigada de forma a detectar o grupo populacional que necessita de maior orientação.

2.4.2 Idade

Existem muitos estudos que abordam a relação entre o conhecimento sobre a HAS e sua farmacoterapia e a idade dos portadores desta morbidade. A maioria destes, apresentam resultados semelhantes vinculado ao desfecho, demonstrando que a prevalência (CARNEY, GILLIES *et al.*, 1993; ALEXANDER, GORDON *et al.*, 2003; CHENG, LICHTMAN *et al.*, 2005; SANNE, MUNTNER *et al.*, 2008; VIERA, COHEN *et al.*, 2008) e o escore (GAZMARARIAN, WILLIAMS *et al.*, 2003) de conhecimento sobre a HAS e sua farmacoterapia possuem uma relação inversa com a idade.

Apesar disso, os estudos realizados por Sanne *et al.* (2008) e Vieira *et al.*, (2008), após o ajuste para variáveis sociodemográficas, de saúde e comportamentais, mostraram que um baixo nível de conhecimento sobre esta morbidade não está relacionado a uma faixa etária específica. Por outro lado, Famioli *et al.*, (2004) observaram que portadores de HAS com

maior idade possuíam um maior conhecimento sobre limiares tensionais e a duração do tratamento.

Em contrapartida, os resultados da maioria dos estudos sobre o conhecimento de medicamentos de uso contínuo e eventual mostraram que os percentuais de respostas corretas sobre aspectos da farmacoterapia (FLETCHER, FLETCHER *et al.*, 1979; BEVAN, CURRIE *et al.*, 1993; VRHOVAC, ROJNIC-PUTAREK e JAKSIC, 2000; PERSELL, HEIMAN *et al.*, 2004; MICHELI, KOSSOVSKY *et al.*, 2007; MOREIRA, FERNANDES *et al.*, 2008), o escore de conhecimento (BOONSTRA, LINDBAEK *et al.*, 2003; PONNUSANKAR, SURULIVELRAJAN *et al.*, 2004; MARKS, SCHECTMAN *et al.*, 2010), assim como o conhecimento adequado sobre farmacoterapia (CHAU, KORB-SAVOLDELLI *et al.*, 2011) apresentam uma relação inversa com a idade.

Diante desses achados, observa-se que na maioria dos estudos, o aumento da idade esteve associado a um menor conhecimento sobre a HAS e sua farmacoterapia. Estes resultados podem ser decorrentes das dificuldades que os usuários com maior idade possuem de memorizar orientações recebidas quanto ao nome, à posologia ou níveis tensionais considerados normais. Além disso, sabe-se que o aumento da idade está associado a um maior número de medicamentos prescritos o que dificulta, ainda mais, a capacidade de memorização destes usuários. Por outro lado, estes podem conhecer melhor as complicações da HAS e a duração do tratamento pelo maior tempo de exposição.

2.4.3 Cor da pele

A literatura revela que a maioria dos estudos sobre o conhecimento da HAS e sua farmacoterapia investiga a associação desta variável com o conhecimento. O estudo realizado por Sanne *et al.* (2008), não encontraram diferenças significativas entre indivíduos de cor da pele branca e não branca quanto ao conhecimento da HAS, visto que em ambas as categorias cerca de 30% dos usuários apresentavam um baixo nível de conhecimento sobre esta morbidade (SANNE, MUNTNER *et al.*, 2008).

Em contrapartida, estudo realizado por Persell *et al.* (2004) que investigou o conhecimento sobre as indicações terapêuticas de medicamentos de uso contínuo e eventual, verificou que usuários de cor de pele não branca tem duas vezes mais chance de apresentarem um baixo nível de conhecimento quando comparados aos usuários de cor de pele branca. Este resultado pode estar atrelado à iniquidade dos cuidados médicos entre brancos e não brancos,

uma vez que, os primeiros podem receber uma melhor atenção médica, conforme relatado em estudos que avaliaram a realização de exames clínicos de mama e citopatológico (DIAS-DA-COSTA, OLINTO *et al.*, 2003; DIAS-DA-COSTA, OLINTO *et al.*, 2007).

2.4.4 Escolaridade

O nível de escolaridade é um indicador da capacidade de interpretação das informações que os indivíduos recebem dos profissionais de saúde. Diante disso, a maioria dos estudos indica que o conhecimento sobre HAS e sua farmacoterapia está diretamente associado grau de escolaridade do portador (CHENG, LICHTMAN *et al.*, 2005; SAMAL, GREISENEGGER *et al.*, 2007; SUBRAMANIAN, HOFER *et al.*, 2007; SANNE, MUNTNER *et al.*, 2008; VIERA, COHEN *et al.*, 2008).

Nesta direção, investigações verificaram que quanto maior a escolaridade dos portadores de HAS maior é a prevalência de conhecimento sobre limiares tensionais, fatores de risco, cronicidade, tratamento não farmacológico, e complicações desta morbidade (CHENG, LICHTMAN *et al.*, 2005; SAMAL, GREISENEGGER *et al.*, 2007; SUBRAMANIAN, HOFER *et al.*, 2007; SANNE, MUNTNER *et al.*, 2008). Esta relação é evidenciada por Vieira *et al.* (2008), onde portadores de HAS com escolaridade inferior a oito anos de estudo possuem 2,5 vezes mais chances de apresentarem um baixo nível de conhecimento sobre aspectos da HAS e sua farmacoterapia quando comparados a portadores graduados ou pós-graduados. Não obstante, o estudo realizado por Gazmararian *et al.* (2003) não encontrou esta associação quando incluiu na análise multivariada a variável alfabetização em saúde.

Na análise do conhecimento sobre a farmacoterapia anti-hipertensiva, Vieira *et al.* (2008) verificaram que um baixo nível de conhecimento sobre a duração do tratamento da HAS estava associado a uma menor escolaridade dos portadores de HAS. Em concordância com este resultado, observou-se uma associação direta do conhecimento e a escolaridade em estudos que consideraram o conhecimento sobre medicamentos de uso contínuo e eventual (AKICI, KALACA *et al.*, 2004; PERSELL, HEIMAN *et al.*, 2004; HUANG, WANG *et al.*, 2006; MOREIRA, FERNANDES *et al.*, 2008) ou somente aqueles de uso contínuo (CHAU, KORB-SAVOLDELLI *et al.*, 2011). Nestes, o desfecho foi definido ora avaliando os percentuais de respostas corretas sobre o nome dos medicamentos (AKICI, KALACA *et al.*, 2004) ou a indicação terapêutica (PERSELL, HEIMAN *et al.*, 2004), ora considerando um

nível adequado de conhecimento (CHAU, KORB-SAVOLDELLI *et al.*, 2011) ou ainda através de um escore (HUANG, WANG *et al.*, 2006; MARKS, SCHECTMAN *et al.*, 2010).

A homogeneidade dos resultados apresentados mostra que o maior conhecimento sobre a HAS e sua farmacoterapia está alcançando prioritariamente grupos com melhores condições socioeconômicas, como já demonstrado para outros desfechos em saúde. Sendo assim, programas de promoção em saúde devem priorizar esta parcela da população. Sabe-se que o conhecimento não garante a mudança de atitude, entretanto, o direito à informação e os mecanismos para que esses conhecimentos sejam incorporados por qualquer indivíduo, independentemente de sua situação social, devem ser garantidos (BORGES, ROMBALDI *et al.*, 2009).

2.4.5 Situação de Moradia

A situação de moradia, ou seja, se o indivíduo mora sozinho ou não, pode tanto ser considerada como um indicador socioeconômico, como também caracterizar o arranjo domiciliar, revelando a rede de apoio que o portador de morbidades crônicas possui em relação aos cuidados em saúde. Estudo realizado por Morgado *et al.* (2010) identificou que morar sozinho é um fator de risco para o controle inadequado da HAS. Apesar disso, os estudos encontrados na literatura não mostram diferenças significativas de conhecimento entre usuários de medicamentos contínuos que moram sozinhos ou com uma ou mais pessoas no domicílio (LOUIS-SIMONET, KOSSOVSKY *et al.*, 2004; CHAU, KORB-SAVOLDELLI *et al.*, 2011).

2.4.6 Hábito de Fumar

Embora a associação do conhecimento sobre a HAS e o tabagismo não seja objeto de investigação de muitos estudos na comunidade científica, Viera *et al.* (2008) verificaram que os percentuais de respostas incorretas sobre a sintomatologia da HAS eram maiores em fumantes do que não fumantes ($p=0,008$). Resultado contrário foi observado no estudo realizado por Mion Jr. *et al.* (2010) que verificaram uma maior prevalência de conhecimento de fumantes em relação ao tratamento não farmacológico da HAS. Outros estudos, ainda, não mostraram diferenças no conhecimento entre fumantes e não fumantes (SANNE, MUNTNER *et al.*, 2008)

Sabe-se que este fator comporta-se mais como um marcador de risco de um comportamento saudável do que mesmo um fator associado ao conhecimento sobre a morbidade e sua farmacoterapia. É coerente pensar que indivíduos portadores de HAS que fumam, ou desconhecem o efeito do tabagismo sobre a pressão arterial ou, se conhecem, não mudam o seu comportamento. Em suma, este fator é um indicador de como o portador cuida de sua saúde e, conseqüentemente, do conhecimento que tem sobre a sua morbidade.

2.4.7 Consumo de bebidas alcoólicas

Na literatura, não foram encontrados estudos sobre o conhecimento da HAS e sua farmacoterapia que avaliassem como variável comportamental o consumo de bebidas alcoólicas. Contudo, estudo realizado por Sturmer *et al.* (2006), mostrou que portadores de HAS que consomem, no mínimo, 30g de etanol/dia, apresentam elevadas prevalências de manejo inadequado desta morbidade. Neste estudo, o manejo adequado envolvia ter realizado os exames complementares desde o diagnóstico, ter consultado pelo menos duas vezes no último ano e ter seguido as recomendações médicas necessárias para o controle da HAS. Esta variável de comportamento pode ser interpretada da mesma forma que o tabagismo.

2.4.8 Índice de massa corporal

Assim como o hábito de fumar e o consumo de bebidas alcoólicas, a relação do conhecimento sobre HAS e a farmacoterapia com a variável índice de massa corporal também não é muito descrita na literatura (VIERA, COHEN *et al.*, 2008; MION, PIERIN *et al.*, 2010).

Moreira *et al.* (2009) em estudo que avaliou o conhecimento da condição de hipertensos na população em geral verificou que as pessoas obesas (IMC > 30kg/m²) possuem maior consciência do seu estado hipertensivo (80,5%; IC95% 71,5% a 85,3%) quando comparadas com pessoas com sobrepeso (71,6%; IC95% 65,4% a 76,7%; p=0,03) e indivíduos normais (65,6%; IC95% 58,3 a 71,6%; p=0,001).

Diante dos poucos dados apresentados e da importância do conhecimento na adoção de comportamentos saudáveis, este estudo pretende avaliar estas variáveis com objetivo de verificar qual é a sua relação com o conhecimento da HAS.

2.4.9 Auto Percepção de Saúde

Outro fator que não demonstrou ser objeto de investigação em estudos sobre conhecimento de HAS e sua farmacoterapia foi à autopercepção de saúde.

O estudo desenvolvido por Vieira *et al.* (2008) mostrou que portadores de HAS com autopercepção de saúde regular ou ruim apresentam percentuais de 11 a 15% mais elevados de respostas incorretas sobre a prevenção e a sintomatologia da HAS quando comparados aqueles com autopercepção de saúde excelente ou muito boa. Entretanto, na avaliação de outros aspectos do conhecimento sobre a HAS e sua farmacoterapia este fator não apresentou diferenças significativas entre estas categorias.

O fato do conhecimento sobre a prevenção ter se mostrado maior em portadores com autopercepção de saúde muito boa e excelente parece estar associado à influência desta no comportamento do usuário em relação à sua saúde, uma vez que, pessoas com melhor autopercepção de saúde, buscam mais informações sobre hábitos de vida saudável.

2.4.10 Comorbidades

A avaliação da ocorrência de comorbidades como o diabetes e outras doenças cardiovasculares em estudos sobre o conhecimento da HAS e sua farmacoterapia encontra-se descrita na literatura. Entretanto, poucos estudos investigam a relação destas com o conhecimento sobre HAS e sua farmacoterapia.

Os estudos americanos apresentam dados controversos, pois Vieira *et al.*(2008) e Sanne *et al.* (2008) não encontraram diferença de conhecimento sobre a HAS em diabéticos e não diabéticos, enquanto no estudo desenvolvido por Cheng *et al.* (2005), a coexistência de diabetes mostrou estar associada a um baixo nível de conhecimento sobre níveis tensionais. Os autores relatam que portadores de HAS que apresentavam diagnóstico de diabetes possuíam 52% menos chances de conhecer os níveis tensionais considerados normais em relação aos sem diagnóstico (OR = 0.48; IC95% 0.34–0.67).

O diabetes é uma morbidade mais complexa e envolve maior número de cuidados quando comparada com a HAS, por isso usuários com ambas as morbidades podem estar mais preocupados em tratar à diabetes do que a HAS e, por isso, apresentarem um menor conhecimento quando comparados com os portadores de HAS não diabéticos (CHENG, LICHTMAN *et al.*, 2005).

Apesar dos poucos dados disponíveis na literatura, torna-se importante avaliar esta associação, uma vez que, pessoas com maior número de morbidades normalmente utilizam um maior número de medicamentos prescritos e, assim, podem apresentar também maior dificuldade de memorizar as informações sobre as comorbidades e sua farmacoterapia.

2.4.11 Tempo de Diagnóstico da HAS

O tempo de diagnóstico da HAS é descrito em diversos estudos sobre o conhecimento desta morbidade e sua farmacoterapia, mas poucos investigaram essa associação (FAMILONI, OGUN e AINA, 2004; SANNE, MUNTNER *et al.*, 2008).

Na Nigéria, Famioli *et al.* (2004) verificaram que o tempo de diagnóstico influencia o conhecimento sobre a HAS, pois, quanto maior o tempo decorrido do diagnóstico de HAS, maiores são as prevalências de conhecimento sobre níveis tensionais considerados normais (OR=1,80 (1,30-2,49) $p<0,001$) e duração do tratamento (OR=2,33 (1,66-3,26) $P<0,001$). Além disso, os usuários com maior tempo de diagnóstico de HAS possuem maior probabilidade de conhecer as complicações da HAS (OR=1,4 (1,02-1,95) $p=0,313$), embora este dado não tenha apresentado significância estatística.

Neste sentido, Sanne *et al.* (2008) verificaram que a chance de apresentar um baixo nível de conhecimento sobre a HAS é cinco vezes maior em pessoas com diagnóstico de HAS inferior a um ano (OR= 5.35 IC95% 1.68–17.0) quando comparados a usuários com diagnósticos de HAS superiores a 10 anos.

O portador de HAS com maior tempo de diagnóstico tem maior probabilidade de ter apresentado complicações decorrentes desta e, por isso, pode apresentar um maior conhecimento em relação a estes aspectos quando comparado a portadores com diagnóstico recente. Pelos apontamentos, pode-se observar que os resultados até o momento encontrados demonstram associação direta do tempo de diagnóstico com o conhecimento sobre a HAS.

2.4.12 Número de medicamentos

. A maioria dos estudos que avaliariam a associação do conhecimento sobre a farmacoterapia e número de medicamentos prescritos observou resultados semelhantes quanto ao desfecho, demonstrando que menores prevalências de conhecimento estavam associadas a um maior número de medicamentos prescritos (FLETCHER, FLETCHER *et al.*, 1979; BEVAN, CURRIE *et al.*, 1993; MCCORMACK, LAWLOR *et al.*, 1997; BOONSTRA, LINDBAEK *et al.*, 2003; PERSELL, HEIMAN *et al.*, 2004; SHEN, KARR *et al.*, 2006; MICHELI, KOSSOVSKY *et al.*, 2007; CHAU, KORB-SAVOLDELLI *et al.*, 2011).

. O estudo realizado por Bevan *et al.* (1993) mostrou que usuários de até dois medicamentos de uso contínuo apresentaram maior número de respostas corretas sobre aspectos como dose e indicação terapêutica quando comparados aos que utilizavam três ou mais.

Neste sentido, os resultados da maioria dos estudos sobre o conhecimento de medicamentos de uso contínuo e eventual mostraram que os percentuais de respostas corretas sobre aspectos da farmacoterapia (FLETCHER, FLETCHER *et al.*, 1979; PERSELL, HEIMAN *et al.*, 2004; MICHELI, KOSSOVSKY *et al.*, 2007), prevalência (SHEN, KARR *et al.*, 2006) e o escore de conhecimento (BOONSTRA, LINDBAEK *et al.*, 2003; PONNUSANKAR, SURULIVELRAJAN *et al.*, 2004), assim como, o conhecimento adequado (CHAU, KORB-SAVOLDELLI *et al.*, 2011) mostraram ter uma relação inversa com o número de medicamentos prescritos.

2.4.13 Utilização dos serviços de saúde

A utilização dos serviços de saúde é considerada um indicador da qualidade da atenção, uma vez que está vinculada a continuidade da assistência prestada aos portadores de morbidades crônicas como a HAS (MENDOZA-SASSI e BERIA, 2001). Estudo realizado por Chai *et al.* 2010 na China, verificou que portadores de HAS que acessavam mais os centros de saúde comunitários possuíam um melhor conhecimento sobre os níveis tensionais considerados normais e a duração do tratamento farmacológico.

No Brasil, estudos mostram que indivíduos com piores condições socioeconômicas e com maior carga de morbidade acessam menos os serviços de saúde, demonstrando uma

iniquidade na utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS, VIACAVA *et al.*, 2002; DIAS-DA-COSTA, GIGANTE *et al.*, 2008; DIAS-DA-COSTA, OLINTO *et al.*, 2011).

2.4.14 Orientação Médica

As orientações médicas sobre a HAS e sua farmacoterapia auxiliam os usuários no controle desta morbidade (TAMBLYN, ABRAHAMOWICZ *et al.*, 2010). Estudos que avaliaram o conhecimento de portadores de doenças cardiovasculares verificaram que o profissional médico constitui a principal fonte de informação sobre aspectos da farmacoterapia (BIEHN, STEWART e MOLINEUX, 1984; ASCIONE, KIRSCHT e SHIMP, 1986). Entretanto, estudo realizado nos Estados Unidos observou que quando usuários iniciam novos tratamentos, os médicos frequentemente falham na orientação de aspectos importantes da farmacoterapia. Isto pode favorecer o desconhecimento da necessidade da farmacoterapia e contribuir para não adesão ao tratamento (DERJUNG M. TARN e RON D. HAYS, 2006).

Na avaliação de orientação sobre complicações decorrentes da HAS e tratamento não farmacológico, a avaliação realizada por Bell *et al.* (2008) nos Estados Unidos, verificou que somente em um terço das consultas, os médicos orientaram os usuários sobre complicações da HAS, enquanto que em 76% destas, os usuários foram orientados sobre mudanças no estilo de vida.

No Brasil, Piccini & Victora (1997) avaliaram o manejo da HAS e verificaram que, na maioria das vezes (>50%), os médicos não orientam os portadores de HAS sobre medidas de tratamento não farmacológico importantes no combate de doenças cardiovasculares. Em contrapartida, estudo realizado por Stumer *et al.* (2006) verificou que entre as recomendações dadas pelos médicos aos portadores, as mais frequentes foram reduzir a ingestão de sal (98,4%) e interromper o consumo de bebidas alcoólicas (93,7%) seguidas de dieta para emagrecer e ingestão de alimentos com menos gordura, as quais atingiram, ambas 88,2%. Entre as menos frequentes estão parar de fumar (73,2%) e praticar atividades físicas (68,9%).

Diante dos resultados apresentados, verifica-se a importância dos médicos assumirem o seu papel na orientação dos usuários. A baixa prevalência de orientação médica descrita na literatura pode ter relação com a estrutura dos serviços de saúde perante a grande demanda de usuários.

2.4.15 Orientação Farmacêutica

A dispensação constitui o último contato do usuário com o sistema de saúde antes do processo de uso do medicamento e, portanto, a última oportunidade de identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à farmacoterapia. Além disso, este serviço deve ser considerado parte integrante da atenção à saúde, incluindo atividades de prevenção de agravos e promoção à saúde.

Existem evidências de que as orientações realizadas pelo farmacêutico aumentam a compreensão do usuário em relação à HAS e sua farmacoterapia, assim como contribuem para a adesão ao tratamento e o controle dos níveis tensionais (ERICKSON, 1977; MEHOS, SASEEN e MACLAUGHLIN, 2000; GARCAO e CABRITA, 2002; VIVIAN, 2002; HUNT, SIEMIENCZUK *et al.*, 2008; BEX, BOLDT *et al.*, 2011) Entretanto, revisões sistemáticas observaram que os resultados de algumas destas investigações são inconsistentes, uma vez que apresentavam amostras pequenas, intervenções farmacêuticas não padronizadas, de curta duração, bem como uma análise estatística inadequada (BENEY, BERO e BOND, 2000; TULLY, 2000; ZERMANSKY, PETTY *et al.*, 2001).

No Brasil, estudo realizado por Arrais *et al.* (2007) mostrou que menos de 25% dos usuários recebem orientação quanto à posologia, principais reações adversas e cuidados com o armazenamento dos medicamentos durante o processo da dispensação de medicamento. Esta falta de orientação dos usuários é corroborada por estudo realizado por Santos *et al.* (2004) que verificou que o tempo médio de dispensação obtido não permite que este serviço inclua informações importantes para a efetividade do tratamento (SANTOS e NITRINI, 2004).

Os achados evidenciam a necessidade de que o farmacêutico assuma sua responsabilidade perante os resultados farmacoterapêuticos dos usuários, reforçando informações sobre a HAS e sua farmacoterapia durante a dispensação dos medicamentos e, desta forma, favorecendo a adesão ao tratamento.

A seguir são apresentados quadros que relacionam os artigos acima citados sobre o tema em estudo. Estudos que avaliaram somente aspectos sobre a morbidade estão apresentados no Quadro 1, enquanto aqueles que avaliaram o conhecimento sobre a farmacoterapia encontram-se no Quadro 2. Existem, ainda, estudos que abordaram tanto o conhecimento sobre a morbidade como aspectos relacionados à farmacoterapia da HAS e estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 1 - Estudos que avaliaram o conhecimento sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados

Autor/ Ano/Título	Delineamento e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
<p>PIERIN <i>et al.</i>, 1989</p> <p>As pessoas com HAS em tratamento no ambulatório; influência de variáveis, conhecimento das complicações da doença e expectativas quanto à assistência de enfermagem (Parte III)</p>	<p>Transversal</p> <p>80 portadores de HAS</p>	<p>Prevalências de conhecimento sobre as causas e as complicações da HAS;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O AVC (55,1 %) e o IAM (38,8%) foram as complicações mais apontadas 	<p>A necessidade de conhecimento sobre complicações da doença foi a mais evidenciada. A expectativa quanto à assistência que se destacou foi à obtenção de orientações sobre a doença</p>
<p>MION JR <i>et al.</i>, 1995</p> <p>O conhecimento e as preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico</p>	<p>Transversal</p> <p>353 portadores de HAS atendidos na liga de HAS do Hospital das Clínicas de São Paulo</p>	<p>Prevalências de conhecimento sobre o tratamento não farmacológico; Análise de correspondência e teste qui quadrado de Pearson.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimento sobre as seguintes medidas não farmacológicas; reduzir ingestão de gordura (93%), reduzir ingestão de sal (96%), fazer dieta (90%), reduzir peso (75%) realizar exercícios físicos (78%), reduzir ingestão de bebidas alcoólicas (92%), eliminar hábito de fumar (90%). ▪ O perfil de portadores de HAS que desconheciam que a HAS pode ser tratada sem remédios foi: mulheres, com idade de 41-60 anos, obesas, não solteiras. As variáveis hábito de fumar e cor não interferiram no delineamento deste perfil. 	<p>Os portadores de HAS têm conhecimento e preferências que devem ser considerados na prescrição do tratamento, assim como nas recomendações de Consenso e nas campanhas sobre HAS.</p>
<p>PIERIN <i>et al.</i>, 2001</p> <p>O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença</p>	<p>Transversal</p> <p>205 portadores de HAS em tratamento ambulatorial</p>	<p>Prevalências de conhecimento sobre fatores de risco, complicações e gravidade da doença; Análise de correspondência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 98% indicaram o sal e o estresses como fatores associados à HAS, 95% as bebidas alcoólicas, 90% o hábito de fumar, 88% alimentos gordurosos, 81% excesso de peso, 71% sedentarismo. ▪ As complicações citadas foram as cardíacas (74%), o “derrame” (75%) e as renais (7,5%). ▪ 55% indicaram que HAS é uma doença incurável e dura para toda a vida. ▪ Mais de 90% considerou a HAS UMA doença grave e que traz complicações 	<p>A análise evidenciou que ausência de conhecimento está associada aos homens com Idade entre 20-40 anos, viúvo, não branco e com peso normal.</p>

Autor/ Ano/Título	Delineamento e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
ALEXANDER <i>et al</i> , 2003 Patient Knowledge and Awareness of Hypertension Is Suboptimal: Results From a Large Health Maintenance Organization	Transversal 1762 membros de um programa de atendimento médico que tenham visitado esta clínica devido à HAS nos 3 meses que antecederam a pesquisa (correio)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Percentuais de respostas corretas sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definição da HÁ ▪ Níveis tensionais ▪ Complicações ➤ Teste qui quadrado ➤ Regressão logística 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 92% sabiam que a HAS é um fator de risco para AVE, 86,8% para a insuficiência cardíaca e 54,6% para doenças renais. ▪ 39% não sabiam relatar a meta dos níveis pressóricos de PAS e/ou PAD. ▪ Aproximadamente metade dos portadores com níveis elevados de PAS e PAD considerando seus níveis tensionais elevados. ▪ Portadores de HAS com mais de 65 anos indicaram significativamente menos que a insuficiência cardíaca (50,6% vs. 59,4%, p<0,001) e a doença renal (35,1% vs. 48,4%, p<0,001) como complicações da HAS. Entretanto esta diferença não foi encontrada para a insuficiência cardíaca e o AVC. 	Estes resultados revelam a necessidade de aumentar o nível de conhecimento dos pacientes com o objetivo de atingir um melhor controle da HAS.
TAYLOR <i>et al</i> , 2003 Patients' views of high blood pressure, its treatment na risks	Transversal 55 Pacientes entre 40 e 80 anos que possuíam um agente anti-hipertensivo prescrito por no mínimo 6 meses que não tinham histórico de AVC, IAM, isquemia transitória e insuficiência renal, Departamento de Clínica Geral, University of Western Austrália.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalência de conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatores de risco ▪ Sintomas ▪ Complicações 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificaram-se baixas prevalências de conhecimento sobre os seguintes fatores riscos: estresse (55%), hábito de fumar (16%), excesso de peso (15%), dieta (11%), sedentarismo (5%), consumo de álcool (4%), consumo de sal (2%). ▪ 71% e 62% sabem que o AVC e o IAM são conseqüências da HAS, respectivamente. 	Um terço dos portadores de HAS t não possuem um conhecimento adequado sobre fatores de riscos e complicações da HAS e superestimam o riscos do AVC e do IAM, assim como o benefício do tratamento.
OLIVERIA <i>et al</i> . 2004 Hypertension Knowledge, Awareness, and Atitudes in a Hypertensive Population	Transversal 826 portadores de HAS identificados na atenção primária	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Percentuais de respostas corretas sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definição da HÁ ▪ Níveis tensionais ▪ Cronicidade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 60,2% dos entrevistados consideram um PAD inferior à 140mmHg como um valor normal, enquanto 69,5 sabem uma PAS inferior a 90mmHg é um valor considerado normal ▪ Somente 61,4% sabem que HAS é uma morbidade crônica e 28,95 que podem curar a HAS 	Estes resultados sugerem que, embora o conhecimento sobre HAS seja adequado, portadores não compreendem a sua condição. Por exemplo, portadores não reconhecem a importância de níveis elevados da pressão sistólica no seu atual controle da HAS

Autor/ Ano/Título	Delimitação e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
CHENG <i>et al.</i> , 2005 Knowledge of blood pressure levels and targets in patients coronary artery disease in the USA	Ensaio Clínico randomizado 738 pacientes hospitalizados com doença coronariana	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Percentuais de respostas corretas sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ➤ Regressão logística 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 49% dos portadores de doença coronariana conheciam a meta dos valores tensionais. ▪ Portadores com idade >60 anos, mulheres, com diagnóstico de diabetes, e baixa escolaridade estão associados à falta de conhecimento sobre limiares tensionais. 	A educação dos portadores de HAS parece inadequada, particularmente para certos subgrupos de pacientes em que a HAS é um importante fator de risco modificável.
MOSER <i>et al.</i> , 2007 Hypertension Management: Results of a New National Survey for the Hypertension Education Foundation Harris Interactive	Transversal 1245 hipertensos com 45 anos ou mais recrutados do Harris Poll Online. Responderam as questões por email	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalências de conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Complicações ▪ Tratamento não Farmacológico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mais de 90% dos entrevistados sabe a HAS é um fator de risco para o desenvolvimento de AVC e IAM, enquanto, 61% sabe que esta morbidade é um fator de risco para insuficiência renal . ▪ 70% dos respondentes identificaram a PA de 120/80mmHg como um nível tensional considerado ótimo. ▪ 25% acredita que a perda de peso pode curar a HAS. 	O desconhecimento sobre alguns aspectos da HAS persiste em todos os níveis da sociedade. Alguns indivíduos continuam acreditando que a HAS está associada ao estresse e a ansiedade e que a perda de peso pode curar esta morbidade. Além disso, o estudo sugere que alto grau de conhecimento sobre os riscos e o tratamento da HAS aumentam as taxas de controle entre portadores de HAS.
SAMAL <i>et al.</i> , 2007 The Relation Between Knowledge About Hypertension and Education in Hospitalized Patients with Stroke in Vienna	Transversal 591 Pacientes consecutivos com AVE com um histórico médico de HAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalências de conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Complicações ▪ Tratamento não Farmacológico ➤ Qui Quadrado ➤ Regressão Logística 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 77% afirmaram que a HAS é fator de risco para AVE, 64% para IAM, 20% para nefropatia, 11% para doença vascular periférica e 16% para retinopatia. ▪ Os portadores consideraram como opções de tratamento a atividade física (49%), redução da ingestão de sal (54%) e redução da ingestão calórica (48%) e técnicas de relaxamento (17%) ▪ 47% conheciam os valores máximos da PAS e 81% os valores máximos de PAD considerados normais ▪ O conhecimento sobre as consequências da HAS, os limiares tensionais e o tratamento não farmacológico se associou diretamente a escolaridade. 	O Conhecimento desta população foi insuficiente e, em parte, associada à escolaridade, deixando muito espaço para melhorias por meio de campanhas educativas.

Autor/ Ano/Título	Delineamento e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
SUBRAMANIAN <i>et al.</i> 2007 Knowledge of blood pressure targets among patients with diabetes	Transversal 378 pacientes diabéticos selecionados aleatoriamente com cuidados de HAS em ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalências de conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ➤ Regressão Logística 	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 60% dos participantes reportaram as metas de PA para o controle da HAS. • O conhecimento sobre limiares tensionais esteve associado a escolaridade dos entrevistados (college education) 	Incentivar os pacientes para definir os níveis de PA a serem atingidos pode promover o aumento do autocuidado nesta população. Medidas educativas podem beneficiar especialmente as intervenções para sensibilização desses objetivos
SANNE <i>et al.</i> 2008 Estados Unidos Conhecimento sobre HAS entre pacientes de uma clínica Urbana	Transversal 296 portadores de HAS identificados a partir da lista de quatro internistas de um centro médico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Escore de conhecimento (0-10) sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Cronicidade ▪ Complicações ▪ Tratamento não farmacológico ➤ Foi considerado um baixo nível de conhecimento sobre a HAS um escore < 7. ➤ Teste qui quadrado ➤ Regressão logística (baixo nível de conhecimento) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 42% sabiam que a HAS não pode causa câncer enquanto 59,8% consideraram 130/80mmhg uma PA normal ▪ 60,5% sabiam que HAS é para toda a vida enquanto 76,5% sabiam que a insuficiência renal é uma complicação da HAS. ▪ 39% responderam 9 a 10 questões corretamente. ▪ A média do escore de conhecimento foi oito. ▪ O baixo nível de conhecimento foi associado à menor escolaridade e ao diagnóstico de HAS inferior a nove anos. ▪ Na análise ajustada, associação do baixo nível de conhecimento com portadores de lHAS, com diagnóstico de diabetes perdeu sua significância estatística. 	O conhecimento sobre HAS apresenta déficits em específicas áreas. Os programas educacionais enfocando pacientes recém-diagnosticados devem ser destinados a preencher lacunas de conhecimento e pode ser uma abordagem eficaz para aumentar conhecimento sobre a HAS em populações semelhantes.
ZAFAR <i>et al.</i> 2008 Awareness of risk factors, presenting features and complications of hypertension amongst hypertensives e normotensives	Transversal N=440 (220 portadores de HAS e 220 não portadores de HAS) Pacientes atendidos no Instituto Nacional de Doenças Cardiovasculares em Karachi, Paquistão	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalência e Escore de conhecimento (sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintomas ▪ Fatores de Risco ▪ Complicações 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mais de 70% dos portadores de HÁS sabem que o sedentarismo e hábito de fumar são fatores de risco da HAS. ▪ Mais de 90% dos portadores de HÁS identificaram que a obesidade, o estresse e o excessivo consumo de sal são fatores de risco para HAS. ▪ Somente 18,2% dos portadores de HAS consideraram o excesso de consumo de álcool como fator de risco para o desenvolvimento da HAS. ▪ O escore médio dos portadores de HAS foi de 19,6 (Maximo=30). 	O escore de conhecimento da população estudada não se mostrou diferente em relação ao sexo (p=0,171) e a escolaridade (p=0,215) No entanto foi observado que pessoas <30 anos (19,8%) conhecem significativamente mais que pessoas >30 anos (80,2%) (p<0,001). Este estudo identificou a importância de considerar programas educativos, já que a população deve ser educada sobre fatores de risco, sintomas e complicações.

Autor/ Ano/Título	Delineamento e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
<p>IKE <i>et al.</i> 2010</p> <p>Knowledge, perceptions and practices of lifestyle-modification measures among adult hypertensives in Nigeria</p>	<p>Transversal</p> <p>260 hipertensos atendidos nas clínicas de cardiologia do Hospital Universitário, Nigéria</p>	<p>➤ Percentuais de respostas corretas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatores de risco ▪ Farmacoterapia ▪ Tratamento não farmacológico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O conhecimento sobre as mudanças de estilo de vida: tabagismo (54,5%); consumo de álcool (66,5%); alimentos ricos em gordura saturada (76,9%) e exercícios e redução de peso (76,3%). ▪ Cerca de 34,4% acredita que o tratamento é contínuo e 43% que o tratamento é para toda vida. ▪ O conhecimento sobre o tratamento não farmacológico mostrou-se estar diretamente associada a escolaridade. Os homens apresentaram maior prevalência de conhecimento sobre o tratamento farmacológico, porém esta somente foi significativa em relação à redução do consumo de álcool. 	<p>Este estudo demonstrou um baixo nível de percepção sobre a HAS e a mudanças de estilo de vida. Medidas educativas em relação as medidas de estilo de vida. são necessárias para alterar a percepção da HAS e aumentar a conscientização destas nesta região</p>
<p>KATIBI <i>et al.</i> 2010</p> <p>Knowledge na practice of hypertensive patients as seen in a tertiary hospital in the middle belt of Nigeria</p>	<p>Transversal</p> <p>224 portadores de HAS atendidos num Hospital Universitário</p>	<p>➤ Prevalência de conhecimento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatores de risco ▪ Tratamento não farmacológico <p>➤ Escore de conhecimento sobre as complicações da HAS (mínimo=0 e máximo=5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apenas 52% sabiam que o tabagismo aumenta a propensão de desenvolver complicações e que o exercício é benéfico para o controle da HAS. ▪ A Média de escore de conhecimento sobre as Complicações da HAS foi de 2,5 ▪ Observou-se um baixo nível de conhecimento sobre as complicações da HAS, já que 59% pontuaram menos que a média (2,5), enquanto somente 7,1% puderam listar as cinco possíveis complicações da HAS. ▪ Apenas 41,1% e 1,8% do pportadores estavam cientes de que excessivo consumo de sal e a ingestão de gordura prejudicam o controle da HAS. 	<p>O Controle da HAS ainda é pequeno entre os nigerianos hipertensos. Isto pode estar relacionado ao pouco conhecimento da HAS e práticas negativas por parte dos pacientes</p>
<p>NKOSI <i>et al.</i>, 2010</p> <p>Knowledge Related To Nutrition Na Hypertensiomn Management Practices Of Adults In Ga-Rankuwa Day Clinics</p>	<p>Transversal</p> <p>101 portadores de HAS atendidos em clínicas da atenção primária de Ga- Rankuwa</p>	<p>➤ Prevalência de conhecimento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Complicações ▪ Tratamento não farmacológico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimento sobre tratamento não farmacológico foi de 86,1% para controle de peso, 93,1% para redução do consumo de sal, 64,4% para redução do consumo de álcool, 67,3% para exercício físico. ▪ Nenhum paciente relatou que sua PA estava elevada, entretanto 30,7% possuíam níveis tensionais não controlados. ▪ 94,1% relatou o AVC como uma complicação de níveis tensionais não controlados, porém somente 42,6% identificou infarto e insuficiência cardíaca como complicações da HAS. 	<p>Os resultados indicam falta de conhecimento e em relação a uma nutrição adequada e o manejo da HAS. Intervenções na comunidade são recomendadas com o objetivo de aumentar o conhecimento da população.</p>

Autor/ Ano/Título	Delimitação e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
PIERIN <i>et al.</i> , 2010 Variáveis biopsicossociais e atitudes frente ao tratamento influenciam a has complicada	Transversal 210 portadores de HAS complicada e 207 portadores de HAS não complicada	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalência de conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Complicações 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cerca de 50% dos portadores de HAS complicada e não complicada sabiam que tratar a HAS pode evitar problemas renais 	Portadores de HAS complicada apresentaram mais características estruturais e psicossociais desfavoráveis, mais atitudes negativas frente ao tratamento, além de um maior desconhecimento sobre a doença.
SERAFIM <i>et al.</i> , 2010 Influência Do Conhecimento Sobre O Estilo De Vida Saudável No Controle De Pessoas Hipertensas	Transversal 511 hipertensos em controle ambulatorial	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalência de conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamento não farmacológico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Foi elevado o conhecimento sobre os hábitos e estilos de vida, no que se refere à cessação do fumo (85,5%) redução do peso (89,2%), prática regular de atividade física (89,0%), e redução da ingestão de bebida alcoólica (92,6%). 	Conhecer o estilo de vida das pessoas hipertensas, saber suas rotinas e hábitos são de extrema importância para prestar uma assistência individualizada e propor uma intervenção em saúde, levando em consideração as necessidades e as peculiaridades dessa população específica.
PRUGGER <i>et al.</i> , 2011 Blood pressure control na knowledge of target blood pressure in coronary patients across Europe: results from the EUROASPIRE III	Transversal 1649 Portadores de HAS com 80 anos ou mais com hospitalizados com o diagnóstico de doença coronariana de 76 centros de 22 regiões da Europa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalências de conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ➤ Regressão Logística 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 49,4% dos entrevistados indicaram níveis tensionais normais iguais ou inferiores a 140/90mmHg ▪ Obesos possuem um menor conhecimento sobre níveis tensionais considerados normais (OR=0,8; IC 95% 0,72-0,90) do que portadores com peso normal (IMC<30 kg/m²) ▪ Menor idade, maior escolaridade e ter recebido sobre redução do consumo de sal, redução de peso e aumento da atividade física estão associados ao conhecimento sobre níveis tensionais considerados normais. 	O controle da HAS e o conhecimento sobre limiares tensionais são inadequados em portadores de doença coronariana de alto risco, principalmente, em pacientes obesos, diabéticos e com dislipidemia.
SABOUHI <i>et al.</i> , 2011 Knowledge, awareness, attitudes and practice about hypertension in hypertensive patients referring to public health care centers in khor & biabanak	Transversal 234 adultos randomizados entre os portadores de HAS referidos de centros públicos de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Escore conhecimento sobre a HAS (0 -100): Baixo (0-25); moderado (26-50); bom (51-75) e muito bom (76-100) ➤ Teste t, coeficiente de correlação de Pearson e 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nível moderado de conhecimento, média de 50,50. ▪ 79,5% conhecem as complicações da HAS ▪ Cerca de 50% relataram que nível tensionais normais são iguais ou maiores que 140 mmHg/ 90 mmHg. 	Apesar dos pacientes possuírem um elevado conhecimento sobre a HAS, estes apresentam níveis tensionais não controlados principalmente decorrentes a barreiras relacionadas ao tratamento desta morbidade.

Quadro 2- Estudos que avaliaram o conhecimento sobre a farmacoterapia da HAS e fatores associados

Autor/Ano/ Título	Delimitação e População	Avaliação Do Conhecimento	Resultados	Conclusões
<p>GIBBS et. al. 1989</p> <p>The benefits of prescription information leaflets (1)</p>	<p>Ensaio Clínico controlado</p> <p>222 usuários tinha betabloqueadores prescritos (122 receberam folheto informativo e 100 não receberam), Inglaterra</p>	<p>➤ Percentuais de usuários que conheciam:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nome do medicamento ▪ Indicação Terapêutica ▪ Frequência/ Horários de administração ▪ Atitude frente ao esquecimento ▪ Conservação ▪ Cuidados na administração 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cerca de 60,0% dos usuários que não receberam o folheto informativo conheciam o nome do medicamento enquanto aproximadamente 90,0% destes citaram corretamente a indicação terapêutica (88,0%) e a frequência/horários de administração (90,4%) dos betabloqueadores. Somente 54,2 % sabiam o que fazer quando esquecessem de tomar uma dose do medicamento ▪ Entre os usuários que receberam o folheto informativo, 73% conheciam o nome enquanto aproximadamente 95% destes conheciam a indicação terapêutica (94,3%), a frequência/horários de administração (95,9%) dos betabloqueadores. Somente 62,3% destes usuários sabiam o que fazer quando esquecessem de tomar uma dose do medicamento. 	<p>Estes resultados destacam a necessidade de melhorias na comunicação entre profissionais da saúde e usuários, mostrando que os folhetos informativos devem ser fornecidos com os medicamentos prescritos durante a prescrição ou dispensação dos medicamentos.</p>
<p>GIBBS et. al. 1989</p> <p>The benefits of prescription information leaflets (2)</p>	<p>Ensaio Clínico controlado</p> <p>189 usuários tinha diuréticos prescritos (99 receberam folheto informativo e 90 não receberam), Inglaterra</p>	<p>➤ Percentuais de usuários que conheciam:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nome do medicamento ▪ Indicação Terapêutica ▪ Frequência/ Horários de administração ▪ Atitude frente ao esquecimento ▪ Conservação ▪ Cuidados na administração 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cerca de 70,0% dos usuários que não receberam o folheto informativo conheciam o nome do medicamento enquanto aproximadamente 90,0% destes citaram corretamente a indicação terapêutica (90,0%) e a frequência/horários de administração (85,4%) dos diuréticos Somente 55,7 % sabiam o que fazer quando se esquecessem de tomar uma dose destes medicamentos ▪ Entre os usuários que receberam o folheto informativo, 64,6% conheciam o nome enquanto aproximadamente 90% destes conheciam a indicação terapêutica (90,9%), a frequência/horários de administração (90,9%) dos diuréticos. Somente 62,3% destes usuários sabiam o que fazer quando esquecessem de tomar uma dose destes medicamentos. 	<p>Estes resultados adicionam suporte adicional para o uso rotineiro de folhetos na prática educativa.</p>
<p>BEVAN et. al. 1993</p> <p>Patient knowledge about diuretic prescription</p>	<p>Transversal</p> <p>203 Pacientes admitidos em enfermarias de clínica médica , sendo 63 usuários de diuréticos, Glasgow, Escócia</p>	<p>➤ Percentuais de respostas incorretas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicação terapêutica ▪ Dose <p>➤ Classificação em: correto, correto parcialmente e incorreto.</p> <p>➤ Teste qui-quadrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O conhecimento da dose e da indicação terapêutica foram incorretos para 23,0 e 31,0% de diuréticos prescritos, respectivamente ▪ O aumento da idade esteve associado a um menor conhecimento sobre a indicação terapêutica de todos os medicamentos prescritos. ▪ O número de medicamentos altera o conhecimento sobre a indicação terapêutica, porém esta relação somente é vista entre os usuários de 1-2 medicamentos e as outras categorias avaliadas. 	<p>Os resultados demonstram a necessidade de maior atenção à educação do paciente sobre os medicamentos, especialmente diuréticos, o que é particularmente necessário nos idosos.</p>

Autor/Ano/ Título	Delineamento e População	Avaliação Do Conhecimento	Resultados	Conclusão
<p>CLEARY <i>et al.</i> 1995(CLEARY, MATZKE <i>et al.</i>, 1995)</p> <p>Conhecimento sobre medicamentos e a adesão em pacientes submetidos à hemodiálise a longo prazo</p>	<p>Transversal 72 Pacientes submetidos à hemodiálise a longo prazo ou diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) em um centro universitário de diálise ambulatorial</p>	<p>➤ Percentuais de respostas incorretas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nome ▪ Indicação terapêutica ▪ Atitudes diante do esquecimento de alguma dose. 	<p>Embora 80% dos pacientes poderia recordar os três medicamentos, apenas 39% dos usuários hemodiálisados e 57% dos pacientes CAPD conseguiram se recordar todos os seus medicamentos. Mais de 80% dos pacientes sabiam a indicação de sua medicação anti-hipertensiva e calcitriol que para a sua pasta de fosfato.</p>	<p>Pacientes recebendo hemodiálise a longo prazo ou DPAC foram mais bem informados sobre os regimes dos anti-hipertensivos e calcitriol que os seus regimes de aglutinante de fosfato</p>
<p>MCCORMACK <i>et al.</i> 1997</p> <p>Knowledge and Attitudes to prescribed drugs in Young and elderly patients</p>	<p>Transversal 50 portadores de HAS atendidos no ambulatório de HAS/ 129 idosos admitidos na unidade de avaliação geriátrica, 100 idosos deram alta desta unidade de, St. Jame's Hospital, Dublin, Irlanda</p>	<p>➤ Percentuais de portadores que conheciam os seguintes aspectos sobre todos os medicamentos prescritos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nome ▪ Indicação terapêutica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Somente 40% dos portadores de HAS ambulatoriais, 8% dos idosos internados e 12% dos idosos em alta hospitalar ambulatoriais conheciam o nome de seus medicamentos. ▪ 88% dos portadores de HAS ambulatoriais, 40% dos idosos internados e 41% dos idosos em alta hospitalar conheciam a indicação da farmacoterapia. 	<p>Esses estudos indicam que pacientes têm dificuldades de nomear, descrever e conhecer a indicação de sua farmacoterapia. Pacientes idosos internados apresentaram um maior dificuldade do que pacientes jovens e ambulatoriais. Além disso, muito pacientes e profissionais da saúde não souberam distinguir os tabletes de comprimidos, principalmente os pequenos e brancos.</p>
<p>GARCÍA GÓMEZ <i>et al.</i> 2003</p> <p>Qual a informação que pacientes idosos com insuficiência cardíaca possuem sobre seus medicamentos</p>	<p>Transversal 75pacientes admitidos na divisão com o diagnóstico de insuficiência cardíaca</p>	<p>➤ Percentuais de respostas incorretas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicação terapêutica ▪ Interação ▪ Efeitos adversos 	<p>Cerca de, 79% dos pacientes conhece o efeito diurético do furosemida e 70% o efeito cardiológico do digoxina, porém 46% reconheceu o uso de inibidores da enzima do conversora da angiotensina para insuficiência cardíaca e HAS Os eventos adversos destes medicamentos foram desconhecidos (56%, 65% e 80% respectivamente).</p>	<p>Os pacientes apresentaram um baixo nível de conhecimento. Isto explica alguns problemas como a não efetividade do tratamento e a falta de adesão.</p>

Autor/Ano/ Título	Delineamento e População	Avaliação Do Conhecimento	Resultados	Conclusão
<p>PERSELL <i>et al.</i> 2004</p> <p>Understanding of drug indications by ambulatory care patients</p>	<p>Transversal</p> <p>616 adultos atendidos em clínicas de atenção primária, Boston, Estados Unidos/ 2340 medicamentos prescritos(506 agentes anti-hipertensivos)</p>	<p>➤ Percentuais de indicações incorretas sobre os medicamentos prescritos citados pelos usuários destes</p> <p>➤ Regressão logística</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A falta de conhecimento foi mais comum para doença cardiovasculares (OR= 1,5 , IC 95% 1,03-2,19) e menos comum de medicamentos para diabetes (OR, 0,37; 95% CI, 0,16-0,84) e analgésicos (OR, 0,23; 95% CI, 0,05-1,01). ▪ Os usuários desconheciam 11% das as indicações terapêuticas de 506 agentes anti-hipertensivos prescritos ▪ Maior idade, menor escolaridade e maior número de medicamentos prescritos estão associados a um menor conhecimento sobre a indicação terapêutica de todos os medicamentos prescritos. 	<p>Mais de 13% dos usuários atendidos na atenção primária não conheciam a indicação de pelo menos um dos medicamentos prescritos.</p> <p>A prevalência de desconhecimento mostrou-se maior para os medicamentos cardiovasculares.</p>
<p>MICHELI <i>et al.</i> 2007</p> <p>Patients' knowledge of drug treatments after hospitalisation: the key role of information</p>	<p>Transversal</p> <p>362 Pacientes com pelo menos um medicamento contínuo prescrito (há mais de 30 dias), que tiveram alta hospitalar das enfermarias de medicina interna I de um hospital de ensino, Geneva, Suíça</p>	<p>➤ Percentuais de indicações corretas sobre os medicamentos prescritos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes sabiam a indicação de 142(73%) dos 196 agentes anti-hipertensivos prescritos (IECA, betabloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio). ▪ Na análise ajustada, o conhecimento sobre a indicação de todos os medicamentos avaliados foi menor nos pacientes com maior idade (OR para ≥ 80 anos de idade versus 20-59 : 0,41 IC 95%: 0,22-0,76) e nos que não receberam orientação durante a hospitalização (OR: 7,2; IC95% 3,2 – 16,1) 	<p>Pacientes que relatam ter recebido informações sobre os medicamentos contínuos durante hospitalização foram associados a um maior conhecimento sobre a indicação terapêutica. No entanto, o recebimento de tais informações foi raramente relatado.</p>
<p>PERSELL <i>et al.</i>, 2007</p> <p>Limited health literacy is a barrier to medication reconciliation in ambulatory care</p>	<p>Transversal</p> <p>119 adultos portadores de HAS de 3 centros de saúde comunitários, Michigan, estados Unidos</p>	<p>➤ Classificação do Conhecimento sobre o nome dos agentes anti-hipertensivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Listou todos ▪ Algumas medicamentos em comum ▪ Incapaz de nomear os agentes anti-hipertensivos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40,3% dos portadores de HAS foram incapazes de nomear os agentes anti-hipertensivos que utilizavam ▪ 29,4% listou corretamente todos os agentes anti-hipertensivos 	<p>Limitada alfabetização em saúde está associada ao não reconhecimento do nome de agentes anti-hipertensivos</p>

Autor/Ano/ Título	Delimitação e População	Avaliação Do Conhecimento	Resultados	Conclusão
KAYA <i>et al</i> , 2009 Antihypertensive and analgesic/nonsteroidal antiinflammatory drug use by the elderly living in residential homes in Istanbul	Transversal 117 portadores de HAS idosos residentes em casas de repouso na região de Anatolian, Istanbul, turquia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Percentuais de usuários de agentes anti-hipertensivos que conheciam: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicação terapêutica ▪ Efeitos adversos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 78% dos entrevistados sabiam que o objetivo de utilizar agentes anti-hipertensivos era controlar a pressão arterial ▪ 9% dos usuários de agentes anti-hipertensivos conheciam pelo menos um dos efeitos adversos destes medicamentos 	Os resultados sugerem um conhecimento inadequado sobre os efeitos adversos e a indicação terapêutica de agentes anti-hipertensivos em usuários destes medicamentos. Outro interessante achado é a falta de conhecimento dos idosos sobre as suas morbidades.
KATZIR <i>et al</i> , 2009 Medication apprehension and compliance among dialysis patients- A comprehensive Guidance Attitude	Ensaio clínico não controlado 25 portadores de HAS dialisados recrutados de um centro de Nefrologia, Holon, Israel	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Escore de conhecimento (0 a 5): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dose ▪ Frequência de administração ▪ Modo de tomar ▪ Armazenamento ➤ Teste t (médias de conhecimento) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Média de escore de conhecimento sobre anti-hipertensivos inicial e após a intervenção foi de 3,6 e 4,5 respectivamente ▪ Após seis meses da intervenção, verificou-se um aumento significativo do conhecimento nos usuários dialisados 	Usuários dialisados parecem se beneficiar do guia sobre os medicamentos. Os resultados sugerem que intervenções educativas, no mínimo, aumentam o contato com os profissionais da saúde, podendo acarretar em melhores padrões de cuidados de saúde para os usuários dialisados
NURIT <i>et al</i> , 2009 Evaluation of a nursing intervention project to promote patient medication education	Quase-Experimental 123 usuários de betabloqueadores hospitalizados, Jerusalém, Israel	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalência de respostas corretas : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicação terapêutica ▪ Dose ▪ Frequência de administração ▪ Recomendações Alimentares ▪ Atitude diante do esquecimento de uma dose ▪ Situações de auxílio médico ➤ Classificação das respostas em corretas, parcialmente corretas e incorretas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 85% dos usuários de betabloqueadores conheciam a dose correta e 90% destes conheciam os horários de administração, após a intervenção ▪ 82% conheciam a indicação terapêutica destes medicamentos, após a intervenção 	Os achados mostraram que pacientes que receberam aconselhamento sobre a sua farmacoterapia apresentaram um satisfatório nível de conhecimento .

Autor/Ano/ Título	Delineamento e População	Avaliação do Conhecimento	Resultados	Conclusão
<p>PERSELL <i>et al</i>, 2010</p> <p>Medication reconciliation and hypertension control</p>	<p>Transversal</p> <p>315 adultos usuários de agentes anti- hipertensivos de 6 clínicas de atenção primária de Chicago, Michigan, Shereveport, Estados Unidos</p>	<p>➤ Classificação do Conhecimento sobre o nome dos agentes anti- hipertensivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhece ▪ Conhece com algumas discrepâncias ▪ Incapaz de nomear os agentes anti-hipertensivos <p>➤ Regressão de poisson</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Um em cada quatro (24,8%) usuários mostrou conhecer o nome dos agentes anti-hipertensivos ▪ Cerca de 25% dos usuários foram incapazes de nomear seus agentes anti-hipertensivos ▪ 49,55 conheciam o nome de e um ou mais agentes anti-hipertensivos com algumas discrepâncias ▪ Usuários incapazes de nomear os agentes anti-hipertensivos e que conhecem o nome de agentes anti-hipertensivos com algumas discrepâncias mostraram uma prevalência de PA não controlada , mesmo quando ajustada para outras variáveis. 	<p>Os resultados mostram associação entre o conhecimento sobre o nome de agentes anti-hipertensivos e controle da HAS</p>

Quadro 3- Estudos que avaliaram o conhecimento sobre a HAS e sua farmacoterapia e fatores associados

Autor/Ano/ Título	Delineamento e População	Avaliação do Conhecimento	Resultados	Conclusão
<p>OBRIEN e HODES 1979</p> <p>High blood pressure:public views na knowledge</p>	<p>Caso Controle</p> <p>409 Pacientes de 45 a 54 anos que aceitaram participar de uma avaliação que consistia em vários exames dentre eles a medida de pressão arterial. AO estudo foi realizado com 115 portadores de HAS, 181 pacientes triados não portadores de HAS e 131 não triados para a HAS.</p>	<p>➤ Percentuais de respostas corretas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatores de Risco ▪ Sintomas ▪ Complicações ▪ Duração do tratamento ▪ Principais reações adversas dos anti-hipertensivos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 92% dos portadores de HAS sabem que o sobrepeso é um fator de risco para HAS; ▪ 83% dos portadores de HAS identificaram excesso de preocupação com fator de risco para HAS; ▪ Somente 50% dos portadores de HAS citaram como fatores de risco o hábito de fumar e o sedentarismo ▪ Aproximadamente 80% dos portadores de HAS afirmaram que a HAS pode provocar AVC e IAM, enquanto somente 29% identificaram a doença renal crônica como uma complicação da HAS ▪ Os portadores foram questionados por quanto tempo eles deveriam tomar os comprimidos para HAS. Somente 14% sabem que o tratamento é para toda vida, enquanto 67% responderam que devem tomar os agentes anti-hipertensivos até atingirem valores normais de PA. 	<p>Os usuários parecem apresentar um nível de conhecimento razoável sobre a HAS</p>
<p>BIEHN <i>et al</i>, 1984</p> <p>Patients' Knowledge of Hypertension</p>	<p>Caso Controle</p> <p>30 portadores de HAS e 30 não portadores de HAS atendidos na medicina da família</p>	<p>➤ Escore de conhecimento calculado conforme o número de respostas corretas sobre (0 a 20):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatores de riscos ▪ Sintomas ▪ Complicações ▪ Níveis tensionais ▪ Tratamento não farmacológico ▪ Duração do tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 83,3% sabiam que a HAS está relaciona a problemas cardíacos e renais. ▪ 100% sabiam que o tratamento anti-hipertensivo previne o AVC. ▪ 96,7 sabiam que não se deve parar de tomar os medicamentos quando se sentem bem. ▪ 76,7% considera 140/110 mmHg um valor anormal de PA enquanto 70% considera um PA de 135/85mmHg normal ▪ 43,3% sabiam que o tratamento da HAS inclui uma dieta com baixo teor de gordura ▪ A média de escore foi de 16,3 para portadores de HAS do sexo masculino e de 15,6 para o sexo feminino. ▪ Não houve correlação do conhecimento sobre a HAS e com a idade 	<p>Concluiu-se que muitos dos portadores de HAS não possuem conhecimento adequado esta morbidade e que as tentativas para fornecer educação do paciente tiveram resultados inconsistentes. É duvidoso que os pacientes recebam informação adequada unicamente de forma verbal. Este estudo sugere a adição de novas ferramentas educacionais como materiais escritos. Um passo importante em tal processo pode ser um inquérito por questionário que pode ajude o médico e o paciente identificar equívocos, melhorando, a comunicação entre eles.</p>

Autor/ Ano/Título	Delineamento e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
<p>HOWARD e POPHAM 1988</p> <p>Usando um questionário para verificar o conhecimento de Pacientes hipertensos</p>	<p>Transversal</p> <p>352 portadores de HAS atendidos numa unidade de saúde durante o período de 6 semanas</p>	<p>➤ Percentuais de entrevistados que acertaram cada questão sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatores de riscos ▪ Níveis tensionais ▪ Nome ▪ Reações adversas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 85% dos entrevistados não conheciam os níveis tensionais considerados normais ▪ Mais de 90% dos entrevistados sabiam que o sal, o peso e a dieta podem influenciar os níveis tensionais. ▪ 72 % sabiam que HAS pode causar AVE, 41% problemas cardíacos e 17% danos renais. ▪ 57% não conheciam o nome dos s agentes anti-hipertensivos que utilizavam e, somente 32% conhecem as possíveis reações adversas destes medicamentos ▪ Não foram encontradas diferenças estatísticas entre homens e mulheres. ▪ Quanto á idade, 53% dos entrevistados com menos de 35 anos disseram acreditar que a HAS tem cura, enquanto 20% do total da amostra também acreditavam nisso. Isto ocorreu, pois 15 dos entrevistados de 35 anos ou menos eram portadores de HAS recém-diagnosticados. 	<p>Aumentar os níveis de conhecimento sobre a HAS através medidas educativas com o objetivo de aumentar a adesão a farmacoterapia e diminuir a morbimortalidade cardiovascular</p>
<p>CARNEY, GILLIES <i>et al</i>, 1993</p> <p>Hypertension education: patient knowledge and satisfaction</p>	<p>Caso Controle</p> <p>84 portadores de HAS de uma clínica de HAS de um hospital geral e 58 não portadores de HAS atendidos neste mesmo hospital</p>	<p>➤ Percentuais de respostas corretas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatores de Risco ▪ Complicações ▪ Tratamento ▪ Reações adversas dos anti-hipertensivos <p>➤ Teste Z e Teste T</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participantes com mais 70 anos de idade (hipertensos e controles) demonstraram menor nível de conhecimento (p<0,05). ▪ Média de conhecimento de portadores de HAS foi de 66% (10) 	<p>Os resultados sugerem um razoável nível de conhecimento sobre hipertensão na comunidade em geral, refletindo os programas de educação na comunidade. No entanto, estes resultados questionam a eficácia de algumas iniciativas de educação atual do portador de HAS</p>

Autor/ Ano/Título	Delimitação e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
<p>VIJAYALARSHMI <i>et al.</i> 1997</p> <p>Knowledge and learning Needs of Clients with Hypertension</p>	<p>Transversal</p> <p>50 portadores de HAS entre 20-60 anos atendidos no ambulatório de 2 Instituições com histórico de doenças como diabetes e/ou outra doença endócrina e/ou renal</p>	<p>➤ Escore de conhecimento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatores de Risco ▪ Sintomas ▪ Complicações ▪ Tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O escore médio foi de 17,1; mediana de 17,8 e o desvio padrão foi de 0,82 (0-32). Este escore médio indica baixo nível de conhecimento sobre a doença. ▪ 41% sabia os órgãos afetados pela HAS ▪ 24,8% conheciam os fatores que aumentavam os níveis tensionais ▪ 40% conheciam os níveis tensionais considerados normais (não relatou o valor) ▪ 72% sabiam por que deviam tomar medicamentos para HAS 	<p>O baixo nível de conhecimento está associado à uma educação inadequada e ineficaz do paciente. Então, a educação em Saúde é um componente fundamental na prática dos profissionais da enfermagem.</p>
<p>CUSPIDI <i>et al.</i> 2000</p> <p>“To Better Know Hypertension”: Education Meetings for hypertensive patients</p>	<p>Ensaio Clínico Controlado não randomizado</p> <p>183 Portadores de HAS acompanhados regularmente no Centro de HAS que participaram dos encontros educativos sobre HAS e 144 portadores HAS referidos pela primeira vez para o Centro de HAS, Milão, Itália</p>	<p>➤ Percentuais de respostas corretas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Prevalência na população ▪ Complicações Renais ▪ Duração do tratamento ▪ Efeito da atividade física sobre os níveis tensionais <p>➤ Teste T</p> <p>➤ Correlação de Pearson e Spearman</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo intervenção: 87,6% conheciam os valores tensionais considerados normais, 73,7% sabia as complicações da HAS e 86,6% sabia que deveria tomar agentes anti-hipertensivos por toda a vida. ▪ Grupo controle: 65,2% conheciam os valores tensionais considerados normais, 65,4% sabia as complicações da HAS e 70,5% sabia que deveria tomar agentes anti-hipertensivos por toda a vida. ▪ Maior conhecimento sobre a HAS esteve associado a auto monitoramento de níveis tensionais em casa enquanto, a adesão à farmacoterapia mostrou-se maior no grupo intervenção. ▪ Os percentuais de respostas corretas mostraram-se positivamente correlacionados com a idade, a duração da HAS e com a escolaridade. 	<p>Nossos dados indicam que esse tipo de abordagem educacional é apreciado pelos pacientes e que o nível de conhecimento sobre hipertensão arterial e adesão ao tratamento é maior em pacientes do grupo intervenção do que no controle.</p>

Autor/ Ano/Título	Delineamento e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
<p>CUSPIDI <i>et al</i>, 2000</p> <p>Short and long-term impact of a structured educational program on the patient's knowledge of hypertension</p>	<p>Ensaio clínico não controlado</p> <p>174 portadores de HAS consecutivos encaminhados referidos à um ambulatório de Hipertensão, Milão, Itália</p>	<p>➤ Percentuais de respostas corretas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Prevalência na população ▪ Complicações Renais ▪ Duração do tratamento ▪ Efeito da atividade física sobre os níveis tensionais <p>➤ Teste T</p> <p>➤ Correlação de Pearson e Spearman</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O percentual de respostas corretas antes da intervenção variou de 60 a 80% (média = 68%). ▪ As menores taxas de respostas corretas foram observadas em relação: definição da HAS, prevalência, etiologia, efeito dos agentes anti-hipertensivos e impacto do exercício físico sobre os níveis tensionais. ▪ Um adequado nível de conhecimento foi observado em relação às complicações ocasionas pela HAS e o tratamento desta morbidade. ▪ Os percentuais de respostas corretas mostraram-se positivamente correlacionados com a idade, a duração da HAS e a escolaridade. ▪ Os percentuais de respostas corretas aumentaram de forma significativa após uma sessão educativa sobre HAS(60 a 80% versus 75-98%, p<0,01). ▪ Após 6 meses da intervenção estes percentuais mantiveram--se significativamente maiores quando comparado ao conhecimento dos portadores no início do estudo(60 a 80% versus 78-97%, p<0,01). 	<p>Os resultados deste estudo mostram um impacto positivo a curto e a longo prazo de uma intervenção educativa estruturada sobre questões relacionadas à HAS. Os resultados mostram que a educação de um grande número de portadores de HAS aumenta melhora o conhecimento sobre a HAS substancialmente a curto prazo e, posteriormente, pode ser mantida por um longo tempo como consequência de uma reunião informativa acompanhada de um livreto. Estes achados sugerem a oportunidade de ampliar esta abordagem, particularmente com portadores ambulatoriais.</p>
<p>CUSPIDI <i>et al</i>, 2001</p> <p>Improvement of patients' knowledge by a single educational meeting on hypertension</p>	<p>Ensaio clínico controlado não randomizado</p> <p>144 Pacientes consecutivos encaminhados a Hipertensão Clínica (alguns deles acompanhados regularmente acima referidos e alguns pela primeira vez), Milão, Itália.</p>	<p>➤ Percentuais de respostas corretas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Prevalência na população ▪ Complicações Renais ▪ Duração do tratamento ▪ Efeito da atividade física sobre os níveis tensionais <p>➤ Teste T</p> <p>➤ Correlação de Pearson e Spearman</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimento pré-intervenção sobre níveis tensionais considerados normais (61%), prevalência da HAS (69%), complicações renais (80%), uso de farmacoterapia de forma contínua (74%) e medicamentos que induzem à HAS (61%) e efeito da atividade física sobre os níveis tensionais (60%). ▪ Conhecimento pós-intervenção sobre níveis tensionais considerados normais (94%), prevalência da HAS (69%), complicações renais (92%), uso de farmacoterapia de forma contínua (91%) e medicamentos que induzem à HAS (92%) e efeito da atividade física sobre os níveis tensionais (83%). ▪ Conhecimento sobre maior prevalência de HAS em diabéticos e obesos (Pre-intervenção =70% versus Pós-intervenção =91%). ▪ Os percentuais de respostas corretas mostraram-se positivamente correlacionados com a idade, a duração da HAS e a escolaridade. ▪ O percentual de respostas corretas aumentou significativamente após um único encontro educativo sobre questões relacionadas à HAS, sendo maior do que 90% em 7 das 9 perguntas do questionário aplicado neste estudo. 	<p>Este estudo mostra um impacto positivo de um único encontro educativo sobre o conhecimento dos portadores de HAS sobre questões relacionadas à esta morbidade.</p>

Autor/ Ano/Título	Delineamento e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
<p>GAZMARARIAN <i>et al.</i>, 2003</p> <p>Health literacy and knowledge of chronic disease</p>	<p>Transversal</p> <p>653 pessoas com 65 anos ou mais com no mínimo uma doença crônica /170 portadores de HAS (telefone), Estados Unidos.</p>	<p>➤ Escore de 25 perguntas que incluíram o conhecimento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Cronicidade ▪ Sintomas ▪ Complicações ▪ Tratamento não farmacológico ▪ Farmacoterapia <p>➤ Regressão linear</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 72,4% sabem que a PA130/80 mmHg é normal enquanto 85% considera a PA 160/100 mmHg é alta; ▪ 76,6% sabem que a HAS é uma morbidade crônica; ▪ 88,3% sabiam que portadores de HAS devem tomar seus medicamentos todos os dias; ▪ 66,8% conhecem os benefícios do exercício físico, 91,9% perda de peso no controle da HAS, enquanto 51,9% conheciam os malefícios do consumo e álcool em relação a esta morbidade; ▪ 98%, 92% e 52% dos entrevistados sabem que o AVC, as doenças cardíacas e as doenças renais são complicações da HAS, respectivamente. ▪ Portadores de HAS com mais idade estiveram associados a um baixo escore de conhecimento, enquanto portadores com maior tempo de diagnóstico estiveram associados a um alto escore de conhecimento. ▪ A escolaridade após o ajuste para a alfabetização em saúde não se mostrou associada ao conhecimento sobre doenças crônicas 	<p>Existem muitas oportunidades para aumentar o conhecimento dos pacientes sobre sua morbidade. Intervenções educativas devem considerar o nível de alfabetização em saúde dos pacientes para que estes adquiram o conhecimento necessário sobre a sua morbidade</p>
<p>ROCA <i>et al.</i>, 2003</p> <p>Usefulness of Hypertension education Spain</p>	<p>Coorte</p> <p>102 portadores de HAS hospitalizados entraram no estudo, porém somente 92 portadores realizaram os 4 meses do estudo, Hospital Geral de Castellón, Espanha.</p>	<p>➤ Prevalência de conhecimento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Sintomas ▪ Complicações ▪ Nome dos anti-hipertensivos ▪ Número de doses diárias <p>➤ Regressão logística (associação do conhecimento com as variáveis estudadas)</p> <p>➤ Teste McNemar (Comparar as médias de conhecimento antes e quatro meses depois do programa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antes do programa educativo, 34% e 60% dos portadores conheciam os níveis tensionais considerados normais e as principais complicações da HAS, respectivamente, enquanto 44% destes sabiam que a HAS é uma doença assintomática. Entre os 48 portadores que utilizavam agentes anti-hipertensivos, 19 (40%) não sabiam o nome do medicamento e 10% não sabia o número de doses diárias. ▪ O conhecimento inicial sobre níveis tensionais e complicações da HAS esteve associado à escolaridade, não apresentando relação com as variáveis idade, sexo, situação de moradia, hábito de fumar e número de medicamentos que toma diariamente. ▪ O conhecimento sobre os níveis tensionais e complicações da HAS aumentou de forma significativa após os quatro meses do programa. 	<p>Programas educativos são de grande utilidade no aumento do conhecimento de portadores de HAS, principalmente daqueles com condições socioeconômicas desfavoráveis. Um programa simples e fácil como o aplicado por este estudo pode ser utilizado com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre aspectos da HAS.</p>

Autor/ Ano/Título	Delineamento e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
<p>STRELEC <i>et al</i>, 2003</p> <p>A Influência do Conhecimento sobre a Doença e a Atitude Frente à Tomada dos Remédios no Controle da Hipertensão Arterial</p>	<p>Estudo Descritivo Exploratório</p> <p>130 portadores de HAS leve ou moderada, sem doenças associadas, como IAM, AVC, doenças renais e diabetes, Brasil</p>	<p>➢ Escore de conhecimento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Sintomas ▪ Complicações ▪ Cronicidade ▪ Duração do tratamento ▪ Tratamento não farmacológico <p>➢ 10 questões de verdadeiro ou falso, sendo atribuído um ponto para cada resposta correta.</p> <p>➢ Teste qui quadrado e teste t student</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menos de 50% dos portadores considerou que a “pressão alta é assintomática” (30%) e “hipertensão pode ser tratada sem remédios” (11%). ▪ Mais de 70% dos portadores de HAS sabiam que fazer exercícios físicos (74%) e perder peso (82%) ajuda a controlar a PA ▪ Aproximadamente 100% dos entrevistados sabiam que diminuir o sal (98%) e o nervosismo (97%) controla a PA. ▪ 55% consideraram 14/9 mmHg como pressão alta, 79% sabiam que “a pressão alta é para toda vida” e 95% acreditavam que “a pressão alta traz complicações”. ▪ A sensibilidade foi satisfatória (>70%) em 7 das 10 questões indicando sensibilidade para se associar o conhecimento da doença e tratamento com o controle da HAS. Porém, só duas questões, hipertensão é assintomática, e pressão alta pode ser tratada sem remédios, revelaram especificidade satisfatória. 	<p>O conhecimento mostrou-se satisfatório porém não se relacionou com o controle da HAS. Esse dado talvez indique que os portadores que compuseram a amostra do estudo, apesar de expressarem conhecimentos dos aspectos importantes sobre a HAS, não realizaram, em seus hábitos de vida, mudanças suficientes para alcançar o controle da HAS. Também merece destaque que o conhecimento é racional, e a adesão é um processo complexo, envolvendo fatores emocionais e barreiras concretas, de ordem prática e logística.</p>
<p>FAMIOLI <i>et al</i>, 2004</p> <p>Knowledge and Awareness of Hypertension among patients with Systemic Hypertension</p>	<p>Transversal</p> <p>254 Pacientes hipertensos atendidos em clinicas ambulatoriais do Hospital universitário Olabisi Onabanjo, Nigéria</p>	<p>➢ Prevalência de conhecimento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Fatores de risco ▪ Sintomas ▪ Complicações ▪ Duração do tratamento <p>➢ Regressão logística (associação do conhecimento com as variáveis sexo, idade, tempo de diagnóstico e controle da HAS)</p> <p>➢ Mantel Haenzel (análise multivariada)</p> <p>➢ Teste qui quadrado (análise estratificada)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entre os entrevistados, 46% conheciam os níveis tensionais considerados normais, 43,7% sabiam que a HAS é mais complicada em homens do que em mulheres ▪ Metade dos entrevistados (53,2%) reconheceu o AVC, IAM e a insuficiência renal como principais alvos da HAS, porém ▪ 35,4% sabem que a HAS deve ser tratada pelo resto da vida ▪ 58,3% acreditam que os anti-hipertensivos devem ser utilizados somente quando existir sintomas, 6,3% acredita que o tratamento da HAS pode ser realizado entre períodos de duas semanas a cinco anos. ▪ Os portadores com maior tempo de diagnóstico de HAS apresentaram um maior conhecimento sobre níveis tensionais e complicações da HAS, entretanto, este último não foi estatisticamente significativo. ▪ Maior idade mostrou-se associada ao conhecimento sobre níveis tensionais e a duração do tratamento. 	<p>O estudo demonstrou inadequado conhecimento sobre a HAS em portadores desta morbidade. Esforços devem ser realizados pelos profissionais da saúde para educar os portadores de HAS sobre aspectos desta morbidade.</p>

Autor/ Ano/Título	Delineamento e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
<p>OKE & BANDELE 2004</p> <p>Misconceptions of Hypertension</p>	<p>Transversal</p> <p>1.365 Portadores de HAS atendidos nos ambulatorios de um Hospital Universitário (LUTH) e de quatro Hospitais privados, Nigéria</p>	<p>➤ Prevalência de conhecimento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatores de risco ▪ Complicações ▪ Manejo da HAS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 65% conheciam o efeito da obesidade, 64% os efeitos do tabagismo, 39% o efeito do exercício e 71% efeito do consumo excessivo de álcool sobre os níveis tensionais. ▪ 76% conheciam o efeito de consumo excessivo de sal e 65% de uma dieta rica em colesterol. ▪ 3,7% acreditam que HAS não tem complicações. ▪ 53% conheciam que a AVE é uma complicação da HAS enquanto somente 5 e 13% sabiam que IAM e Doenças renais eram complicações da HAS, respectivamente ▪ 65% dos entrevistados acreditavam que o controle dos níveis tensionais significava cura da HAS e, desta forma, não precisavam mais tomar agentes anti-hipertensivos. 	<p>O estudo confirma a importância da educação em saúde para os pacientes, independentemente do seu nível de escolaridade, uma vez que, muitos portadores apresentaram equívocos sobre aspectos da HAS Estes, por sua vez, podem ter um impacto negativo no controle da HAS.</p>
<p>SANCHEZ et al., 2004</p> <p>Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos no Pronto- Socorro e em tratamento ambulatorial</p>	<p>Transversal</p> <p>100 portadores de HAS atendidos na Emergência de um hospital e 100 portadores de HAS atendidos no ambulatorio</p>	<p>➤ Percentuais de respostas corretas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Tratamento não farmacológico ▪ Duração do tratamento <p>➤ Teste Qui quadrado (análise estratificada)</p> <p>➤ Testes não Paramétrico (teste t-Student, análise de variância, teste da soma de postos de Wilcoxon e Kruskal-Wallis)</p> <p>➤ Regressão logística</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 78,0% dos entrevistados concordaram com a afirmação “A pressão é alta quando está maior que 140/90 mm Hg” ▪ 94,5% concordaram com a afirmação de que “A Pressão alta traz complicações”. ▪ 89,5% acreditavam que o tratamento para pressão alta é para toda vida. ▪ 81% concordaram com afirmativa de que o exercício físico ajuda controlar pressão. ▪ 91% concordaram com a afirmativa “Reduzir o peso ajuda controlar a pressão” ▪ 99% concordaram com a afirmativa “Reduzir o sal ajuda a controlar a pressão” ▪ 99,5% concordaram que o estresse pode causar pressão alta 	<p>Apenas a baixa renda, o local onde mede a pressão e o fato de deixar de tomar o remédio exerceram diferenças fortemente significativas ($p < 0,05$) entre os portadores de HAS atendidos no Pronto-socorro e os atendidos no Ambulatório. O conhecimento não foi diferente entre os portadores de HAS atendidos no Pronto socorro e Ambulatório.</p>

Autor/ Ano/Título	Delimitação e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
<p>VERGARA, MARTIN <i>et al</i>, 2004</p> <p>Awareness about factors that affect the management of hypertension in Puerto Rican patients</p>	<p>Transversal</p> <p>19 portadores de HAS porto riquenhos residentes nos USA que foram atendidos em um centro ambulatorial hospitalar</p>	<p>➤ Percentuais de respostas corretas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Complicações ▪ Tratamento não farmacológico ▪ Duração do tratamento ▪ Efeitos adversos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 42%(8) relataram que a HAS deve ser tratada por toda vida. ▪ 95% (18) e 89%(7) dos entrevistados conhecem o risco de desenvolver problemas cardíacos e AVC, respectivamente, enquanto 74%(14) sabem que a HAS pode ocasionar problemas renais. ▪ Apenas 47%(9) falaram sobre os benefícios da atividade física. ▪ Apenas 58% (11) conhecem as reações adversas de seus agentes anti-hipertensivos 	<p>Pesquisas adicionais devem ser realizadas com maiores tamanhos de amostras com o objetivo de validar e observar significância estatística entre os fatores.</p>
<p>DEAN <i>et al</i>, 2007</p> <p>Pilot study of potential barriers to blood pressure control in patients with inadequately controlled hypertension</p>	<p>Transversal</p> <p>110 portadores de HAS entre 50 – 80 anos com uma medida de pressão acima de 150/90mmhg ou 140/85mmhg se diabético, Londres, Inglaterra.</p>	<p>➤ Prevalência de conhecimento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Objetivo da farmacoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 9% dos pacientes conheciam seus níveis tensionais considerados adequados. ▪ 39% sabia que o objetivo do tratamento era prevenir AVE ou problemas cardíacos 	<p>Os resultados deste estudo indicam uma boa adesão ao tratamento, mas um baixo nível de conhecimento sobre os níveis tensionais considerados adequados</p>
<p>RAGOT, SOSNER <i>et al</i>. 2005</p> <p>Appraisal of the knowledge of hypertensive patients and assessment of the role of the pharmacist in the management of hypertension: management of hypertension: results of a regional survey</p>	<p>Transversal</p> <p>1015 portadores de HAS de 104 farmácias da região administrativa de Poitou-Charentes, França</p>	<p>➤ Percentuais de portadores que conhecem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Tratamento não farmacológico ▪ Nome dos agentes anti-hipertensivos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 72 e 61% dos portadores foram incapazes de relatar as metas de PAD E PAS e 68 % dos portadores não controlados (349/515) consideravam ter níveis tensionais normais. ▪ 77% dos entrevistados foram conseguiram nomear corretamente os agentes anti-hipertensivos utilizados por eles sem a ajuda do farmacêutico. 	<p>As metas de PA e as opções de o tratamento não farmacológico são pouco conhecidas pelos portadores de HAS.</p>

Autor/ Ano/Título	Delimitação e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
<p>HAN et. al. 2007</p> <p>Knowledge, beliefs and behaviors about hypertension control among middle-aged Korean americans with hypertension</p>	<p>Transversal</p> <p>445 coreanos-americanos de meia-idade (40-64 anos) com uso de agentes anti-hipertensivos ou duas medidas de PA $\geq 140/90$mmHg.</p>	<p>➤ Escore de conhecimento (0-30) e percentuais de respostas corretas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintomas ▪ Complicações ▪ Cronicidade ▪ Tratamento não farmacológico ▪ Relação gravidez e HAS ▪ Diagnóstico da HAS ▪ Duração do tratamento ▪ Efeitos adversos <p>➤ Teste t student's e qui quadrado para avaliar a diferença de escore de conhecimento entre homens e mulheres/ percentuais de respostas corretas de cada questão entre homens e mulheres)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5,2% e 21,6% responderam corretamente que para controlar a HAS deve-se diminuir a ingestão de sal diária (2 a 2,9g) e praticar algum exercício físico por no mínimo 30 minutos 3 a 4 vezes por semana. ▪ 33% sabe que caminhar rapidamente pode ajudar a controlar a HAS. ▪ 55,3% sabiam que os agentes anti-hipertensivos podem causar danos ao corpo. ▪ 27,6% acreditam que a HAS não tem cura ▪ 68,8% sabiam que a HAS pode causar danos aos vasos sanguíneos ▪ O conhecimento sobre o fato de que a HAS não tem cura e de que caminhar rapidamente ajuda a controlar a HAS foi significativamente maior em mulheres. ▪ Não se verificou diferença estatisticamente significativa das médias de escore de conhecimento entre homens (19,9 SD =4,6) e mulheres (20,5, SD=4,2). ▪ 	<p>Os achados apontam para a necessidade de testar os efeitos benéficos de programas de educativos, devidamente modificados para atender a língua, cultural, necessidades do indivíduo e da população de alto risco.</p>
<p>JESUS et. al. 2008</p> <p>Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento</p>	<p>Transversal</p> <p>511 portadores de HAS de um serviço ambulatorial de um Hospital de ensino da cidade de São Paulo, Brasil.</p>	<p>➤ Percentuais de respostas corretas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatores de risco ▪ Sintomas ▪ Cronicidade ▪ Objetivo do tratamento ▪ Duração do tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menos da metade dos portadores responderam "HAS é para toda vida como a diabetes"(46,5%) e que a "HAS é tão grave como o câncer" (43,1%) enquanto 10,4% responderam que a "HAS é passageira como um resfriado". ▪ 84,1% dos portadores responderam que o tratamento da HAS é para a vida toda, enquanto 8,6 e 7,2% destes responderam que a duração do tratamento é inferior a um ano ou de um a cinco anos, respectivamente. ▪ 32,5% acreditavam que a HAS tem cura, ▪ Mais de 80% dos portadores sabiam que cerca que o tratamento da HAS pode evitar AVE, IAM e problemas renais. 	<p>Os resultados mostraram que apesar do conhecimento sobre a doença e tratamento referido pelos portadores de HAS, identifico-se características biossociais e atitudes desfavoráveis frente à doença e o tratamento, além da falta de controle dos níveis tensionais em percentuais expressivos. Esforços devem ser reunidos no sentido de otimizar recursos e estratégias para minimizar ou evitar a falta de adesão ao tratamento. Abordagens múltiplas devem ser adotadas com o intuito de integrar o portador, o tratamento e a equipe de saúde.</p>

Autor/ Ano/Título	Delineamento e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
<p>OSMAN, SULEIMAN e ELZUBAIR 2007</p> <p>O conhecimento dos pacientes sobre hipertensão e seu controle no leste do Sudão</p>	<p>Transversal</p> <p>242 portadores de HAS atendidos no ambulatório do Hospital Escola de Kassala, Sudão</p>	<p>➢ Escore de conhecimento (0-21) e percentuais de respostas corretas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatores de risco ▪ Sintomas ▪ Complicações ▪ Duração do tratamento ▪ Efeitos adversos ▪ Tratamento fitoterápico <p>➢ 21 questões, cada resposta correta pontuava 1 ponto no escore enquanto cada resposta incorreta pontuava 0.</p> <p>➢ Os escores foram classificados em baixo e alto conforme um ponto de corte</p> <p>➢ Teste qui quadrado (avaliar a diferença de conhecimento entre as categorias)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2/3 dos portadores apresentaram um alto escore de conhecimento sobre fatores de riscos e complicações da HAS. ▪ Metade dos portadores apresentaram um alto nível de conhecimento sobre o tratamento da HAS, enquanto somente 38,8% destes apresentaram um alto nível de conhecimento sobre os sintomas. ▪ Mais de 60% dos portadores sabiam que a HAS pode provocar complicações como o IAM (76,9%) e insuficiência renal (63,2% e cardíaca (72,7%). ▪ Cerca de ¾ dos portadores sabiam que o excesso de peso (78,9%) e o excessivo consumo de sal (74,0%) eram fatores de risco para HAS. ▪ Menos da metade dos portadores de HAS(48,8%) sabia que o consumo de alcool era um fator de risco para HAS. ▪ Cerca de 60% ▪ O controle da HAS mostrou-se maior mais elevado entre os portadores com altos escores de conhecimento, porém este resultado não foi estatisticamente significativo. 	<p>O estudo mostrou um bom conhecimento dos pacientes sobre HAS. No entanto não encontrou uma associação significativa entre este conhecimento e o controle da pressão arterial. Orientações médicas sobre HAS devem ser garantidas e fatores que levam ao baixo controle da HAS devem ser identificados. A avaliação do conhecimento sobre HAS e sua farmacoterapia é essencial para orientação de um plano efetivo de estratégias educativas que visem aumentar o conhecimento dos portadores sobre seu estado de saúde.</p>
<p>MAGADZA, RADLOFF e SRINIVAS 2008</p> <p>The effect of na educational intervention on patients' knowledge about hypertension , beliefs about medicines and adherence</p>	<p>Ensaio clínico não controlado</p> <p>45 pessoas da equipe de apoio da Universidade Rhodes, África do Sul, que faziam uso de agentes anti-hipertensivos.</p>	<p>➢ Percentuais de respostas corretas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Fatores de risco ▪ Sintomas ▪ Complicações ▪ Cronicidade ▪ Tratamento não farmacológico ▪ Duração do tratamento 	<p>Aumento significativo do nível de conhecimento dos participantes sobre a HAS e sua farmacoterapia após a intervenção educativa (63,3% versus 70,5%).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 28,9% sabiam que o tratamento não cura a hipertensão ▪ 40% sabiam que a farmacoterapia sozinha, sem mudanças de estilo de vida, é insuficiente para o controle da pressão. 	<p>Este estudo mostrou que a iniciativa de farmacêuticos na intervenção educativa de portadores de HAS aumenta o conhecimento destes sobre a sua condição, modificando, assim, as percepções sobre os agentes anti-hipertensivos</p>

Autor/ Ano/Título	Delimitação e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
<p>VIERA et al., 2008</p> <p>High Blood Pressure among primary care patients with known hypertension: A North Carolina Family Medicine Research Network Study</p>	<p>Transversal</p> <p>530 adultos portadores de HAS randomizados de uma coorte realizada em 24 consultórios da Carolina do Norte, Estados Unidos para os quais foi enviado um questionário por correio</p>	<p>> Percentuais de respostas incorretas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevenção da HAS ▪ Níveis tensionais ▪ Sintomas ▪ Cronicidade ▪ Consumo de sal ▪ Duração do tratamento <p>> Níveis de conhecimento: alto (acertou todas as questões), médio (errou 1 item incorreto) e baixo (2 ou mais itens incorretos).</p> <p>> Teste qui quadrado de Pearson análise bivariada do baixo nível de conhecimento e as variáveis investigadas (idade, sexo, raça, escolaridade, IMC, autopercepção de saúde, hábito de fumar, diagnóstico de doença cardíaca e diabetes e histórico de AVC)</p> <p>> Regressão logística (idade, raça, escolaridade, autopercepção de saúde e história de AVC).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 44% dos respondentes não respondeu nenhum item incorretamente, 34% respondeu um item incorretamente e 22% responderam dois ou mais itens incorretamente. ▪ Cerca de 6,7% dos pacientes não sabem que a HAS deve ser tratada por toda a vida, 19% acha que os medicamentos podem curar a hipertensão. ▪ Cerca de 86% sabe que valores acima 140/90mmhg indicam PA elevada. ▪ Os percentuais de respostas incorretas sobre a duração do tratamento mostraram-se associadas à idade, escolaridade, IMC, enquanto que os percentuais de respostas incorretas sobre a cura da HAS estiveram associados à idade, raça, escolaridade e história de AVC. ▪ Não houve associação dos percentuais de respostas incorretas sobre níveis tensionais considerados elevados e as variáveis estudadas. ▪ Análise bivariada: maior idade, menor escolaridade e história de AVC mostraram-se associadas a um baixo nível de conhecimento ▪ Na análise ajustada, somente menor escolaridade e história de AVC foram associadas a um baixo nível de conhecimento. ▪ Embora não estatisticamente significativo uma maior prevalência de pior percepção de saúde foi observada em portadores com baixo nível de conhecimento sobre a HAS. 	<p>Os portadores precisam ser esclarecidos sobre a diferença entre a cura da HAS e o seu tratamento. Os clínicos devem ter isso em mente quando educarem portadores de HAS recém-diagnosticados. Duas mensagens parecem importantes para transmitir mais amplamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) que modificações de estilo de vida podem evitar a HAS (2) HAS geralmente não apresenta sintomas, para detectá-la, deve ser rastreada. Estratégias de saúde devem continuar a ser desenvolvidas para melhorar a comunicação com afro-americanos e pessoas com baixa escolaridade.
<p>ZHANG <i>et al.</i> 2009</p> <p>Knowledge, awareness, behavior (KAB) and control of hypertension among urban elderly in Western China</p>	<p>Transversal</p> <p>4.141 idosos/ 2009 hipertensos de 20 comunidades, Chengdu e Xi'ning, China</p>	<p>> Escore de conhecimento sobre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiares tensionais ▪ Fatores de risco ▪ Complicações <p>> Regressão logística</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mais de 50% reconheceram que a ingestão excessiva de sal, a tensão, abuso de álcool estavam associados com HAS. ▪ Mais de 60% reconheceram o AVC e as doenças cardiovasculares como complicações da HAS. ▪ Apenas 33,6% reconheceram que a nefropatia foi uma complicação da HAS ▪ Um bom conhecimento dos fatores de risco hipertensão arterial em homens (OR: 1,19) se mostraram associado a PA controlada 	<p>Os profissionais da saúde devem reforçar as suas ações, fornecendo os conhecimentos adequados aos idosos sobre os fatores de risco da HAS, aumentando, desta forma, o conhecimento destes sobre a HAS, além de incentivar a adesão ao tratamento.</p>

Autor/ Ano/Título	Delineamento e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
<p>KARAEREN <i>et. al.</i> 2009</p> <p>The effect of the content of the knowledge on adherence to medication in hypertensive patients</p>	<p>Transversal</p> <p>277 portadores de HAS com 20 anos ou mais (utilizavam um agente anti-hipertensivo por pelo menos um ano e não apresentavam outras morbidades crônicas) acompanhados em clínicas de medicina interna e de cardiologia, Ankara, Turquia.</p>	<p>➤ Percentuais de respostas corretas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Fatores de risco ▪ Complicações ▪ Nome dos agentes anti-hipertensivos ▪ Indicação terapêutica ▪ Duração do tratamento ▪ Efeitos adversos <p>➤ Teste qui quadrado (comparação do conhecimento entre portadores aderentes e não aderentes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 64% dos portadores conheciam o nome, 97% a duração do tratamento, 80% a indicação terapêutica. 43% dos efeitos adversos dos agentes anti-hipertensivos que utilizavam ▪ 59% conheciam os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS, 40% destes sabiam os limiares tensionais e 61% conheciam as complicações desta morbidade. ▪ O conhecimento sobre a duração do tratamento (OR= 6,82, IC95% 1,47-31,24; p=0,0075), os fatores de risco para HAS (OR=3,45, IC95% 1,89 – 6,29; p=0,037) e os limiares tensionais (OR=12,86, IC95% 5,05-32,64; p<0,001) aumenta significativamente as taxas de adesão. ▪ O conhecimento sobre o nome dos agentes anti-hipertensivo e/ou as complicações da HAS não mostraram afetar a adesão, enquanto o conhecimento sobre efeitos adversos possui um efeito negativo sobre este desfecho. ▪ O total de respostas corretas foi elevado em portadores aderentes (p=0,006) 	<p>A não adesão é um importante fator no fracasso do controle da HAS. O conhecimento de portadores de HAS sobre esta morbidade e sua farmacoterapia é essencial para que se atinjam elevadas taxas de adesão. No entanto, durante a educação sobre os possíveis efeitos adversos deve-se considerar a importância ou não destes efeitos.</p>
<p>BUSARI <i>et al.</i>, 2010</p> <p>Impact of Patients' Knowledge, Attitude and Practices on Hypertension on Compliance with Antihypertensive Drugs in a Resource-poor Setting</p>	<p>Transversal</p> <p>240 adultos consecutivos portadores de HAS atendidos na Clínica de cardiologia rural pública em Ido-Ekiti, Nigéria</p>	<p>➤ Escore de conhecimento (0-12) sobre a HAS e sua farmacoterapia</p> <p>➤ O escore inferior a sete era classificado como baixo nível de conhecimento.</p> <p>➤ Teste Qui-quadrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 47.1% dos entrevistados apresentaram um bom nível conhecimento sobre a HAS (escore>7). • 54,6% e 37,9% sabiam que alto consumo de sal e obesidade estão associados à HAS, respectivamente. • 141 (58.8%) destes possuíam um bom nível de conhecimento sobre seus agentes anti-hipertensivos • 78.8% dos participantes possuíam um bom nível de conhecimento sobre a HAS tinham no mínimo o ensino primário. ▪ O conhecimento sobre a HAS foi maior em mulheres (59.3% vs. 40.7%, p=0.014) ▪ 129 entrevistados (53.8%) acreditam que a meta do tratamento é curar a doença enquanto 79 (32.9%) acreditam que esta seja controlar os níveis tensionais. 	<p>A maioria dos portadores de HAS apresentaram um baixo nível de conhecimento sobre a doença. Isto possui um impacto negativo significativo sobre o cumprimento da terapia. Há uma necessidade de criar estratégias de educação mais eficazes voltada para o público em geral e para os pacientes em particular.</p>

Autor/ Ano/Título	Delimitação e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
<p>DAWES et. al. 2010</p> <p>The effect of patient education booklet and BP 'tracker' on knowledge about hypertension. A randomized controlled trial</p>	<p>Ensaio clínico controlado randomizado</p> <p>109 Pacientes com níveis pressóricos elevados atendidos em clínicas de Ontário, Quebec e Nova Scotia, Canadá</p>	<p>> Numero de respostas corretas (0-20):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintomas ▪ Fatores de risco ▪ Complicações ▪ Cronicidade ▪ Tratamento não farmacológico ▪ Duração do tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A média de respostas corretas em um questionário com 20 questões no início do estudo em todos os pacientes foi de 15,3 (IC95% 14,8-15,7%). ▪ As médias de respostas corretas foram similares no grupo controle e no intervenção no início do estudo 15,4 e 15,2, respectivamente. ▪ Ao final do estudo, após a intervenção, a média de número de respostas corretas aumentou para 16,3, mostrando um aumento semelhante no grupo controle e intervenção. ▪ Cerca de 90% dos portadores do grupo controle e intervenção sabiam que o sedentarismo, o consumo excessivo de sal, o excesso de peso e o hábito de fumar contribuem para HAS. ▪ Aproximadamente 75% dos portadores sabiam que o consumo excessivo de álcool é considerado um fator de risco para HAS. ▪ 100% sabiam que a HAS é um fator de risco para o AVC e IAM. ▪ Cerca de 90% sabiam que não deveriam parar de tomar seus medicamentos se tivessem níveis tensionais controlados, Entretanto, somente 30% sabia que a HAS não pode ser curada. 	<p>Muitos pacientes possuem um bom conhecimento sobre HAS. No entanto, ainda existem áreas importantes que precisam ser abordadas. O livreto foi bem recebido pelos pacientes, mas o folheto foi mais eficaz na melhoria do conhecimento destes portadores.</p>
<p>FARGERLIN et. al. 2010</p> <p>Patient's knowledge about 9 common health conditions: the DECISIONS survey</p>	<p>Transversal</p> <p>788 adultos com 40 anos ou mais e possuíam prescrição de agentes anti-hipertensivos, medicamentos para colesterol e depressão ou testes de câncer de próstata, mama, coloretal ou cirurgias de catarata, joelho e dor lombar, Michigan, Estados Unidos</p>	<p>> Percentuais de respostas corretas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Complicações ▪ Duração do tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 73,3% e 76,75 conheciam a PAS e PAD consideradas normais. ▪ 78,5% sabiam que o tratamento para HAS eram contínuo e 65% souberam dizer pelo menos duas complicações da HAS 	<p>Conhecimento do paciente é pobre e varia sistematicamente por tipo de decisão e paciente características. Melhorar o conhecimento do paciente sobre os riscos e benefícios e as características dos procedimentos médicos é essencial para apoiar a tomada de decisão a ser informada</p>

Autor/ Ano/Título	Delineamento e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
<p>IYALOMHE & IYALOMHE 2010</p> <p>Hypertension-related knowledge, attitudes and life-style practices among hypertensives patients in a sub-urban Nigerian community</p>	<p>Transversal</p> <p>108 portadores de HAS selecionados de seis centros de saúde de Auchi, Nigéria</p>	<p>Prevalência de conhecimento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definição ▪ Sintomas ▪ Fatores de risco ▪ Complicações ▪ Cronicidade ▪ Farmacoterapia ▪ Duração do tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mais de 90% dos portadores sabiam que a HAS pode causar complicações como o AVC ▪ 42% consideraram o hábito de fumar, o consumo excessivo de álcool e a obesidade como fatores de risco para a HAS. ▪ 30% conheciam no mínimo 1 medicamento para o tratamento da HAS ▪ 46% sabiam que o tratamento é contínuo ou por toda vida 	<p>O conhecimento sobre HAS é baixo em portadores de HAS na região de Auchi. Educação e motivação do paciente são medidas recomendadas. No entanto, espera-se que os resultados deste estudo sejam utilizados para planejamento de saúde para a área estudada e em implementação de programas de conscientização para melhorar conhecimentos, atitudes, estilo de vida e práticas no controle de HAS na Nigéria.</p>
<p>MION JR <i>et. al.</i> 2010</p> <p>Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico.</p>	<p>Transversal</p> <p>613 indivíduos moradores de residências, São Paulo, Brasil</p>	<p>Percentuais de respostas corretas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Complicações ▪ Duração do tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevalência de HAS foi de 32,0% ▪ 65,2% dos portadores de HAS sabia que o AVC é uma complicação da HAS, 68,8% destes desconheciam os níveis tensionais considerados elevados ▪ 73,2% dos portadores sabiam que o tratamento da HAS é para toda a vida 	<p>O conhecimento sobre a HAS e o tratamento também é uma variável a ser considerada no contexto da adesão ao tratamento. De um modo geral, observa-se que os portadores de HAS possuem informação sobre a sua problemática de saúde, porém não estão devidamente controlados. A discrepância entre ter informação e conseguir controlar a HAS aponta para a diferença essencial entre o conhecimento e a adesão. Enquanto, o conhecimento é racional, a adesão é um processo complexo envolvendo fatores emocionais e barreiras concretas de ordem prática e logística.</p>

Autor/ Ano/Título	Delimitação e População	Avaliação do conhecimento	Resultados	Conclusões
<p>MORGADO et. al., 2010</p> <p>Predictors of uncontrolled hypertension in antihypertensive medication nonadherence</p>	<p>Transversal</p> <p>197 portadores de HAS atendidos(com medicação anti-hipertensiva prescrita por no mínimo 6 meses) no ambulatório do Hospital de Cova Beira, Portugal</p>	<p>> Prevalência de conhecimento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Complicações ▪ Indicação terapêutica dos agentes anti-hipertensivos. <p>> Tese qui quadrado (análise bivariada da adesão ao tratamento e as variáveis estudadas)</p> <p>> Regressão logística (análise multivariada da adesão ao tratamento e as variáveis estudadas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 59,4% dos portadores conheciam os limiares tensionais e 54,8% destes conheciam no mínimo duas complicações da HAS ▪ 70.6% conheciam as indicações terapêuticas dos agentes anti-hipertensivos ▪ O conhecimento sobre limiares tensionais(OR=3,7, IC95% 1,6 a 8,3; p<0,002), a indicação terapêutica de agentes anti-hipertensivos (OR=2,4, IC95% 1,1 a 5,2; p<0,021), complicações da HAS (OR=2,1, IC95% 1,1 a 4,2; p<0,026) são variáveis independentes que influenciam significativamente a adesão à farmacoterapia. 	<p>A adesão ao tratamento e a falta de informação sobre a HAS devem ser consideradas possíveis causas de inadequado controle da HAS. Intervenções devem ser realizadas com o objetivo de melhorar o controle da HAS.</p>
<p>CHAI et. al., 2011</p> <p>A Survey of Factors Associated with the Utilization of Community Health Centers for Managing Hypertensive Patients in Chengdu, China</p>	<p>Transversal</p> <p>1.716 hipertensos de 600 domicílios de Chengdu, China</p>	<p>> Prevalência de conhecimento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis tensionais ▪ Duração do tratamento <p>> Regressão logística (análise multivariada do uso de centros de saúde e as variáveis estudadas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 86,9% dos portadores sabiam que o tratamento com agentes anti-hipertensivos deve ser realizado para o resto da vida. ▪ 48.9% sabiam (839/1,716) os valores tensionais considerados normais. ▪ O conhecimento sobre a a duração do tratamento e os limiares tensionais mostraram-se associados ao uso de centro de saúde comunitários. 	<p>O uso de centros comunitários de saúde para o controle da HAS melhora o conhecimento dos moradores sobre o acompanhamento e tratamento da HAS.</p>
<p>AMADO GUIRADO et. al., 2011</p> <p>Knowledge and adherence to antihypertensivetherapy in primare care: results of randomized trial</p>	<p>Ensaio Clinico Randomizado</p> <p>996 portadores de HAS (515 grupo intervenção e grupo controle= 481) de centros de saúde da atenção primária. Barcelona, Espanha</p>	<p>> Prevalência de conhecimento sobre</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ HAS ▪ Farmacoterapia ▪ Tratamento não farmacológico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 28,7% e 31,5% do grupo controle e intervenção, respectivamente, apresentavam um adequado conhecimento sobre a HAS antes da intervenção ▪ 68,5% e 71,3% do grupo controle e do grupo intervenção, respectivamente, conheciam a farmacoterapia anti-hipertensiva antes da intervenção 	<p>O estudo avaliou intervenções baseadas na repetição de informações sobre a HAS e sua farmacoterapia para os portadores desta morbidade atendidos na atenção primária. Entretanto, o resultado do estudo mostrou-se negativo em relação ao controle e a adesão ao tratamento da HAS</p>

2.5 JUSTIFICATIVA

A HAS é uma condição crônica muito prevalente na população adulta brasileira, sendo responsável por elevadas taxas de morbimortalidade. Além disso, constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e insuficiência renal crônica (VASAN, LARSON *et al.*, 2001; LEWINGTON, CLARKE *et al.*, 2002). Estes fatos, aliados a necessidade do controle desta morbidade, o qual ocorre tanto por meio do uso adequado da farmacoterapia como pela adoção de hábitos de vida saudáveis, evidenciam a importância de estudos que monitorem tais aspectos no âmbito da saúde pública.

Apesar da grande variedade de agentes anti-hipertensivos eficazes, o controle da HAS ainda é um desafio para o sistema de saúde, sendo um dos motivos, o uso inadequado desses medicamentos. A utilização de medicamentos para o controle e manutenção dos níveis tensionais aos níveis considerados normais é recomendada em mais de 70% dos casos (ROSARIO, SCALA *et al.*, 2009; NOGUEIRA, FAERSTEIN *et al.*, 2010). Entretanto, dados revelam que somente 50% dos usuários administram seus medicamentos conforme a orientação médica (FARLEY, 1995)

Outros fatores podem ter influência sobre o controle da HAS. Entre estes, está o conhecimento dos portadores sobre a sua morbidade e tratamento farmacológico, considerado um fator importante para a utilização dos medicamentos conforme a prescrição médica (PONNUSANKAR, SURULIVELRAJAN *et al.*, 2004; PERSELL, BAILEY *et al.*, 2010).

Segundo a teoria cognoscitiva social, existem relações causais entre o conhecimento, a atitude e a prática (teoria de KAP: Knowledge, Attitude and Practice), visto que o conhecimento é um passo importante para alcançar a mudança de atitude e comportamento. Embora a melhora do conhecimento não garanta a mudança de comportamento, esta raramente sucede sem um aumento do conhecimento. (HUGHES, WHITTLESEA e LUSCOMBE, 2002). Neste sentido, a OMS vem enfatizando a importância de estudos que avaliem o conhecimento sobre o uso correto de medicamentos, para identificar problemas, formular intervenções e melhorar as práticas em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993).

Embora vários estudos abordem o conhecimento sobre a farmacoterapia anti-hipertensiva, são poucos os que avaliaram aspectos como a dose e frequência/ horários de administração desses medicamentos (GIBBS, WATERS e GEORGE, 1989b; a; BEVAN, CURRIE *et al.*, 1993; NURIT, BELLA *et al.*, 2009). Na literatura revisada, foi identificado

apenas um estudo avaliando os fatores associados ao conhecimento dos portadores de HAS, sendo que o aspecto avaliado referia-se a duração do tratamento.

Um dos fatores relacionados a esse conhecimento, que merece atenção, diz respeito à orientação fornecida pelos profissionais de saúde aos usuários. Estudos mostram que o tempo médio destinado à consulta médica e à dispensação de medicamentos no setor público impossibilita uma orientação adequada ao paciente (SANTOS e NITRINI, 2004; ARRAIS, BARRETO e COELHO, 2007). Assim, detectar se o usuário recebeu orientação durante a consulta médica e na etapa da dispensação dos medicamentos é fundamental para corrigir essa falha, visando assegurar um correto processo de uso do medicamento, protegendo os usuários de possíveis resultados negativos dos medicamentos (RNM)

Diante de todas estas questões, esta pesquisa objetiva avaliar o conhecimento sobre a farmacoterapia em usuários de medicamentos, portadores de HAS e identificar os fatores associados a este conhecimento. Desse modo, o estudo buscará identificar quais aspectos do conhecimento sobre a HAS e sua farmacoterapia necessitam ser enfatizados para um melhor controle dessa morbidade. O estudo permitirá, ainda, conhecer quais os grupos populacionais que necessitam de maior assistência, visando, assim, a melhoria da qualidade da informação prestada pelos profissionais de saúde a esses usuários.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica (HAS) e sua farmacoterapia entre os portadores dessa morbidade, usuários da Farmácia Básica do Município de São Francisco de Paula, RS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos portadores de HAS, usuários da Farmácia Básica do município de São Francisco de Paula.
- Avaliar o conhecimento sobre a HAS em relação a aspectos como níveis tensionais, cronicidade, fatores de risco, tratamento não farmacológico e complicações decorrentes da HAS nessa população
- Investigar o conhecimento sobre a farmacoterapia quanto aos aspectos: nome, indicação terapêutica, dose, frequência/horário de administração e duração do tratamento.
- Avaliar a proporção de usuários que foram orientados sobre como utilizar os medicamentos prescritos, reações adversas desses medicamentos e hábitos de vida como alimentação adequada, prática de atividade física, tabagismo e consumo de álcool durante alguma consulta médica para HAS.
- Avaliar a proporção de usuários que foram orientados quanto à dose, posologia, reações adversas e cuidados no armazenamento dos medicamentos no momento da dispensação destes.
- Examinar a associação de variáveis sociodemográficas, comportamentais, de saúde, e de utilização de serviços de saúde com o conhecimento sobre HAS.
- Examinar a associação de variáveis sociodemográficas, comportamentais, de saúde, orientações médicas e na dispensação dos medicamentos e número de medicamentos prescritos com conhecimento sobre a farmacoterapia.

4 HIPÓTESES

- ✓ Mais da metade dos portadores de HAS irão apresentar um conhecimento adequado em relação aos níveis tensionais, cronicidade, fatores de risco, tratamento não farmacológico e complicações da HAS.
- ✓ Mais da metade dos portadores de HAS conhecerão o nome, a indicação terapêutica, a dose, a frequência/horário de administração e a duração do tratamento.
- ✓ Durante a consulta médica, mais de 60% dos portadores de HAS terão recebido orientações sobre como tomar os seus medicamentos, principais reações adversas e estilo de vida saudável.
- ✓ Durante a dispensação dos medicamentos, menos de 20% dos portadores de HAS terão recebido orientações sobre como tomar o medicamento, suas principais reações adversas e cuidados no armazenamento.
- ✓ O maior conhecimento sobre a HAS ocorre nestes grupos:
 - mulheres, faixa etária entre 20 e 45 anos, de cor da pele branca, maior escolaridade e que moram sozinhas;
 - indivíduos que praticam atividade física, não-fumantes, com menor consumo de álcool, não obesos, menor número de co-morbidades e melhor percepção de sua saúde;
 - indivíduos que consultam com maior frequência, com o mesmo médico, medem com maior constância sua PA, que não foram hospitalizados no último ano devido a problemas decorrentes da HAS e que receberam orientações médicas sobre seu tratamento farmacológico e não farmacológico.
- ✓ O maior conhecimento sobre a farmacoterapia ocorre nestes grupos:
 - mulheres, faixa etária entre 25 e 45 anos, de cor da pele branca, maior escolaridade e que moram sozinhas;
 - indivíduos que praticam atividade física, não-fumantes e com melhor percepção de saúde;
 - indivíduos que receberam orientações médicas e durante a dispensação dos medicamentos e com menor número de medicamentos prescritos.

5 MODELOS HIERARQUIZADOS DE ANÁLISE

O presente projeto resultará na redação de dois artigos: o primeiro avaliará o conhecimento sobre a farmacoterapia e o segundo sobre a HAS. Diante disso, serão apresentados dois modelos hierarquizados de análise.

5.1 MODELO HIERARQUIZADO DE ANÁLISE PARA O CONHECIMENTO SOBRE A HAS

O modelo hierarquizado de análise (Figura 2) proposto para explicar os fatores relacionados ao conhecimento sobre a HAS indica que as características sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, escolaridade, situação de moradia) podem ser determinantes distais deste desfecho. No segundo nível de análise, as variáveis comportamentais (hábito de fumar, prática de atividade física, consumo de bebidas alcoólicas e consumo de frutas e verduras) podem determinar as variáveis de saúde (autopercepção de saúde, índice de massa corporal e co-morbidades) (terceiro nível), as quais podem levar a utilização de serviços de saúde pertencentes ao quarto nível. Desta forma, o número de consultas médicas, a continuidade na atenção e as orientações médicas recebidas podem influenciar o conhecimento que os portadores têm sobre a HAS.

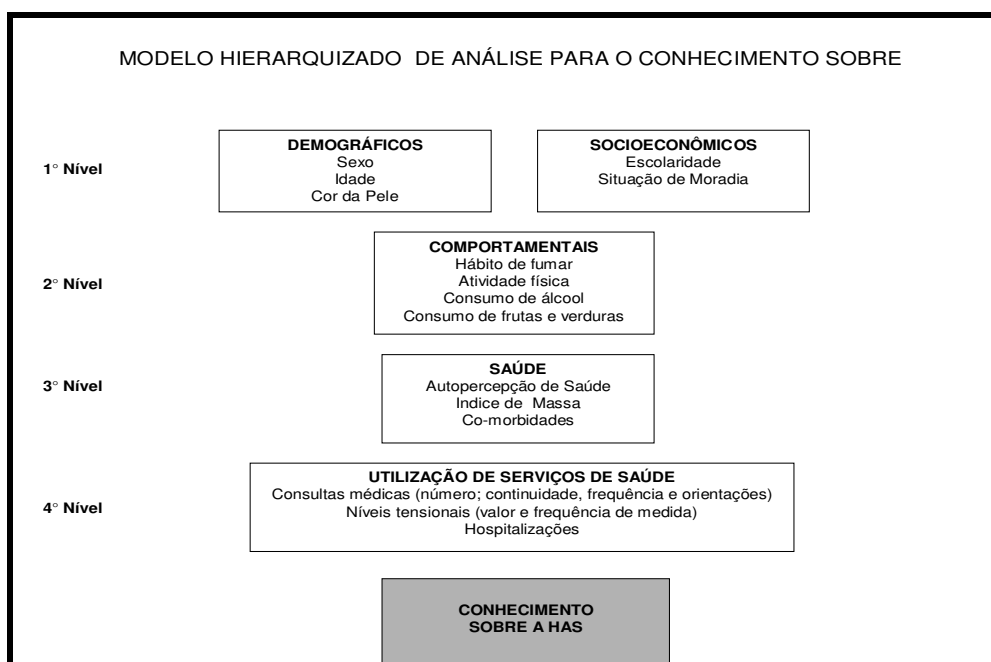


Figura 2- Modelo Hierarquizado de Análise para o Conhecimento sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica

5.2 MODELO HIERARQUIZADO DE ANÁLISE PARA O CONHECIMENTO SOBRE A FARMACOTERAPIA DA HAS

O modelo hierarquizado de análise para o conhecimento sobre a farmacoterapia (Figura 3) abrange quatro níveis hierárquicos. Situados mais distalmente (primeiro nível), encontram-se os fatores sociodemográficos (sexo, idade, cor da pele, escolaridade, situação de moradia), os quais podem ser fatores determinantes das variáveis comportamentais (segundo nível). Estas, por sua vez, podem interferir na variável de saúde (autopercepção de saúde), a qual influencia o número de medicamentos prescritos, a orientação médica e orientação na dispensação de medicamentos, que poderão determinar o conhecimento que o usuário possui sobre sua farmacoterapia.

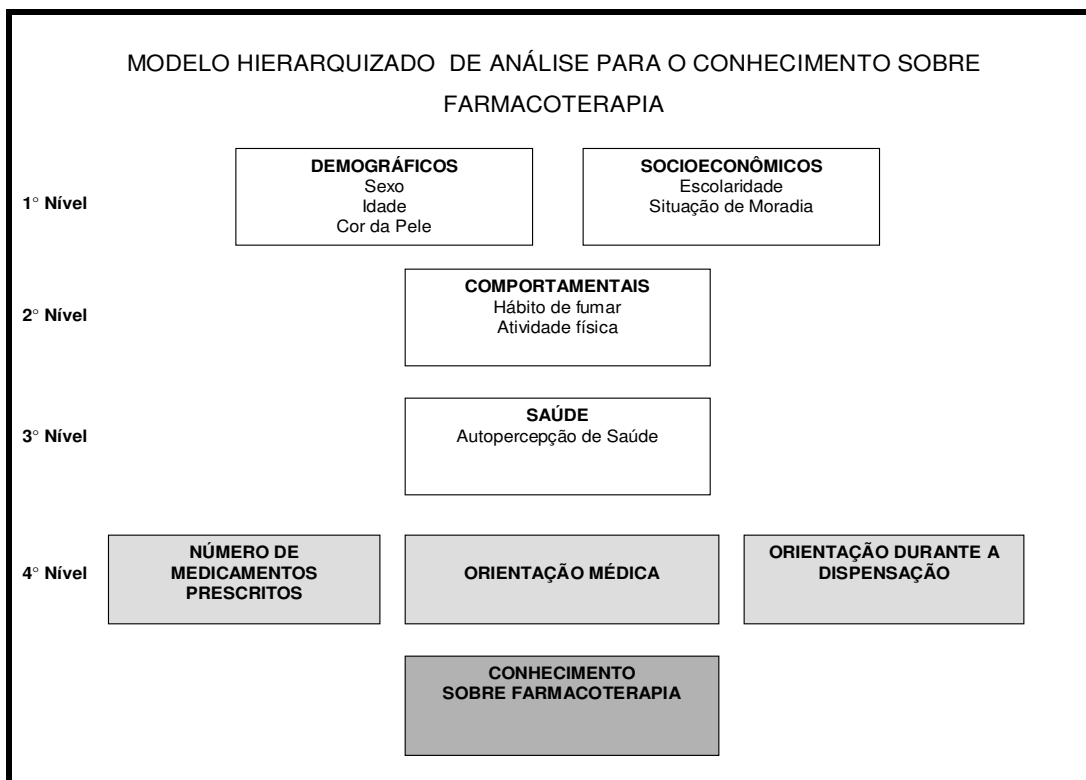


Figura 3 - Modelo Hierarquizado de Análise para o conhecimento da farmacoterapia

Fonte: pesquisa

6 METODOLOGIA

6.1 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo será realizado no município de São Francisco de Paula, situado a 112km de Porto Alegre, com uma população de aproximadamente 22.000 habitantes. O município possui uma área de 3.289,70km², sendo um dos maiores municípios do estado do Rio Grande do Sul em extensão. Em relação às estruturas de saúde, o município possui 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que seis destas estão localizadas na zona rural e quatro possuem equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF). Segundo dados do IBGE, 76% da população serrana utiliza os serviços públicos de saúde. Além disso, possui um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), um Hospital Filantrópico e uma Farmácia Básica Municipal, a qual está agregada à Secretaria Municipal de Saúde e localizada na região central do município.

A Farmácia Básica funciona em horário comercial, realiza cerca de 150 atendimentos ao dia e, em média, 2.800 atendimentos ao mês. Destes, aproximadamente, 25% são destinados a usuários de agentes anti-hipertensivos que recebem gratuitamente seus medicamentos, sendo que esta farmácia é o único local do município que dispensa medicamentos para HAS gratuitamente, uma vez que não há dispensação de medicamentos nas unidades básicas de saúde. Também, possui uma Relação de Medicamentos Essenciais – REMUNE, que abrange 125 medicamentos que estão regularmente disponíveis neste estabelecimento e, dos quais, dez se destinam ao tratamento da HAS.

A REMUNE vigente foi elaborada com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de 2010, e conforme os critérios da Portaria do MS nº 2982, de 26 de novembro de 2009, sendo que a seleção dos medicamentos para o tratamento da HAS também está baseada em diretrizes e protocolos clínicos (CHOBANIAN, BAKRIS *et al.*, 2003; BRASIL, 2009; CONCEIÇÃO, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

6.1.1 Ciclo da Assistência Farmacêutica Municipal

A organização e estruturação da Assistência Farmacêutica do município de São Francisco de Paula/RS têm se dado a partir de um ciclo logístico que compreende a seleção, programação, aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos.

6.1.1.1 Seleção

A seleção de medicamentos é a atividade responsável pelo estabelecimento da REMUNE e tem como objetivo otimizar os recursos terapêuticos e econômicos, além de contribuir na utilização racional de medicamentos. Este processo é desenvolvido pela farmacêutica, uma vez que o município não possui uma Comissão de Farmácia e Terapêutica.

A escolha dos medicamentos é realizada pela gestora da Assistência Farmacêutica Municipal e privilegia aqueles de menor toxicidade, com melhores evidências científicas de eficácia, menor custo e que propiciarem maior comodidade posológica.

6.1.1.2 Programação

A programação de medicamentos é realizada a cada 2 meses e se baseia no consumo médio mensal de medicamentos desta farmácia, na oferta de serviços de saúde no município e no perfil epidemiológico da população, desta forma, garante o fornecimento contínuo dos medicamentos preconizados na REMUNE.

6.1.1.3 Aquisição de Medicamentos

A aquisição de medicamentos é realizada através do Registro de Preços de Medicamentos Anual. Este consiste num processo licitatório que permite a compra de medicamentos pelo preço registrado durante o período de 12 meses e exclui a necessidade de outras licitações.

Os recursos utilizados no custeio de medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da atenção básica são de responsabilidade das três esferas do governo (Federal, Estadual e Municipal). A Portaria GM/MS n. 2982/2009 estabeleceu o financiamento de R\$5,10/habitante/ano para a aquisição de medicamentos como contrapartida federal, sendo as

contrapartidas estadual e municipal de, no mínimo, R\$1,86/habitante/ano para cada uma dessas instâncias(BRASIL, 2009).

6.1.1.4 Armazenamento de Medicamentos

O armazenamento é caracterizado por um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que garantem a qualidade dos medicamentos até sua dispensação ao usuário. A farmácia possui um manual de boas práticas de armazenamento que inclui aspectos como limpeza e higienização, recebimento e expedição de medicamentos, assim como o controle de temperatura do ambiente e das geladeiras.

6.1.1.5 Dispensação de Medicamentos

O fornecimento de medicamentos na Farmácia Básica de São Francisco de Paula está sob a responsabilidade de três auxiliares de farmácia e uma farmacêutica. A dispensação ocorre mediante a apresentação de uma prescrição médica ou odontológica e é realizada conforme a quantidade determinada na prescrição para o período máximo de 30 dias, sendo a validade da receita de seis meses para tratamentos contínuos e 10 dias para tratamentos eventuais. Vale salientar que esta farmácia não está restrita a prescrições no âmbito do SUS, fornecendo também medicamentos de prescrições provenientes de consultas particulares.

6.2 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal. Este delineamento foi escolhido por possuir vantagens em relação à rapidez e ao custo, além de descrever características, atitudes e comportamentos de um determinado grupo de pessoas por meio de entrevistas ou questionário em um único momento (ROTHMAN, 1986).

6.3 POPULAÇÃO-ALVO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população-alvo deste estudo serão os adultos portadores de HAS que fazem uso de farmacoterapia e buscam obter seus medicamentos no setor público. A população de estudo consistirá de adultos portadores de HAS, usuários da Farmácia Básica do município de

São Francisco de Paula que acessarem a farmácia no período do estudo. Cada usuário será entrevistado uma única vez ao longo da investigação, ou seja, independente se ele utilizar o serviço da Farmácia Básica várias vezes no período.

6.3.1 Critérios de inclusão

- ✓ Usuários com 20 anos ou mais de idade que possuem pelo menos um medicamento prescrito para o tratamento da HAS, dispensado pela Farmácia Básica do município (captopril 25mg, hidroclorotiazida 25mg, propranolol 40mg, metildopa 250mg, verapamil 80mg, espironolactona 25mg furosemida 40mg, metoprolol 100mg, nifedipina 10 e 20mg).

6.3.2 Critérios de exclusão

- ✓ Usuários com déficit cognitivo, incapazes de responder ao questionário.
- ✓ Usuários hemodialisados que fazem uso concomitante de carbonato de cálcio 500mg, ácido fólico e complexo B e que possuem um acompanhamento farmacoterapêutico diferenciado pelos profissionais de saúde.
- ✓ Gestantes, por possuírem uma abordagem terapêutica diferenciada.

6.4 TAMANHO DA AMOSTRA

Realizou-se, no programa Epi Info 6.0, cálculos do tamanho da amostra para contemplar o estudo de prevalência de conhecimento sobre HAS e sua farmacoterapia e das associações a serem pesquisadas. Para os estudos descritivos de conhecimento sobre a HAS e sobre a sua farmacoterapia utilizou-se os parâmetros apresentados no quadro 4, considerando um nível de confiança de 95%.

Quadro 4- Cálculo de amostra para os estudos de prevalência de conhecimento

Desfecho	Prevalência Estimada	Erro aceitável	Número de pessoas	Acréscimo 10% para perdas e recusas
Conhecimento sobre a HAS e sobre sua farmacoterapia	50%	4	600	660

Para os estudos da associação entre os desfechos e as variáveis independentes foram considerados os seguintes parâmetros:

Nível de confiança: 95%

Prevalência de conhecimento estimada nos não expostos: 35%

Risco relativo: 1,5

A prevalência estimada de 35% nos não expostos baseou-se no cálculo de prevalência nos expostos de 50% de conhecimento sobre HAS e sua farmacoterapia, levando-se em conta um risco relativo de 1,5. Considerou-se ainda um acréscimo de 10% para perdas e recusas e de 15% para controle de possíveis fatores de confusão.

Os tamanhos de amostras estimados para as associações com as variáveis independentes estão apresentados no quadro 5.

Quadro 5. Cálculo de Amostra para o estudo de associações

Variável	Prevalência de exposição	N com poder de 80%	Acréscimo Perdas +10% Fator de confusão +15%
Sexo feminino	70%	326	412
Idade <65 anos	50%	272	344
Cor da pele branca	70%	326	412
Escolaridade >8 anos	15%	520	658
Não morar sozinho	80%	426	539
Não-fumante	70%	326	412
Prática de atividade física	20%	420	531
Consumo de frutas	75%	364	455
Consumo de verduras	75%	364	455
Não consome bebidas alcoólicas	25%	360	455
Autopercepção de saúde boa e/ou excelente	50%	272	344
Índice de Massa Corporal normal	40%	285	360
Comorbidades	50%	272	344
Diagnóstico de HAS >10 anos	40%	285	360
Número de consultas médicas >5	50%	272	344
Sabe o valor da última medida de pressão	80%	426	539
Mediu a pressão há menos de um mês	80%	426	532
Níveis pressóricos controlados	30%	320	404
Nenhuma hospitalização no último ano	80%	426	539
Mais de 3 medicamentos para HAS	20%	420	531
Tempo de tratamento >5 anos	60%	285	360
Adesão ao tratamento	60%	285	360
Orientação médica	60%	285	360
Orientação na dispensação	15%	520	658

Os estudos de prevalência de conhecimento sobre HAS e sua farmacoterapia foram os que estimaram a maior amostra. Assim, verificou-se que serão necessários 660 indivíduos para contemplar todos os objetivos do estudo.

6.5 AMOSTRAGEM

Trata-se de uma amostra consecutiva e não-aleatória dos usuários que acessarem o atendimento da Farmácia Básica durante o período de 26 de outubro de 2010 a 26 de janeiro de 2011. Este período de três meses foi escolhido para contemplar o tamanho de amostra necessário para avaliar as associações de interesse.

A Farmácia Básica atende, em média, 150 usuários ao dia, sendo 25% portadores de HAS. Estima-se que 75% dos atendimentos sejam destinados ao próprio usuário do medicamento, enquanto os 25% restantes, para terceiros. Pretende-se realizar uma média de 10 entrevistas ao dia. Assim, espera-se encontrar o tamanho de amostra necessário em cerca de três meses de coleta de dados, visto que, entre os usuários de anti-hipertensivos cadastrados na farmácia básica, aproximadamente 30% utilizarão o serviço mais de uma vez nesse período.

6.6 INSTRUMENTO

Neste estudo será utilizado um questionário padronizado, pré-codificado e pré-testado com perguntas abertas e fechadas, distribuídas nos seguintes blocos (Apêndice A):

- ✓ Perfil do usuário (características sociodemográficas, comportamentais e de saúde).
- ✓ Bloco sobre a HAS (tempo de diagnóstico, consultas médicas; frequência de medida dos níveis tensionais; hospitalizações e conhecimento sobre limites de níveis tensionais, fatores de risco, complicações, cronicidade da HAS e medidas não farmacológicas de controle da HAS).
- ✓ Bloco sobre a farmacoterapia (nome do medicamento, indicação terapêutica, dose, frequência/horários de administração e duração do tratamento, tempo de uso, adesão e atitude diante do esquecimento de uma dose).
- ✓ Bloco sobre a orientação médica (dose, frequência/horário de administração, principais reações adversas, alimentação adequada, prática de atividade física, hábito de fumar e consumo de álcool).
- ✓ Bloco de questões sobre a orientação durante a dispensação de medicamentos (dose, frequência/horário de administração, principais reações adversas e cuidado no armazenamento dos medicamentos).

6.7 ESTUDO PILOTO

Com o objetivo de refinar e aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados realizou-se um estudo piloto nas farmácias públicas de Caxias do Sul/RS, São Leopoldo/RS, e Taquara/RS, com cerca de 30 usuários nos dias cinco, nove, doze e quinze de agosto de 2010.

6.8 VARIÁVEIS

6.8.1 Variáveis dependentes

O estudo avaliará o conhecimento sobre a HAS e sua farmacoterapia separadamente. O conhecimento sobre a HAS será avaliado conforme descrito no quadro 6.

Quadro 6 – Caracterização do conhecimento sobre a HAS

Medidas de Conhecimento	Questões
Sobre níveis tensionais	<ul style="list-style-type: none">• A partir de que valor de pressão, o (a) Sr.(a) considera uma pessoa com pressão alta ou hipertensa?
Sobre a cronicidade	<ul style="list-style-type: none">• A pressão alta ou HAS é uma doença que dura: (0) menos de 1 ano, (1) de 1 a 5 anos, (2) de 5 a 10 anos, (3) de 10 a 30 anos, (4) por toda a vida.
Sobre fatores de risco para HAS	<p>Dos itens abaixo, quais o(a) Sr.(a) acredita que podem aumentar seus níveis de pressão arterial?</p> <ul style="list-style-type: none">• Consumo de sal• Assistir televisão• Praticar atividade física regularmente, como caminhadas, esportes• Ingerir bebidas alcoólicas em grande quantidade• Estar acima do peso• Fumar
Sobre as consequências da HAS	<ul style="list-style-type: none">• A pressão alta ou HAS pode causar: a) Problemas no coração ou infarto, angina; b) AVC ou derrame; c) Problemas nos rins
Sobre o tratamento não farmacológico	<ul style="list-style-type: none">• Na sua opinião, além de tomar remédios, o que deve ser feito para manter a sua pressão sob controle ?

O conhecimento sobre a farmacoterapia será operacionalizado por meio de um escore, onde serão atribuídos pesos iguais para cada aspecto da farmacoterapia respondido corretamente. As questões que definirão o escore incluem conhecimento sobre: nome do medicamento, indicação terapêutica, dose, frequência/horários de administração e duração do tratamento; podendo a pontuação total do escore variar de zero a cinco para cada um dos dez medicamentos avaliados.

A construção do escore final será realizada pela divisão da pontuação total de cada indivíduo pelo número de medicamentos prescritos para HAS, avaliados no estudo. No quadro 7, está descrita a caracterização do conhecimento sobre a farmacoterapia conforme cada aspecto avaliado.

Quadro 7– Caracterização do conhecimento sobre a farmacoterapia

Medidas de Conhecimento	Questões
Sobre o nome do medicamento	<ul style="list-style-type: none"> • O(a) Sr.(a) poderia me dizer qual o nome deste remédio?
Sobre a indicação terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Para que problema de saúde o(a) Sr.(a) toma este remédio?
Sobre a dose	<ul style="list-style-type: none"> • Como o (a) Sr.(a) deve tomar este remédio?
Sobre a frequência/ horários de administração	<ul style="list-style-type: none"> • Como o (a) Sr.(a) deve tomar este remédio?
Sobre a duração do tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Por quanto tempo o (a) Sr. (a) deve tomar este remédio?

6.8.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes a serem investigadas foram selecionadas com base na revisão bibliográfica e estão classificadas em blocos conforme o instrumento de coleta de dados.

Primeiramente, serão apresentadas as variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde que constituem os modelos teóricos dos dois desfechos estudados (Quadro 8).

Quadro 8 - Classificação e categorização das variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde

	Variável	Classificação	Categorização
Características Sociodemográficas	Sexo	Dicotômica	Masculino/ Feminino
	Idade	Numérica discreta	Anos completos
	Cor da pele	Catégorica Nominal	Branca/não-branca
	Escolaridade	Numérica Discreta	Anos completos de estudo
	Mora só	Dicotômica	Sim/Não
Características Comportamentais	Hábito de fumar	Catégorica Nominal	Fumante/ex-fumante/ não-fumante
	Consumo de frutas	Numérica discreta	Número de dias que consome frutas por semana
	Consumo de verduras	Numérica discreta	Número de dias que consome verduras por semana
	Prática de atividade física	Numérica discreta	Número de vezes que pratica atividade física por semana (por pelo menos 30 minutos)
	Consumo de bebidas alcoólicas	Catégorica Ordinal	Frequência e número de doses
Características de Saúde	Autopercepção de saúde	Catégorica Ordinal	Muito Boa, Boa, Regular, Ruim, Muito ruim
	Índice de Massa Corporal	Contínua	kg/m ²
	Co-morbidades	Numérica discreta	Número de co-morbidades

As variáveis independentes referentes ao conhecimento sobre a HAS estão apresentadas no quadro 9.

Quadro 9- Classificação e categorização das variáveis independentes avaliadas para o conhecimento sobre a HAS

	Variável	Classificação	Categorização
Dados sobre a HAS	Tempo de diagnóstico da HAS	Numérica discreta	Número de anos que sabe que tem HAS
Utilização dos serviços de saúde	Número de consultas médicas no último ano devido à HAS	Numérica discreta	Número de consultas
	Consulta com o mesmo médico devido à HAS	Dicotômica	Sim/não
	Tempo decorrido da última consulta médica devido à HAS	Numérica discreta	Números de dias da última consulta
	Tempo decorrido da última vez que mediu a pressão arterial e valor	Numérica discreta	Número de dias da última vez que mediu a pressão arterial e o valor medido
	Número de hospitalizações devido à hipertensão no último ano.	Numérica discreta	Número de hospitalizações
	Orientação médica em relação ao tratamento farmacológico e não farmacológico	Dicotômica	Recebeu/não recebeu

Quanto ao conhecimento da farmacoterapia, as variáveis estão expostas no quadro 10.

Quadro 10 - Classificação e categorização das variáveis independentes avaliadas para o conhecimento sobre a farmacoterapia

	Variável	Classificação	Categorização
Dados sobre a Farmacoterapia	Números de medicamentos prescritos	Numérica discreta	Número de medicamentos prescritos para cada entrevistado
	Números de medicamentos prescritos para HAS	Numérica discreta	Número de medicamentos prescritos para o tratamento da HAS para cada entrevistado
	Tempo de uso do(s) medicamento(s) para HAS	Numérica discreta	Número de anos que utiliza o medicamento
	Esquecer de tomar o medicamento no horário recomendado na última semana / Procedimento após esquecer-se de tomar	Catagórica nominal	Não se esqueceu de tomar / Esqueceu, não toma e espera o próximo horário para tomar/ Esqueceu, não toma e toma o dobro no próximo horário/ Esqueceu, toma assim que lembra
Orientação Médica	Orientação médica em relação à dose e frequência/horários de administração	Dicotômica	Recebeu/não recebeu
Orientação durante a dispensação	Orientação farmacêutica em relação à dose e frequência/horários de administração	Dicotômica	Recebeu/não recebeu

6.9 ENTREVISTADORES

Os dados serão coletados pela própria pesquisadora, uma auxiliar de pesquisa e três entrevistadoras previamente treinadas. Os critérios a serem exigidos no processo de seleção serão: sexo feminino, idade mínima de 18 anos, ensino médio completo e disponibilidade para trabalhar de segundas-feiras às sextas-feiras, das 9h às 11h30min e das 13h30min às 17h30min.

As candidatas serão submetidas a uma entrevista na qual serão avaliados aspectos como responsabilidade, comunicação, comprometimento e organização. As aprovadas realizarão um treinamento específico por um período de 20 horas, que consistirá de uma apresentação geral do estudo sobre o conhecimento da HAS e sua farmacoterapia, familiarizando as candidatas com o questionário e manual de instruções.

6.10 LOGÍSTICA

Serão entrevistados adultos de 20 anos ou mais de idade, usuários da Farmácia Básica do município de São Francisco de Paula, RS, com pelo menos um dos seguintes medicamentos prescritos e dispensados neste local: captopril 25mg, espironolactona 25mg, furosemida 40mg, hidroclorotiazida 25mg, metildopa 250mg, tartarato de metoprolol 100mg, nifedipina 10 e 20mg, propranolol 40mg e verapamil 80mg.

No momento da dispensação dos medicamentos a auxiliar de farmácia verificará a presença de um ou mais medicamentos avaliados na pesquisa. Os usuários identificados serão encaminhados para uma sala individualizada destinada especificamente para esse fim, com o objetivo de respeitar a privacidade e proporcionar um ambiente calmo que favoreça a realização da entrevista. As entrevistadoras esclarecerão a natureza do estudo e seus objetivos e será solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Antes de dar início à entrevista, as informações da prescrição médica relativas aos medicamentos avaliados serão transcritas para o questionário. As respostas obtidas serão registradas pelas entrevistadoras, concomitantemente à realização da entrevista. Quando observada a necessidade, a pergunta será lida novamente. Posteriormente, todos os instrumentos de pesquisa serão codificados e revisados pela supervisora que os encaminhará para a digitação.

6.11 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

6.11.1 Entrada de dados

A entrada dos dados será realizada ao final da etapa de campo no programa Epidata versão 3.1, com dupla entrada e posterior comparação para correção das inconsistências. A análise estatística dos dados será realizada através do programa Stata 9.0, adotando-se um nível de significância de 5% para todas as análises.

6.11.2 Análise dos dados

A análise estatística do tipo descritiva será realizada para todas as variáveis independentes do estudo com a finalidade de descrever a amostra estudada, por meio de valores absolutos, médias e percentuais. Será também realizada a análise descritiva das questões que compõem os desfechos do estudo (conhecimento sobre HAS e farmacoterapia) através das proporções com seus respectivos intervalos de confiança. Para o desfecho conhecimento sobre a farmacoterapia será construído um escore de conhecimento o qual será avaliado por meio de médias e respectivos desvios padrões total e para cada um dos dez medicamentos investigados

Será realizada a análise bivariada dos dados com o objetivo de verificar a associação das variáveis independentes com os desfechos estudados. Por fim, será realizada a análise multivariada conforme os modelos hierárquicos de análise propostos anteriormente, utilizando-se regressão de Poisson ou regressão linear, conforme a distribuição dos dados. Serão mantidas no modelo as variáveis associadas com a exposição e o desfecho com $p \leq 0,2$ para ajuste de fator de confusão. Serão consideradas significativas as associações com $p < 0,05$.

7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto será submetido à avaliação do Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Será considerada a assinatura do termo de consentimento livre e pré-informado pelos entrevistados e assegurado o sigilo das informações durante todo processo da pesquisa.

8 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do estudo serão divulgados sob a forma de artigos para publicação em periódico científico, seminários de pesquisa e em congressos da área de saúde coletiva, e, posteriormente, na imprensa local.

9 CRONOGRAMA

O quadro 11 apresenta o cronograma da realização do projeto apresentado.

Quadro 11- Cronograma de atividades.

Ano	2010												2011										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Revisão de literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Elaboração do projeto		x	x	x	x	x	x	x	x	x													
Qualificação do projeto										x													
Coleta de dados											x	x	x	x									
Limpeza do banco de dados														x	x	x							
Análise dos dados															x	x	x	x					
Redação do artigo científico																			x	x	x	x	x
Defesa da dissertação																							x

10 ORÇAMENTO

A pesquisadora arcará com todos os custos implicados na pesquisa. A descrição do orçamento está apresentada no quadro 12.

Quadro 12 – Descrição do Orçamento

Descrição do Material	Quantidade	Valor Unitário	Total
Lápis	12	1,00	12,00
Borracha	6	1,00	6,00
Canetas	30	0,80	24,00
Apontador	5	0,50	2,50
Papel ofício A4	5000	0,02	100,00
Impressão	2000	0,10	200,00
Xerox	5000	0,10	500,00
Manuais	2	3,00	6,00
Tinta para Impressão	4	80,00	240,00
Auxiliar de Pesquisa	1	1200	1.200,00
Entrevistadoras	3	800	2.400,00
Digitadoras	3	800	2.400,00
			7.090,05

REFERÊNCIAS

AKICI, A. *et al.* Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. Pharmacoepidemiol Drug Saf, v. 13, n. 12, p. 871-6, Dec 2004.

ALEXANDER, M. *et al.* Patient knowledge and awareness of hypertension is suboptimal: results from a large health maintenance organization. J Clin Hypertens (Greenwich), v. 5, n. 4, p. 254-60, Jul-Aug 2003.

AMADO GUIRADO, E. *et al.* Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. Gac Sanit, v. 25, n. 1, p. 62-7, Jan-Feb 2011.

ARRAIS, P. S.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. [Drug prescription and dispensing from the patient's perspective: a community-based study in Fortaleza, Ceara State, Brazil]. Cad Saude Publica, v. 23, n. 4, p. 927-37, Apr 2007.

ASCIONE, F. J.; KIRSCHT, J. P.; SHIMP, L. A. An assessment of different components of patient medication knowledge. Med Care, v. 24, n. 11, p. 1018-28, Nov 1986.

BALAZOVJECH, I.; HNILICA, P., JR. Compliance with antihypertensive treatment in consultation rooms for hypertensive patients. J Hum Hypertens, v. 7, n. 6, p. 581-3, Dec 1993.

BARRETO, S. M. *et al.* Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil--The Bambui Health and Ageing Study. Arq Bras Cardiol, v. 77, n. 6, p. 576-81, Dec 2001.

BELL, R. A.; KRAVITZ, R. L. Physician counseling for hypertension: what do doctors really do? Patient Educ Couns, v. 72, n. 1, p. 115-21, Jul 2008.

BENEY, J.; BERO, L. A.; BOND, C. Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilisation, costs, and patient outcomes. Cochrane Database Syst Rev, n. 3, p. CD000336, 2000.

BEVAN, E. G. *et al.* Patient knowledge about diuretic prescription. Br J Clin Pharmacol, v. 35, n. 2, p. 152-5, Feb 1993.

BEX, S. D. *et al.* Effectiveness of a hypertension care management program provided by clinical pharmacists for veterans. Pharmacotherapy, v. 31, n. 1, p. 31-8, Jan 2011.

BIEHN, J.; STEWART, M.; MOLINEUX, J. E. Patients' knowledge of hypertension. Can Fam Physician, v. 30, p. 1061-4, May 1984.

BOONSTRA, E. *et al.* Labelling and patient knowledge of dispensed drugs as quality indicators in primary care in Botswana. Qual Saf Health Care, v. 12, n. 3, p. 168-75, Jun 2003.

BORGES, T. T. *et al.* [Knowledge on risk factors for chronic diseases: a population-based study]. Cad Saude Publica, v. 25, n. 7, p. 1511-20, Jul 2009.

BRASIL. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. In: BÁSICA, D. D. A. (Ed.). Brasília2006. p. 58. (Cadernos de Atenção Básica).

_____. Portaria do MS nº 2982, de 26 de novembro de 2009. Brasília 2009.

BUSARI, O. A. *et al.* Impact of Patients' Knowledge, Attitude and Practices on Hypertension on Compliance with Antihypertensive Drugs in a Resource-poor Setting. TAF Preventive Medicine Bulletin, v. 9, n. 2, p. 87-92, 2010.

CARNEY, S. *et al.* Hypertension education: patient knowledge and satisfaction. J Hum Hypertens, v. 7, n. 5, p. 505-8, Oct 1993.

CECCATO, M. G. *et al.* [HIV patients' understanding of information on antiretroviral therapy]. Cad Saude Publica, v. 20, n. 5, p. 1388-97, Sep-Oct 2004.

CESARINO, C. B. *et al.* Prevalence and sociodemographic factors in a hypertensive population in Sao Jose do Rio Preto, Sao Paulo, Brazil. Arq Bras Cardiol, v. 91, n. 1, p. 29-35, Jul 2008.

CHAI, Y. *et al.* A survey of factors associated with the utilization of community health centers for managing hypertensive patients in Chengdu, China. PLoS One, v. 6, n. 7, p. e21718, 2011.

CHAU, I. *et al.* Knowledge of oral drug treatment in immunocompromised patients on hospital discharge. Swiss Med Wkly, v. 141, p. w13204, 2011.

CHENG, S. *et al.* Knowledge of blood pressure levels and targets in patients with coronary artery disease in the USA. J Hum Hypertens, v. 19, n. 10, p. 769-74, Oct 2005.

CHOBANIAN, A. V. *et al.* The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA, v. 289, n. 19, p. 2560-72, May 21 2003.

CHRESTANI, M. A.; SANTOS IDA, S.; MATIJASEVICH, A. M. [Self-reported hypertension: validation in a representative cross-sectional survey]. Cad Saude Publica, v. 25, n. 11, p. 2395-406, Nov 2009.

CIPULLO, J. P. *et al.* [Hypertension prevalence and risk factors in a Brazilian urban population]. Arq Bras Cardiol, v. 94, n. 4, p. 519-26, Apr 2010.

CLEARY, D. J. *et al.* Medication knowledge and compliance among patients receiving long-term dialysis. Am J Health Syst Pharm, v. 52, n. 17, p. 1895-900, Sep 1 1995.

CONCEIÇÃO, B. M. D. S. G. H. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde. In: CONCEIÇÃO, H. N. S. D. (Ed.). Porto Alegre 2009. Cap. 54.

CUSPIDI, C. *et al.* "To better know hypertension": educational meetings for hypertensive patients. Blood Press, v. 9, n. 5, p. 255-9, 2000.

_____. Short and long-term impact of a structured educational program on the patient's knowledge of hypertension. Ital Heart J, v. 1, n. 12, p. 839-43, Dec 2000.

_____. Improvement of patients' knowledge by a single educational meeting on hypertension. J Hum Hypertens, v. 15, n. 1, p. 57-61, Jan 2001.

DA COSTA, J. S. *et al.* Hypertension prevalence and its associated risk factors in adults: a population-based study in Pelotas. Arq Bras Cardiol, v. 88, n. 1, p. 59-65, Jan 2007.

DAWES, M. G. *et al.* The effect of a patient education booklet and BP 'tracker' on knowledge about hypertension. A randomized controlled trial. Fam Pract, Jul 14 2010.

DEAN, S. C. *et al.* Pilot study of potential barriers to blood pressure control in patients with inadequately controlled hypertension. Fam Pract, v. 24, n. 3, p. 259-62, Jun 2007.

DERJUNG M. TARN, M., PHD; JOHN HERITAGE, PHD; DEBORA A. PATERNITI, PHD;; RON D. HAYS, P. R. L. K., MD, MSPH; NEIL S. WENGER, MD, MPH. Physician Communication When Prescribing New Medications. Arch Intern Med, v. 166, 2006.

DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* [Pattern of health services utilization by adults of the Pelotas birth cohort from 1982 to 2004-5, Southern Brazil]. Rev Saude Publica, v. 42 Suppl 2, p. 51-9, Dec 2008.

_____. [Inequalities in clinical breast examination in Sao Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brazil]. Cad Saude Publica, v. 23, n. 7, p. 1603-12, Jul 2007.

_____. [Use of outpatient services in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: factors related to above-average number of physician visits]. Cad Saude Publica, v. 24, n. 2, p. 353-63, Feb 2008.

_____. [Pap test coverage in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil]. Cad Saude Publica, v. 19, n. 1, p. 191-7, Jan-Feb 2003.

_____. [Health services utilization by the adult population in Sao Leopoldo, Rio Grande do Sul State, Brazil: a cross-sectional study]. Cad Saude Publica, v. 27, n. 5, p. 868-76, May 2011.

ERICKSON, S. H. Primary care by a pharmacist in an outpatient clinic. Am J Hosp Pharm, v. 34, n. 10, p. 1086-90, Oct 1977.

FAGERLIN, A. *et al.* Patients' knowledge about 9 common health conditions: the DECISIONS survey. Med Decis Making, v. 30, n. 5 Suppl, p. 35S-52S, Sep-Oct 2010.

FAMILONI, B. O.; OGUN, S. A.; AINA, A. O. Knowledge and awareness of hypertension among patients with systemic hypertension. J Natl Med Assoc, v. 96, n. 5, p. 620-4, May 2004.

FARLEY, D. FDA's Rx for better medication information. FDA Consum, v. 29, n. 9, p. 5-10, Nov 1995.

FIRMO, J. O.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. [The Bambui Health and Aging Study (BHAS): factors associated with awareness of hypertension among older adults]. Cad Saude Publica, v. 20, n. 2, p. 512-21, Mar-Apr 2004.

FLETCHER, S. W. *et al.* Patients' understanding of prescribed drugs. J Community Health, v. 4, n. 3, p. 183-9, Spring 1979.

FOX, C. S. *et al.* Predictors of new-onset kidney disease in a community-based population. JAMA, v. 291, n. 7, p. 844-50, Feb 18 2004.

FRANCO, T. **Estudo retrospectivo sobre a terapêutica anti-hipertensiva de uma unidade do Programa da Saúde da Família**. 2006. dissertação (Mestrado), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FREITAS, O. C. *et al.* Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the State of Sao Paulo, Brazil. Arq Bras Cardiol, v. 77, n. 1, p. 9-21, Jul 2001.

FUCHS, F. D. *et al.* [Prevalence of systemic arterial hypertension and associated risk factors in the Porto Alegre metropolitan area. Populational-based study]. Arq Bras Cardiol, v. 63, n. 6, p. 473-9, Dec 1994.

GARCAO, J. A.; CABRITA, J. Evaluation of a pharmaceutical care program for hypertensive patients in rural Portugal. J Am Pharm Assoc (Wash), v. 42, n. 6, p. 858-64, Nov-Dec 2002.

GARCIA DELGADO, P. *et al.* [Validation of a questionnaire to assess patient knowledge of their medicines]. Aten Primaria, v. 41, n. 12, p. 661-8, Dec 2009.

GARCIA GOMEZ, P. *et al.* [What information do elderly patients with heart failure have about their treatment?]. An Med Interna, v. 20, n. 2, p. 59-62, Feb 2003.

GAZMARARIAN, J. A. *et al.* Health literacy and knowledge of chronic disease. Patient Educ Couns, v. 51, n. 3, p. 267-75, Nov 2003.

GIBBS, S.; WATERS, W. E.; GEORGE, C. F. The benefits of prescription information leaflets (1). Br J Clin Pharmacol, v. 27, n. 6, p. 723-39, Jun 1989a.

_____. The benefits of prescription information leaflets (2). Br J Clin Pharmacol, v. 28, n. 3, p. 345-51, Sep 1989b.

GUS, I. *et al.* Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol, v. 83, n. 5, p. 429-33; 424-8, Nov 2004.

HAN, H. R. *et al.* Knowledge, beliefs, and behaviors about hypertension control among middle-aged Korean Americans with hypertension. J Community Health, v. 32, n. 5, p. 324-42, Oct 2007.

HOWARD, J. P.; POPHAM, J. A. Using a questionnaire to ascertain hypertensive patients' knowledge. J Ky Med Assoc, v. 86, n. 7, p. 362-7, Jul 1988.

HUANG, Y. M. *et al.* Effects of a national health education program on the medication knowledge of the public in Taiwan. Ann Pharmacother, v. 40, n. 1, p. 102-8, Jan 2006.

HUGHES, L.; WHITTLESEA, C.; LUSCOMBE, D. Patients' knowledge and perceptions of the side-effects of OTC medication. J Clin Pharm Ther, v. 27, n. 4, p. 243-8, Aug 2002.

HUNT, J. S. *et al.* A randomized controlled trial of team-based care: impact of physician-pharmacist collaboration on uncontrolled hypertension. J Gen Intern Med, v. 23, n. 12, p. 1966-72, Dec 2008.

IKE, S. O.; ANIEBUE, P. N.; ANIEBUE, U. U. Knowledge, perceptions and practices of lifestyle-modification measures among adult hypertensives in Nigeria. Trans R Soc Trop Med Hyg, v. 104, n. 1, p. 55-60, Jan 2010.

IYALOMHE, G. B.; IYALOMHE, S. I. Hypertension-related knowledge, attitudes and lifestyle practices among hypertensive patients in a sub-urban Nigerian community. Journal of Public Health and Epidemiology, v. 2, n. 4, p. 71-77, 2010.

JARDIM, P. C. *et al.* High blood pressure and some risk factors in a Brazilian capital. Arq Bras Cardiol, v. 88, n. 4, p. 452-7, Apr 2007.

JESUS, E. S. *et al.* Perfil de um grupo de Hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. Acta Paul Enferm., v. 21, n. 1, p. 59-65, 2008.

KARAEREN, H. *et al.* The effect of the content of the knowledge on adherence to medication in hypertensive patients. Anadolu Kardiyol Derg, v. 9, n. 3, p. 183-8, Jun 2009.

KATIBI, I. A.; OLARINOYE, J. K.; KURANGA, S. A. Knowledge and practice of hypertensive patients as seen in a tertiary hospital in the middle belt of Nigeria. Niger J Clin Pract, v. 13, n. 2, p. 159-62, Jun 2010.

KATZIR, Z. *et al.* Medication apprehension and compliance among dialysis patients--a comprehensive guidance attitude. Nephron Clin Pract, v. 114, n. 2, p. c151-7, 2010.

KAYA, C. A. *et al.* Antihypertensive and analgesic/nonsteroidal antiinflammatory drug use by the elderly living in residential homes in Istanbul. Int J Clin Pharmacol Ther, v. 47, n. 6, p. 374-83, Jun 2009.

KJELLGREN, K. I. *et al.* Antihypertensive medication in clinical encounters. Int J Cardiol, v. 64, n. 2, p. 161-9, Apr 1 1998.

LESSA, I. *et al.* Arterial hypertension in the adult population of Salvador (BA)--Brazil. Arq Bras Cardiol, v. 87, n. 6, p. 747-56, Dec 2006.

LEWINGTON, S. *et al.* Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet, v. 360, n. 9349, p. 1903-13, Dec 14 2002.

LONGO, G. Z. *et al.* Prevalence of high blood pressure levels and associated factors among adults in Southern Brazil. Arq Bras Cardiol, v. 93, n. 4, p. 387-94, 380-6, Oct 2009.

LOUIS-SIMONET, M. *et al.* Effects of a structured patient-centered discharge interview on patients' knowledge about their medications. Am J Med, v. 117, n. 8, p. 563-8, Oct 15 2004.

LUCENA GONZÁLEZ, M. Información al paciente sobre medicamentos y su repercusión en el cumplimiento de la prescripción. Medicine (Madr), v. 40, p. 217-226, 1986.

MAGADZA, C.; RADLOFF, S. E.; SRINIVAS, S. C. The effect of an educational intervention on patients' knowledge about hypertension, beliefs about medicines, and adherence. Res Social Adm Pharm, v. 5, n. 4, p. 363-75, Dec 2009.

MARKS, J. R. *et al.* The association of health literacy and socio-demographic factors with medication knowledge. Patient Educ Couns, v. 78, n. 3, p. 372-6, Mar 2010.

MCCORMACK, P. M. *et al.* Knowledge and attitudes to prescribed drugs in young and elderly patients. Ir Med J, v. 90, n. 1, p. 29-30, Jan-Feb 1997.

MCMANUS, R. J. *et al.* Targets and self monitoring in hypertension: randomised controlled trial and cost effectiveness analysis. BMJ, v. 331, n. 7515, p. 493, Sep 3 2005.

MEHOS, B. M.; SASEEN, J. J.; MACLAUGHLIN, E. J. Effect of pharmacist intervention and initiation of home blood pressure monitoring in patients with uncontrolled hypertension. Pharmacotherapy, v. 20, n. 11, p. 1384-9, Nov 2000.

MENDOZA-SASSI, R.; BERIA, J. U. [Health services utilization: a systematic review of related factors]. Cad Saude Publica, v. 17, n. 4, p. 819-32, Jul-Aug 2001.

MICHELI, P. *et al.* Patients' knowledge of drug treatments after hospitalisation: the key role of information. Swiss Med Wkly, v. 137, n. 43-44, p. 614-20, Nov 3 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, M. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. In: ESTRATÉGICAS, D. D. A. P. (Ed.). Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. In: ESTRATÉGICAS, D. D. A. P. (Ed.). Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 102.

_____. informações em saúde. 2010a. Disponível em: www.datasus.com.br. acessado em 23/05/2010

_____. *Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename*. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. (Textos Básicos de Saúde).

MION, D., JR. *et al.* Hypertension in the city of Sao Paulo: self-reported prevalence assessed by telephone surveys. Arq Bras Cardiol, v. 95, n. 1, p. 99-106, Jul 2010.

MION JUNIOR, D., PIERIN A, IGNES E, BALLAS D, MARCONDES M. Conhecimentos, preferências: o perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológicos. J. Bras. Nefrol. 1995; 17(4): 229-236, v. 17, n. 4, p. 229-236, 1995.

MOREIRA, L. B. *et al.* Conhecimento sobre o tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, v. 44, n. 2, p. 315-325, 2008.

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. 1900-7, Sep 2009.

MORGADO, M. *et al.* Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. J Cardiovasc Dis Res, v. 1, n. 4, p. 196-202, Oct 2010.

MOSER, M.; FRANKLIN, S. S. Hypertension management: results of a new national survey for the hypertension education foundation: Harris interactive. J Clin Hypertens (Greenwich), v. 9, n. 5, p. 316-23, May 2007.

NKOSI, N. G.; WRIGHT, S. C. Knowledge related to nutrition and hypertension management practices of adults in Ga-Rankuwa day clinics. Curationis, v. 33, n. 2, p. 33-40, Jun 2010.

NOGUEIRA, D. *et al.* [Awareness, treatment, and control of arterial hypertension: Pro-Saude study, Brazil]. Rev Panam Salud Publica, v. 27, n. 2, p. 103-9, Feb 2010.

NURIT, P. *et al.* Evaluation of a nursing intervention project to promote patient medication education. J Clin Nurs, v. 18, n. 17, p. 2530-6, Sep 2009.

OBRIEN, M.; HODES, C. High blood pressure: public views and knowledge. J R Coll Gen Pract, v. 29, n. 201, p. 234-9, Apr 1979.

OKE, D. A.; BANDELE, E. O. Misconceptions of hypertension. J Natl Med Assoc, v. 96, n. 9, p. 1221-4, Sep 2004.

OLIVERIA, S. A. *et al.* Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertensive population. J Gen Intern Med, v. 20, n. 3, p. 219-25, Mar 2005.

OSMAN, E. M.; SULEIMAN, I.; ELZUBAIR, A. G. Patients knowledge of hypertension and its control in Eastern Sudan. East Afr Med J, v. 84, n. 7, p. 324-8, Jul 2007.

PEREIRA, M. R. *et al.* [Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult urban population of Tubarao, Santa Catarina, Brazil, 2003]. Cad Saude Publica, v. 23, n. 10, p. 2363-74, Oct 2007.

PERSELL, S. D. *et al.* Medication reconciliation and hypertension control. Am J Med, v. 123, n. 2, p. 182 e9-182 e15, Feb 2010.

_____. Understanding of drug indications by ambulatory care patients. Am J Health Syst Pharm, v. 61, n. 23, p. 2523-7, Dec 1 2004.

_____. Limited health literacy is a barrier to medication reconciliation in ambulatory care. J Gen Intern Med, v. 22, n. 11, p. 1523-6, Nov 2007.

PICCINI, R. X.; VICTORA, C. G. How well is hypertension managed in the community? A population-based survey in a Brazilian city. Cad Saude Publica, v. 13, n. 4, p. 595-600, Oct 1997.

PIERIN, A. M. [The patient with arterial hypertension under outpatient treatment. The influence of variables, the knowledge of the complications of the disease and the expectations regarding nursing care (III)]. Rev Esc Enferm USP, v. 23, n. 1, p. 35-48, Apr 1989.

PIERIN, A. M. *et al.* Biopsychosocial variables and attitudes towards treatment influence complicated hypertension. Arq Bras Cardiol, v. 95, n. 5, p. 648-54, Oct 2010.

PIERIN, A. M. G. *et al.* O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e a gravidade da doença. Rev. Esc. Enf. USP, v. 35, n. 1, p. 11-18 2001.

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

POWERS, M. J.; WOOLDRIDGE, P. J. Factors influencing knowledge, attitudes, and compliance of hypertensive patients. Res Nurs Health, v. 5, n. 4, p. 171-82, Dec 1982.

PRUGGER, C. *et al.* Blood pressure control and knowledge of target blood pressure in coronary patients across Europe: results from the EUROASPIRE III survey. J Hypertens, v. 29, n. 8, p. 1641-1648, Aug 2011.

RAGOT, S. *et al.* Appraisal of the knowledge of hypertensive patients and assessment of the role of the pharmacists in the management of hypertension: results of a regional survey. J Hum Hypertens, v. 19, n. 7, p. 577-84, Jul 2005.

ROCA, B. *et al.* Usefulness of a hypertension education program. South Med J, v. 96, n. 11, p. 1133-7, Nov 2003.

ROSARIO, T. M. *et al.* Prevalence, control and treatment of arterial hypertension in Nobres - MT. Arq Bras Cardiol, v. 93, n. 6, p. 622-8, 672-8, Dec 2009.

ROTHMAN, K. *Modern Epidemiology*. Boston: Little Brown Press, 1986.

SABOUHI, F. *et al.* Knowledge, Awareness, Attitudes and Practice about Hypertension in Hypertensive Patients Referring to Public Health Care Centers in Khor & Biabanak 2009. Iran J Nurs Midwifery Res, v. 16, n. 1, p. 35-41, Winter 2011.

SAMAL, D. *et al.* The relation between knowledge about hypertension and education in hospitalized patients with stroke in Vienna. Stroke, v. 38, n. 4, p. 1304-8, Apr 2007.

SANCHEZ, C. G.; PIERIN, A. M.; MION JUNIOR, D. [Comparison of the profiles of hypertensive patients seen at the emergency department and in ambulatory care]. Rev Esc Enferm USP, v. 38, n. 1, p. 90-8, Mar 2004.

SANNE, S. *et al.* Hypertension knowledge among patients from an urban clinic. Ethn Dis, v. 18, n. 1, p. 42-7, Winter 2008.

SANTOS, V.; NITRINI, S. M. [Prescription and patient-care indicators in healthcare services]. Rev Saude Publica, v. 38, n. 6, p. 819-26, Dec 2004.

SERAFIM, T. S. J., E. S.; PIERIN, A. M. G. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. Acta Paul Enferm., v. 23, n. 5, p. 658-64., 2010.

SHEN, Q. *et al.* Evaluation of a medication education program for elderly hospital in-patients. Geriatr Nurs, v. 27, n. 3, p. 184-92, May-Jun 2006.

SILVA, T.; SCHENKEL, E. P.; MENGUE, S. S. [Information level about drugs prescribed to ambulatory patients in a university hospital]. Cad Saude Publica, v. 16, n. 2, p. 449-55, Apr-Jun 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, S. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. Revista Brasileira de Hipertensão, v. 13, n. 1, p. 1-66, 2010.

STRELEC, M. A.; PIERIN, A. M.; MION, D., JR. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. Arq Bras Cardiol, v. 81, n. 4, p. 349-54, 343-8, Oct 2003.

STURMER, G. *et al.* [Non-pharmacological management of hypertension in Southern Brazil]. Cad Saude Publica, v. 22, n. 8, p. 1727-37, Aug 2006.

SUBRAMANIAN, U. *et al.* Knowledge of blood pressure targets among patients with diabetes. Prim Care Diabetes, v. 1, n. 4, p. 195-8, Dec 2007.

TAMBLYN, R. *et al.* Influence of physicians' management and communication ability on patients' persistence with antihypertensive medication. Arch Intern Med, v. 170, n. 12, p. 1064-72, Jun 28 2010.

TAYLOR, C.; WARD, A. Patients' views of high blood pressure, its treatment and risks. Aust Fam Physician, v. 32, n. 4, p. 278-82, Apr 2003.

TRAVASSOS, C. *et al.* [Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status]. Rev Panam Salud Publica, v. 11, n. 5-6, p. 365-73, May-Jun 2002.

TULLY, M. The impact of information technology on the performance of clinical pharmacy services. J Clin Pharm Ther, v. 25, n. 4, p. 243-9, Aug 2000.

VASAN, R. S. *et al.* Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. N Engl J Med, v. 345, n. 18, p. 1291-7, Nov 1 2001.

VERGARA, C. *et al.* Awareness about factors that affect the management of hypertension in Puerto Rican patients. Conn Med, v. 68, n. 5, p. 269-76, May 2004.

VIERA, A. J. *et al.* High blood pressure knowledge among primary care patients with known hypertension: a North Carolina Family Medicine Research Network (NC-FM-RN) study. J Am Board Fam Med, v. 21, n. 4, p. 300-8, Jul-Aug 2008.

VIJAYALAKSHMI, T.; RAZIA, R.; PRAKASAMMA, M. Knowledge and learning needs of clients with hypertension. Nurs J India, v. 88, n. 4, p. 74-6, Apr 1997.

VIVIAN, E. M. Improving blood pressure control in a pharmacist-managed hypertension clinic. Pharmacotherapy, v. 22, n. 12, p. 1533-40, Dec 2002.

VRHOVAC, R.; ROJNIC-PUTAREK, N.; JAKSIC, B. Knowledge of and attitudes to pharmacotherapy in medical inpatients. Int J Clin Pharmacol Ther, v. 38, n. 9, p. 441-5, Sep 2000.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. JACC, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, W. How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators. Geneva: WHO/DAP, 1993.

ZAFAR, S. N. *et al.* Awareness of the risk factors, presenting features and complications of hypertension amongst hypertensives and normotensives. J Pak Med Assoc, v. 58, n. 12, p. 711-5, Dec 2008.

ZERMANSKY, A. G. *et al.* Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. BMJ, v. 323, n. 7325, p. 1340-3, Dec 8 2001.

ZHANG, X. *et al.* Knowledge, awareness, behavior (KAB) and control of hypertension among urban elderly in western China. Int J Cardiol, v. 137, n. 1, p. 9-15, Sep 11 2009.

II – RELATÓRIO DE CAMPO

1 INTRODUÇÃO

Realizou-se um estudo epidemiológico transversal que teve como objetivo avaliar o conhecimento sobre HAS e sua farmacoterapia entre portadores dessa morbidade. O estudo foi desenvolvido com adultos usuários da Farmácia Básica do município de São Francisco de Paula, RS, mediante aplicação de um questionário padronizado, aplicado após assinatura de um termo de consentimento previamente lido e esclarecido. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale dos Sinos (APÊNDICE B). O estudo foi financiado pelo CNPq Edital Universal MCT/CNPq 014/2010, sob a coordenação da professora Dra. Vera Maria Vieira Paniz.

Neste documento, constam informações sobre as atividades desenvolvidas durante o planejamento e execução do trabalho de campo, como elaboração do instrumento e manual de instruções, seleção e treinamento de entrevistadores, amostragem, logística, coleta dos dados, supervisão, codificação e entrada dos dados.

2 ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

A elaboração do instrumento utilizado para coleta de dados teve início no mês de maio de 2010, sendo finalizada em outubro do mesmo ano. Inicialmente, realizou-se uma revisão dos instrumentos disponíveis na literatura e elaboraram-se questões que foram testadas em estudos pré-pilotos. Incorporaram-se modificações necessárias que foram testadas em um estudo piloto com oito usuários de agentes anti-hipertensivos de uma farmácia pública de Caxias do Sul. Ao final deste processo, o instrumento de coleta de dados incluía 41 questões abertas e fechadas divididas em cinco blocos contendo (Apêndice A):

Bloco A: descrição quanto ao nome completo, endereço e telefones para contato do entrevistado.

Bloco B: 18 questões sobre características sociodemográficas (idade, cor da pele, sexo e escolaridade), comportamentais (hábito de fumar, consumo de frutas e verduras, prática de atividade física e consumo de bebidas alcoólicas) e de saúde (autopercepção de saúde, peso, altura e presença de outras morbidades).

Bloco C: 11 questões sobre a HAS (tempo de diagnóstico, consultas médicas, frequência de medida e controle dos níveis pressóricos, hospitalizações, além do conhecimento sobre limiares dos níveis pressóricos, fatores de risco, complicações e tratamento não-farmacológico desta doença).

Bloco D seis perguntas que tinham como objetivo avaliar o conhecimento dos entrevistados sobre a farmacoterapia da HAS e abordava aspectos como nome, dose, indicação terapêutica, duração do tratamento e atitude diante do esquecimento de uma dose dos medicamentos captopril, espironolactona, furosemida, hidroclorotiazida, metildopa, metoprolol, nifedipina, propranolol e verapamil. Além disso, dados sobre a prescrição médica, bem como número de medicamentos prescritos e adesão ao tratamento da HAS.

Bloco E: uma questão sobre a orientação médica quanto à dose, frequência/horários de administração, principais reações adversas, alimentação adequada, prática de atividade física, hábito de fumar e consumo de álcool.

Bloco F: uma questão avaliando a orientação recebida durante a dispensação quanto à dose e frequência/horários de administração, principais reações adversas e conservação dos medicamentos

3 ESTUDOS PRÉ-PILOTOS

Visando a avaliar e aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados, foram realizados estudos pré-pilotos com 23 usuários de agentes anti-hipertensivos que tinham seus medicamentos dispensados em farmácia comerciais de Caxias do Sul, entre os meses de junho e julho de 2010.

4 ESTUDO PILOTO

Realizou-se um estudo piloto nos dias 8, 15 e 22 de agosto de 2010, em três farmácias de distribuição gratuita de medicamentos nos municípios de Caxias do Sul/RS, São Leopoldo/RS e Taquara/RS. Em cada uma destas, foram selecionados por conveniência dez usuários de agentes anti-hipertensivos, simulando-se situações reais de entrevistas. Avaliaram-se possíveis falhas nas questões, podendo ainda, neste momento, aperfeiçoá-las. Assim, foi possível construir o questionário e o manual de instruções para a qualificação do projeto desta pesquisa.

Após a qualificação do projeto de pesquisa, as modificações dos revisores foram incorporadas e testadas em oito usuários de agentes anti-hipertensivos. Desta forma, estabeleceu-se o instrumento de coleta de dados definitivo para o estudo.

5 MANUAL DE INSTRUÇÕES

O manual de instruções utilizado pelas entrevistadoras foi construído concomitante aos estudos pré-pilotos e piloto contendo orientações gerais sobre a postura e o papel do entrevistador, instruções para a codificação das questões, além de explicações específicas para cada uma das 41 questões.

6 AMOSTRAGEM

A amostra estimada para atender aos objetivos do estudo mostrou a necessidade de se entrevistar 660 usuários de agentes anti-hipertensivos. Para a definição do processo de amostragem, realizou-se um levantamento do número de usuários da Farmácia Básica do Município de São Francisco de Paula/RS durante os meses de março, abril e maio de 2010. Observou-se que eram atendidos, em média, 37 usuários de agentes anti-hipertensivos por dia, sendo que 75% eram os próprios usuários que retiravam seu medicamento. Constatou-se, também, que cerca de 30% destes, utilizavam a farmácia básica mais de uma vez no período do estudo. Desta forma, optou-se por uma amostra consecutiva e não-aleatória de indivíduos com prescrição de pelo menos um dos medicamentos avaliados dispensados na farmácia entre os dias 4 de novembro/2010 e 11 de fevereiro de 2011. Durante a coleta de dados, verificou-se que 1542 usuários de agentes anti-hipertensivos foram atendidos nesta farmácia, sendo que 56% (864) destes era o próprio usuário e 44 % (678) era outra pessoa que retirava o medicamento, como cuidador ou familiar.

7 RECURSOS HUMANOS

A coleta e entrada de dados envolveram, além da mestranda, uma auxiliar de pesquisa, três entrevistadoras e três digitadoras. Na sequência, são descritas as atribuições de cada colaborador do estudo:

7.1 SUPERVISORA DA PESQUISA

A própria mestranda era responsável pela elaboração do projeto de pesquisa e supervisão do trabalho de campo, que envolvia seleção de pessoal, treinamento, acompanhamento e elaboração de rotinas de trabalho. Realizava entrevistas e codificava os questionários, além de revisá-los e dividi-los em lotes conforme a data da entrevista.

7.2 AUXILIAR DE PESQUISA

A auxiliar de pesquisa era responsável por secretariar a supervisão, distribuir os materiais aos entrevistadores, assim como executar entrevistas, codificar questionários. Após as entrevistas, os questionários preenchidos eram entregues a esta, que os revisava e os entregava à supervisora.

7.3 ENTREVISTADORAS

As entrevistadoras eram responsáveis pelo convite aos usuários e pela realização das entrevistas.

7.4 DIGITADORAS

Eram estudantes universitárias que tinham experiência em digitação e auxiliavam na criação do banco de dados, sendo responsáveis pela digitação dos dados.

8 SELEÇÃO DA AUXILIAR DE PESQUISA E DAS ENTREVISTADORAS

A seleção da auxiliar de pesquisa e das entrevistadoras ocorreu conforme os seguintes critérios: sexo feminino, idade mínima de 18 anos, ensino médio completo e disponibilidade de trabalhar de segundas-feiras às sextas-feiras das 9h às 11h30min e das 13h30min às 17h30min. A divulgação da seleção foi realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de São

Francisco de Paula/RS e somente uma interessada compareceu às entrevistas marcadas. Esta correspondeu às expectativas e foi selecionada para o trabalho de auxiliar de pesquisa.

A Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou cinco estagiárias para realização da pesquisa. Entretanto somente três participaram do estudo, uma vez que duas destas não tinham disponibilidade de tempo à realização de entrevistas no período exigido pelo estudo.

9 TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

O treinamento das entrevistadoras foi realizado no período de 16 a 20 de outubro de 2010, na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco de Paula/RS e teve duração de 20 horas.

Inicialmente, apresentaram-se objetivos do estudo e sua relevância para o planejamento da saúde pública do município e para a comunidade científica, sensibilizando as entrevistadoras sobre seu papel na realização deste estudo. Além disso, promoveram-se esclarecimentos sobre a forma de remuneração do trabalho.

Posteriormente, realizou-se a leitura do questionário com o objetivo de familiarizar as entrevistadoras com o instrumento de coleta de dados, seguida da leitura detalhada do manual de instruções. Ao final do treinamento, realizaram-se dramatizações a fim de avaliar e corrigir as possíveis falhas na aplicação do questionário.

10 LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

10.1 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período entre 04 de novembro de 2010 e 11 de fevereiro de 2011. Cada entrevistador utilizou uma sala da Secretaria Municipal da Saúde para a realização das entrevistas, uma vez que este local encontra-se no mesmo edifício da Farmácia Básica.

10.1.1 Seleção da amostra

Os usuários de posse de uma receita médica acessavam a farmácia e eram atendidos por uma auxiliar que dispensava os medicamentos. Esta verificava se os medicamentos dispensados faziam parte da pesquisa, os quais consistiam de : captopril 25mg, espironolactona 2 mg, furosemida 40mg, hidroclorotiazida 25mg, metildopa 250mg, tartarato de metoprolol 100mg, nifedipina 10 e 20mg, propranolol 40mg e verapamil 80mg. Caso o usuário tivesse recebido algum destes medicamentos, era encaminhado à equipe de pesquisa como sujeito elegível para que fosse convidado a participar do estudo.

10.1.2 Entrevista

Inicialmente, a entrevistadora explicava os objetivos da pesquisa e apresentava o Termo de Consentimento Livre Esclarecido(Apêndice B). Após a leitura deste, o usuário que aceitasse participar da pesquisa assinava o documento em duas vias. No caso de usuários analfabetos, a entrevistadora realizava a leitura do termo e coletava a digital do usuário.

As entrevistas foram realizadas individualmente com os usuários elegíveis, sem a autorização de acompanhantes. Cada entrevistadora realizou cerca de duas entrevistas por dia, durante o período da coleta de dados.

10.2 ACOMPANHAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

Realizaram-se reuniões semanais com a equipe de pesquisa com o objetivo de esclarecer possíveis dúvidas sobre o preenchimento dos questionários e a logística do estudo.

A coordenadora da pesquisa manteve-se em contato permanente com a supervisora através de *e-mails*, telefonemas e reuniões até o término do trabalho de campo, a fim de conhecer o andamento do estudo e de estabelecer metas para o prosseguimento do mesmo.

10.3 CODIFICAÇÃO

A codificação dos dados foi realizada na coluna situada à direita do questionário e revisada pela supervisora que posteriormente os encaminhava para a digitação dos dados.

10.4 DIGITAÇÃO

A digitação dos dados iniciou em janeiro de 2011 e finalizou em 15 de fevereiro de 2011. A entrada dos dados foi realizada no programa Epidata 3.0 e, após a dupla digitação de todos os questionários, os bancos gerados foram comparados e os erros corrigidos. Ao final, estes foram transferidos através do *software* Stata transfer 6.0 para o programa STATA 8.0.

10.5 ANÁLISE DAS INCONSISTÊNCIAS

Criou-se um programa de verificação de inconsistências baseado no arquivo tipo “docx”. Este foi gerado no programa STATA 8.0 e as inconsistências corrigidas com base nos questionários.

11 PERDAS, RECUSAS E EXCLUSÕES

O controle dos usuários elegíveis, bem como das perdas, recusas, exclusões e também dos usuários que utilizaram o serviço mais de uma vez durante a coleta de dados, era realizado através de planilhas do programa Excel 2007. Desta forma, uma planilha era impressa diariamente com os nomes dos usuários em ordem alfabética, possibilitando este controle.

De um total de 864 usuários, 18 (2,1%) não aceitaram participar do estudo e foram considerados como recusa, 31 (3,6%) foram excluídos segundo os critérios utilizados e o restante, 137 (15,9%), foram perdas. A grande maioria das perdas ocorreu pela não disponibilidade do indivíduo para responder ao questionário. As exclusões caracterizaram-se por sujeitos não-elegíveis para a pesquisa de acordo com os critérios preestabelecidos: usuários com déficit cognitivo, gestantes e hemodializados com acompanhamento farmacoterapêutico especial.

Apesar de ter havido 18% de perdas e recusas, a comparação das características demográficas entre o grupo estudado e os indivíduos elegíveis considerados como perdas e recusas não mostrou diferenças estatisticamente significativas, como pode ser visualizado na tabela abaixo.

Tabela 1 - Descrição da amostra total de usuários hipertensos e das perdas e recusas, conforme sexo e idade. São Francisco de Paula, RS, Brasil, 2010.

Variáveis	Amostra (N=678)	Perdas e recusas (N=137)	p-valor
Sexo %			
Masculino	33,0	39,4	0,15 ^a
Feminino	67,0	60,6	
Idade, anos, média	58,2	58,7	0,61 ^b

a: teste t ; b: qui quadrado

12 PROJETO E EXECUÇÃO: A REALIDADE DE UMA PESQUISA

Na execução da pesquisa, foi necessário realizar alguns ajustes em relação ao que estava previsto no projeto.

Houve um atraso na data prevista para o início da coleta de dados, pois foi necessário aguardar a aprovação do projeto pelo comitê de ética. Além disso, foi preciso um maior período de coleta do que o previsto no projeto com o objetivo de contemplar o tamanho de amostra necessário para atingir os objetivos do estudo.

Há de assinalar-se que a Farmácia Básica do município de São Francisco de Paula/RS possui um processo de seleção, programação e aquisição que garante o fornecimento de medicamentos para o tratamento da HAS. Entretanto, durante o período de 23 de dezembro de 2010 a 05 de janeiro de 2011, ocorreu a falta do medicamento furosemida. Diante disso, as entrevistadoras foram orientadas a anotar o nome deste medicamento no item “outros medicamentos”. Neste período, seis usuários não foram avaliados em relação ao medicamento supracitado.

Ainda durante o período de coleta dos dados foi realizada nova aquisição dos medicamentos propranolol e metildopa. Com isso, houve a troca do laboratório que fornecia esses medicamentos, o que acarretou na mudança da apresentação destes.

Outra modificação na execução da pesquisa foi a exclusão dos dados respectivos ao conhecimento sobre a HAS da análise do artigo apresentado. Isto ocorreu devido ao excesso de informações presentes no artigo de conhecimento sobre a farmacoterapia, inviabilizando a apresentação desta análise. O estudo do conhecimento dos portadores sobre a sua morbidade pode trazer informações importantes sobre as lacunas deste conhecimento entre os usuários da atenção básica. Assim, estes dados serão posteriormente analisados e seus resultados encaminhados para a publicação em periódico científico.

III – ARTIGO CIENTÍFICO

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário sobre o conhecimento da HAS e sua farmacoterapia

Data ___/___/___	Data ___/___/___				
Entrevistador: _____	Entrev ___				
Nº do questionário: _____					
A. DADOS DE INDETIFICAÇÃO:					
Nome: _____	Telefone para contato: _____				
Endereço: _____					
B. DADOS SOCIDEMOGRÁFICOS , COMPORTAMENTAIS E DE SAÚDE					
<AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O(A) SR.(A).>					
<p>1. Qual é sua idade? ___ ___ (anos completos)</p> <p><i>AS QUESTÕES 2 E 3 DEVEM APENAS SER OBSERVADAS</i></p> <p>2. Cor da pele: (0) não Branca (1) Branca</p> <p>3. Sexo: (0) Masculino → <i>PULE PARA QUESTÃO 5</i> (1) Feminino</p> <p><i>SE MULHER EM IDADE FÉRTIL (ATÉ 50 ANOS) FAÇA A SEGUINTE PERGUNTA:</i></p> <p>4. A Sra. está grávida? (0) Não (1) Sim → <i>PARE O QUESTIONÁRIO</i> (8)NSA (9)IGN</p> <p>5. O (A) Sr(a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (2) Só assina o nome (8) NSA <i>SE NÃO OU SÓ ASSINA O NOME PULE PARA QUESTÃO 7</i></p> <p>6. Até que série o(a) Sr(a) completou na escola? _____ anos de estudo (88) NSA (99) IGN</p> <p>7. O (a) Sr(a) mora sozinho(a)? (00) Não. Com quem o(a) Sr(a) mora? _____ (22) Sim (88) NSA</p> <p>8. O (a) Senhor (a) fuma ou já fumou? (0) Nunca fumou (1) Já fumou, mas parou de fumar há _____ anos e _____ meses. (8888) NSA (9999) IGN (2) Sim, fuma. Quantos cigarros o(a) Sr(a) fuma por dia? ___ ___/ dia (88)NSA (99) IGN</p> <p>9. Quantas vezes por semana o (a) Sr.(a) costuma comer frutas ? (0) Nunca (1) 1 vez/ semana (2) 2-3 vezes/semana (3) 4-6 vezes/semana (4) Sempre (8) NSA (9) IGN</p> <p>10. Quantas vezes por semana o (a) Sr.(a) costuma comer verduras? (0) Nunca (1) 1 vez/ semana (2) 2-3 vezes/semana (3) 4-6 vezes/semana (4) Sempre (8) NSA (9) IGN</p> <p>11. Quantas vezes por semana o (a) Sr(a). pratica atividade física por pelo menos 30min? ___ vez(es)/semana → <i>SE NÃO PRATICA ATIVIDADE FÍSICA PULE PARA A PERGUNTA 13</i> (8) NSA (9) IGN</p> <p>12. Há quanto tempo a Sra. pratica atividade física regularmente (por pelo menos 30 min)? ___ (88)NSA (1) Dias (2) Meses (3) Anos (8) NSA (9) IGN</p> <p>13. Agora vou lhe dizer o nome de algumas bebidas e gostaria que o(a) Sr.(a) me dissesse que quantidade e com que frequência costuma beber?</p>	<p>Id ___</p> <p>Cor _</p> <p>Sex _</p> <p>Gest _</p> <p>Ler _</p> <p>Est _</p> <p>Mor _</p> <p>Fum _</p> <p>Anpf _</p> <p>Ncig _</p> <p>frut _</p> <p>verd _</p> <p>Qativ _</p> <p>Tativ _</p> <p>Atit _</p>				
Tipo de bebida	Unid	Dia	Semana	Mês	Ano
Cerveja Cerv_	Cervunid _	Cervdia_	Cervseman_	Cervmes_	Cervano_
Cachaça/caipira Cac_	Cacunid _	Cacdia_	Cacseman_	Cacmes_	Cacano_
Vinho Vin_	Vinunid _	Vindia_	Vinseman_	Vinmes_	Vinano_
Whisky Wis_	Wisunid _	Wisdia_	Wisseman_	Wismes_	Wisano_
Vodka Vodka_	Vodkaunid _	Vodkadia_	Vodkaseman_	Vodkames_	Vodkaano_
Outro _____	unid _	dia_	seman_	mes_	ano_
UNIDADES : 1. Martelo ou cálice aperitivo (100 ml) 2. Copo comum ou cálice de vinho (260 ml) 3. Dose (30 ml) 4. ½ garrafa ou ½ litro 5. 1garrafa ou 1 litro 6. 1 lata (350 ml)					

<p>14. Como o(a) Sr(a) considera sua saúde? (1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (8)NSA (9) IGN</p>	Saud _
<p>15. Qual é seu peso ? _____ ___ __ K g (88,8) NSA (99,9) IGN</p>	Pes _ _ _ _ _
<p>16. Qual é sua altura ? _____ ___ __ cm (888) NSA (999) IGN</p>	Alt _ _ _ _
<p>17. Algum médico já disse que o (a) senhor(a) tem:</p> <p>a) Açúcar no sangue ou Diabetes (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>b) Colesterol alto ou gordura no sangue (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>c) Problemas de circulação ou vasculares (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>d) Fraqueza nos ossos ou Osteoporose (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>e) Bronquite/ Asma (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>f) Reumatismo ou Artrite (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>g) Depressão (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>h) Problemas no coração (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>h) Pressão alta ou HAS (0) Não → <i>PULE PARA QUESTÃO 29</i> (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p>	Diab_ Col_ Circ_ Oste_ Asm_ Art_ Dep_ Cor1_ Hip_
C. DADOS SOBRE A HIPERTENSÃO	
<AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A PRESSÃO ALTA OU HIPERTENSÃO >	
<p>18. Há quanto tempo o(a) Sr(a) sabe que tem pressão alta ou HAS? (Anotar em anos, Se menos de um ano, 00) _____ anos (88) NSA (99) IGN</p>	Tpa _ _
<p>19. Desde <DOZE MESES ATRÁS>, quantas vezes o(a) Sr(a) consultou um médico para a pressão alta ou HAS ? _____ (88) NSA (99) IGN</p>	Consa_ _
<p>20. Quando precisa consultar o(a) Sr.(a) costuma ir ao mesmo médico? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	Med _
<p>21. Há quanto tempo foi a sua última consulta médica para pressão alta ou HAS ? _____ meses (SE MENOS DE UM MÊS ANOTAR 00) (88)NSA (99) IGN</p>	Ultcons _ _
<p>22. Quando foi a última vez que o (a) Sr.(a) mediu a sua pressão arterial? _____ dias (888) NSA (999) IGN Qual foi o valor? _____ mmHg (88/88) NSA (99/99) IGN</p>	Medh _ _ _ Pa _ _ / _ _
<p>23. Desde <DOZE MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) baixou no hospital devido à pressão alta ou HAS ou por algum outro problema relacionado à pressão alta? _____ vezes (88) NSA (99) IGN</p>	Hosp _ _
<p>24. A partir de que valor de pressão o (a) Sr.(a) considera uma pessoa com pressão alta ou hipertensa? _____ (88/88) NSA (99/99) IGN</p>	Vp _ _ / _ _
<p>25. A pressão alta ou HAS é uma doença que dura: (0) menos de 1 ano (1) de 1 a 5 anos (2) de 5 a 10 anos (3) de 10 a 30 anos (4) toda a vida (8) NSA (9) IGN</p>	Fmed _
<p>26. Vou lhe citar alguns problemas de saúde e gostaria que o(a) Sr.(a) me dissesse se a pressão alta ou HAS pode causá-los ou não:</p> <p>a) Problemas no coração, infarto, angina (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>b) Problemas na pele (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>c) AVC ou derrame cerebral (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>d) Câncer (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>e) Problemas nos rins (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p>	Pcora_ Ppele_ Avc_ Câncer_ Rins_
<p>27. Na sua opinião, além de tomar remédios, o que deve ser feito para manter a sua pressão sob controle ? _____</p>	Contrpress _ _
<p>28. Vou lhe dizer alguns itens e gostaria que o(a) Sr. (a) me dissesse quais o(a) Sr(a) acredita que podem ou não aumentar seus níveis de pressão arterial?</p> <p>a) Consumir muito sal (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>b) Assistir televisão (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>c) Ingerir bebidas alcoólicas em grande quantidade (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>d) Praticar atividade física regularmente, como caminhadas, esportes (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>e) Estar acima do peso (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>f) Fumar (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	Csal_ Astv_ Cbeb_ Pativ_ Acpes_ Habfum_

D. DADOS SOBRE A FARMACOTERAPIA

<AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS SEU REMÉDIOS. >

PEÇA PARA VER A RECEITA MÉDICA, VERIFIQUE A PRESENÇA DOS MEDICAMENTOS PARA HIPERTENSÃO QUE FORAM DISPENSADOS. APÓS ASSINALE O(S) NOME(S) DO(S) MEDICAMENTO(S), TRANSCREVA OS DADOS SOBRE DOSE E FREQUÊNCIA E FAÇA A PERGUNTA 31,, INDICANDO O REMÉDIO NA RECEITA MÉDICA. CASO O PACIENTE NÃO CONHEÇA O NOME DO REMÉDIO, FAÇA A PERGUNTA NÚMERO 32, MOSTRANDO O BLISTER DO REMÉDIO CORRESPONDENTE. DEPOIS FAÇA AS OUTRAS PERGUNTAS DA LINHA. APÓS COLOQUE O Nº DE MEDICAMENTOS PARA A HAS E O Nº TOTAL DE MEDICAMENTOS DA PRESCRIÇÃO. ANOTE O NOME DOS OUTROS MEDICAMENTOS QUE NÃO CONSTAM NO QUADRO ABAIXO.

	29. NOME DO MEDICAMENTO	30. O(a) Sr(a) poderia me dizer qual o nome deste remédio ? (APONTANDO A RECEITA)	31. O(a) Sr(a) poderia me dizer qual nome deste remédio? (BLISTER)	32. Para que problema de saúde o(a) Sr(a) toma este remédio? INDICAÇÃO		33. Como o (a) Sr.(a) deve tomar este remédio?		34. Por quanto tempo o (a) Sr. (a) deve tomar este remédio? DURAÇÃO	35. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) toma este remédio?
				DOSE	FREQUÊNCIA/ HORÁRIO				
1.	() Captopril 25mg Med1 _	(0) Não conhece (1) Conhece ➡ 32 Recmed1 _	(0) Não conhece (1) Conhece Blismed1 _	(0) Não conhece (1) Conhece Indmed1 _	(0) Não conhece (1) Conhece Dosemed1 _	(0) Não conhece (1) Conhece Freqmed1 _	(0) Não conhece (1) Conhece Duramed1 _	___ anos Tempmed1 _ _	
2.	() Espironolactona 25mg Med2 _	(0) Não conhece (1) Conhece ➡ 32 Recmed2 _	(0) Não conhece (1) Conhece Blismed2 _	(0) Não conhece (1) Conhece Indmed2 _	(0) Não conhece (1) Conhece Dosemed2 _	(0) Não conhece (1) Conhece Freqmed2 _	(0) Não conhece (1) Conhece Duramed2 _	___ anos Tempmed2 _ _	
3.	() Furosemida 40mg Med3 _	(0) Não conhece (1) Conhece ➡ 32 Recmed3 _	(0) Não conhece (1) Conhece Blismed3 _	(0) Não conhece (1) Conhece Indmed3 _	(0) Não conhece (1) Conhece Dosemed3 _	(0) Não conhece (1) Conhece Freqmed3 _	(0) Não conhece (1) Conhece Duramed3 _	___ anos Tempmed3 _ _	
4.	() Hidroclorotiazida 25mg Med4 _	(0) Não conhece (1) Conhece ➡ 32 Recmed4 _	(0) Não conhece (1) Conhece Blismed4 _	(0) Não conhece (1) Conhece Indmed4 _	(0) Não conhece (1) Conhece Dosemed4 _	(0) Não conhece (1) Conhece Freqmed4 _	(0) Não conhece (1) Conhece Duramed4 _	___ anos Tempmed4 _ _	
5.	() Metildopa 250mg Med5 _	(0) Não conhece (1) Conhece ➡ 32 Recmed5 _	(0) Não conhece (1) Conhece Blismed5 _	(0) Não conhece (1) Conhece Indmed5 _	(0) Não conhece (1) Conhece Dosemed5 _	(0) Não conhece (1) Conhece Freqmed5 _	(0) Não conhece (1) Conhece Duramed5 _	___ anos Tempmed5 _ _	
6.	() Metoprolol 100mg Med6 _	(0) Não conhece (1) Conhece ➡ 32 Recmed6 _	(0) Não conhece (1) Conhece Blismed6 _	(0) Não conhece (1) Conhece Indmed6 _	(0) Não conhece (1) Conhece Dosemed6 _	(0) Não conhece (1) Conhece Freqmed6 _	(0) Não conhece (1) Conhece Duramed6 _	___ anos Tempmed6 _ _	
7.	() Nifedipina 10mg Med7 _	(0) Não conhece (1) Conhece ➡ 32 Recmed7 _	(0) Não conhece (1) Conhece Blismed7 _	(0) Não conhece (1) Conhece Indmed7 _	(0) Não conhece (1) Conhece Dosemed7 _	(0) Não conhece (1) Conhece Freqmed7 _	(0) Não conhece (1) Conhece Duramed7 _	___ anos Tempmed7 _ _	
8.	() Nifedipina 20mg Med8 _	(0) Não conhece (1) Conhece ➡ 32 Recmed8 _	(0) Não conhece (1) Conhece Blismed8 _	(0) Não conhece (1) Conhece Indmed8 _	(0) Não conhece (1) Conhece Dosemed8 _	(0) Não conhece (1) Conhece Freqmed8 _	(0) Não conhece (1) Conhece Duramed8 _	___ anos Tempmed8 _ _	
9.	() Propranolol 40mg Med9 _	(0) Não conhece (1) Conhece ➡ 32 Recmed9 _	(0) Não conhece (1) Conhece Blismed9 _	(0) Não conhece (1) Conhece Indmed9 _	(0) Não conhece (1) Conhece Dosemed9 _	(0) Não conhece (1) Conhece Freqmed9 _	(0) Não conhece (1) Conhece Duramed9 _	___ anos Tempmed9 _ _	
10.	() Verapamil 80mg Med10 _	(0) Não conhece (1) Conhece ➡ 32 Recmed10 _	(0) Não conhece (1) Conhece Blismed10 _	(0) Não conhece (1) Conhece Indmed10 _	(0) Não conhece (1) Conhece Dosemed10 _	(0) Não conhece (1) Conhece Freqmed10 _	(0) Não conhece (1) Conhece Duramed10 _	___ anos Tempmed10 _ _	

<p><i>SE O USUÁRIO POSSUIR PRESCRIÇÃO MÉDICA DE CAPTOPRIL E/OU HIDROCLORTIAZIDA , FAÇA AS PERGUNTAS 36 E/OU 37 INDICANDO O BLISTER DE CADA MEDICAMENTO CORRESPONDENTE. CASO CONTRÁRIO PULE PARA A PERGUNTA 38.</i></p>	
<p><i>SE USA CAPTOPRIL:</i></p> <p>36. O(A) Sr.(a) recebeu alguma orientação médica quanto ao horário de tomar este remédio? (0) Não (1) Sim → <i>SE SIM Qual?</i> _____ (8) NSA (9) IGN</p>	
<p><i>SE USA HIDROCLOROTIAZIDA:</i></p> <p>37. O(A) Sr.(a) recebeu alguma orientação médica quanto ao horário de tomar este remédio? (0) Não (1) Sim → <i>SE SIM Qual ?</i> _____ (8) NSA (9) IGN</p>	
<p>38. Nesta última semana, alguma vez o(a) Sr. (a) esqueceu de tomar seus remédios no horário recomendado pelo médico? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	
<p>39. Na sua opinião, o que o(a) Sr(a) deve fazer caso esqueça de tomar seu remédio no horário recomendado pelo médico? (00) Não toma e espera o próximo horário para tomar (01) Não toma e toma o dobro no próximo horário (02) Toma assim que lembra (03) Outra _____ (88) NSA (99) IGN</p>	
<p>E. DADOS SOBRE A ORIENTAÇÃO MÉDICA</p>	
<p><AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE ORIENTAÇÕES QUE RECEBEU DURANTE A CONSULTA MÉDICA.></p>	
<p>40. Durante alguma consulta médica sobre pressão alta ou HAS, o médico lhe orientou:</p> <p>a) Sobre a quantidade de remédio que o(a) Sr(a) deve tomar? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>b) Sobre os horários em que o(a) Sr(a) deve tomar seus remédios ? (0) Não (1) Sim (8) NSA 9) IGN</p> <p>c) Sobre as reações que os remédios podem causar como tonturas, desconforto no estômago, urinar várias vezes por dia, tosse etc. (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>d) Sobre uma alimentação adequada (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>e) Sobre realizar atividade física como caminhadas, exercício físico, etc. (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>f) Sobre problemas decorrentes do hábito de fumar (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>g) Sobre problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas em excesso (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p>	
<p>F. DADOS DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS</p>	
<p>AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE ORIENTAÇÕES QUE RECEBEU NA FARMÁCIA.></p>	
<p>41. Durante a entrega dos remédios na farmácia, o farmacêutico e/ou auxiliar de farmácia lhe orientou :</p> <p>a) Sobre a quantidade de remédio que o(a) Sr(a) deve tomar? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>b) Sobre os horários em que o(a) Sr(a) deve tomar seus remédios ? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>c) Sobre possíveis reações que os remédios podem causar como desconforto no estômago, tonturas. Urinar várias vezes por dia, tosse e etc. (0)Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>d) Sobre cuidados no armazenamento do remédio. (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Estamos fazendo uma pesquisa que tem como intenção buscar informações sobre o conhecimento das pessoas atendidas na Farmácia do SUS, da cidade de São Francisco de Paula sobre a pressão alta e os remédios receitados pelo médico. Este estudo está sendo desenvolvido por mim, Fabiane Raquel Motter, mestranda em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do rio dos Sinos – UNISINOS – sob orientação da Prof^a. Dr^a. Vera Maria Vieira Paniz.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa como um importante colaborador. Com esta pesquisa pretende-se fornecer informações necessárias para ações que visem melhorar a qualidade do atendimento oferecido às pessoas com pressão alta pelos profissionais de saúde.

Serão realizadas entrevistas individuais sobre o tema mencionado em uma sala da farmácia do SUS. Os dados serão utilizados apenas para fins de divulgação da pesquisa científica e analisados de maneira a proteger a confidencialidade das informações e o anonimato dos participantes, isto é, seu nome não será revelado.

A participação na pesquisa é voluntária, ficando você livre para não responder qualquer pergunta ou ainda, interromper sua participação em qualquer momento, sem que isto lhe cause qualquer prejuízo.

Se você tiver alguma dúvida ou preocupação sobre o estudo, pode contatar o pesquisador pelo número (54)8111 0003. Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, pode me contatar no mesmo telefone.

Após os esclarecimentos acima, eu, _____, aceito participar voluntariamente desta pesquisa.

Este termo é elaborado em duas vias de igual teor, ficando uma via em seu poder e a outra em poder da autora deste projeto.

São Francisco de Paula, _____ de _____ de 20____.

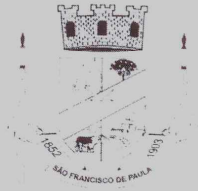
Assinatura do entrevistado


Assinatura do Supervisor

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 01 / 11 / 10

ANEXOS

ANEXO A



Prefeitura Municipal de São Francisco de Paula
Estado do Rio Grande do Sul

Secretaria da Saúde e Meio Ambiente
Fone: 54 3244-1855 / Fax: 54 3244-3398
e-mail: secsaude.saochico@hotmail.com

A pesquisa tem por objetivo avaliar o conhecimento sobre medicamentos dos usuários da Farmácia Básica. As informações utilizadas serão mantidas sob sigilo, garantindo o caráter confidencial da utilização das mesmas. Somente os pesquisadores responsáveis terão acesso a estes dados.

Além disso, a pesquisa não oferece risco ou desconforto algum para a saúde. Ela será realizada pela farmacêutica Fabiane Raquel Motter, responsável técnica da Farmácia Básica do município de São Francisco de Paula e mestranda do Programa de Pós graduação *Stricto Sensu* de Saúde Coletiva da Universidade Do Vale Dos Sinos

Diante Disso, eu, Gerônimo Paludo, Secretário Municipal da Saúde e do Meio Ambiente de São Francisco de Paula, concedo a autorização para utilização dos dados cadastrais dos usuários da Farmácia Básica do Município para a realização da dissertação de Mestrado de Fabiane Raquel Motter.

att,

Gerônimo Paludo

Secretário Municipal de Saúde e Meio Ambiente

São Francisco de Paula - RS

ANEXO B

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 158/2010

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

Projeto: Nº CEP 10/133 **Versão do Projeto:** 03/10/2010 **Versão do TCLE:** 03/10/2010

Coordenadora:


Mestranda Fabiane Raquel Motter (PPG em Saúde Coletiva)

Título: Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e sua farmacoterapia em portadores usuários da Farmácia Básica do Município de São Francisco de Paula, RS.

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

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

São Leopoldo, 03 de novembro de 2010.



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

