

Bases Conceituais da **Saúde 2**

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2019

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Bases Conceituais da Saúde

2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

B299 Bases conceituais da saúde 2 [recurso eletrônico] / Organizadora
Elisa Miranda Costa. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
– (Bases Conceituais da Saúde; v. 2)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-133-6

DOI 10.22533/at.ed.336191502

1. Cuidados primários de saúde. 2. Política de saúde. 3. Sistema
Único de Saúde. I. Costa, Elisa Miranda. II. Série.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A atenção primária à saúde é marcada por diferentes abordagens, portanto não há uniformidade, quanto ao conceito. Existem quatro linhas principais de interpretação: programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; serviços ambulatoriais médicos especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; abrangente ou integral como uma concepção de modelo assistencial de organização do sistema de saúde; filosofia que orienta os processos emancipatórios pelo direito universal à saúde.

No Brasil, implementação da Atenção Primária em Saúde não se desenvolveu de maneira uniforme. Porém, foi durante a década de 70, diante da crise econômica, das altas taxas de mortalidade que a configuração do sistema de saúde brasileiro e a concepção de seguro social passaram a ser questionadas dentro das universidades e pela sociedade civil.

Com a reestruturação da política social brasileira, entrou em voga, o modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático. A saúde passa a ser um direito social e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e agravos e ao acesso universal e igualitário das ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. A Constituição Federal de 1988 aponta como princípios e diretrizes do SUS: a universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social.

A Estratégia de Saúde da Família foi criada como eixo prioritário do SUS, com o objetivo de estabelecer a integração e promoção das atividades em um território definido. Atualmente é considerada a porta de entrada principal da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo o ponto de interlocução entre os demais níveis do sistema de saúde.

Apesar do aumento do acesso e da oferta dos serviços de saúde no Brasil, existe uma disparidade na implementação de uma atenção primária integral no país, pautado no desenvolvimento de ações comunitárias e mediação de ações intersetoriais para responder aos determinantes sociais da doença e promover saúde.

Diante do exposto, ao longo deste volume discutiremos a Atenção Primária à Saúde, abordando diversas nuances como: aspectos históricos, a interlocução com as pesquisas avaliativas, a transversalidade com as diversas políticas de saúde, o caminho percorrido até aqui e os desafios que ainda persistem na Atenção Primária.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 1 | 1 |
| A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA COMUNIDADE PERIFÉRICA, EM BELÉM-PA: AUSÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE, COMO EM FOCO | |
| <i>Sabrina Souza Araújo</i> <i>Alisson Bruno Leite Lima</i> <i>Thaís de Almeida Costa</i> <i>Fabiano da Silva Medeiros</i> <i>Voyner Ravena-Cañete</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.3361915021 | |
| CAPÍTULO 2 | 7 |
| A INSERÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA REALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIROS: AS DIFICULDADES NA PRESERVAÇÃO DO SIGILO MÉDICO | |
| <i>Raíssa Josefa Pereira de Moura</i> <i>Lourenço de Miranda Freire Neto</i> <i>Raíssa Medeiros Palmeira de Araújo</i> <i>Renata Karine Pedrosa Ferreira</i> <i>Adrian Bessa Dantas</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.3361915022 | |
| CAPÍTULO 3 | 15 |
| ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2012 A 2016 | |
| <i>Victoria Farias do Nascimento</i> <i>Marília Gabrielle Santos Nunes</i> <i>Laryssa Grazielle Feitosa Lopes</i> <i>Antonio Flaudiano Bem Leite</i> <i>Edson Hilan Gomes de Lucena</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.3361915023 | |
| CAPÍTULO 4 | 29 |
| APROXIMAÇÃO DA AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS INTERFACES COM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | |
| <i>Tayná Vieira da Silva</i> <i>Maria Raquel Rodrigues Carvalho</i> <i>Maria Salete Bessa Jorge</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.3361915024 | |
| CAPÍTULO 5 | 42 |
| AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES ATENDIDAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELÉM-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA | |
| <i>Ana Beatriz Praia</i> <i>Adalgisa Gabriela dos Santos Guimarães</i> <i>Matheus Cruz</i> <i>Thayana de Nazaré Araújo Moreira</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.3361915025 | |

CAPÍTULO 6 48

CONTRIBUIÇÕES DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PARA A DISCUSSÃO DA AMPLIAÇÃO DAS BASES CONCEITUAIS DA SAÚDE

*Juliana da Rosa Wendt
Hildegard Hedwig Pohl*

DOI 10.22533/at.ed.3361915026

CAPÍTULO 7 61

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM E OS DESAFIOS DA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO COFEN Nº 293/2004

*Rafael Dos Santos Borges
Maria de Nazaré de Sousa Moura
Marayza Pinheiro Nunes*

DOI 10.22533/at.ed.3361915027

CAPÍTULO 8 65

DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS DA ADVOCACIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: DESAFIO PARA A ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

*Eduarda Maria Duarte Rodrigues
Gláucia Margarida Bezerra Bispo
Camila Almeida Neves de Oliveira
Edilson Rodrigues de Lima
Cristiane Gonçalves Araújo*

DOI 10.22533/at.ed.3361915028

CAPÍTULO 9 77

ESTUDO SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ, BRASIL

*Fabio Daniel Pereira Sampaio
Suann Quemel Mesquita
Murilo Oliveira Pollhuber
Lenita Mayumi Ramos Sasaki
Maria Do Socorro Castelo Branco de Oliveira Bastos*

DOI 10.22533/at.ed.3361915029

CAPÍTULO 10 81

FATORES ASSOCIADOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES CADASTRADOS NO HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) DJALMA DE HOLANDA CAVALCANTE EM RECIFE-PE

*Pablo Nunes Teles de Mendonça
Leonardo José Vieira Queiroz Filho
Antonio Malan dos Santos Nascimento
Tássio Martins de Oliveira
Lucas Dantas de Oliveira
Domingos Sávio Barbosa de Melo*

DOI 10.22533/at.ed.33619150210

CAPÍTULO 11 94

FORMAÇÃO INTERSETORIAL EM LINHA DE CUIDADO PARA A ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Maria das Dores Lima
Maria Cláudia de Freitas Lima
Adriano Rodrigues de Souza

DOI 10.22533/at.ed.33619150211

CAPÍTULO 12 109

INTERDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE SOB A ÓTICA DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

Vanessa dos Santos Silva
Ruhama Beatriz da Silva
Ruty Thaís Silva de Medeiros
Roberto Mendes Júnior
Lorena Oliveira de Souza
Robson Marciano Souza da Silva
Ylanna Kelaynne Lima Lopes Adriano Silva
Arysleny de Moura Lima
Fabiano Limeira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.33619150212

CAPÍTULO 13 117

JUSTIÇA DISTRIBUTIVA E SAÚDE: DE JOHN RAWLS A NORMAN DANIELS

Plínio José Cavalcante Monteiro
Talita Cavalcante Arruda de Moraes

DOI 10.22533/at.ed.33619150213

CAPÍTULO 14 126

MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS NAS MESORREGIÕES DA PARAÍBA NO PERÍODO DE 2004 A 2014

Thainá Rodrigues Evangelista
Valéria Falcão da Silva Freitas Barros
Antonio Araujo Ramos Neto
João Lucas Gonçalves Monteiro
Maria Cristina Rolim Baggio

DOI 10.22533/at.ed.33619150214

CAPÍTULO 15 142

MUNICIPALIZAÇÃO DE SETORES REGULADOS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA: PANORAMA DAS DROGARIAS DO MUNICÍPIO DE GOIANA – PE

Rômulo Moreira dos Santos
Marisa Torres de Moura Agra

DOI 10.22533/at.ed.33619150215

CAPÍTULO 16 147

O EMPODERAMENTO DO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA AMAZÔNICA

Vanessa Alessandra Freitas de Moraes
Fabianne de Jesus Dias de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.33619150216

CAPÍTULO 17 152

O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE ORIENTADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Viviane Gonçalves Barroso
Cláudia Maria de Mattos Penna

DOI 10.22533/at.ed.33619150217

CAPÍTULO 18 163

ESTÁGIO SUPERVISIONADO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CUITÉ-PB: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thaila Carla Freire de Oliveira
Débora Thaíse Freires de Brito

DOI 10.22533/at.ed.33619150218

CAPÍTULO 19 171

PERFIL DA MORTALIDADE NA REDE MATERNO INFANTIL SEGUNDO A EVITABILIDADE DOS ÓBITOS INFANTIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Carolina Ribeiro Tamboril
Lucas Dias Soares Machado
Fernanda Maria Silva
Aliniana da Silva Santos
Maria Corina Amaral Viana

DOI 10.22533/at.ed.33619150219

CAPÍTULO 20 177

PREVALÊNCIA DE HIPOVITAMINOSE D NO SUL DO BRASIL: INFLUÊNCIA DA SAZONALIDADE

Michelle Lersch
Diene da Silva Schlikmann
Juliano de Avelar Breunig
Sílvia Isabel Rech Franke
Daniel Prá

DOI 10.22533/at.ed.33619150220

CAPÍTULO 21 189

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rogéria Pimentel de Araujo Monteiro
Samara Machado Paiva

DOI 10.22533/at.ed.33619150221

CAPÍTULO 22 195

PROPOSTA MULTIDISCIPLINAR DE APOIO À CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alaine Santos Parente
Fábia Maria de Santana
Fabiola Olinda de Souza Mesquita

DOI 10.22533/at.ed.33619150222

CAPÍTULO 23 203

QUESTÕES DE SAÚDE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE TIJUAÇU, SENHOR DO BONFIM – BA

Eliana do Sacramento de Almeida

Carmélia Aparecida Silva Miranda

DOI 10.22533/at.ed.33619150223

CAPÍTULO 24 218

RECOMENDAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA A POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Gabriela de Nazaré e Silva Dias

Jamilly Nunes Moura

John Lucas da Silva Almeida

Suelen Gaia Epifane

Ana Caroline Guedes Souza Martins

Danielly Amaral Barreto

Leticia Almeida de Assunção

Letícia Gemyra Serrão Furtado

Manuela Furtado Veloso de Oliveira

Marllon Rodrigo Sousa Santos

Thyago Douglas Machado

DOI 10.22533/at.ed.33619150224

CAPÍTULO 25 224

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM SOBRAL-CE: VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Antônia Sheilane Carioca Silva

Antônia Luana Diógenes

Carlíane Vanessa Souza Vasconcelos

Juliana Moita Leão

Maria Raquel da Silva Lima

Maria Tayenne Rodrigues Sousa

DOI 10.22533/at.ed.33619150225

CAPÍTULO 26 233

TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO NESSE PROCESSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vanessa dos Santos Silva

Ruty Thaís Silva de Medeiros

Roberto Mendes Júnior

Ruhama Beatriz da Silva

Lorena Oliveira de Souza

Robson Marciano Souza da Silva

Ylanna Kelaynne Lima Lopes Adriano Silva

Arysleny de Moura Lima

Fabiano Limeira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.33619150226

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 27 | 241 |
| UTILIZAÇÃO DE INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA RELACIONADOS AO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM UM SERVIÇO DE FARMÁCIA DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ – AL | |
| <i>Cláudia Cristina Nóbrega de Farias Aires</i> <i>Bianca Pereira Rodrigues</i> <i>Katiane Mota da Silva</i> <i>Mayara Carolina Nunes Sandes</i> <i>Sabrina Joany Felizardo Neves</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.33619150227 | |
| CAPÍTULO 28 | 249 |
| VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DE GRUPOS VULNERÁVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM ÊNFASE NA PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA | |
| <i>Maria Elda Alves de Lacerda Campos</i> <i>Cícero Natan dos Santos Alves</i> <i>Johanna Dantas Oliveira Freitas</i> <i>Larissa Brito Vieira Diniz</i> <i>Ludimilla da Costa Santos</i> <i>Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes</i> <i>Rosana Alves de Melo</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.33619150228 | |
| CAPÍTULO 29 | 254 |
| PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ/AB): UMA ANÁLISE DOS RESULTADOS DE SUA IMPLANTAÇÃO E EFICÁCIA | |
| <i>Allana Cândida Costa Corrêa</i> <i>Deborah Shari Toth Modesto</i> <i>Denille Silva de Oliveira</i> <i>Raelyn Amorim Gama</i> <i>Rafael dos Santos Borges</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.33619150229 | |
| SOBRE A ORGANIZADORA..... | 258 |

FATORES ASSOCIADOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES CADASTRADOS NO HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) DJALMA DE HOLANDA CAVALCANTE EM RECIFE-PE

Pablo Nunes Teles de Mendonça

Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

Leonardo José Vieira Queiroz Filho

Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

Antonio Malan dos Santos Nascimento

Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

Tássio Martins de Oliveira

Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

Lucas Dantas de Oliveira

Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

Domingos Sávio Barbosa de Melo

Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

RESUMO: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) são doenças crônicas de elevada prevalência no Brasil e no mundo. Dessa forma, em 2001, foi criado pelo Ministério da saúde o HIPERDIA, programa destinado ao cadastramento e monitoramento dos portadores de HAS e DM atendidos na rede do Sistema Único de Saúde na atenção primária, permitindo assim conhecer o perfil epidemiológico dessas doenças na população.

O presente estudo é do tipo observacional descritivo de corte transversal, visando estimar a prevalência da adesão medicamentosa utilizando o questionário do teste de Morisky-Green e de fatores de risco que possam estar associados em pacientes do programa do Hiperdia da USF Djalma de Holanda Cavalcante na cidade de Recife-PE, descrevendo-os de acordo com seu perfil socioeconômico. Foi encontrada uma amostra composta predominantemente por mulheres, pardos, idosos, com baixa escolaridade, sedentários, hipertensos e com sobrepeso ou obesidade. A taxa de adesão medicamentosa foi abaixo, apenas de 20% (pacientes que marcaram 4 pontos no teste de Morisky-Green), sendo as principais causas de não adesão, apontadas pelos pacientes, esquecimento e atraso no uso de medicamentos. Dessa forma torna-se fundamental a intensificação da atuação da Unidade de Saúde da Família com ênfase nas condutas de tratamento não medicamentoso especialmente quanto a reeducação alimentar, práticas de atividade física, assim como em estratégias para aumentar a adesão medicamentosa nas USF de PE.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Hiperdia, Adesão medicamentosa.

ABSTRACT: Systemic arterial hypertension

(SAH) and diabetes mellitus (DM) are chronic diseases of high prevalence in Brazil and worldwide. Thus, in 2001, the Ministry of Health has created HIPERDIA, a program designed to register and monitor the patients with SAH and DM treated in the Unified Health System network in primary care, thus enabling them to know the epidemiological profile of these diseases in the population. The present study is a descriptive cross-sectional observational study aimed at estimating the prevalence of drug adherence using the Morisky-Green test questionnaire and risk factors that may be associated in patients of the Hiperdia program of USF Djalma de Holanda Cavalcante in the city of Recife-PE, describing them according to their socioeconomic profile. It was found a sample composed predominantly of women, brown, elderly, low education, sedentary, hypertensive and overweight or obese. The rate of drug adherence was low, only 20% (patients who scored 4 points in the Morisky-Green test), being the main causes of non-adherence, indicated by the patients, forgetfulness and delay in the use of medications. In this way, it is fundamental to intensify the activities of the Family Health Unit with emphasis on non-drug treatment, especially in relation to dietary reeducation, physical activity practices, as well as in strategies to increase drug adherence in the USFs of Pernambuco.

KEYWORDS: Systemic arterial hypertension, Diabetes mellitus, Hiperdia, Drug adherence

1 | INTRODUÇÃO:

Ao longo dos anos, ocorreu uma mudança drástica na epidemiologia das doenças que mais causam morbimortalidade no Brasil, com aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), as quais são as mais importantes e prevalentes no mundo. Este fato pode estar relacionado ao maior envelhecimento da população e, sobretudo ao estilo de vida pouco saudável, o que reflete diretamente na qualidade de vida (AMES, 2015). As medidas terapêuticas associadas ao controle dessas doenças são baseadas em mudanças comportamentais em relação à dieta, ingestão de medicamentos e hábitos de vida (MIRANZI, 2008)

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 mmHg sistólica e/ou 90 mmHg diastólica. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM. Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC) (SBC, 2016).

A HAS constitui em um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. No Brasil, cresceu 14,2% o número de pessoas que foram diagnosticadas por hipertensão.

A prevalência passou de 22,5% em 2006 para 25,7% em 2016, chegando a mais de 49% para indivíduos com 55 a 64 anos e 64,2% em indivíduos com 65 anos ou mais. (BRASIL, 2016).

A DM é uma patologia metabólica caracterizada por hiperglicemia devido a deficiência na secreção de insulina (DM tipo 1), e da ação da insulina (DM tipo 2) (AMES, 2015). Entre as complicações crônicas, encontram-se os níveis micro e macrovascular. Os agravamentos microvasculares mais comuns são: neuropatia, retinopatia, nefropatia e isquemia. Destaca-se no nível macrovascular o desenvolvimento da cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica. A longo prazo esta doença é responsável por expressiva morbimortalidade, com elevada perda da qualidade de vida (BERTOLDI, 2013). Diversos fatores contribuem para o acometimento e aumento da incidência do Diabetes Mellitus, dentre os quais estão o envelhecimento da população, a urbanização crescente, a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, além de dieta inadequada e obesidade, aspectos que favorecem de forma significativa o aumento da prevalência do Diabetes em todo o mundo (PALMEIRA, 2012), pois mais da metade dos pacientes possuem diagnóstico de dislipidemia e hipertensão associados (AMES, 2015).

Um ótimo campo para cuidar de pacientes portadores de DM e HAS é a estratégia de saúde da família (ESF), que consiste em um conjunto de ações na atenção primária, voltadas para promover a saúde, prevenir complicações, tratar a doença e reabilitar o cidadão. A ESF foi instituída em 1994, visando organizar o serviço sob uma ótica de troca solidária, capaz de fortalecer a participação da comunidade, estimulando o desenvolvimento social e um ambiente saudável (ROSA, 2005). Em 2001, o Ministério da Saúde lançou um programa para reorganizar a ação ao atendimento do paciente portador de DM e HAS chamado HIPERDIA, que consiste em um sistema de cadastramento e monitoramento destes pacientes para favorecer a aquisição e distribuição de medicamentos de forma regular e organizada (BRASIL, 2002).

O HIPERDIA auxilia informações que possibilita o conhecimento da situação e mapeamento dos riscos na região atendida pela Unidade de Saúde da Família (USF), proporcionando melhor atendimento a estas pessoas e minimizando complicações como a HAS e o DM (NEGREIROS, 2016). Na ESF a abordagem ao usuário é multiprofissional e interdisciplinar, na qual cada profissional realiza sua avaliação e posteriormente, em conjunto, são traçadas as metas e desenvolvidas as ações necessárias para a manutenção e/ou recuperação da saúde. No caso da HAS e do DM, esta interação é fundamental para que as atividades possam ocorrer de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na realização da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas e atendimento aos usuários. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em HAS e DM são o controle da pressão arterial, redução da morbimortalidade, melhora da qualidade de vida e redução de custos com internações hospitalares e complicações secundárias (BRASIL, 2013).

Considerando a importância da HAS e do DM, por suas elevadas prevalências

em nossa população, bem como o elevado custo direcionado ao Sistema Único de saúde (SUS) no tratamento destas doenças e de suas complicações, programas que possam diminuir estes custos têm sido utilizados. Esta pesquisa se baseia nos pacientes cadastrados e acompanhados no Programa HIPERDIA numa Unidade de Saúde da Família de Recife-PE, com o objetivo de traçar seu perfil socioeconômico, estimando a prevalência de fatores de risco e a adesão medicamentosa ao tratamento de pacientes cadastrados no HIPERDIA.

2 | METODOLOGIA:

A presente pesquisa tratou-se de um estudo observacional e descritivo de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado na USF Djalma de Holanda Cavalcante, em Recife-PE. A amostra foi composta por 80 pacientes cadastrados no Programa HIPERDIA que foram atendidos na USF. Os dados foram coletados através de entrevista utilizando-se um questionário estruturado contendo informações socioeconômicas, fatores de risco e complicações, e medicação utilizada, além do questionário de Morisky et al (1986) adaptado para investigar a adesão ao tratamento medicamentoso.

A análise estatística foi realizada através da utilização do programa Epi Info 7.2. Foram realizadas análises descritivas para a determinação das frequências, além do cálculo de P value e teste do qui-quadrado, considerando como significantes os valores de $p < 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) via Plataforma Brasil sob número do CAAE 70067817.0.0000.5193.

3 | RESULTADOS:

A maioria relatou não realizar uma dieta adequada (62,5%), 72,5% apresentavam sobrepeso ou algum grau de obesidade e 36,25% relatavam apresentar hipercolesterolemia. Apenas 5 entrevistados (6,25%) apresentaram história de IAM, 6 (7,5%) AVC, 6 (7,5%) apresentavam doença renal. Nenhum paciente apresentou amputação de membros. Dentre a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares, 26,25% de pessoas ingeriam bebidas alcoólicas, 62,5% não praticavam atividade física e apenas 3,75% dos pacientes entrevistados eram fumantes. A história familiar de hipertensão estava presente em 85% dos entrevistados; 60% possuíam história familiar de diabetes e 70% história familiar de cardiopatia.

O perfil epidemiológico dos pacientes estratificando pelo tipo de comorbidades que eles possuem está apresentado no Tabela 2. Os dados evidenciam que 50

(62,5%) pessoas são apenas hipertensas, 5 (6,25%) apenas diabéticas e 25 (31,25%) possuíam as duas comorbidades.

Dos 75 pacientes hipertensos, 34,6% utilizavam esquema em monoterapia. Dois pacientes utilizavam apenas anlodipino (2,6%), dois apenas enalapril (2,6%) e dezenove apenas losartana (25,3%). O esquema anti-hipertensivo mais utilizado foi a associação hidroclorotiazida e losartana (37,3%), seguida pelo uso de losartana em monoterapia (25,3%), associação enalapril e hidroclorotiazida (14,6%), e atenolol e hidroclorotiazida (6,6%). Dos pacientes diabéticos apenas 4 não utilizavam algum tipo de medicação para controle da glicemia. A medicação mais utilizada foi a metformina em monoterapia (53%- 16 pacientes), seguida da associação insulina com metformina (10% - 3 pacientes) e glibenclamida (10% - 3 pacientes) e insulina em monoterapia (10% - 3 pacientes). Apenas um dos entrevistados (3%) fazia uso de empaglifozina.

Em relação a adesão ao tratamento, 60% dos pacientes relataram já terem esquecido de usar algum medicamento por pelo menos uma vez e 62,5% relataram não respeitar o horário das medicações. Dezesesseis pacientes (20%) afirmaram deixar de usar a medicação por se sentirem melhor e dez pacientes (12,5%) deixaram de tomar a medicação por se sentirem pior com o uso. Quinze pacientes (18,75%) desconheciam a importância da adesão ao tratamento e vinte e quatro (30%) referiram esquecer de repor as medicações antes do seu término.

A frequência de usuários aderentes ao tratamento medicamentoso foi de apenas 21,25%, como apresentado na Tabela 3. Os dados mostram que a maioria foi considerada média adesão para ambas as doenças (58,75%) em relação ao teste de Morisky-Green.

A análise da adesão ao tratamento medicamentoso associada ao perfil sociodemográfico está apresentada na Tabela 4. Os resultados evidenciam que apenas tiveram resultados estatisticamente significantes os dados da comorbidade (HAS e/ ou DM) associados à adesão ao tratamento ($p=0,0356$), e os dados relacionados à realização de atividade física ($p=0,0458$).

| Variável | N = 80 | |
|---------------|--------|--------|
| | N | % |
| Sexo: | | |
| Feminino | 60 | 75% |
| Masculino | 20 | 25% |
| Idade: | | |
| <40 anos | 8 | 10% |
| 40 – 50 anos | 13 | 16,25% |
| >50 anos | 59 | 73,75% |

| | | |
|------------------------|------|---------|
| Etnia: | | |
| Branco | 24 | 30% |
| Negro | 14 | 17,5% |
| Pardo | 42 | 52,5% |
| Renda Familiar: | | |
| Até 1 salário | 42 | 53,16% |
| 2-3 salários | 35 | 44,3% |
| 4-5 salários | 2 | 2,53% |
| Escolaridade | | |
| S/ instrução | 5 | 6,25% |
| Fundamental incompleto | 32 | 40% |
| Fundamental completo | 11 7 | 13,75% |
| Médio incompleto | 22 | 8,75% |
| Médio completo | 2 | 27,5: % |
| Superior incompleto | 1 | 2,5% |
| Superior completo | | 1,25: % |

| Variável | N = 80 | |
|-----------------------------|--------|--------|
| | N | % |
| Moradia: Alvenaria | 80 | 100% |
| Saneamento básico: | 76 | 95%: |
| Atividade Física: | | |
| Sim | 30 | 37,5% |
| Não | 50 | 62,5% |
| Dieta Adequada: | 30 | 37,5% |
| Etilismo: | 21 | 26,25% |
| Tabagismo: | 3 | 3,75% |
| História de Infarto: | 5 | 6,25% |
| História de AVC: | 4 | 5% |
| Doença renal: | 6 | 7,5% |
| Doença hepática: | 4 | 5% |
| Problema de visão: | 54 | 67,5% |
| Histórico familiar: | | |
| HAS | 68 | 85% |
| DM | 48 | 60% |
| Cardiopatia | 56 | 70% |
| Hipercolesterolemia: | 29 | 36,25% |

Tabela 1: Perfil epidemiológico da amostra. Fonte: Dados da pesquisa

| Variável | HAS N = 50 (62,5%) | | DM N = 5 (6,25%) | | HAS + DM N = 25 (31,25%) | | Quiquadrado | P value |
|-----------------------------|-----------------------|----------|---------------------|--------|-----------------------------|--------|-------------|---------|
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Sexo: | | | | | | | | |
| Feminino | 36 | (72%) | 4 | (80%) | 20 | (80%) | 0,64 | 0,7261 |
| Masculino | 14 | (28%) | 1 | (20%) | 5 | (20%) | | |
| Idade: | | | | | | | | |
| <40 anos | 4 | (8%) | 1 | (20%) | 3 | (12%) | 2,3875 | 0,6649 |
| 40 – 50 anos | 10 | (20%) | 0 | | 3 | (12%) | | |
| >50 anos | 36 | (72%) | 4 | (80%) | 19 | (76%) | | |
| Etnia: | | | | | | | | |
| Branco | 16 | (32%) | 2 | (40%) | 6 | (24%) | 5,9429 | 0,2035 |
| Negro | 5 | (10%) | 1 | (20%) | 8 | (32%) | | |
| Pardo | 29 | (58%) | 2 | (40%) | 11 | (44%) | | |
| Renda Familiar: | | | | | | | | |
| Até 1 salário | 27 | (55,1%) | 3 | (60%) | 12 | (48%) | 4,5493 | 0,3367 |
| 2-3 salários | 22 | (44,9%) | 2 | (40%) | 11 | (44%) | | |
| 4-5 salários | 0 | | 0 | | 2 | (8%) | | |
| Escolaridade | | | | | | | | |
| S/ instrução | 3 | (6%) | 1 | (20%) | 1 | (4%) | 18,283 | 0,1074 |
| Fundamental incompleto | 17 | (34%) | 3 | (60%) | 12 | (48%) | | |
| Fundamental completo | 5 | (10,00%) | 1 | (20%) | 5 | (20%) | | |
| Médio incompleto | 6 | (12%) | 0 | | 1 | (4%) | | |
| Médio completo | 19 | (38%) | 0 | | 3 | (12%) | | |
| Superior incompleto | 0 | | 0 | | 2 | (8%) | | |
| Superior completo | 0 | | 0 | | 1 | (4%) | | |
| Moradia: Alvenaria | 50 | (100%) | 5 | (100%) | 25 | (100%) | 0 | 1 |
| Saneamento básico: | 49 | (98%) | 5 | (100%) | 22 | (88%) | 3,7895 | 0,1504 |
| Atividade Física: | 19 | (38%) | 3 | (60%) | 8 | (32%) | 1,408 | 0,4946 |
| Dieta Adequada: | 16 | (32%) | 4 | (80%) | 10 | (40%) | 4,5653 | 0,102 |
| Etilismo: | 13 | (26%) | 2 | (40%) | 6 | (24%) | 0,5553 | 0,7576 |
| Tabagismo: | 1 | (2%) | 0 | | 2 | (8%) | 1,8701 | 0,3926 |
| História de Infarto: | 4 | (8%) | 0 | | 1 | (4%) | 0,8107 | 0,6668 |
| História de AVC: | 5 | (10%) | 0 | | 1 | (4%) | 1,2973 | 0,5228 |
| Doença renal: | 4 | (8%) | 1 | (20%) | 1 | (4%) | 1,5856 | 0,4526 |
| Doença hepática: | 2 | (4%) | 0 | | 2 | (8%) | 0,8421 | 0,6564 |
| Problema de visão: | 36 | (72%) | 2 | (40%) | 22 | (88%) | 5,76 | 0,0561 |
| Histórico familiar: | 43 | (86%) | 3 | (60%) | 22 | (88%) | 2,6667 | 0,2636 |
| HAS | 26 | (52%) | 5 | (100%) | 17 | (68%) | 5,3333 | 0,0695 |
| DM | 35 | (70%) | 4 | (80%) | 17 | (68%) | 0,2857 | 0,8669 |
| Cardiopatia | | | | | | | | |
| Hipercolesterolemia: | 17 | (34%) | 3 | (60%) | 11 | (44%) | 1,7169 | 0,4238 |

Tabela 2: Perfil epidemiológico da amostra estratificado pela presença de HAS, DM, e HAS + DM.

Fonte : Dados da pesquisa

| Variável | N=80 | P=100% |
|--------------|------|--------|
| Baixa adesão | 16 | 20% |
| Média adesão | 47 | 58,75% |
| Alta adesão | 17 | 21,25% |

Tabela 3: Teste de Morisky-Green na USF Djalma de Holanda Cavalcante

Fonte: Dados da Pesquisa

| Variável | Baixa Adesão | | Media adesão | | Alta Adesão | | Qui-quadrado | P value |
|---------------------------|--------------|----------|--------------|----------|-------------|----------|--------------|---------|
| | N | % | N | % | N | % | | |
| HAS | 15 | (93,75%) | 28 | (59,57%) | 7 | (41,18%) | 10,3065 | 0,0356 |
| DM | 0 | | 3 | (6,38%) | 2 | (11,76%) | | |
| HAS + DM | 1 | (6,25%) | 16 | (34,04%) | 8 | (47,06%) | | |
| Sexo: | | | | | | | 0,5302 | 0,7671 |
| Feminino | 13 | (81,25%) | 34 | (72,34%) | 13 | (76,47%) | | |
| Masculino | 3 | (18,75%) | 13 | (27,66%) | 4 | (23,53%) | | |
| Idade: | | | | | | | 3,5819 | 0,4655 |
| <40 anos | 3 | (18,75%) | 4 | (8,51%) | 1 | (5,88%) | | |
| 40 – 50 anos | 4 | (25%) | 6 | (12,77%) | 3 | (17,65%) | | |
| >50 anos | 9 | (56,25%) | 37 | (78,72%) | 13 | (76,47%) | | |
| Etnia: | | | | | | | 4,2418 | 0,3743 |
| Branco | 2 | (12,5%) | 16 | (34,04%) | 6 | (35,29%) | | |
| Negro | 4 | (25%) | 6 | (12,77%) | 4 | (23,53%) | | |
| Pardo | 10 | (62,5%) | 25 | (53,19%) | 7 | (41,18%) | | |
| Renda Familiar: | | | | | | | 4,1115 | 0,3911 |
| Até 1 salário | 9 | (56,25%) | 21 | (45,65%) | 12 | (70,59%) | | |
| 2-3 salários | 7 | (43,75%) | 23 | (50%) | 5 | (29,41%) | | |
| 4-5 salários | 0 | | 2 | (4,35%) | 0 | | | |
| Escolaridade | | | | | | | 19,5456 | 0,0762 |
| S/ instrução | 1 | (6,25%) | 3 | (6,38%) | 1 | (5,88%) | | |
| Fundamental incompleto | 8 | (50,0%) | 18 | (38,3%) | 6 | (35,29%) | | |
| Fundamental completo | 1 | (6,25%) | 3 | (6,38%) | 7 | (41,18%) | | |
| Médio incompleto | 3 | (18,75%) | 4 | (8,51%) | 0 | | | |
| Médio completo | 3 | (18,75%) | 16 | (34,04%) | 3 | (17,65%) | | |
| Superior incompleto | 0 | | 1 | (2,13%) | 0 | | | |
| Superior completo | 0 | | 2 | (4,26%) | 0 | | | |
| Saneamento básico: | | | | | | | 2,9563 | 0,2281 |
| Sim | 16 | (100%) | 43 | (91,49%) | 17 | (100%) | | |
| Não | 0 | | 4 | (8,51%) | 0 | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|--------|--------|
| Atividade Física: | | | | | |
| Sim | 2 (12,5%) | 19 (40,43%) | 9 (52,94%) | 6,1677 | 0,0458 |
| Não | 14 (87,5%) | 28 (59,57%) | 8 (47,06%) | | |
| Dieta Adequada: | | | | | |
| Sim | 2 (12,5%) | 20 (42,55%) | 8 (47,06%) | 5,4415 | 0,0658 |
| Não | 14 (87,5%) | 27 (57,45%) | 9 (52,94%) | | |
| Etilismo: | | | | | |
| Sim | 7 (43,75%) | 10 (21,28%) | 4 (23,53%) | 3,1966 | 0,2022 |
| Não | 9 (56,25%) | 37 (78,72%) | 13 (76,47%) | | |
| Tabagismo: | | | | | |
| Sim | 0 | 2 (4,26%) | 1 (5,88%) | 0,8708 | 0,647 |
| Não | 16 (100%) | 45 (95,74%) | 16 (94,12%) | | |
| História de Infarto: | | | | | |
| Sim | 2 (12,5%) | 3 (6,38%) | 0 | 2,2014 | 0,3326 |
| Não | 14 (87,5%) | 44 (93,62%) | 17 (100%) | | |
| História de AVC: | | | | | |
| Sim | 1 (6,25%) | 1 (2,13%) | 2 (11,73%) | 2,5068 | 0,2855 |
| Não | 15 (93,75%) | 46 (97,87%) | 15 (88,24%) | | |
| Doença renal: | | | | | |
| Sim | 1 (6,25%) | 4 (8,51%) | 1 (5,88%) | 0,1694 | 0,9188 |
| Não | 15 (93,75%) | 43 (91,49%) | 16 (94,12%) | | |
| Doença hepática: | | | | | |
| Sim | 0 | 3 (6,38%) | 1 (5,88%) | 1,0592 | 0,5888 |
| Não | 16 (100%) | 44 (93,62%) | 16 (94,12%) | | |
| Problema de visão: | | | | | |
| Sim | 10 (62,5%) | 34 (72,34%) | 10 (58,82%) | 1,2677 | 0,5306 |
| Não | 6 (37,5%) | 13 (27,66%) | 7 (41,18%) | | |
| Hipercolesterolemia: | | | | | |
| Sim | 3 (18,75%) | 18 (38,3%) | 8 (47,06%) | 3,0651 | 0,216 |
| Não | 13 (81,25%) | 29 (61,7%) | 9 (52,94%) | | |

Tabela 4: Adesão medicamentosa por grupo estudado utilizando a teste de Morisky-green - TMG.

Fonte: Dados da pesquisa

4 | DISCUSSÃO:

A amostra foi prevalente de hipertensos, tendo também um percentual significativo de pessoas com ambas as patologias, pois é comprovado que o indivíduo que apresenta uma das referidas patologias tem uma probabilidade maior de desenvolver a outra como demonstrado segundo Lima et al (2012).

Em relação ao sexo, neste estudo, houve predominância do sexo feminino. Esse percentual mais elevado de mulheres pode ser confirmado segundo Miranzi et al (2008) no qual o perfil epidemiológico dos indivíduos com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) caracteriza-se pela hegemonia do sexo feminino. Outro motivo para a ocorrência deste índice é que as mulheres normalmente possuem maior percepção das doenças, pois apresentam maior tendência para o autocuidado e buscam mais assistência médica que os homens, o que propiciaria a aumentar a

probabilidade de ter HAS e/ou DM diagnosticados (LIMA, 2012).

Há uma relação diretamente proporcional entre idade e o surgimento de doenças crônico-degenerativas; quanto mais contíguo o indivíduo chega ou ultrapassa a senilidade, maior será a chance de desenvolver complicações cardiovasculares, intervindo negativamente na sua qualidade de vida (FINNOTT, 2011). Dos 80 pacientes estudados, a média de idade foi 56,27, mostrando muita semelhança com dados revista brasileira de epidemiologia de 2015 que estipula de aproximadamente 65% dos idosos são hipertensos (LIMA, 2012).

A carência de atividade física é considerada fator de risco para a evolução de HAS e DM, sendo importante sua prática para prevenir as referidas patologias e reduzir morbimortalidade, já que existe uma alta prevalência na população independente do gênero (HALPERNE, 2000). A maior parte dos entrevistados relataram não realizar atividade física. Os dados encontrados condizem com outros estudos no qual apenas 43% dos interrogados alegaram realizar atividade física frequentemente, mencionando principalmente caminhada e ginástica. (BATOS, 2012).

A obesidade como fator de risco cardiovascular, principalmente associada às dislipidemias, à austeridade à glicose e à HAS, formando a síndrome metabólica (SAAD, 2006). Estudos evidenciam que grande parte dos pacientes não aderentes analisados tem sobrepeso (39%) ou obesidade (43%) (JESUS, 2008). Esses dados estão concordantes com o que foi encontrado neste estudo.

De acordo com Vigitel (2012) a frequência de adultos que fumam no Recife foi de 11,8%, contrastando com os achados do presente estudo, onde apenas 3 (3,75%) dos entrevistados relataram tabagismo. Já a frequência de consumo de bebida alcóolica nos últimos 30 dias, segundo o mesmo autor, foi de 21%, dado semelhante ao encontrado nesta pesquisa.

Em relação a escolaridade, a maioria dos indivíduos possuíam o ensino fundamental incompleto corroborando com o plano municipal de saúde da Prefeitura do Recife, que afirma que 39,6 % da população não possui instrução ou tem apenas o ensino fundamental incompleto e apenas 14,4% tem o ensino superior completo. Quanto a renda da população municipal, o mesmo plano afirma que a maior parte da população não possui nenhum rendimento ou recebe até um salário mínimo. (RECIFE, 2014-2017). Resultado semelhante foi encontrado no presente estudo. Algumas pesquisas demonstram relação entre o grau de escolaridade e a não adesão a terapia, se fazendo indispensável que a equipe de saúde prontifique estratégias de educação e orientação a esses pacientes utilizando uma linguagem adequada, já que quanto menor o grau de escolaridade menor será a compreensão dos pacientes em relação as informações herdadas (VITOR, 2011).

Segundo Valadão (2014) observou-se índices muito diferentes em relação a taxa de aderência medicamentosa segundo o teste de Morisky-Green, valores variando de 33% a 66,7%. A frequência de usuários aderentes ao tratamento medicamentoso neste trabalho foi de apenas 21,25%. O esquecimento e o atraso no uso de medicamentos

são indicados como as duas principais causas de não adesão (CARVALHO, 2012). A pergunta “Alguma vez você esqueceu de tomar os medicamentos para sua doença?” foi o principal motivo da resposta “SIM” (indicador de não adesão) seguido da pergunta “alguma vez foi descuidado com os horário de tomar medicamentos”. Apenas 12,5 % dos pacientes relataram já ter deixado de ingerir a medicação por sentir algum mal-estar com ela e 20 % referiram que já deixou de tomar o remédio por se sentir mais saudável. Os efeitos colaterais dos medicamentos refletem em adversidades no tratamento de doenças que vão desde falhas terapêuticas até a desistência do uso dos fármacos, devido as dificuldades encontradas e pela assintomatologia e cronicidade das doenças (CINTRA, 2010).

5 | CONCLUSÃO:

A adesão ao tratamento é um fenômeno multifatorial onde há envolvimento de pelo menos 5 fatores: o sistema de saúde, fatores socioeconômicos, fatores relacionados à doença, fatores relacionados ao tratamento e fatores relacionados ao paciente. Assim, dificulta a identificação da quantificação de adesão. O perfil dos pacientes atendidos na USF Djalma de Holanda Cavalcanti é formado por mulheres, idosos e com baixa escolaridade. O número de hipertensos foi superior ao número de diabéticos, sendo a associação entre as duas morbidades o segundo lugar de prevalência. Os principais fatores de risco encontrados foram obesidade, sedentarismo e alimentação inadequada. A frequência de usuários aderentes ao tratamento medicamentoso em relação ao teste de Morisky-Green foi de apenas 21,25%. As principais causas de não adesão apontadas pelos pacientes foram esquecimento e atraso no uso de medicamentos.

O programa do HIPERDIA é um formidável recurso na prevenção dos agravos cardiovasculares. Dessa forma torna-se fundamental a intensificação da atuação da Unidade de Saúde da Família com ênfase nas condutas de tratamento não medicamentoso especialmente quanto a reeducação alimentar, práticas de atividade física dentre outros fatores, assim como em estratégias para aumentar a adesão medicamentosa nas USF.

REFERÊNCIAS

AMES, Keila Da Silva et al. **Uso da polifarmácia em pacientes com doenças crônicas: Hipertensão e Diabetes Mellitus**. Salão do Conhecimento, v. 1, n. 1, 2015

BASTOS, Barbosa, Rachel G. et al. **Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão**. Arq Bras Cardiol, v. 99, n. 1, p. 636-41, 2012.

BERTOLDI, Andréa D. et al. **Epidemiology, management, complications and costs associated with type 2 diabetes in Brazil: a comprehensive literature review**. Globalization and health, v. 9, n. 1, p. 62, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **HiperDia - Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012

CARVALHO, Andre Luis Menezes et al. **Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI).** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, 2012

CINTRA, Fernanda Aparecida; GUARIENTO, Maria Elena; MIYASAKI, Lilian Akemi. **Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 3507-3515, 2010.

FINOTTI, V.; RIZZO, E.; FREITAS, G. K. **Avaliação da qualidade de vida de indivíduos hipertensos submetidos ou não à assistência fisioterapêutica em unidades básicas de saúde no Município de Vila Velha-ES.** Vila Velha (Brazil): Faculdade Novo Milênio, 2008

HALPERN, Alfredo; MANCINI, Marcio C. **O tratamento da obesidade no paciente portador de hipertensão arterial.** Revista Brasileira de Hipertensão, v. 7, n. 2, p. 166-171, 2000.

JESUS, Elaine dos Santos et al. **Profile of hypertensive patients: biosocial characteristics, knowledge, and treatment compliance.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 21, n. 1, p. 5965, 2008

LIMA, S. A.; GAIA, M. S. E.; FERREIRA, A. M. **A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada-PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético.** Saúde Coletiva em Debate, v. 2, n. 1, p. 30-29, 2012.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família.** Texto and Contexto Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 672, 2008.

MORISKY, Donald E.; GREEN, Lawrence W.; LEVINE, David M. **Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence.** Medical care, p. 67-74, 1986.

NEGREIROS, Rosangela Vidal et al. **Importância do programa hiperdia na adesão ao tratamento medicamentoso e dietético em uma unidade de saúde da família (usf).** Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v. 14, n. 2, p. 403-411, 2016

PALMEIRA, Catia Suely; PINTO, Sayonara Rocha. **Perfil epidemiológico de pacientes com diabetes mellitus em Salvador, Bahia, Brasil (2002-2012).** Revista Baiana de Enfermagem, v. 29, n. 3, p. 240, 2015.

RECIFE, Secretaria De Saúde Do Recife. **Plano Municipal de Saúde 2014.** Secretaria de Saúde do Recife, 2014.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência.** Revista latino-americana de Enfermagem, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005

SAAD, Mario JA; ZANELLA, Maria Teresa; FERREIRA, Sandra Roberta G. **Síndrome metabólica: ainda indefinida, mas útil na identificação do alto risco cardiovascular.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 50, n. 2, p. 161-162, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** São Paulo: 2016.

THEME FILHA, Mariza Miranda et al. **Prevalence of chronic non-communicable diseases and association with self-rated health: National Health Survey, 2013.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, p. 83-96, 2015.

VALADÃO, ANALINA FURTADO et al. **Adesão medicamentosa ao tratamento da hipertensão e diabetes-revisão de literatura.** REVISTA UNINGÁ REVIEW, v. 19, n. 1, 2018.

VITOR, Allyne Fortes et al. **Survey of the follow-therapeutic patients with hypertension.** Escola Anna Nery, v. 15, n. 2, p. 251-260, 2011

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-134-3

