



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

GABRIELA DOS SANTOS GOMES

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DIABETES E
HIPERTENSÃO ATENDIDOS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB**

**CAJAZEIRAS – PB
2011**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DIABETES E
HIPERTENSÃO ATENDIDOS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB**

GABRIELA DOS SANTOS GOMES

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DIABETES E
HIPERTENSÃO ATENDIDOS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Ms. Fabíola Fialho Furtado

Co-orientadora: Prof^ª Ms. Judite Fernandes Moreira

**CAJAZEIRAS – PB
2011**

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

1. Diabetes
2. Hipertensão - tratamento
3. Saúde Pública



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

G633a Gomes, Gabriela dos Santos
Adesão ao tratamento de indivíduos com diabetes e hipertensão atendidos na rede básica de saúde do município de Cajazeiras-PB./ Gabriela dos Santos Gomes. Cajazeiras, 2011.
85f. : il.

Orientadora: Fabíola Fialho Furtado
Coorientadora: Judite Fernandes Moreira.
Monografia (Graduação) – CFP/UFPG

I. Diabetes e Hipertensão – tratamento. I. Furtado, Fabíola Fialho. II. Moreira, Judite Fernandes. III. Título.

UFPG/CFP/BS

CDU – 616.379-008.64 + 616.12-008.331.1

GABRIELA DOS SANTOS GOMES

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DIABETES E
HIPERTENSÃO ATENDIDOS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em ____ / ____ /2011.

BANCA EXAMINADORA

Profª Ms. Judite Fernandes Moreira
(Co-orientadora – ETSC/UFCG)

Profª Ms. Adriana Maria Fernandes de Oliveira
(Examinador 1 – UACV/UFCG)

Profª Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres
(Examinador 2 – UACV/UFCG)

**CAJAZEIRAS – PB
2011**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
DE PERNAMBURGO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
DE PERNAMBURGO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
DE PERNAMBURGO

A meus pais, Antonio Gomes dos Santos e Odila Francisca dos Santos Gomes, peças fundamentais na concretização dessa conquista. Por eles terem me ensinado a construir os verdadeiros conceitos de amor, amizade, verdade, fé e acreditado nos meus sonhos, ajudando a concretizá-los e a crescer diante dos obstáculos da vida.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pela força e iluminação para prosseguir em meu caminho.

A meus pais, que não mediram esforços para o alcance dos meus objetivos e estiveram sempre presentes em todos os momentos, pela educação, o amor, incentivo e por ter me ensinado os verdadeiros valores da vida.

A meu noivo, Eudson, pelo companheirismo e carinho nos momentos alegres e mais difíceis em minha vida.

A meus familiares e amigos pela contribuição em minha formação profissional.

A minha orientadora, professora Fabíola, e co-orientadora, professora Judite, pela paciência, dedicação, ajuda e aprendizado.

Aos meus colegas de curso, pela amizade e companheirismo, durante esses anos de convivência.

A Rayrla, Kylvia Luciana, Marina, Kilvia Kiev, Felipe, Thainar, Tâmara e Gisiely pelos laços de amizade construídos durante esses anos, pelo apoio, força e contribuição na finalização de mais uma etapa de minha vida.

Aos meus professores do curso de enfermagem pelo aprendizado adquirido durante esses anos.

Aos enfermeiros, agentes de saúde, técnicos de enfermagem, recepcionistas das Unidades de Saúde da Família nas quais foi desenvolvida a pesquisa, pela contribuição e apoio.

Aos pacientes que participaram da pesquisa, pela confiança e disposição em participar da mesma.

A todos que de alguma maneira contribuíram para concretização desse trabalho.

“Lança o teu caminho sobre o Senhor e Ele te sustentará; nunca
permitirá que o justo seja abalado.”

Salmos 55-20

RESUMO

GOMES, Gabriela dos Santos. Adesão ao tratamento de indivíduos com diabetes e hipertensão atendidos na rede básica de saúde do município de Cajazeiras – PB. 85f. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB, 2011.

Este estudo teve por objetivo avaliar a adesão ao tratamento de indivíduos com diabetes e hipertensão atendidos na rede básica de saúde do município de Cajazeiras – PB. Trata-se de um estudo observacional transversal e quantitativo com análise estatística descritiva, a partir da utilização de um questionário semi-estruturado, bem como, aplicação da escala validada de Morisky-Green para verificação do grau de adesão ao tratamento medicamentoso. Os resultados quantitativos foram apresentados a partir de técnicas descritivas (frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central e de dispersão) e analíticas com o auxílio do Graph Pad Prism versão 5.0. A associação dos fatores foi verificada mediante o teste Qui-quadrado. A amostra foi constituída por 80 usuários cadastrados no programa Hiperdia, no período de janeiro a agosto de 2011, em oito Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras - PB. Os participantes do estudo apresentam o seguinte perfil: são predominantemente mulheres (76,25%), têm entre 61 e 70 anos (35%), não são brancos (60%), são casados (48,75%), possuem ensino fundamental incompleto (62,50%), dispõem de aposentadoria (67,50%), auferem renda individual mensal entre um e quatro salários mínimos (82,50%), são sedentários (61,25%), não fumam (90,0%), nem são etilistas (73,75%), fazem dieta (82,50%), utilizam medicamentos para diabetes (92,5%) e hipertensão (98,75%), tratam-se há mais de dois anos (75,0%), não interromperam o tratamento (88,75%) e não possuem dificuldade em tomar a medicação (87,5%). A metade dos entrevistados considera bom o atendimento na USF, no entanto, só um pouco mais de um terço relata conseguir todos os medicamentos para o tratamento das duas doenças na USF. O resultado do teste de Morisky-Green evidenciou um comportamento de baixo grau de adesão ao tratamento medicamento (63,75%). O baixo grau de adesão foi observado em relação a todos os fatores avaliados, no entanto, só o fator escolaridade mostrou diferença estatisticamente significativa de acordo com o teste Qui-quadrado. Conclui-se que intervenções mais eficazes devem ser desenvolvidas por parte das equipes de saúde, a fim de melhorar os índices de adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Diabetes. Hipertensão. Tratamento.

ABSTRACT

GOMES, Gabriela dos Santos. Adherence to treatment of individuals with diabetes and hypertension treated at the basic health network of the town of Cajazeiras-PB. 85f. Conclusion of Course Work (Graduation in Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras – PB, 2011.

This study aimed to assess the adherence to treatment of individuals with diabetes and hypertension treated at the basic health network of the town of Cajazeiras – PB. It is a transversal observational and quantitative study with descriptive statistical analysis from the utilization of a semi-structured questionnaire as well as administration of the Morisky-Green validated scale for verification of the degree of adherence towards the drug treatment. The quantitative results were presented from descriptive techniques (percentage and absolute frequencies, measures of central tendency and dispersion) and analytical with the support of Graph Pad Prism version 5.0. The association of factors has been verified through the Chi-square test. The sample was composed by 80 users enrolled in the Hiperdia program, during January-August 2011 in eight Family Health Units of the town of Cajazeiras – PB. The study subjects present the following profile: they are predominantly women (76,25%), are between 61 and 70 years old (35%), nonwhite (60%), are married (48,75%), unfinished Elementary School (62,50%), have retirement (67,50%), receive individual monthly income between one and four minimum wages (82,50%), are sedentary (61,25%), nonsmokers (90,0%), nor are alcoholics (73,75%) are on a diet (82,50%), use medicine for diabetes (92,5%) and hypertension (98,75%), have been treated for more than two years (75%), did not interrupt treatment (88,75%) and do not have any difficulties in taking their medication (87,50%). Half of the interviewed considers good the attendance in the FHU, however, only a little over one-third reports to get all the medications for the treatment of both diseases in the FHU. The result of the Morisky-Green test evidenced a low level behavior of adherence to treatment medication (63,75%). The low degree of adherence was observed in relation to all the evaluated factors, however, only the schooling factor has shown a statistically significant difference according to the Chi-square test. It was concluded that more effective interventions must be developed by the health teams, in order to improve the rates of treatment adherence.

Keywords: Diabetes. Hypertension. Treatment.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação da pressão arterial (> 18 anos)	22
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil, escolaridade, ocupação/profissão, renda individual.	30
Tabela 2 – Medicamentos utilizados pelos hipertensos e diabéticos participantes da pesquisa.	39
Tabela 3 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo situação de saúde autorreferida.	45
Tabela 4 – Prevalência da adesão terapêutica pelo teste de Morisky-Green segundo os fatores referentes ao paciente, à doença, as condições socioeconômicas, ao esquema terapêutico, à instituição e a equipe de saúde.	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes conforme a realização de atividade física	34
Gráfico 2 – Distribuição dos participantes conforme o uso do tabaco	35
Gráfico 3 – Distribuição dos participantes conforme o uso do álcool	36
Gráfico 4 – Distribuição dos participantes conforme a realização de dieta/cuidado com a alimentação	37
Gráfico 5 – Distribuição dos participantes conforme relato de reação adversa a medicamentos	40
Gráfico 6 – Distribuição dos participantes conforme a interrupção do tratamento	41
Gráfico 7 – Distribuição dos participantes conforme o tempo de tratamento	42
Gráfico 8 – Distribuição dos participantes conforme os motivos da dificuldade em tomar os medicamentos	43
Gráfico 9 – Distribuição dos participantes conforme o conhecimento sobre a cronicidade da doença	44
Gráfico 10 – Distribuição dos participantes da pesquisa conforme avaliação do atendimento na USF	46
Gráfico 11 – Distribuição dos participantes conforme a orientação recebida pelos profissionais da USF	47
Gráfico 12 – Distribuição dos participantes conforme local de obtenção dos medicamentos	48
Gráfico 13 – Distribuição dos participantes conforme a facilidade de obtenção de medicamentos na USF	49
Gráfico 14 – Distribuição dos participantes conforme a frequência de consultas na USF	50
Gráfico 15 – Distribuição dos participantes conforme o relacionamento com a equipe da USF	51
Gráfico 16 – Distribuição dos participantes da pesquisa conforme o grau de adesão ao tratamento medicamentoso	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA – American Diabetes Association

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

DM – Diabetes Mellitus

HAS – Hipertensão Arterial sistêmica

HHNS – Síndrome Não-cetótica Hiperosmolar Hiperglicêmica

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IECA – Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina

PA – Pressão Arterial

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTROUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 ADESÃO AO TRATAMENTO	17
2.2 DIABETES MELLITUS	19
2.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL	21
3 METODOLOGIA	25
3.1 TIPO DE ESTUDO	25
3.2 LOCAL DA PESQUISA	25
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	27
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	27
3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	27
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	28
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
4.1 DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	29
4.2 ASPECTOS DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	33
4.3 SITUAÇÃO DE SAÚDE AUTORREFERIDA	44
4.4 DADOS SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE	45
4.5 AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E FATORES QUE INFLUENCIAM NA ADESÃO AO TRATAMENTO	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE	66
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA	67
ANEXOS	72
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	73
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP – UEPB)	76
ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	78
ANEXO D – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA	80
ANEXO E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	82
ANEXO F – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE	84

1 INTRODUÇÃO

As mudanças demográficas, nutricionais e epidemiológicas, ocorridas no século passado, traçaram um perfil de risco em que doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes, por serem de alta prevalência, de elevado custo social e grande impacto na morbimortalidade da população mundial e brasileira, assumiram papel de destaque e relevância para os governantes (TOSCANO, 2004; BRASIL, 2004).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Diabetes (2011), há 366 milhões de pessoas diabéticas no mundo. Em 20 anos, este número deve alcançar 600 milhões. No Brasil, cerca de 22 milhões de pessoas tem a doença. De acordo com o Ministério da Saúde (2011) a proporção de brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial cresceu nos últimos cinco anos, passando de 21,6 % no ano de 2006, para 23,3 % no ano de 2010.

O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, dentre as quais as mais prevalentes são o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (BRASIL, 2001a). No Brasil, são responsáveis pela primeira causa de morte e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representam 62,1% dos diagnósticos primários em indivíduos com insuficiência renal crônica que fazem diálise (BRASIL, 2006a). As duas doenças configuram-se hoje como um problema de saúde pública, sendo responsáveis por milhões de óbitos, incapacidades e por crescentes gastos públicos.

A possibilidade de associação do DM com a HAS gira em torno de 50%, o que requer, na maioria das vezes, o manejo de ambas num mesmo paciente (BRASIL, 2001a). A prevalência de hipertensão em indivíduos diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que na população em geral. No diabetes tipo 1, a hipertensão está associada à nefropatia diabética e o controle da pressão arterial (PA) é fundamental para retardar a perda da função renal. No diabetes tipo 2, a hipertensão está associada à síndrome de resistência à insulina e ao alto risco cardiovascular. Estudos em diabéticos hipertensos ressaltam a importância da diminuição da PA sobre a morbi-mortalidade cardiovascular e as complicações microvasculares referentes ao diabetes (BRASIL, 2006b).

A adesão a terapêutica é um problema sempre presente no tratamento de doenças crônicas incluindo o diabetes e a hipertensão (WHO, 2003). Aceitar e cumprir o plano terapêutico proposto ou até muitas vezes imposto pelos profissionais de saúde nem sempre é uma tarefa fácil para o paciente, o que acarreta na dificuldade da gestão e da adesão ao tratamento (CORREIA, 2007).

A adesão a terapias entre os pacientes que sofrem de doenças crônicas em países desenvolvidos gira em torno de 50% e o impacto da baixa adesão nos países em desenvolvimento pode ser ainda maior, em face da escassez de recursos para a saúde e as dificuldades no acesso a serviços de saúde. A baixa adesão é a principal razão para redução do benefício clínico, causando complicações médicas e psicossociais da doença, diminuindo a qualidade de vida do paciente e elevando os gastos com recursos de saúde (WHO, 2003).

O tratamento da hipertensão arterial e do diabetes constitui-se de intervenções tanto medicamentosas como não medicamentosas como a exemplo das modificações no estilo de vida (BRASIL, 2001a). Dessa forma, o sucesso do controle das taxas glicêmicas e da PA depende da adesão adequada do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que instiguem ou promovam a mudança do estilo de vida (SILVA et al., 2006). De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil, a principal causa para o controle inadequado das duas patologias é a falta de adesão ao tratamento, constituindo um relevante problema para o controle das comorbidades referentes a estas doenças (BRASIL apud FILHO; DONINI; RESTINI, 2010).

De acordo com Maldaner et al. (2008) a não-adesão ao tratamento é um problema na assistência prestada aos indivíduos, pois o tratamento requer trabalho em equipe e a utilização da tecnologia disponível, mas principalmente, requer a colaboração e o envolvimento do paciente no cuidado de si.

Apesar da adesão ao tratamento representar um problema que vem destacando-se nos centros de pesquisa em todo o mundo (SARQUIS et al., 1998), há poucos estudos em nosso meio que quantifiquem a dimensão do problema em indivíduos com Hipertensão e Diabetes.

Sarquis et al. (1998) em estudo sobre a adesão ao tratamento na hipertensão arterial identificou apenas dois artigos publicados na América do Sul no período de 1991 a 1995, sendo um no Brasil e outro na Argentina. Segundo as autoras, buscar otimizar a adesão do indivíduo ao tratamento é um objetivo primordial no direcionamento das ações da equipe de saúde com o indivíduo hipertenso. O desenvolvimento de estudos que avaliem de modo aprofundado os aspectos envolvidos à adesão, como também o conhecimento de seus resultados tornam-se uma ferramenta crucial no trabalho do profissional de saúde que atua nessa área.

De acordo com Leite e Vasconcellos (2003; p. 777):

O conceito de adesão ao tratamento varia entre diversos autores, mas de forma geral, é compreendido como “a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total,

observando horários, doses, tempo de tratamento. Representa a etapa final que se sugere como uso racional de medicamentos.

A literatura aponta vários fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). De acordo com WHO (2003) cinco fatores podem influenciar a adesão ao tratamento: os relacionados ao paciente, à doença, as condições econômicas e sociais, ao tratamento, à instituição e a equipe de saúde. A investigação e análise desses fatores são cruciais para obtenção de maiores índices de adesão ao tratamento por parte dos indivíduos.

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo geral avaliar a adesão ao tratamento de indivíduos com diabetes e hipertensão atendidos na Rede Básica de Saúde do município de Cajazeiras – PB. O trabalho pretende, ainda, atingir os seguintes objetivos específicos: a) descrever as características dos pacientes com DM e HAS assistidos nas Unidades de Saúde da Família de Cajazeiras – PB; b) determinar os fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento medicamentoso; e c) verificar a disponibilidade de acesso ao medicamento nas Unidades de Saúde da Família.

O trabalho encontra-se distribuído da seguinte forma: seção 2) referencial teórico, no qual se abordou aspectos referentes ao diagnóstico, tratamento, complicações e fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento de pacientes diabéticos e hipertensos; seção 3) metodologia do estudo; seção 4) resultados e discussão, no qual analisou-se dentre outros aspectos o cumprimento ou não das medidas farmacológicas e não-farmacológicas necessárias ao tratamento das doenças investigadas nesse estudo; seção 5) onde são apresentadas as considerações finais do estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ADESÃO AO TRATAMENTO

A adesão ao tratamento é um problema sempre presente na prática clínica. Dela depende o sucesso da terapia prescrita, o controle de uma doença crônica, a prevenção e cura de uma patologia (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). No diabetes e na hipertensão, a adesão ao tratamento prescrito é essencial para o controle e prevenção de complicações, como também para a redução da mortalidade (OSHIRO, 2007).

De acordo com Gusmão et al. (2009) há diversas estratégias para avaliar a adesão de um paciente em tratamento, porém nenhuma concordância. Os métodos utilizados podem ser indiretos, que incluem a contagem de comprimidos e relato do paciente, ou diretos, que analisa a dosagem em líquidos corporais do princípio ativo/metabólito do fármaco. O relato do paciente é um dos métodos mais usados para avaliar a adesão, em virtude de sua simplicidade e baixo custo.

De acordo com WHO (2003) cinco fatores podem influenciar a adesão ao tratamento: aqueles atribuídos ao paciente, as condições econômicas e sociais, à equipe e ao sistema de saúde, à doença e ao esquema terapêutico.

Em relação ao paciente, alguns dos fatores que afetam a adesão incluem: estresse psicológico, esquecimento, ansiedade em relação a algumas reações adversas, baixo incentivo, tratamento inadequado, convicções negativas sobre a eficácia do tratamento, equívoco sobre a doença e não aceitação da mesma, desconfiança do diagnóstico, falta de percepção do risco a saúde oferecido pela patologia, engano nas instruções e baixa expectativa do tratamento, sentimentos negativos, frustração com as entidades de saúde, medo de dependência, ansiedade devido a complexidade do regime terapêutico e sentimento de estigmatização pela doença (WHO, 2003).

Embora o nível socioeconômico não seja indicador independente de baixa adesão, alguns aspectos são significativos, como baixa renda econômica, pobreza, analfabetismo, baixo nível educacional, desemprego, falta de rede efetiva de suporte social, condições instáveis de vida, longa distância ao local de tratamento, alto custo do transporte e medicação, situações de mudança de ambiente, cultura e crenças sobre a doença e o tratamento e desestrutura familiar (WHO, 2003).

De acordo com WHO (2003) alguns estudos mostram que os fatores organizacionais estão mais relacionados à adesão do que os sociodemográficos, mas isso pode variar de um

caso para outro. Estudo concluiu que o tempo dedicado pelo médico, a continuidade do acompanhamento e o modo da comunicação (variáveis organizacionais) mostram-se mais significantes do que gênero, estado civil, idade, escolaridade e estado de saúde (variáveis sociodemográficas) no que se refere a influenciar na adesão do paciente.

A raça tem sido frequentemente relatada como um preditor para a adesão, independente de os membros de uma raça em particular viverem ou não no seu país de origem. A idade também é relatada como um fator que afeta a adesão, porém de maneira inconsistente. Ela deve ser analisada separadamente para cada condição e, se possível, pelas características do paciente e grupo etário (criança, adolescente, adulto, idoso) (WHO, 2003).

Sabe-se que um bom relacionamento entre profissionais de saúde e paciente pode melhorar a adesão ao tratamento (WHO, 2003). Em estudo Leite e Vasconcellos (2003) identificaram que determinadas atitudes do prescritor, como linguagem, tempo dispensado para a consulta, atendimento acolhedor, respeito com as verbalizações, esclarecimento as dúvidas dos pacientes e o incentivo para o cumprimento do tratamento são fatores citados na literatura.

Aspectos envolvendo o serviço de saúde e à instituição podem prejudicar a adesão. Serviços de saúde pouco desenvolvidos, sistema de distribuição de medicamentos ineficaz, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, consultas de curta duração, dificuldade de acesso ao serviço, falta de conhecimento e de capacitação de funcionários de saúde e administrativos, incapacidade do sistema para educar pacientes e prover seguimento são os principais fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento (WHO, 2003).

Com relação à doença, entre os fatores envolvidos na adesão estão à severidade dos sintomas, nível de incapacidade, o grau de progressão e gravidade da doença e disponibilidade de terapia eficaz (WHO, 2003). A cronicidade, a falta de sintomas, como também complicações tardias apresentadas em doenças como a hipertensão, pioram a adesão (GUSMÃO et al., 2009). Leite e Vasconcellos (2003) em seu estudo identificaram que a forma como o paciente vê seu estado e compreende sua enfermidade parece ter alguma relação com a adesão ou não ao tratamento.

Conforme WHO (2003) são vários os fatores relacionados à terapêutica que interferem na adesão, sendo a maioria relacionada à complexidade do esquema terapêutico, duração do tratamento, falha de tratamento realizado anteriormente, mudanças frequentes de tratamento, presença de efeitos benéficos, efeitos colaterais e disponibilidade de apoio médico. Leite e Vasconcellos (2003) evidenciaram que a falta de acesso ao medicamento é um grande entrave na adesão, principalmente em países como o Brasil.

Diante dos fatores apresentados, pode-se perceber a diversidade e a complexidade de elementos que colaboram para que o indivíduo em condição crônica de saúde apresente dificuldades para a adesão ao esquema terapêutico (GIMENEZ; ZANETTI; HAAS, 2009). A investigação e análise desses fatores é fundamental para obtenção de maiores índices de adesão ao tratamento.

2.2 DIABETES MELLITUS

O Diabetes Mellitus (DM) é definido como um conjunto de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de diversos órgãos, principalmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode decorrer de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, como a destruição das células beta pancreáticas, resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, dentre outros (BRASIL, 2006a).

De acordo com Brasil (2001a) a insulina pode ser definida como um hormônio produzido pelas células beta das ilhotas de Langerhans do pâncreas, cujo efeito consiste em diminuir os níveis de glicose, ácidos graxos e aminoácidos no sangue e estimular a transformação destes para compostos de armazenamento como o glicogênio.

Quanto aos sintomas clássicos do DM incluem-se: polidipsia, poliúria, polifagia e perda de peso. O indivíduo pode apresentar outros sintomas que incluem fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite, sendo esta caracterizada como uma inflamação da glândula do prepúcio, além de infecções de repetição. Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir das complicações crônicas da doença. Entretanto, o diabetes é assintomático em proporção expressiva dos casos, a suspeita clínica ocorrendo então a partir de fatores de risco (BRASIL, 2006a).

O DM pode ser classificado em: diabetes tipo 1, que compreende cerca de 10 % do total de casos e resulta da destruição das células beta pancreáticas, geralmente causada por processo auto-imune, mas sendo algumas vezes de causa desconhecida (tipo 1 idiopático); diabetes tipo 2, que compreende cerca de 90 % do total de casos e resulta de graus variáveis de resistência à insulina e/ou deficiência de secreção de insulina; diabetes gestacional, que é a hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez na gravidez, podendo ou não persistir após o parto; outros tipos específicos de diabetes, que podem advir de defeitos genéticos da função das células beta e da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de fármacos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes

(BRASIL, 2006a). Há ainda duas categorias, mencionadas como pré-diabetes (estado intermediário entre valores normais de glicose e o DM), que são apenas fatores de risco para o desenvolvimento do DM e doenças cardiovasculares, não se enquadrando em entidades clínicas, que são a glicemia de jejum alterada (glicemia de jejum acima de 100 mg/dl e abaixo de 126 mg/dl) e a tolerância à glicose diminuída (quando após uma sobrecarga de 75 g de glicose, o valor de glicemia de duas horas situar-se entre 140 e 199 mg/dl) (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Segundo recomendações da American Diabetes Association (ADA), o diabetes pode ser diagnosticado por meio de três formas: sintomas clássicos como poliúria, polidipsia e perda de peso inexplicada, associados a uma concentração de glicose plasmática casual (definido como qualquer momento do dia sem consideração do tempo desde a última refeição) igual ou superior a 200 mg/dl; pela glicose plasmática em jejum superior ou igual a 126 mg/dl, após jejum de pelo menos 8 h; glicose em 2 horas pós-carga igual ou superior a 200 mg/dl durante um teste de tolerância à glicose oral (SMELTZER; BARE, 2005).

Uma vez realizado o diagnóstico de DM, a terapia medicamentosa é instituída de acordo com o tipo e a gravidade da doença. O tratamento dos pacientes diagnosticados com o Diabetes Tipo 1, inclui a adoção de dieta equilibrada e restrita, associada ao uso de insulina NPH ou regular, em situações de descompensação aguda (CALISTO, 2009). No diabetes Tipo 2, o tratamento inclui mudanças no estilo de vida, farmacoterapia (uso de hipoglicemiantes orais) e ainda a prevenção de complicações crônicas. Alguns pacientes portadores de DM Tipo 2, podem necessitar a longo prazo da utilização de insulina, quando a dieta e os hipoglicemiantes orais não forem eficazes ou em algum evento estressante. Mudanças positivas no estilo de vida, principalmente alimentares e atividade física, são de extrema importância na obtenção dos objetivos do tratamento quais sejam o alívio dos sintomas e a prevenção de complicações agudas e crônicas. Os hipoglicemiantes orais utilizados no tratamento do DM tipo 2 incluem as biguanidas, dentre elas a metformina, sendo o medicamento de escolha para maioria dos pacientes e as sulfoniluréias (Glibenclamida, glicazida, entre outros) (BRASIL, 2001a).

É muito importante o empenho de todos os pacientes com DM no controle rigoroso dos níveis sanguíneos de glicose a fim de reduzir os riscos de complicações vasculares e neuropáticas (SMELTZER; BARE, 2005).

Entre as complicações agudas do DM encontram-se a Hipoglicemia, a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar não-cetótica. A hipoglicemia acontece quando o nível de glicose no sangue cai abaixo de 50 a 60 mg/dl, podendo ser causada por uma quantidade

excessiva de insulina ou agentes hipoglicemiantes orais, quantidade muito reduzida de alimento ou atividade física exagerada (SMELTZER; BARE, 2005).

A cetoacidose é uma complicação potencialmente letal, tendo a infecção, omissão da aplicação de insulina, abuso alimentar, uso de medicações hiperglicemiantes e outras intercorrências graves como AVC, infarto ou trauma como os principais fatores desencadeantes. Pacientes em mau controle glicêmico (hiperglicêmicos ou instáveis) são particularmente susceptíveis a essa complicação (BRASIL, 2006a).

De acordo com Smeltzer e Bare (2005, p. 1252): “a síndrome não-cetótica hiperosmolar hiperglicêmica (HHNS) é uma afecção grave em que a hiperosmolaridade e a hiperglicemia predominam, com alterações do sensorio (sensação de consciência)”.

O curso natural do diabetes é marcado pelo surgimento de complicações crônicas, comumente classificadas como microvasculares, incluindo a retinopatia, nefropatia e neuropatia e macrovasculares, incluindo a doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica. Todas sendo responsáveis por significativa morbimortalidade, com taxas de mortalidade cardiovascular e renal, cegueira, amputação de membros e perda de função e qualidade de vida muito superior a indivíduos que não têm diabetes (BRASIL, 2006a).

Os mecanismos do aparecimento destas complicações ainda estão sendo pesquisados, mas o tempo do DM e seu controle interagem com outros fatores de risco, como hipertensão arterial, tabagismo e dislipidemia determinando o curso dessas complicações. O controle rigoroso desses fatores por meio de medidas não-farmacológicas e farmacológicas pode diminuir em pelo menos metade quase todas as complicações. Parte exclusiva do acompanhamento do indivíduo diabético deve ser voltada à prevenção, identificação e manejo destas complicações; sendo fundamental o empenho de uma equipe de atenção básica habilitada com tarefas específicas (BRASIL, 2006a). Também é imprescindível nesse contexto a adesão do indivíduo ao tratamento prescrito, a fim de reduzir os sintomas da doença e prevenir as complicações agudas e crônicas, melhorando a qualidade de vida e diminuindo o número de óbitos precoce nessa população.

2.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é caracterizada como “pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2006b,

p.14). O diagnóstico deverá ser validado por pelo menos duas aferições, realizadas em momentos diferentes (BRASIL, 2001a).

A HAS é uma condição de causa multifatorial, sendo um importante fator de risco para as doenças cardíacas, renais e vascular periférica. As conseqüências da hipertensão descontrolada por longo período incluem os acidentes vasculares cerebrais, a insuficiência cardíaca e renal, o infarto do miocárdio e a visão prejudicada (SMELTZER; BARE, 2005).

A hipertensão tem caráter assintomático, podendo o exame físico não revelar anormalidades diferentes de PA alta, ocorrendo ocasionalmente alterações retinianas. No entanto, quando aparecem os sinais e sintomas específicos, eles na maioria das vezes indicam lesão vascular, com manifestação específica nos órgãos afetados (SMELTZER; BARE, 2005).

Por apresentar-se na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é comumente negligenciado, aliando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos valores considerados normais mundialmente, a despeito dos vários protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos (BRASIL, 2006b).

Os limites de PA considerados como normais são arbitrários. O quadro a seguir mostra a classificação dos valores de pressão arterial nos indivíduos acima de 18 anos.

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Límitrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	< 90

Fonte: VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, 2010.

Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS (BRASIL, 2006b).

De acordo com Brasil (2006b) a abordagem multiprofissional é crucial no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial demanda um processo contínuo de motivação para que o

paciente não abandone o tratamento.

A decisão terapêutica para a HAS deve ser baseada no risco cardiovascular considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas nos valores da PA. Nos pacientes hipertensos sem risco cardiovascular adicional é instituída a mudança no estilo de vida isoladamente. Em hipertensos e aqueles com comportamento limítrofe de pressão arterial (130-139 /85-89 mmHg) com baixo risco cardiovascular pode ser indicado a modificação no estilo de vida isoladamente como tratamento. Nesses pacientes, o período de tempo recomendado para as medidas de modificação de estilo de vida isoladamente é de no máximo seis meses, caso o benefício não seja alcançado até esse tempo, pode-se instituir o tratamento medicamentoso em associação. Em pacientes com riscos médios, altos ou muito altos, independentemente dos valores da PA, a abordagem deve ser combinada: não-medicamentosa e medicamentosa. As mudanças no estilo de vida são de fundamental importância no tratamento de hipertensos e engloba uma alimentação saudável, controle do peso, prática regular de atividade física, consumo controlado de álcool e sódio, abandono do tabagismo (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

No tratamento medicamentoso são utilizados os anti-hipertensivos, que podem ser usados sozinhos ou em associações, quando a monoterapia não for suficiente para atingir as reduções de pressão previstas. Os anti-hipertensivos são divididos nas seguintes classes: diuréticos (Hidroclorotiazida, Furosemida), inibidores adrenérgicos (Propranolol, Atenolol), vasodilatadores diretos (Hidralazina, Minoxil), bloqueadores dos canais de cálcio (Verapamil, Diltiazem), inibidores da enzima conversora de angiotensina - IECA (Captopril Enalapril), Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II (Losartana), inibidor direto da renina (Aisquireno) (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Recomenda-se que o medicamento anti-hipertensivo seja bem tolerado, eficaz por via oral e necessite de poucas tomadas diárias. Deve-se iniciar o tratamento com monoterapia em menores doses, e caso não atinja os níveis pressóricos adequados deve-se aumentar progressivamente a dose, substituir o medicamento e, posteriormente, considerar a adição de outro medicamento. Em monoterapia pode ser utilizado qualquer medicamento anti-hipertensivo, com exceção dos vasodilatadores de ação direta. A escolha do medicamento deve ser individualizada, baseada nas características pessoais e doenças associadas do indivíduo (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Segundo Brasil (2006a) o tratamento da hipertensão no portador de diabetes é fundamental tanto para prevenir a doença coronariana como para minimizar a progressão de

complicações microvasculares. A terapia inicial deve incluir medidas não farmacológicas e os valores de PA deve alcançar níveis inferiores a 130/80 mmHg. A melhor terapia farmacológica para pacientes diabéticos com hipertensão é o uso de diuréticos combinados a inibidores da ECA (Enzima Conversora de Angiotensina).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÉUTICAS
FARMACIA DE QUÍMICA
RUA MARQUÊS DE SÃO CARLOS, 225
CAMPUS MARACÁ, RIO DE JANEIRO, RJ, 21141-970

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional transversal e quantitativo com análise estatística descritiva, a partir da utilização de um questionário semi-estruturado, bem como, aplicação da escala validada de Morisky para verificação do grau de adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus cadastrados pelo programa Hiperdia, da zona urbana da cidade de Cajazeiras – PB.

Conforme Goldim (2000), o estudo transversal é um tipo de Estudo Observacional Descritivo, destacando-se com o objetivo de verificar a prevalência ou frequência de determinadas características. Neste estudo as variáveis podem ser obtidas em um grupo num determinado momento ou em grupos de indivíduos expostos a um determinado fator capaz de influenciar ou desencadear um evento.

O método quantitativo é aquele cujos dados coletados podem ser matematizados, ou seja, a análise é feita mediante tratamento estatístico. O pesquisador se vale de tabelas, gráficos, porcentagens e estudos probabilísticos, prestam-se como instrumentos/procedimentos e coleta de dados questionários fechados, aplicação de testes padronizados de múltipla escolha, experimentos em laboratório e observação sistemática com registro em escala de mensuração (MARQUES, 2006).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no município de Cajazeiras, situado no Sertão paraibano, no extremo ocidental do estado, ocupando uma área de aproximadamente 586. 275 km² e com uma população de 58. 437 habitantes (IBGE, 2010).

O município de Cajazeiras conta com quinze Unidades de Saúde da Família – USF, sendo onze situadas na zona urbana e quatro na zona rural.

A pesquisa foi realizada em oito Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras – PB, situadas na zona urbana, sendo elas:

- Unidade de Saúde da Família Maria José de Jesus, localizada a Rua Dr. Coelho, 245;
- Unidade de Saúde da Família Cristo Rei, localizada no Morro do Cristo Rei, s/n;
- Unidade de Saúde da Família Mutirão, localizada a Rua Maria Aniceta

Cavalcante, s/n;

- Unidade de Saúde da Família Amélio Estrela, localizada a Rua Vitória Bezerra, s/n;
- Unidade de Saúde da Família Dr. Vital Rolim, localizada a Praça Padre Cícero, s/n;
- Unidade de Saúde da Família Dr. José Jurema, localizada a Rua Antonio Luiz Rolim, s/n;
- Unidade de Saúde da Família Sol Nascente, localizada a Rua Raimundo Moésia Rolim, s/n;
- Unidade de Saúde da Família São José, localizada a Rua Projetada, s/n.

A escolha foi realizada após pesquisa no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos do município, as mesmas possuem cadastrada a população alvo do nosso estudo, pacientes com diabetes e hipertensão associados.

O programa Hiperdia é um sistema de informação do Ministério da Saúde, que cadastra os pacientes diabéticos e hipertensos com o intuito de criar um banco de dados para fins epidemiológicos e de planejamento, contribuindo para o controle dessas doenças. Além disso, o programa ainda permite a dispensação de medicamentos a cada mês por pessoa (XIMENES NETO; MELO, 2005).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Medronho (2009) população seria o conjunto de indivíduos para os quais se espera que as conclusões advindas da pesquisa sejam válidas e amostra seria o subgrupo de indivíduos da população sobre os quais se realizam as observações e coletam-se os dados.

A população selecionada para a pesquisa compreendeu os usuários das USFs da zona urbana de Cajazeiras – PB cadastrados como portadores concomitantes de DM e HAS no sistema Hiperdia, totalizando uma população de 116 pacientes.

Dos 116 diabéticos e hipertensos cadastrados, 36 não participaram do estudo em virtude de alguns deles estarem cadastrados no Hiperdia como portadores das duas patologias e possuírem apenas uma delas; não serem encontrados na Unidade de Saúde ou em suas residências; terem mudado de endereço; falecido ou por não aceitarem participar da pesquisa. A amostra desse estudo, então, constituiu-se de 80 pacientes, escolhidos através de uma amostragem não-probabilística intencional.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa somente os pacientes portadores das duas patologias associadas: diabetes e hipertensão, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), no período de 01 de Janeiro a 01 Agosto de 2011, que aceitaram participar da mesma, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO A).

Foram excluídos os indivíduos que não desejaram participar, não assinaram o TCLE, que tinham apenas umas das doenças (diabetes ou hipertensão) e que pertenciam às unidades localizadas na zona rural do município, devido à dificuldade de acesso a estas áreas.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Utilizou-se um questionário semi-estruturado o qual contempla dados sócio-demográficos e relacionados ao diagnóstico, tratamento, situação de saúde e serviços de saúde, contendo teste específico para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso. (APÊNDICE A). Sendo utilizada, a Escala de Morisky, desenvolvida e validada para este fim.

A Escala de Morisky é formada por quatro perguntas: *“Você, alguma vez, esquece de tomar o seu remédio?”*; *“Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?”*; *“Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar seu remédio?”*; *“Quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?”*; que tem por objetivo avaliar o comportamento do paciente diante do uso habitual do medicamento. O paciente é classificado no grupo de **alto grau de adesão**, quando as respostas a todas as perguntas são negativas. Porém, quando pelo menos uma das respostas é afirmativa, o paciente é classificado no grupo de **baixo grau de adesão** (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986). Segundo Gusmão et al. (2009) esse escala foi traduzida para o português e validada por Strelec et al. (2000), e tem sido muito utilizada.

Segundo Gil (1991, p. 90) “o questionário é o meio mais rápido e barato de obtenção de informações, além de não exigir treinamento de pessoal e garantir o anonimato”.

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, sob o protocolo de número 0390.0.133.000-11

(ANEXO B).

A coleta de dados foi realizada diretamente com os pacientes, por meio da aplicação do questionário, nas Unidades de Saúde da Família ou na residência dos mesmos, nos turnos manhã e tarde, de acordo com a disponibilidade dos participantes, no período de 18 de agosto a 08 de setembro de 2011.

Os participantes da pesquisa foram informados sobre a finalidade e objetivos da mesma, cabendo a eles a decisão pela participação livre, sem qualquer ônus financeiro ou danos físicos, concordando e assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE, no período da coleta.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados quantitativos foram representados a partir de técnicas descritivas (frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central e de dispersão) e analíticas com o auxílio do Graph Pad Prism versão 5.0 e a associação dos fatores foi verificada mediante o teste Qui-quadrado, adotando-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os procedimentos seguiram rigorosamente os critérios éticos exigidos pela pesquisa envolvendo seres humanos, seja ela individual ou coletiva, em sua totalidade ou partes, incluindo o manejo de informações ou materiais conforme a Resolução nº 196/96, outorgada pelo decreto nº 93.933/87 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) /Ministério da Saúde. Foram adotadas todas as medidas de segurança e sigilo necessárias, não acarretando danos nem riscos aos indivíduos voluntários.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus configuram importantes problemas de saúde pública no Brasil, pelas suas elevadas prevalências, pelas complicações agudas e crônicas a que dão origem e por representarem fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, condicionando elevadas taxas de morbidade e mortalidade e custos sociais e econômicos (BRASIL, 2001a). O tratamento e controle dessas doenças exigem alterações de comportamento em relação à dieta, a ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Aceitar e cumprir o plano terapêutico proposto nem sempre é uma tarefa fácil para o paciente, o que pode acarretar numa fraca adesão e em uma dificuldade na gestão do tratamento (CORREIA, 2007). A baixa adesão é a principal razão para redução do benefício clínico, causando complicações médicas e psicossociais da doença, diminuindo a qualidade de vida do paciente e elevando os gastos com recursos de saúde (WHO, 2003).

A apresentação e discussão dos resultados encontrados foram divididos nos seguintes grupos, para uma melhor descrição e compreensão: dados de caracterização da amostra, aspectos do diagnóstico e tratamento, situação de saúde autorreferida, dados sobre os serviços de saúde e avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso e fatores que influenciam a adesão ao tratamento.

4.1 DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os dados de caracterização da amostra compreendem o sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, ocupação/profissão e renda individual. Estes dados estão apresentados na tabela a seguir:

Tabela 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil, escolaridade, ocupação/profissão, renda individual.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	61	76,25
Masculino	19	23,75
Faixa etária		
41-50	3	3,75
51-60	16	20
61-70	28	35
81-90	10	12,50
71-80	23	28,75
Raça/cor		
Não branca	48	60
Branca	32	40
Estado civil		
Casado	39	48,75
Viúvo	25	31,25
Solteiro	10	12,50
Divorciado	6	7,5
Escolaridade		
Analfabeto	18	22,50
Fundamental completo	3	3,75
Fundamental incompleto	50	62,50
Médio completo	5	6,25
Superior completo	4	5
Ocupação/profissão		
Aposentado	54	67,50
Ativo	17	21,25
Donas de casa	9	11,25
Renda Individual		
De 0 a 1 salário mínimo	10	12,50
De 1 a 4 salários mínimos	66	82,50
De 4 a 8 salários mínimos	4	5

Na composição desta amostra verificou-se o predomínio de pessoas do sexo feminino (76,25%), conforme especificado na **Tabela 1**. Estes dados mostram-se em conformidade com estudos pertinentes na literatura. Miranzi et al. (2008) em estudo com diabéticos e hipertensos acompanhados por uma equipe de saúde da família também encontrou o predomínio do sexo feminino (66,7%). O mesmo foi encontrado nos estudos de Gimenes, Zanetti e Haas (2009) e Santa Helena (2007). Alguns estudos, no entanto, abordam que a prevalência da HAS e do DM é semelhante entre homens e mulheres, sendo mais elevada entre homens até os 40 anos, invertendo-se a partir dessa idade (SOUZA et al., 2003;

MARTINEZ ; LATORRE, 2006; CESARINO et al., 2008).

Este resultado encontrado pode ser justificado pelo fato de que as mulheres, de acordo com estudos de acesso aos serviços de saúde no Brasil, os procuram mais, de maneira que seu diagnóstico acaba acontecendo mais precocemente (KASSOUF, 2005). Os homens, de modo geral, preferem utilizar outros serviços de saúde como farmácias ou pronto-atendimentos, que, de certa forma, responderiam mais objetivamente aos seus problemas (FIGUEIREDO, 2005). Outro fato relevante é que a população deste estudo tem, predominantemente, idade acima dos quarenta anos como poderá ser visto nos dados que seguem, e sabe-se que após essa idade, com as mudanças hormonais relacionadas ao climatério, as prevalências do DM nas mulheres sofrem elevação (SOUZA et al., 2003). Além disso, o uso de anticoncepcionais é discutido como um fator desencadeante da hipertensão em pessoas geneticamente predispostas, principalmente em mulheres acima de 35 anos (LOLIO, 1990).

Em relação a faixa etária esta variou de 41 a 90 anos, com maior prevalência em indivíduos na faixa etária de 61 a 70 anos (35%). Em estudo com Miranzi et al. (2008) a média da idade dos entrevistados foi de 56 anos. Henrique et al. (2008) em estudo com hipertensos e/ou diabéticos atendidos em um centro municipal de saúde encontrou uma maior prevalência de indivíduos entre 67 e 72 anos. Segundo os autores a prevalência da Hipertensão e do Diabetes aumenta com a idade dos indivíduos, soma-se a isto o considerável crescimento da população de idosos no Brasil.

Quanto à variável cor da pele, optou-se em classificar os indivíduos em cor branca e não branca (preto, pardo, amarelo e indígena), mesmo sabendo das possíveis falhas, pois depende do critério do observador, bem como do próprio indivíduo. Encontrou-se que 60 % dos indivíduos da pesquisa referiram ser da cor não branca e 40% da cor branca. Não foi encontrado nenhum relato na literatura que tratasse da cor de pacientes com hipertensão e diabetes associados, o que dificultou a análise desse fator. Porém, encontrou-se que a prevalência da hipertensão é maior em negros, fato que pode estar associado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos (BRASIL, 2006b). Em relação ao paciente diabético alguns estudos apontam a cor branca como mais prevalente (BARROS, ROCHA; HELENA, 2008), no entanto, Souza et al. (2003) encontrou uma prevalência semelhante entre indivíduos brancos e não-brancos.

Ao avaliar o estado civil dos participantes, verificou-se que 48,75% são casados, 31,25% são viúvos, 12,50% são solteiros e 7,50% são divorciados. Miranzi et al. (2008) também encontrou uma maior proporção de indivíduos casados. Este dado corrobora com o estudo sobre a prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos, no qual 63,9 % eram

casados (CESARINO et al., 2008). Dado semelhante foi encontrado em um estudo sobre qualidade de vida de diabéticos no município de Cajazeiras/PB, no qual 50% dos indivíduos eram casados (CALISTO, 2009).

Segundo Pace, Nunes e Ochoa-Vigo (2003) a família e os amigos influenciam no controle da doença em relação à continuidade do tratamento, da dieta e na participação em um programa regular de exercício.

Em relação ao grau de escolaridade, 62,50% possuem o ensino fundamental incompleto, 22,50% são analfabetos, 6,25% possuem o ensino médio completo, 5% possuem o ensino superior completo e 3,75% possuem o ensino fundamental completo. Observou-se a baixa escolaridade dos indivíduos, fato também encontrado por Cesarino et al. (2008) que evidenciaram que indivíduos com menor escolaridade apresentam maior prevalência de hipertensão. Souza et al. (2003) observaram uma tendência para o aumento da prevalência do DM em indivíduos com baixo grau de instrução.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) no Informe de Atenção Básica-2001, explica que a adesão ao tratamento tende a ser menor em indivíduos com baixo grau de instrução, o que aumenta a responsabilidade das Equipes de saúde da Família, em desenvolverem atividades educativas, voltadas para o controle da doença e promoção da saúde.

Quanto à profissão ou ocupação decidiu-se classificar os indivíduos da pesquisa em ativo, aposentado e donas de casa. Encontrou-se maior prevalência em número de aposentados representando 67,50 % dos indivíduos, 21,25 % eram ativos e 11,25% eram donas de casa. Calisto (2009) em estudo com diabéticos no município de Cajazeiras - PB, também encontrou maior prevalência de aposentados, como também Santa Helena (2007) em estudo com hipertensos cadastrados em Unidades de Saúde da Família em Blumenau – SC. A maior proporção de aposentados evidenciada nesse estudo pode está relacionada ao fato da maioria dos pacientes terem idade acima dos 60 anos. Com o aumento da idade há uma maior predisposição do indivíduo a condições crônicas de saúde e esse aumento de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional (ALVES et al., 2007), o que pode levar alguns idosos a ausentar-se do mercado de trabalho. Pode-se destacar ainda a tendência de substituição de cargos anteriormente ocupados por idosos, para dar emprego aos mais jovens, julgados como detentores de maior conhecimento e capacidade funcional para lidar com as novas tecnologias.

Relacionando a renda individual, 82,50 % dos indivíduos ganham de 1 a 4 salários mínimos por mês, 12,50% ganham de 0 a 1 e 5 % de 4 a 8 salários mínimos por mês. Pode-se observar a baixa renda dos indivíduos estudados. Calisto (2009) e Giroto (2008) também

encontraram uma maior proporção de diabéticos com baixa renda econômica. A baixa renda encontrada pode estar associada ao fato da grande maioria dos indivíduos do estudo ser aposentados, recebendo apenas um salário mínimo. A baixa renda pode comprometer a adesão do paciente ao tratamento, pois para obtenção de um bom controle metabólico e dos níveis tensionais, são necessários dieta balanceada e outros recursos que dispõem maiores gastos por parte do indivíduo.

4.2 ASPECTOS DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Sabe-se que quanto mais cedo o diabetes e a hipertensão forem diagnosticados, melhor será para se prevenir as complicações, a adesão ao tratamento e a promoção de uma melhor qualidade de vida.

O diabetes pode ser diagnosticado por meio de três formas: sintomas clássicos como poliúria, polidipsia e perda de peso inexplicada, associados a uma concentração de glicose plasmática casual igual ou superior a 200 mg/dl; pela glicose plasmática em jejum superior ou igual a 126 mg, jejum de pelo menos 8 h; glicose em 2 horas pós-carga igual ou superior a 200 mg/dl durante um teste de tolerância à glicose oral (SMELTZER; BARE, 2005).

A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). O diagnóstico deverá ser validado por pelo menos duas aferições, realizadas em momentos diferentes (BRASIL, 2001a).

No presente estudo, 46,25% dos pacientes relataram ter diagnosticado primeiro a hipertensão, 41,25% o diabetes e 12,50% as duas doenças ao mesmo tempo.

O diagnóstico tardio do diabetes pode ocorrer pelo fato da doença não apresentar manifestações clínicas iniciais preocupantes para o indivíduo, e muitas vezes assintomáticas, o que acaba sendo despercebido pelo paciente e seu diagnóstico feito tardiamente (CALISTO, 2009). A hipertensão da mesma forma, por apresentar-se na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico muitas vezes é negligenciado (BRASIL, 2006b).

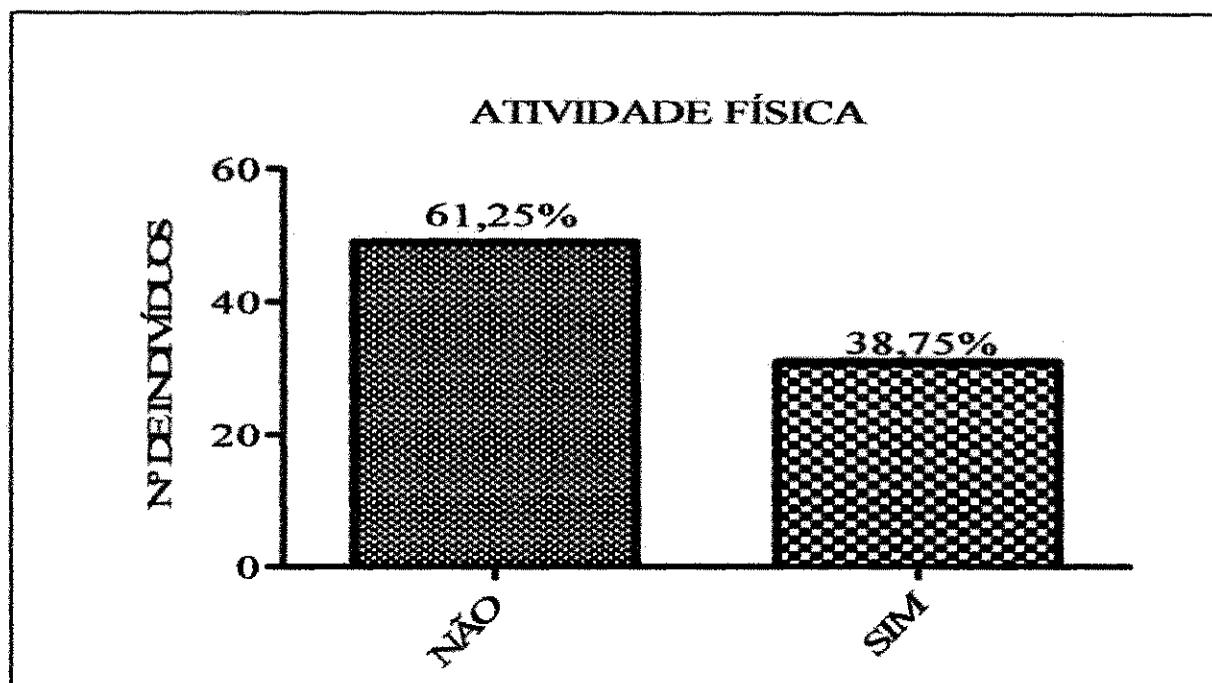
O tratamento de doenças de longa duração como hipertensão e diabetes requer medidas farmacológicas e não farmacológicas. Estas últimas reúnem mudanças no estilo de vida, principalmente quanto à dieta, ao tabagismo, ao uso de bebidas alcoólicas e ao sedentarismo (OSHIRO, 2007).

A falta de atividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis - DCNT, em combinação com a dieta e uso do fumo. Não causa

apenas doenças e sofrimento individuais, mas representa também um custo econômico expressivo, tanto para as pessoas como para a sociedade, em vistas das seqüelas que ocasiona (BRASIL, 2001a).

Nesta pesquisa verificou-se que 61,25% dos indivíduos não realizam atividade física, conforme expresso no Gráfico 1. Entre os que realizam, o tipo de atividade mais realizada é a caminhada (93,54%) e quanto à frequência 71 % praticam três ou mais vezes por semana. Giroto (2008) em estudo com hipertensos também encontrou uma alta proporção de inatividade física (70,40%), como também outros estudos (PESSUTO; CARVALHO, 1998; STURMER et al., 2006). A caminhada também foi a atividade física mais realizada pelos hipertensos no estudo de Pessuto e Carvalho (1998).

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes conforme a realização de atividade física.



Os benefícios a médio e longo prazo, da prática regular de atividade física, colaboram com a diminuição dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença cardiovascular (MERCURI; ARRECHEA, 2001). Além disso, o baixo custo, o caráter não-farmacológico e os benefícios psicossociais de uma vida menos sedentária aumentam ainda mais o apelo do tratamento por meio do exercício físico regular (IRIGOYEN et al., 2003).

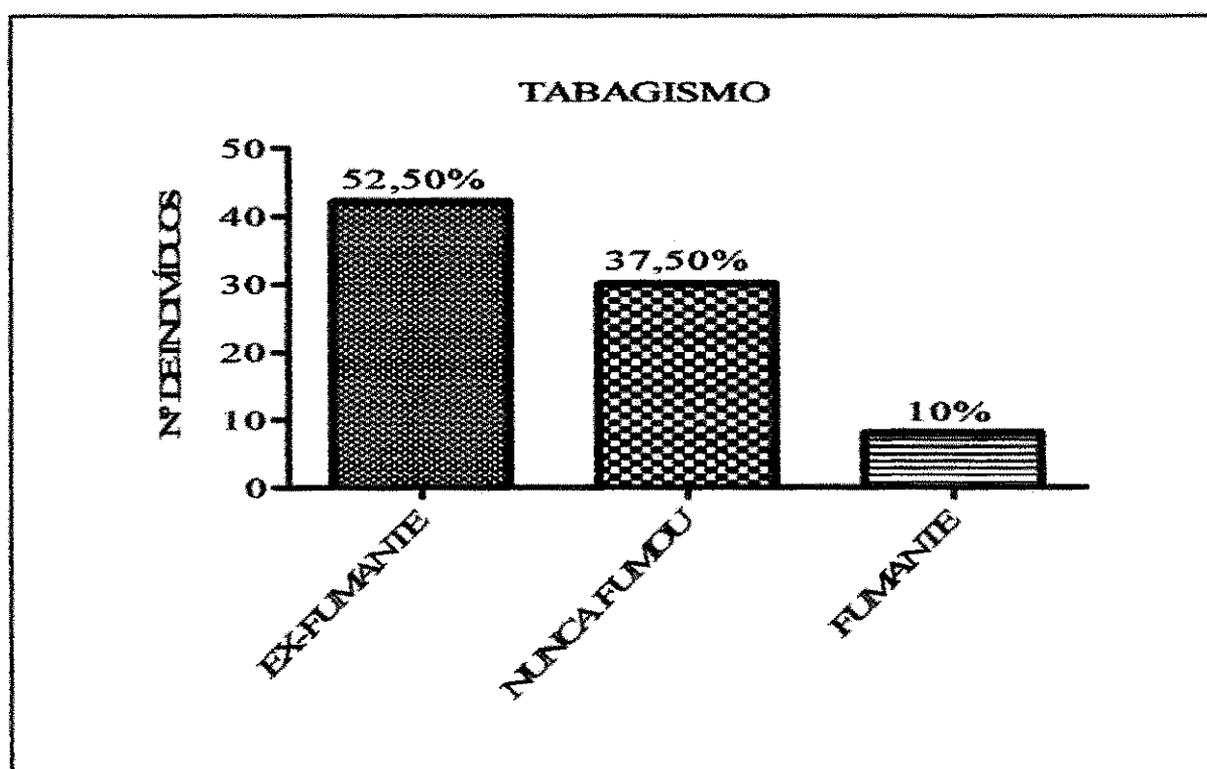
A realização de atividade física é uma terapêutica imprescindível no tratamento do diabetes. Indivíduos saudáveis, da mesma forma que os pacientes com diabetes, apresentam um aumento na utilização periférica da glicose associado com um aumento na sensibilidade

periférica com a ação da insulina, que persiste por 12 horas ou mais, após o final da atividade (TUOMILEHTO et al., 2001).

A atividade física promove redução dos níveis pressóricos no período pós-exercício, mas com a vantagem de que hipertensos treinados apresentam menor PA durante a realização da atividade física e o mais importante, diminuição nos níveis da PA no período de repouso. Os mecanismos envolvidos na diminuição da PA em indivíduos hipertensos parecem estar relacionados com fatores hemodinâmicos, neurais e humorais. O treinamento físico de baixa intensidade ocasiona diminuição significativa da resistência vascular periférica, determinada por redução da vasoconstrição, melhora da função endotelial e/ou alterações estruturais da microcirculação (IRIGOYEN et al., 2003).

Quanto ao tabagismo 52,50% referiram ser ex-fumantes, 37,50% nunca fumaram e 10% referiram serem fumantes atuais, conforme apresenta o Gráfico 2. Barros; Rocha; Santa Helena (2008) evidenciaram em estudo proporção semelhante (11,1%) de tabagismo atual em diabéticos. Porém, índices mais altos de tabagismo atual em hipertensos foram encontrados em outros estudos. Miranzi et al. (2008) encontraram que 19,4% dos indivíduos de sua pesquisa eram fumantes. Dados similares foram encontrados nos estudos de Giroto (2008) e Oshiro (2007).

Gráfico 2 – Distribuição dos participantes conforme o uso do tabaco.

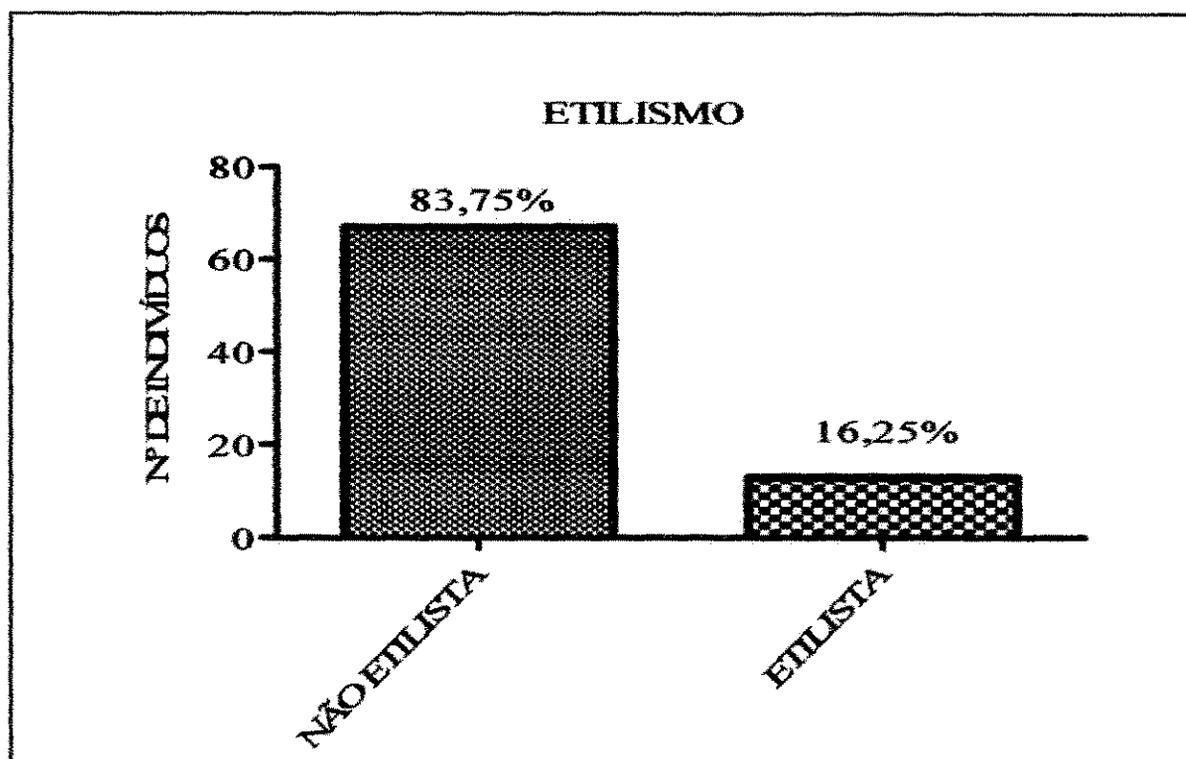


O tabagismo merece destaque em vista do seu reconhecimento como fator de risco para doenças cardiovasculares e a dificuldade encontrada na interrupção desse hábito. Por isso, é importante no seu combate a motivação do paciente e o desenvolvimento de programas coletivos (ARAÚJO et al., 2004).

Existem vários mecanismos que explicam o aumento da PA após o consumo do cigarro. Acredita-se que o tabaco compromete a integridade dos vasos sanguíneos e a nicotina, substância encontrada no fumo, produz a liberação de catecolaminas, que aumentam a frequência cardíaca, a resistência periférica e, conseqüentemente, a pressão arterial. (TEIXEIRA et al., 2006).

O alcoolismo juntamente com o sedentarismo, tabagismo, obesidade são considerados como principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT, dentre elas a hipertensão e o diabetes (BRASIL, 2001a) e o abandono desse hábito é fundamental no controle dessas duas doenças e suas complicações.

Gráfico 3 – Distribuição dos participantes conforme o uso do álcool.



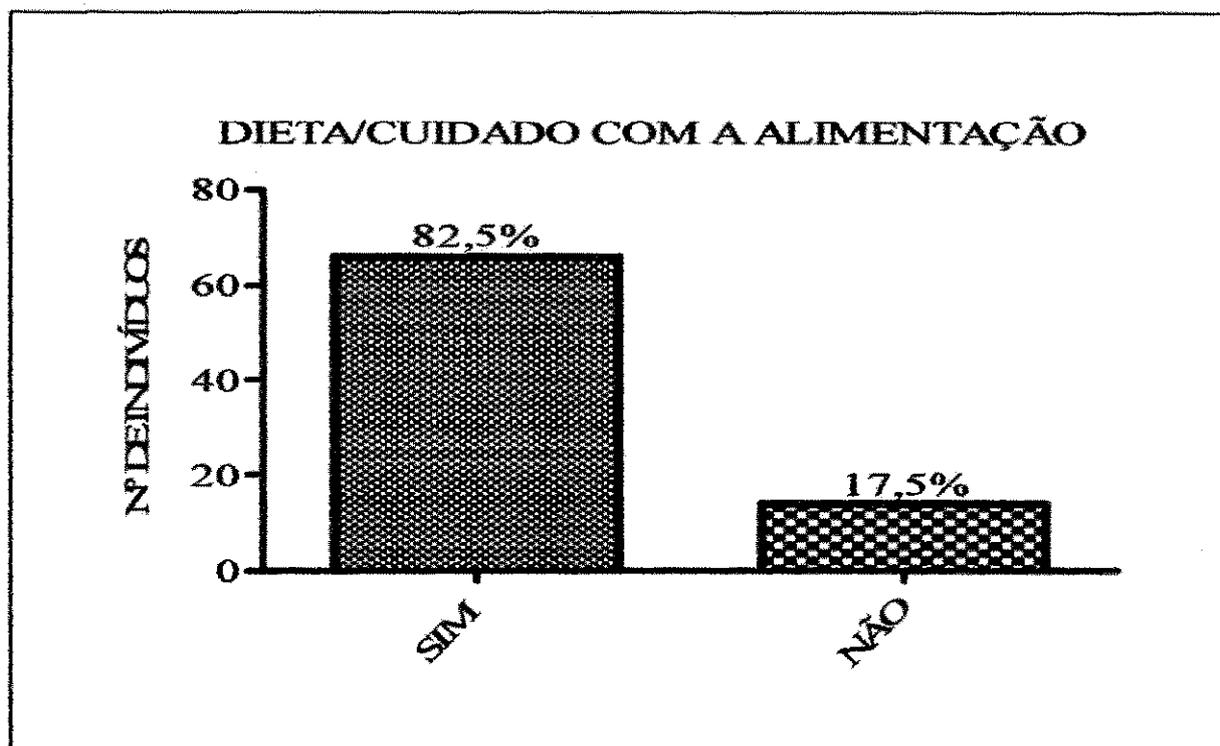
No que se refere ao alcoolismo, apenas 16,25 % dos indivíduos referiram ingerir bebida alcoólica, conforme pode-se ver no Gráfico 3. Destes, 69,20% referiram ingerir eventualmente e 30,80% de 1 a 2 vezes por semana. Outros estudos encontraram índices mais altos de alcoolismo. Pessuto e Carvalho (1998) em estudo sobre fatores de risco em

indivíduos com hipertensão arterial encontraram que 27,1% dos indivíduos estudados ingerem algum tipo de bebida alcoólica. Barros, Rocha e Helena (2008) em estudo com diabéticos encontraram que 26,4 % consumiam algum tipo de bebida alcoólica.

Há associação entre a ingestão de álcool e alterações de PA dependente da quantidade ingerida. Claramente, uma quantidade maior de etanol eleva a PA e está associada a maiores morbidade e mortalidade cardiovasculares (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Em relação à dieta/cuidado com a alimentação, 82,50% dos participantes referiram ter algum tipo de cuidado com alimentação, conforme evidenciado no Gráfico 4. Destes 48,48% relataram como único cuidado a diminuição do sal, açúcar e gordura na comida e 36,36% a diminuição do sal, açúcar, gordura e outros.

Gráfico 4 – Distribuição dos participantes conforme a realização de dieta/cuidado com a alimentação.



Segundo Smeltzer e Bare (2005) a dieta e o controle do peso são à base do tratamento do diabetes. O objetivo primordial nesse tratamento é o controle da ingestão calórica para alcançar ou manter um peso corporal razoável e controlar os níveis de glicose no sangue.

A dieta também desempenha um papel fundamental no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com teor de sódio reduzido, rica em frutas, verduras e quantidade reduzida

de gorduras e colesterol mostrou ser capaz de diminuir os níveis pressóricos em indivíduos com hipertensão (BRASIL, 2006b).

As medidas não-farmacológicas nem sempre são fáceis de serem seguidas pelos pacientes, o que pode comprometer o cumprimento do regime terapêutico proposto. Levando em consideração esse aspecto, é recomendável que os profissionais de saúde discutam com os pacientes quais modificações estes consideram possíveis de serem realizadas, para que as práticas terapêuticas possam ser incorporadas efetivamente (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

O tratamento da hipertensão é importante aos pacientes diabéticos tanto para prevenir a doença cardiovascular quanto para minimizar a progressão da doença renal e da retinopatia diabética (BRASIL, 2006a). Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) a maioria dos anti-hipertensivos podem ser utilizados em pacientes diabéticos e, na maioria das vezes dois ou três deles precisam ser associados para se atingir os objetivos. Conforme Brasil (2006a) a melhor terapia farmacológica para pacientes diabéticos com hipertensão é o uso de diuréticos combinados a inibidores da ECA.

Os medicamentos definidos a serem distribuídos de forma gratuita na rede pública de saúde para o tratamento dos portadores de HA são: captopril 25 mg, hidroclorotiazida 25 mg e propranolol 40 mg. Já para os portadores de DM são: insulina NPH-100 e os hipoglicemiantes orais glibenclamida 5 mg e metformina 500 mg e 850 mg. Estes medicamentos são considerados medicamentos essenciais pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (BRASIL, 2001b).

Quanto à utilização de medicamentos, 92,5% (74) dos indivíduos da pesquisa referiram utilizar algum medicamento para o controle do Diabetes e 98,75 % (79) algum medicamento para o controle da hipertensão. Com relação aos 7,5 % (6) que relataram que não utilizavam nenhum medicamento para o tratamento do diabetes, o motivo alegado por eles seria o controle dos níveis glicêmicos apenas com a dieta. O 1,25% (1) que referiu não tomar medicação para o controle da hipertensão, alegou o fato de ter parado de usar por achar que não necessitava mais do medicamento.

No total, foram identificados 08 medicamentos anti-diabéticos utilizados pelos 74 pacientes, entre os quais o mais utilizado foi a Glibenclamida, seguido da Metformina, utilizados por 56,75% e 45,94% dos pacientes, respectivamente. Com relação aos anti-hipertensivos, foram identificados 28 medicamentos, dentre eles o mais utilizado foi o Captopril (36,70 %), seguido da hidroclorotiazida (27,84 %). Estas proporções e as dos demais medicamentos utilizados podem ser verificadas na **Tabela 2**.

Henrique et al. (2008) também encontraram a Glibenclamida como o medicamento mais utilizado pelos diabéticos. Giroto (2008), ao contrário do presente estudo, encontrou a hidroclorotiazida como anti-hipertensivo mais utilizado, estando o Captopril como o terceiro mais utilizado pelos hipertensos de seu estudo. Pode-se observar que os medicamentos mais utilizados pelos diabéticos e hipertensos dessa pesquisa são medicamentos distribuídos gratuitamente na USF, o que confirma o fato de uso e distribuição das medicações adotadas pelo Ministério da Saúde.

Tabela 2 – Medicamentos utilizados pelos hipertensos e diabéticos participantes da pesquisa.

Medicamento Anti-hipertensivo	n	%	Medicamento Anti-diabético	n	%
Captopril	29	36,70	Glibenclamida	42	56,75
Hidroclorotiazida	22	27,84	Metformina	34	45,94
Losartana Potássica	08	10,12	Insulina	08	10,81
Propranolol	06	7,59	Glimepirida	05	6,75
Maleato de enalapril	05	6,32	Outros*	04	5,40
Aradois	03	3,79			
Vasopril	02	2,53			
Metildopa	02	2,53			
Nifedipina	02	2,53			
Sustrate	02	2,53			
Higroton	02	2,53			
Furosemida	02	2,53			
Atenolol	02	2,53			
Outros*	15	18,98			

*porcentagens < 2%

A Glibenclamida é um tipo de sulfoniluréia, agindo na estimulação da célula beta do pâncreas a secretar insulina, sendo, portanto, ineficazes em pacientes com redução importante na função destas células (BRASIL, 2001a).

O Captopril é um inibidor da enzima conversora da angiotensina (ECA), age fundamentalmente pela inibição da ECA, bloqueando a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos, embora outros fatores possam estar envolvidos nesse mecanismo. Tem indicação formal para os hipertensos portadores de diabetes, haja vista o fato de provocar queda da pressão intraglomerular, tão danosa para a função renal, e evitar perda de albumina pela urina (BRASIL, 2001a; VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010)

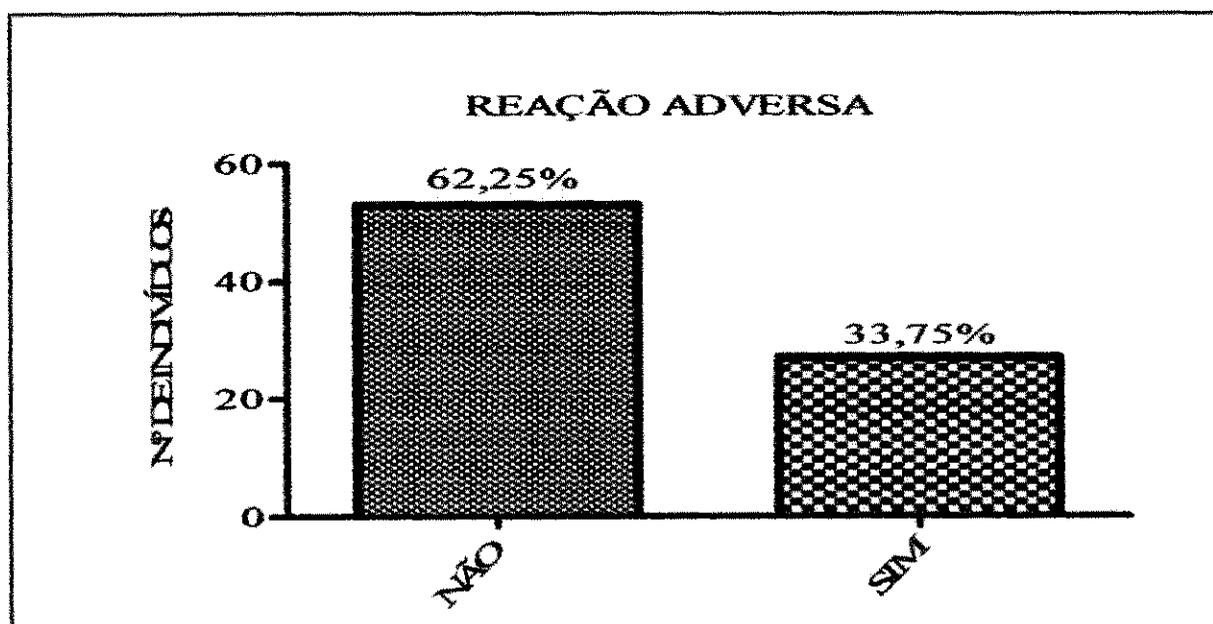
Os medicamentos podem aumentar a expectativa de vida, erradicar algumas doenças, trazer benefícios sociais e econômicos. Porém, podem, se utilizados irracionalmente,

umentar os gastos com saúde pública ou levar à ocorrência de problemas relacionados a medicamentos, como as reações adversas, acarretando considerável impacto deletério à saúde da população (PFAFFENBACH; CARVALHO; BERGSTEN-MENDES, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (2002, p. 40) define reação adversa a medicamento (RAM) como sendo “qualquer resposta prejudicial ou indesejável e não intencional que ocorre com medicamentos em doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico, tratamento de doença ou para modificação de funções fisiológicas”.

Nesse estudo, 33,75% dos participantes relataram já ter apresentado reações adversas a algum medicamento utilizado para o tratamento do diabetes ou da hipertensão, conforme apresentado no Gráfico 5. Giroto (2008) encontrou proporção semelhante, 28,7% dos hipertensos de seu estudo referiram reação adversa passada ou atual. Barros, Rocha e Helena (2008) evidenciaram que 26,2% dos diabéticos do seu estudo relataram algum tipo de reação adversa a medicamentos.

Gráfico 5 – Distribuição dos participantes conforme relato de reação adversa a medicamentos

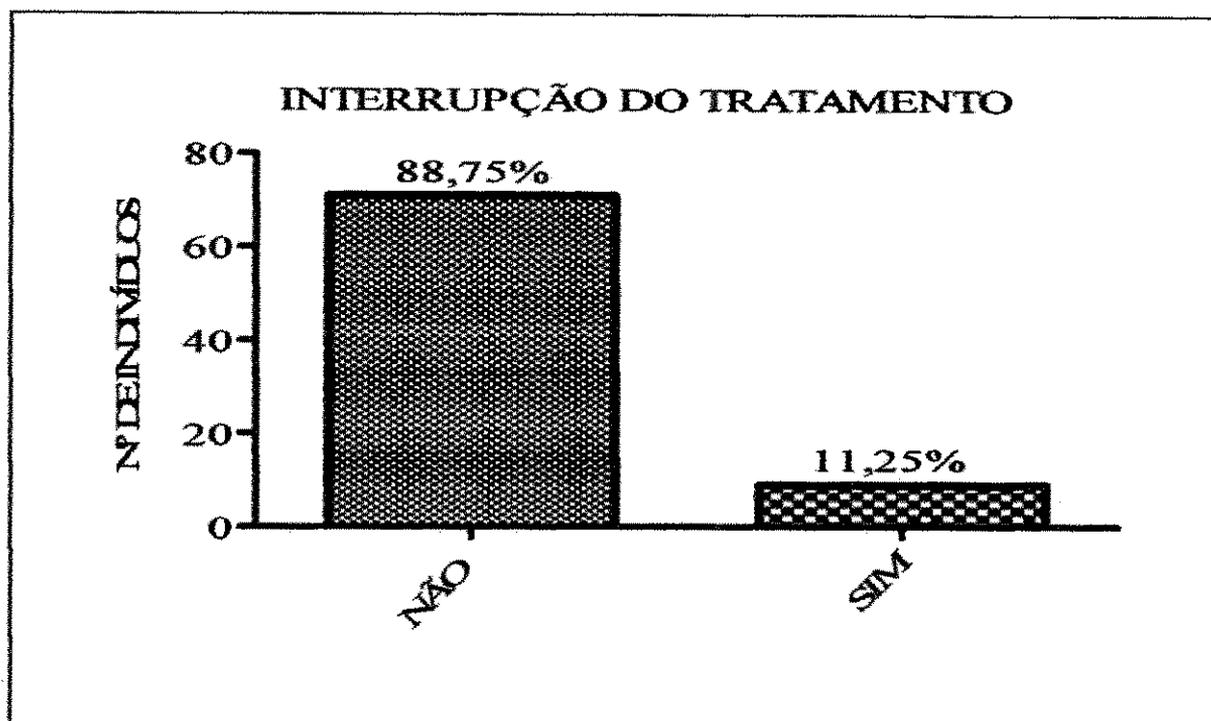


Ao investigar o abandono/interrupção ao tratamento, 11,25% dos indivíduos referiram já ter interrompido o tratamento alguma vez, conforme apresentado no Gráfico 6. Entre os motivos mencionados, 88,9% referiram por achar que não necessitavam mais do medicamento e 11,1% por sentir-se mal com a medicação e achar que não necessitava mais do uso dela.

Estudos apontam maiores índices de abandono ao tratamento. Oshiro (2007) encontrou que 37% dos hipertensos do seu estudo deixaram alguma vez de tomar os medicamentos.

Barros, Rocha e Helena (2008) relatam em estudo com diabéticos, que 21,8% dos indivíduos que faziam uso de medicamentos, já abandonaram/ interromperam alguma vez o tratamento.

Gráfico 6 – Distribuição dos participantes conforme a interrupção do tratamento.



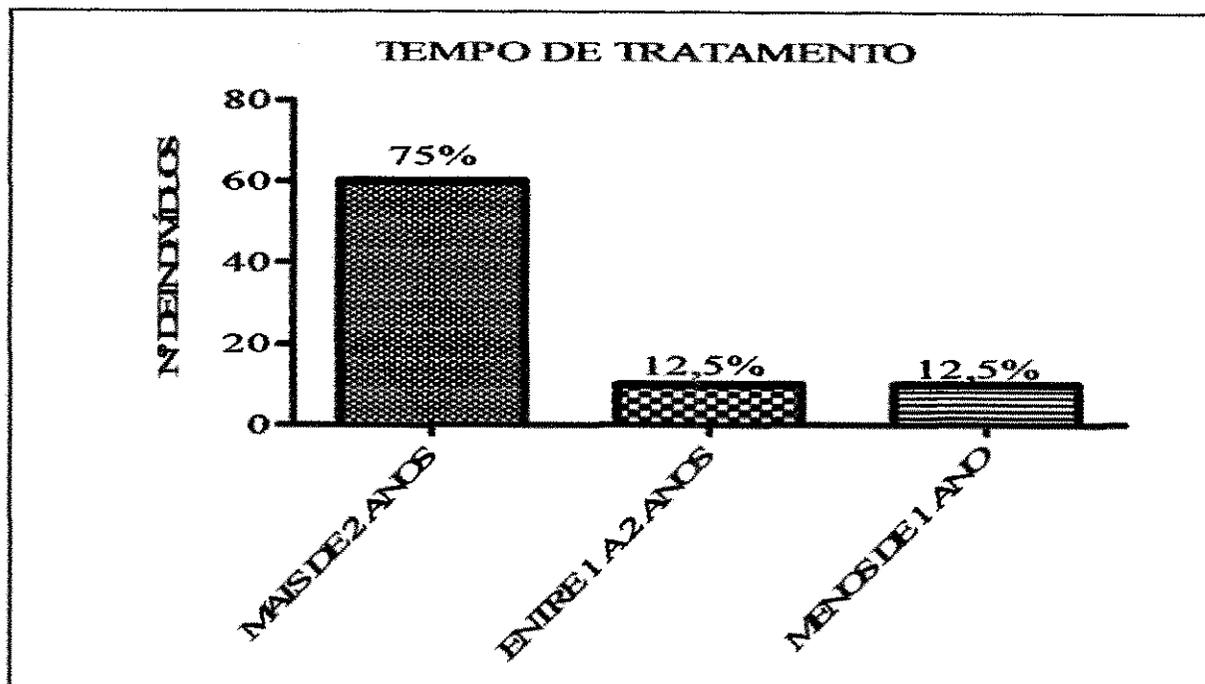
Conforme os autores supracitados, indivíduos que já abandonaram/interromperam o tratamento alguma vez sem orientação médica parecem ser menos aderentes ao tratamento prescrito. Este dado surge como alerta aos profissionais de saúde visto que pessoas que já abandonaram/interromperam o seu tratamento apresentam assim maior chance de repetir este mesmo comportamento, sendo necessária uma intervenção na tentativa de ajudar na melhora da adesão nestes pacientes. Conforme Smeltzer e Bare (2005) estima-se que 50% dos indivíduos com doenças crônicas interrompem seus medicamentos dentro de 1 ano do início da administração.

Com relação ao tempo de tratamento das duas patologias, 75 % dos pacientes relataram tratar as doenças há mais de 2 anos, 12,5% entre 1 ano e 2 anos e 12,5 % a menos de 1 ano, conforme apresentado no Gráfico 7.

A taxa de abandono, grau mais elevado de falta de adesão, cresce conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). Por isso, é importante enfatizar a adesão ao tratamento principalmente naqueles pacientes que já tratam a doença há muitos anos, como a maioria dos

encontrados nesse estudo, a fim de evitar a interrupção do tratamento e possíveis consequências decorrentes do abandono.

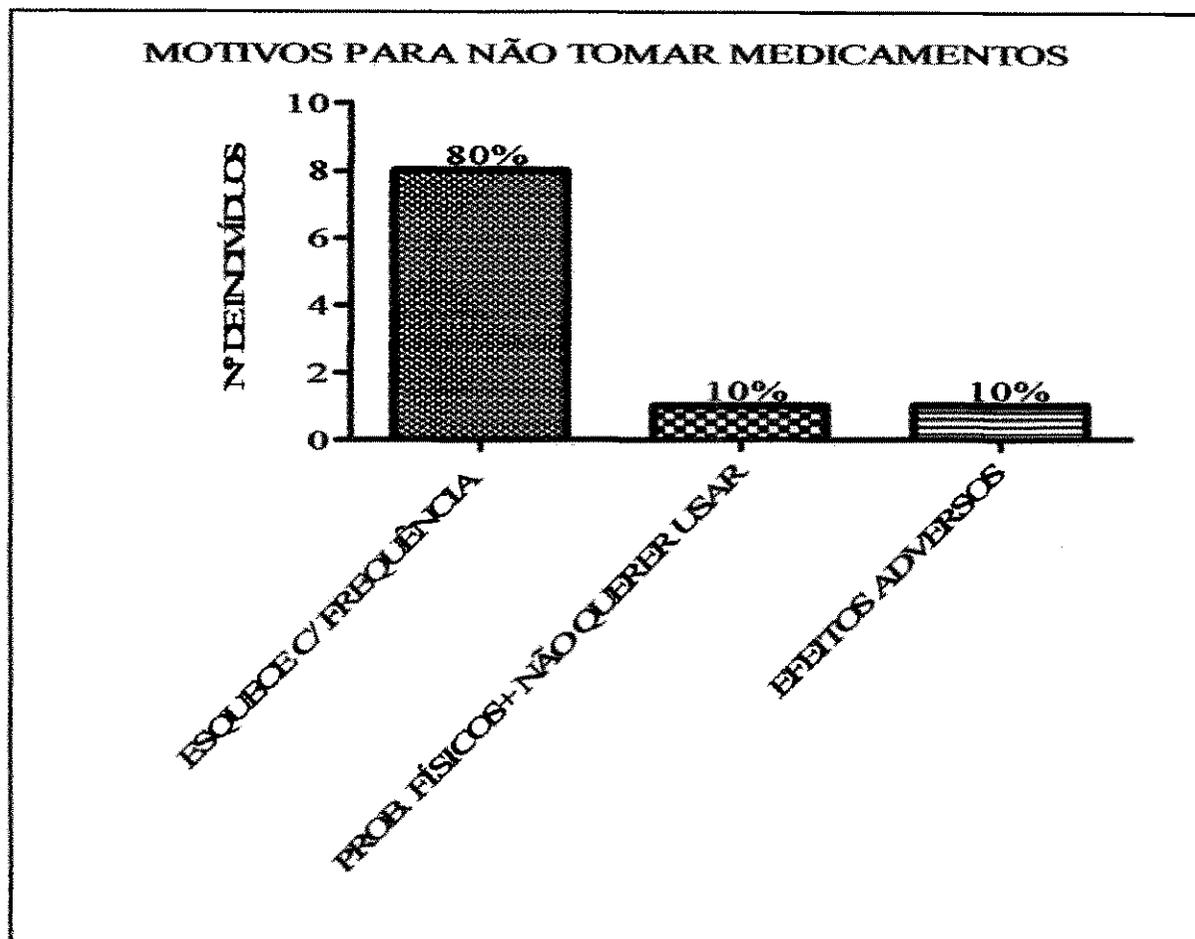
Gráfico 7 – Distribuição dos participantes conforme o tempo de tratamento.



Nos dados relacionados à dificuldade em tomar os medicamentos, 87,5% respondeu não ter nenhuma dificuldade contra 12,5% que respondeu apresentar alguma dificuldade em tomar a medicação. Quanto aos motivos alegados entre os que referiram alguma dificuldade estão o esquecimento (80%), os problemas físicos para a administração e não querer usar o medicamento (10%) e os efeitos adversos (10%), conforme pode-se ver no **Gráfico 8**. Em estudo de Asakura e Figueiredo (2010) 12 pacientes disseram ter dificuldades para seguir o tratamento e a principal razão foi lembrar o horário para tomar a medicação (66,7%).

O tratamento de doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão, por ser de longa duração e exigir a tomada de medicamentos diariamente, muitas vezes torna-se difícil para o paciente dar prosseguimento aos planos de cuidados e a própria terapêutica. Para o paciente diabético e hipertenso, esse fato pode ser ainda mais evidente devido o número de medicamentos a serem tomados ser maior, levando algumas vezes ao esquecimento, efeitos adversos e ao não cumprimento do plano terapêutico. O tratamento desses pacientes exige perseverança, motivação e educação continuada. Jardim e Jardim (2006) apontam que quanto mais freqüente e incapacitante for o tratamento, menor a motivação do paciente.

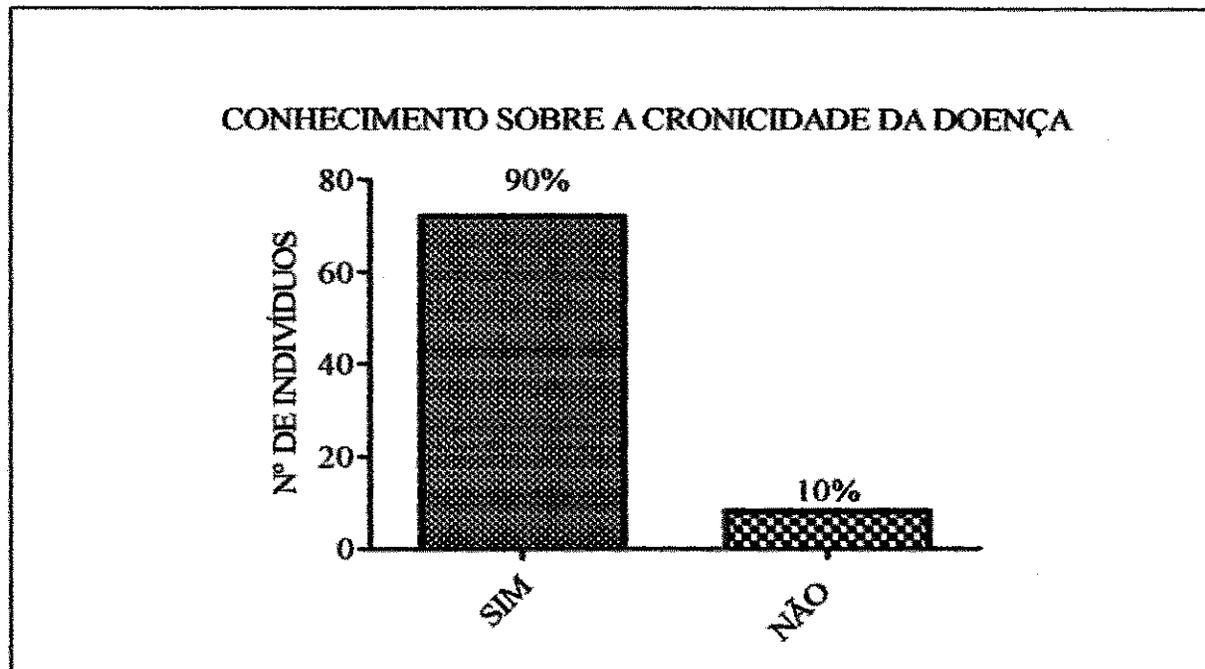
Gráfico 8 – Distribuição dos participantes conforme os motivos da dificuldade em tomar os medicamentos.



Relacionando o conhecimento sobre a cronicidade da hipertensão e do diabetes, 90 % dos indivíduos da pesquisa responderam saber sobre o aspecto crônico dessas patologias, conforme apresentado no Gráfico 9. Para Nobre, Pierin e Mion (2001 apud Oshiro, 2007) quanto maior o grau de conhecimento do paciente sobre sua doença, maior o comprometimento efetivo no autocuidado e melhor a adesão ao tratamento, obtida por meio de processo educativo contínuo e troca de informação entre os participantes.

Para tanto, são necessárias informações adequadas fornecidas pelos profissionais de saúde e fundamentais as boas relações entre médico e paciente e entre o serviço de saúde e o paciente. As orientações devem ser relacionadas, não apenas às expectativas da doença, mas também aos medos e tabus dos pacientes, no que se refere ao tratamento farmacológico e restrições decorrentes deste (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Gráfico 9 – Distribuição dos participantes conforme o conhecimento sobre a cronicidade da doença.



4.3 SITUAÇÃO DE SAÚDE AUTORREFERIDA

A Hipertensão arterial associada ao diabetes eleva o risco e acelera o curso do desenvolvimento de doença cardíaca, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, nefropatia e retinopatia. (SOWERS, 1990). No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise (BRASIL, 2006a).

Em relação à situação de saúde autorreferida dos indivíduos da pesquisa, 13,75% referiram ter doença renal, 32,50% doença cardíaca, 40% colesterol elevado, 15% relataram já ter tido infarto e 7,50% derrame, conforme apresentado na Tabela 3. Esse fato chama a atenção para importância da intensificação do controle da hipertensão e do diabetes por parte dos indivíduos e serviços de saúde, a fim de prevenir complicações e evitar mortes precoces, em vistas também do desconhecimento da existência de algumas complicações e fatores de risco relatados por alguns pacientes do estudo.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo situação de saúde autorreferida.

Variáveis	n	%
Doença renal		
Sim	11	13,75
Não	58	72,50
Não sabe	11	13,75
Doença cardíaca		
Sim	26	32,50
Não	45	56,25
Não sabe	9	11,25
Colesterol elevado		
Sim	32	40
Não	36	45
Não sabe	12	15
Infarto prévio		
Sim	12	15
Não	68	85
Derrame prévio		
Sim	6	7,50
Não	74	92,50

4.4 DADOS SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE

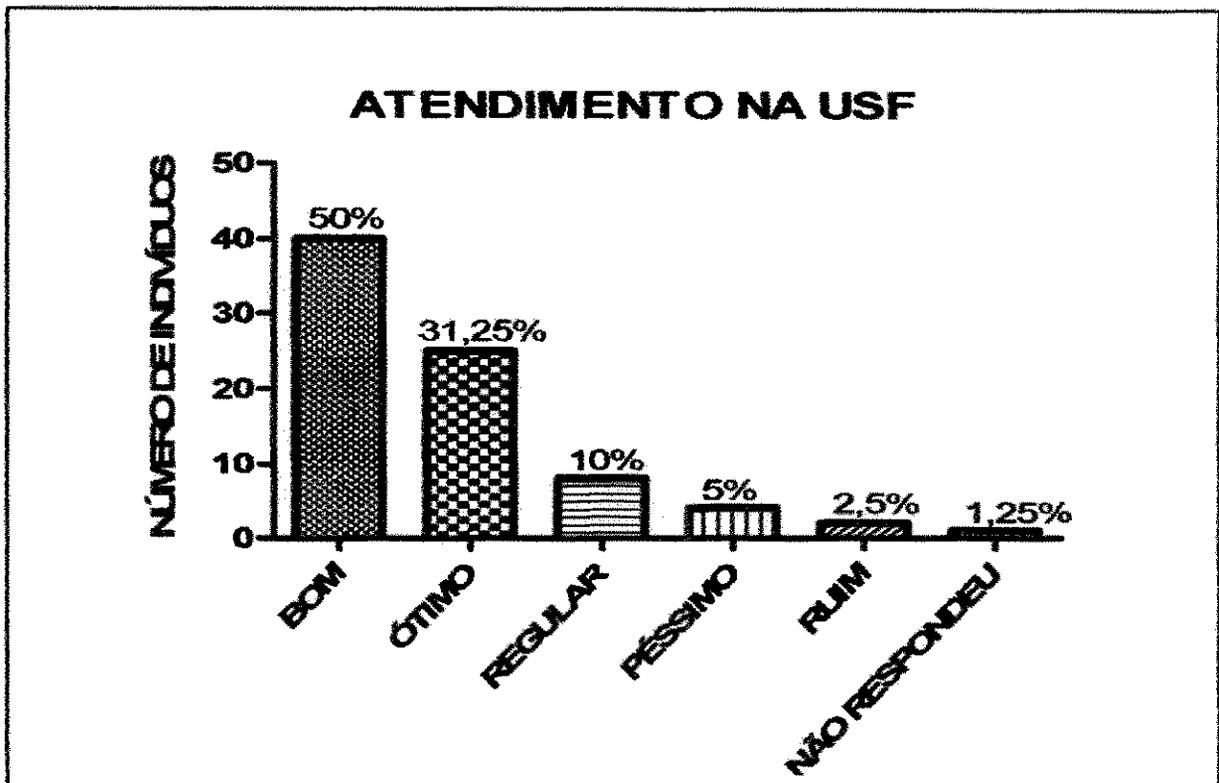
O Ministério da Saúde, considerando a HA e o DM importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, criou em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, priorizando a atualização dos profissionais de saúde, a garantia do diagnóstico e a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, com o objetivo de promover a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias nos serviços de saúde (BRASIL, 2001b).

Ao questionar os indivíduos da pesquisa sobre a qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde que recebem assistência, 50% referiram que o atendimento era bom, 31,25% que era ótimo, 10% regular, 5% péssimo, 2,50 % ruim e 1,25% não respondeu, conforme apresentado no **Gráfico 10**.

Henrique et al. (2008) em estudo sobre os programas de atenção básica com diabéticos e hipertensos ao questionar sobre o que eles achavam do atendimento nos Programas em que estavam inscritos, a maioria dos usuários classificou o atendimento como

bom (63,60%), prevalência semelhante a encontrada nesse estudo e segundo as autoras a opinião dos usuários é importante não só para análise do atendimento oferecido, mas também como medida de satisfação com os serviços. Além disso, um bom atendimento na USF poderá interferir positivamente na adesão do paciente ao tratamento, uma vez que ele se sente acolhido e elemento imprescindível no controle de sua doença.

Gráfico 10 – Distribuição dos participantes da pesquisa conforme avaliação do atendimento na USF.

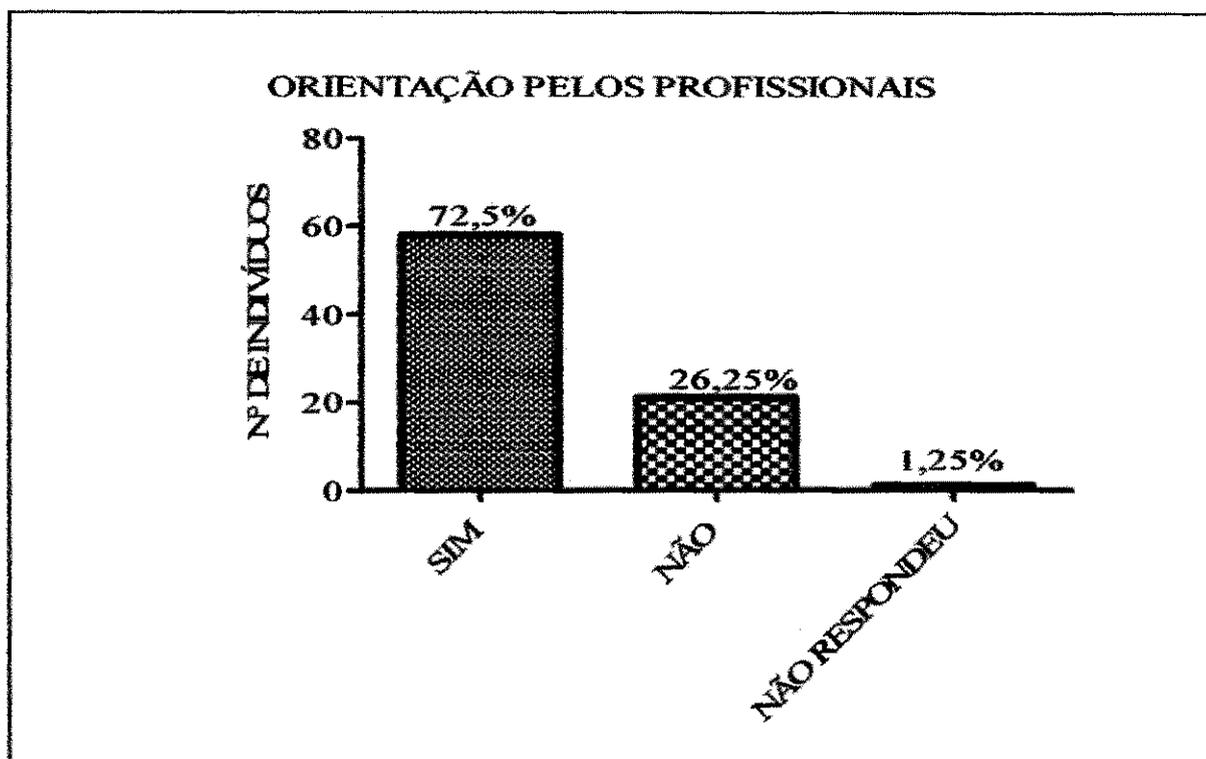


O tratamento da hipertensão arterial e do diabetes compreende orientação e educação em saúde, modificações no estilo de vida e, se necessário, o uso de medicamentos. A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle da PA e dos níveis glicêmicos se o paciente não for orientado sobre os princípios em que se baseiam o seu tratamento. É de fundamental importância o engajamento e empenho de toda a equipe multiprofissional nas atividades de educação em saúde, a fim de facilitar a adesão do paciente a terapêutica e evitar complicações. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010; BRASIL, 2001a).

No estudo 72,50% dos participantes referiram ter recebido orientações pelos profissionais sobre a hipertensão e o diabetes e seus respectivos tratamentos, 26,25%

referiram não ter recebido nenhuma informação e 1,25% não respondeu, alegando o motivo de nunca ir à unidade, conforme mostra o **Gráfico 11**.

Gráfico 11 – Distribuição dos participantes conforme a orientação recebida pelos profissionais da USF.



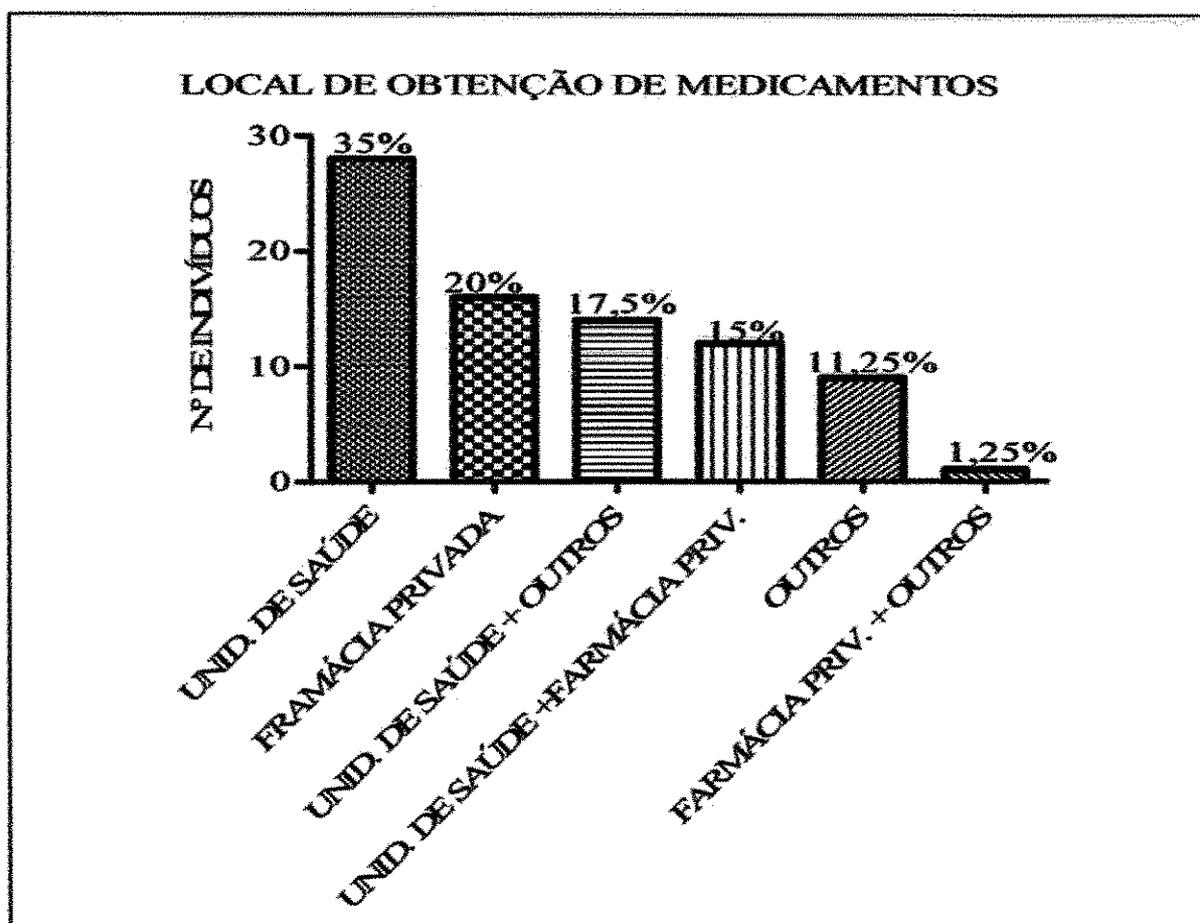
O acompanhamento e controle da HAS e DM no âmbito da atenção básica poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares devido a estas doenças, como também a mortalidade por problemas cardiovasculares (BRASIL, 2001a).

A oferta contínua dos medicamentos cadastrados pelo Ministério da Saúde é um dos objetivos do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002). O fornecimento dos medicamentos aos inscritos nos Programas é importante não só para o tratamento em si, como também para a adesão do paciente ao tratamento (HENRIQUE et al., 2008).

Conforme pode-se ver no **Gráfico 12**, 35% dos pacientes da pesquisa referiram conseguir todos os medicamentos para o tratamento da hipertensão e do diabetes na unidade de saúde, 15 % conseguem na unidade de saúde e na farmácia privada, 20% referiram conseguir seus medicamentos somente na farmácia privada, 17,5 % conseguem seus

medicamentos na unidade de saúde e em outros locais, 11,25% somente em outros estabelecimentos e 1,25% na farmácia privada e em outros estabelecimentos.

Gráfico 12 – Distribuição dos participantes conforme local de obtenção dos medicamentos.



Percebe-se com isso, que grande parte dos indivíduos da pesquisa consegue pelo menos um dos medicamentos para o tratamento da hipertensão e do diabetes na unidade de saúde, o que pode facilitar a adesão do paciente ao tratamento, principalmente aquele com baixo poder aquisitivo. Girotto (2008) encontrou em estudo que a maioria dos pacientes hipertensos entrevistados consegue seus medicamentos na unidade de saúde.

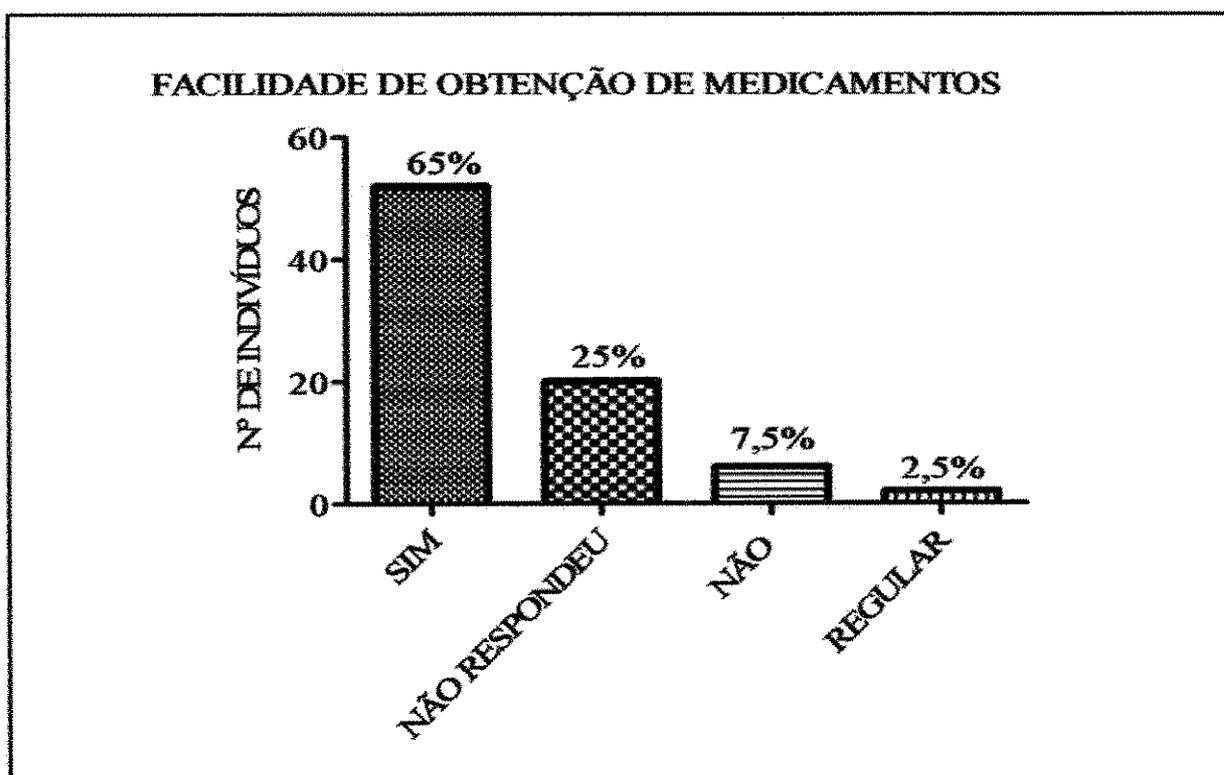
Araújo e Garcia (2006) relatam que a disponibilidade de medicamentos nos serviços para fornecimento aos pacientes é apontada como evento antecedente da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. No estudo realizado por Castro e Car (1999), os hipertensos entrevistados mencionaram como fatores facilitadores da adesão ao tratamento, o recebimento gratuito de medicamentos, a facilidade de marcar consultas, a proximidade do serviço, como também o

recebimento de vale transporte para o comparecimento às consultas

Além disso, 65% dos pacientes desse estudo relataram ter facilidade para obtenção dos medicamentos na unidade de saúde, conforme mostra o Gráfico 13. Ao contrário do encontrado, Henrique et al. (2008) evidenciaram que mais da metade dos participantes relatou alguma dificuldade para se obter a medicação.

Lessa e Fonseca (1997) relatam que apesar de a despesa com medicamentos representar grande parte do investimento em saúde pública, em países como o Brasil a dispensação gratuita de medicamentos não cobre as necessidades correntes, apesar dos grandes avanços nesse sentido. Os autores ainda relatam que a falta de acesso ao medicamento é um entrave na adesão e em países como o Brasil, é um problema crucial e deve ser o primeiro fator a ser analisado: se o paciente tem acesso ao medicamento, ele está então em condições para aderir ou não ao tratamento.

Gráfico 13 – Distribuição dos participantes conforme a facilidade de obtenção de medicamentos na USF.



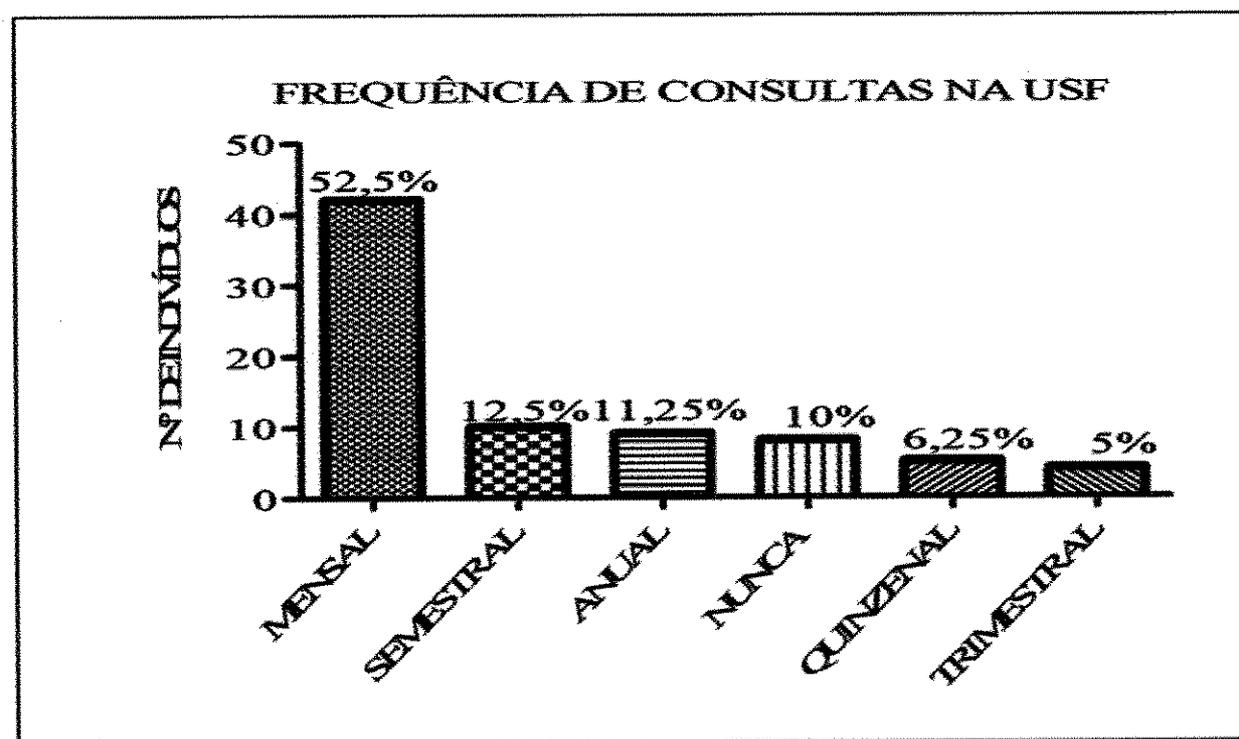
O Enfermeiro desempenha papel fundamental no tratamento da hipertensão e do diabetes na Unidade de Saúde da Família, e dentre outras várias funções que ele executa está a de realizar a consulta de enfermagem e encaminhar os indivíduos para consultas com o

médico da equipe, obedecendo aos seguintes critérios: indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos alvos ou com co-morbidades devem realizar consultas mensais; indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais e glicêmicos, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades devem realizar consultas trimestrais e os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos alvo sem co-morbidades devem realizar consultas semestrais (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Quanto a isso, Coelho et al. (2003) observou que o comportamento de assiduidade às consultas está associado a uma melhor taxa de controle da pressão arterial e de uma melhor aderência ao tratamento medicamentoso, ou não, da hipertensão arterial.

Nesse estudo, a maioria dos pacientes (52,5%) referiu ir as consultas na USF seja ela com o enfermeiro ou o médico uma vez por mês, segundo apresentado no Gráfico 14. É possível que a alta taxa de observância às consultas seja uma busca de segurança e cuidados em relação às patologias que sabem possuir. Ao se interrogar sobre a facilidade em marcar as consultas nas unidades de saúde as quais são cadastrados, a maioria (52,5%) referiu ter facilidade.

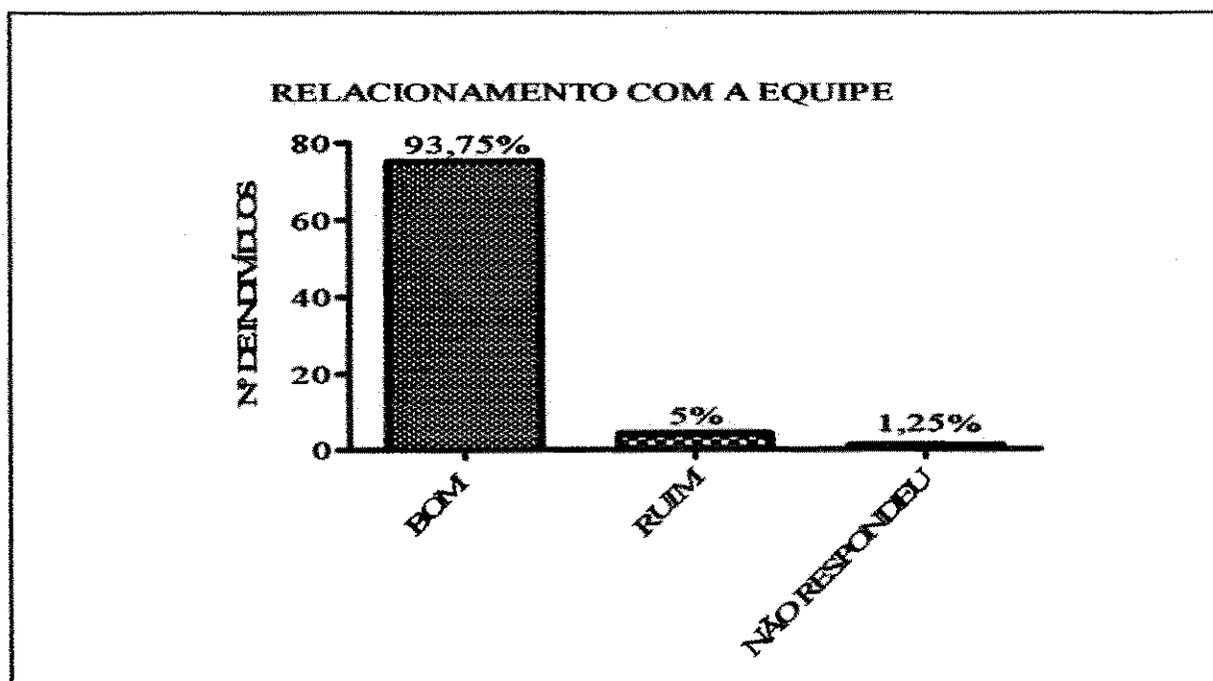
Gráfico 14 – Distribuição dos participantes conforme a frequência de consultas na USF.



Para Silveira e Ribeiro (2005) a adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito, à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Por isso, o vínculo entre profissional e paciente é fator estruturante e de consolidação do processo, motivo pelo qual deve ser considerado para que se concretize. Nesta perspectiva, a atitude acolhedora do profissional que cuida respalda o paciente para novas atitudes diante do adoecimento.

Nesse sentido, 93,75% dos participantes da pesquisa relataram ter um bom relacionamento com os profissionais de saúde que atuam na USF, conforme apresenta o Gráfico 15, o que pode facilitar a adesão dos mesmos a terapêutica.

Gráfico 15 – Distribuição dos participantes conforme o relacionamento com a equipe da USF.



4.5 AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO AO TRATAMENTO.

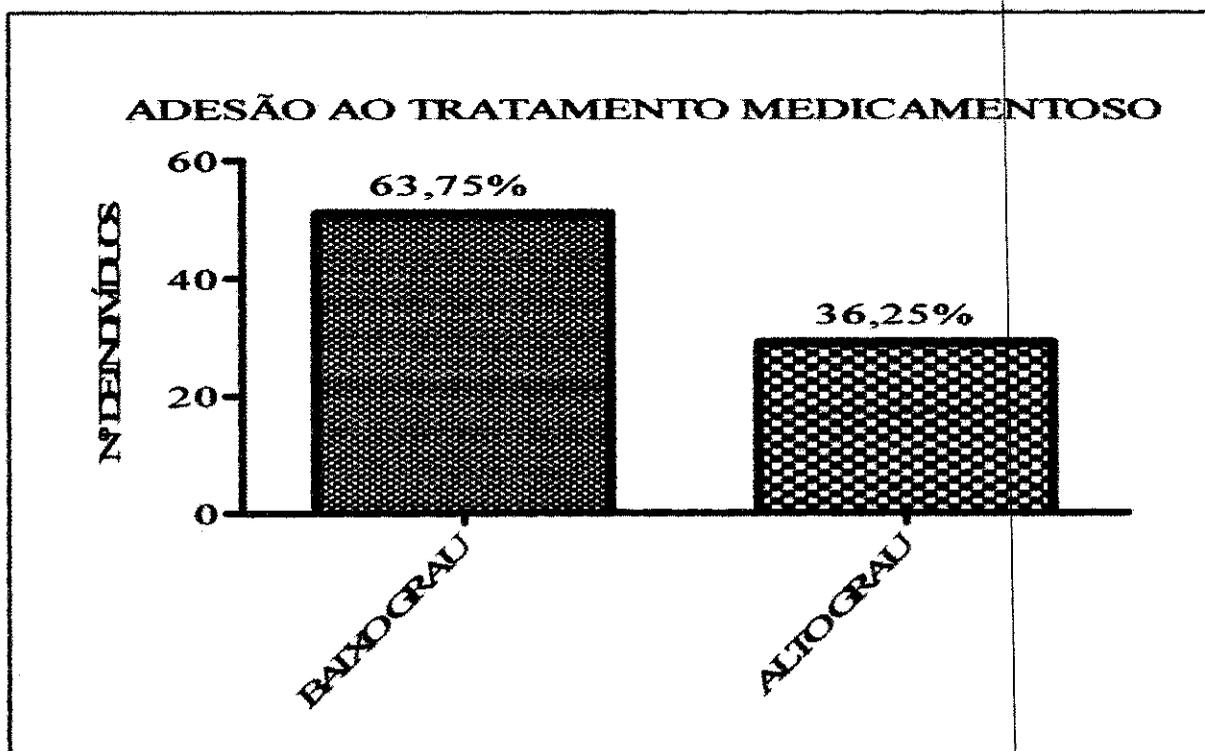
Nas doenças crônicas cujo tratamento demanda o uso contínuo de medicamentos, para maior eficácia da terapêutica, é de fundamental importância haver adesão do paciente ao regime medicamentoso prescrito (WHO, 2003). A não adesão pode resultar em progressão da doença, piora da qualidade de vida, ônus econômico ao indivíduo, ao serviço de saúde e à

sociedade (KURITA; PIMENTA, 2004). Estima-se que, em países desenvolvidos, a adesão a terapias de longo prazo seja apenas 50%, em média; em países em desenvolvimento, as taxas são ainda menores (WHO, 2003).

Avaliando-se o comportamento dos pacientes, em relação ao uso do medicamento, por meio do teste de Morisky-Green, observou-se que mais da metade dos pacientes apresentou comportamento indicativo de baixo grau de adesão (63,75%). Em estudos realizados com o teste de Morisky, utilizando-se o mesmo critério adotado nesse estudo em que, se uma das respostas às questões fosse afirmativa, o paciente seria considerado menos aderente, observaram-se valores da proporção de baixa adesão semelhantes aos encontrados no presente estudo. Dewulf et al. (2006) encontraram em estudo com pacientes com doenças gastrintestinais crônicas que 58,2% dos indivíduos apresentaram baixo grau de adesão ao tratamento. Em pacientes que faziam uso de medicamentos para diabetes mellitus do tipo 2, utilizando-se o mesmo teste, encontraram-se níveis de baixo grau de adesão de até 48,8% (KRAPEK ET AL., 2004). Outro estudo com pacientes portadores de hipertensão arterial, o baixo grau de adesão encontrado foi de 54,6% dos pacientes estudados (STRELEC, 2000).

As proporções de pacientes classificados como apresentando baixo ou alto grau de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito são apresentadas no gráfico abaixo:

Gráfico 16 – Distribuição dos participantes da pesquisa conforme o grau de adesão ao tratamento medicamentoso.



Valores elevados de baixa adesão devem servir de alerta aos serviços de saúde para a necessidade de desenvolver atividades que possam melhorar a adesão e o resultado terapêutico. A melhora da adesão está associada ao controle da doença, a redução na incidência ou retardamento na ocorrência de complicações e a melhoria da qualidade de vida do paciente.

A literatura aponta diversos fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). De acordo com WHO (2003) esses fatores estão relacionados ao paciente, à doença, as condições econômicas e sociais, ao tratamento, à instituição e a equipe de saúde.

A **Tabela 4** mostra a prevalência da adesão terapêutica pelo teste de Morisky-Green segundo os fatores referentes ao paciente, à doença, as condições socioeconômicas, ao esquema terapêutico, à instituição e a equipe de saúde.

Pretendeu-se analisar os fatores que influenciam a adesão ao tratamento no grupo estudado a partir dos já citados na literatura.

Tabela 4 – Prevalência da adesão terapêutica pelo teste de Morisky-Green segundo os fatores referentes ao paciente, à doença, as condições socioeconômicas, ao esquema terapêutico, à instituição e a equipe de saúde.

FATORES	ALTO GRAU n (%)	BAIXO GRAU n (%)	TOTAL n (%)	VALOR DE p*
Sexo				0,8266
Feminino	21(34,4)	40 (65,6)	61 (100)	
Masculino	8 (42)	11 (58)	19 (100)	
Idade				0,9690
41-50	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)	
51-60	5 (31,25)	11 (68,75)	16 (100)	
Acima de 60	23 (37,7)	38 (62,3)	61 (100)	
Cor				0,7973
Branca	13 (40,6)	19 (59,4)	32 (100)	
Não branca	16 (33,3)	32 (66,7)	48 (100)	
Estado civil				0,7980
Solteiro	4 (40)	6 (60)	10 (100)	
Casado	12 (30,8)	27 (69,2)	39 (100)	
Viúvo/divorciado	13(41,9)	18 (58,1)	31 (100)	
Escolaridade				0,0249*
Analfabeto	12 (66,7)	6 (33,3)	18 (100)	
≤ 8 anos	14 (28)	36 (72)	50 (100)	
>8anos	3 (25)	9 (75)	12 (100)	
Renda individual				0,7758
0-1 salário	5 (50)	5 (50)	10 (100)	

1-4 salários	23 (34,8)	43 (65,2)	66 (100)	
4-8 salários	1 (25)	3 (75)	4 (100)	
Reação adversa				0,1751
Sim	6 (22,2)	21 (77,8)	27 (100)	
Não	23 (43,4)	30 (56,6)	53 (100)	
Conhecimento sobre a cronicidade da doença				0,0552
Sim	23 (32)	49 (68)	72 (100)	
Não	6 (75)	2 (25)	8 (100)	
Relacionamento com a equipe da USF				0,8458
Bom	27 (36)	48 (64)	75 (100)	
Ruim	2 (50)	2 (50)	4 (100)	
Avaliação do atendimento na USF				0,2638
Ótimo/Bom	27 (41,5)	38 (58,5)	65 (100)	
Regular/Ruim	1 (10)	9 (90)	10 (100)	
Péssimo	1 (25)	3 (75)	4 (100)	
Facilidade de obtenção de medicamentos na USF				0,7351
Sim	20 (38,5)	32 (61,5)	52 (100)	
Não	1 (16,7)	5 (83,3)	6 (100)	
Regular	1 (50)	1 (50)	2 (100)	
Número de medicamentos utilizados				0,3639
01 medicamento	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (100)	
02 medicamentos	20 (44,4)	25 (55,6)	45 (100)	
03 ou mais medicamentos	7 (24,10)	22 (75,9)	29 (100)	
Tempo de tratamento				0,7917
Menos de 1 ano	5 (50)	5 (50)	10 (100)	
Entre 1 ano e 2 anos	3 (30)	7 (70)	10 (100)	
Mais de 2 anos	21 (35)	39 (65)	60 (100)	

**p* (significância estatística teste qui-quadrado se $p < 0,05$)

Ao analisar os fatores, o único que se mostrou estatisticamente significativo ($p < 0,05$) foi à escolaridade. Esse fato pode ter sido resultante do número da amostra, que restringiu-se aos diabéticos e hipertensos cadastrados pelo programa Hiperdia, no período de janeiro a agosto de 2011, o que propõe que novas pesquisas sejam realizadas a fim de se investigar melhor a influência desses fatores na adesão ao tratamento desses pacientes no município de Cajazeiras/PB. Outros estudos sobre adesão ao tratamento, ao analisar esses fatores, não encontraram significância estatística em nenhum deles (GIMENES; ZANETTI; HASS, 2009).

No que se refere à escolaridade a prevalência de baixa adesão foi maior em indivíduos com mais de 8 anos de estudo, fato contrariado por Freitas et al. (2001), que relata que indivíduos com um baixo nível educacional têm menos conhecimento de como prevenir as doenças e, em vista disso, menor nível de adesão. Tucsca-molina et al.(2006) ressaltam,

porém, que é possível que a orientação médica seja mais aceita por pessoas de baixa escolaridade do que pelas de média e alta escolaridade.

Nessa perspectiva, como o fator mostrou-se com significância estatística, o resultado deve servir de alerta para os profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras – PB, a fim de que eles trabalhem a questão da escolaridade, de forma a dar orientações sobre o tratamento e a doença de maneira clara e consistente, que estimulem o paciente quer de baixa ou alta escolaridade a aderir e seguir o plano terapêutico proposto.

Apesar dos demais fatores não terem apresentado significância estatística ($p > 0,05$), observou-se diferentes resultados de prevalência de adesão para cada um dos investigados.

Quanto ao sexo, a prevalência de baixa adesão foi de 65,6 % no sexo feminino e 58 % no sexo masculino. Gimenes, Zanetti e Haas (2009) também encontraram maior prevalência de não adesão entre as mulheres. Sciechanowski et al. (2001) aponta que as mulheres são menos aderentes que os homens pelo fato delas serem mais propensas ao estresse e a maiores alterações na saúde mental. Assim, problemas emocionais podem estar associados à falta de adesão ao tratamento medicamentoso. Outros estudos, porém, abordam que os homens tendem a ser menos aderentes que as mulheres, possivelmente porque elas demonstram uma maior preocupação com a saúde (SARQUIS et al., 1998).

Os dados obtidos em relação à idade mostraram prevalência de baixa adesão maior na faixa etária de 51 a 60 anos, estando em concordância com a literatura. Estudos encontraram que os pacientes em condição crônica de saúde que menos aderem ao tratamento são mais jovens (BARROS; ROCHA; SANTA HELENA, 2008; GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009; HO et al., 2006). As pessoas com mais idade podem apresentar mais complicações e receberem auxílio de cuidadores, o que pode contribuir para maior adesão (BARROS; ROCHA; SANTA HELENA, 2008).

Quanto à raça/cor a prevalência de baixa adesão foi maior nos indivíduos de cor não branca. Lessa e Fonseca (1997) detectaram diferenças de adesão ao tratamento em negros, pardos e brancos, encontrando a baixa adesão entre os negros.

No que diz respeito ao estado civil a prevalência de baixa adesão se mostrou maior nos indivíduos casados. Chor (1998), porém, encontrou que os casados apresentam maiores chances de aderirem ao tratamento.

Ao analisar a renda individual percebe-se que a prevalência de baixa adesão foi maior em indivíduos com renda individual de 4 a 8 salários mínimos. A situação financeira é mencionada como fator diretamente relacionado à adesão (ARAÚJO; GARCIA, 2006). Os

fatores socioeconômicos, dentre eles a baixa renda e a baixa escolaridade representaram cerca de 20% dos motivos de não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo em estudo realizado no Brasil (ANDRADE et al., 2002). Nesse estudo, porém, a baixa adesão foi mais prevalente em indivíduos com nível sócio-econômico mais privilegiado.

No que se refere à reação adversa, a prevalência de baixa adesão nos que referiram já ter apresentado reação adversa a algum medicamento utilizado no tratamento do diabetes e da hipertensão foi de 77,8% e nos que relataram nunca ter apresentado foi de 56,6%. Corroborando com esse resultado, Giroto (2008) encontrou os efeitos adversos a medicamentos como um dos motivos para a não adesão ao tratamento farmacológico, relatado pelos participantes de sua pesquisa. Busnello et al. (2001) relatam os efeitos adversos como uma dificuldade em seguir o tratamento.

No presente estudo, observou-se prevalência de baixa adesão de 68% em indivíduos que disseram ter conhecimento sobre o aspecto crônico do Diabetes e da Hipertensão e de 25% nos que relatam não ter nenhum conhecimento. Calista, Vasconcelos e Oliveira (2008), apontam que indivíduos que apresentam maior conhecimento sobre a doença e suas possíveis complicações aderem melhor à terapêutica. No entanto, pesquisa de Aquino et al. (2001) mostra que o problema da adesão é mais complexo, pois dispor de acesso a informações sobre gravidade, complicações, recursos preventivos e terapêuticos da hipertensão não implica necessariamente maior adesão as medidas de controle.

Quanto à relação profissional-paciente, a prevalência de baixa adesão ao tratamento medicamentoso foi maior em indivíduos que tinham um bom relacionamento com a equipe de saúde (64%). Esse resultado, no entanto, contrapõe-se ao encontrado na literatura, que aponta que um bom relacionamento entre profissionais de saúde e paciente pode melhorar a adesão ao tratamento (WHO, 2003; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

No que se refere à avaliação do atendimento na unidade de saúde, a prevalência de baixa adesão mostrou-se maior em indivíduos que consideraram o atendimento na USF regular/ ruim (90%). Araújo e Garcia (2006) apontam que a satisfação do paciente com o atendimento é item fundamental para se conseguir bons níveis de adesão. Sarquis et al. (1998) colocam que as políticas de saúde vigentes, a facilidade de acesso do paciente aos serviços de saúde e a qualidade do trabalho desenvolvido nesses serviços influenciam diretamente no processo de adesão.

Em relação à facilidade de obtenção dos medicamentos na USF, a prevalência de baixa adesão foi maior nos indivíduos que referiram não ter facilidade em obter os medicamentos. Araújo e Garcia (2006) encontraram em estudo que a disponibilidade dos medicamentos nos

serviços para fornecimento aos pacientes é apontada como evento antecedente da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Leite e Vasconcelos (2003) evidenciaram que a falta de acesso ao medicamento é um grande entrave na adesão. Assim, pacientes que não tem facilidade na obtenção dos medicamentos tendem a aderir menos a terapêutica, conforme o encontrado no presente estudo, mesmo não tendo significância estatística.

No tocante ao número de medicamentos utilizados, a prevalência de baixa adesão foi maior nos indivíduos que referiram tomar 3 ou mais medicamentos (75,9 %) para o tratamento do diabetes e da hipertensão. Leite e Vasconcelos (2003) apontam que o maior número de medicamentos prescritos e o esquema terapêutico estão associados a não-adesão mesmo quando o medicamento é fornecido. Araújo e Garcia (2006) relatam que a diminuição do número de medicamentos utilizados e a diminuição da frequência das dosagens, são aspectos que levam à adesão. Portanto, quanto maior o número de medicamentos, mais baixa a adesão.

Em relação ao tempo de tratamento a prevalência de baixa adesão foi maior nos pacientes que tratam o diabetes e a hipertensão entre 1 ano e 2 anos. A não adesão tende a aumentar conforme o tempo decorrido do início do tratamento (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial são doenças muito prevalentes na população brasileira e constituem os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. O controle dessas doenças é, muitas vezes, difícil para o paciente, por requerer tratamento farmacológico e mudança nos hábitos de vida, o que pode levar a uma não adesão ao tratamento e conseqüentemente a complicações, piora na qualidade de vida e ônus econômico crescente tanto para o indivíduo como para os serviços de saúde.

Os resultados encontrados mostram baixa adesão ao tratamento medicamentoso e o não cumprimento das medidas não farmacológicas. Observou-se alta taxa de inatividade física e apesar da maioria dos pacientes fazerem dieta e não usarem ou terem abandonado o uso do álcool e do tabaco, ainda há uma parcela de indivíduos que alegam não terem nenhum cuidado com a alimentação e não abandonaram esses hábitos. Esses resultados denotam a importância de se estimular a adesão ao tratamento tanto medicamentoso como não-medicamentoso, a fim de melhorar as taxas glicêmicas e níveis tensionais e evitar complicações como as cardíacas e renais apresentadas por alguns hipertensos e diabéticos desse estudo.

Nesse sentido, as equipes de saúde da família têm papel primordial e devem desenvolver ações estratégicas que visem melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento, de modo a envolvê-lo no processo do cuidado, fazendo-o conhecer os benefícios do cumprimento da terapia a que os mesmos foram submetidos.

Ao analisar os fatores que influenciam a adesão ao tratamento medicamentoso somente a escolaridade mostrou significância estatística ($p < 0,05$), com prevalência de baixa adesão maior nos indivíduos com mais de 8 anos de estudo (75%).

Observou-se, porém, diferentes resultados quanto à prevalência da adesão. A prevalência de baixa adesão foi maior nos pacientes do sexo feminino (65,6%), com idade de 51 a 60 anos (68,75%), cor não-branca (66,7%), casados (69,2), com renda individual de 4 a 8 salários mínimos (75%), nos sujeitos que já apresentaram reação adversa aos medicamentos utilizados no tratamento do diabetes e da hipertensão (77,8%), que tinham conhecimento sobre o aspecto crônico dessas doenças (68%), que referiram o atendimento na USF como regular/ruim (90%), que relataram ter um bom relacionamento com a equipe de saúde (64%), nos que disseram não ter facilidade em obter os medicamentos na USF (83,3%), que utilizavam 3 ou mais medicamentos (75,9%) e que tratavam as doenças entre 1 e 2 anos (70%).

Em face da baixa adesão encontrada, a atuação de uma equipe multidisciplinar nas USFs torna-se importante, pois permite uma maior interação com a comunidade e conseqüentemente com os diabéticos e hipertensos cadastrados, propiciando um contato com os grupos mais vulneráveis, em especial os menos aderentes, gerando maior conhecimento sobre o diabetes e a hipertensão e os benefícios do seu controle e tratamento, de modo a melhorar a qualidade de vida dessa população.

Por fim, convém destacar que as atividades de educação em saúde são elementos imprescindíveis na elevação do grau de adesão ao tratamento e devem ser estimuladas, a fim de orientar e discutir com os pacientes suas dúvidas e preocupações a respeito do seu problema, permitindo uma maior participação do mesmo no processo de seu tratamento.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n.8, p. 1924-1930, 2007.
- ANDRADE, J. P.; VILAS-BOAS, F.; CHAGAS, H.; ANDRADE, M. Epidemiological aspects of Adherence to the Treatment of Hypertension. **Arq Bras Cardiol**, Salvador – BA, v. 79, n. 4, p.380-4, 2002.
- AQUINO, E. M. M. L. L et al. Hipertensão Arterial em Trabalhadoras de Enfermagem – Padrão de Ocorrência, Diagnóstico e Tratamento. **Arq Bras Cardiol**, v. 76, nº 3, p. 197-202, 2001.
- ARAÚJO, A.J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v.30, supl.2, p.3-76, ago. 2004.
- BARROS, A. C. M; ROCHA, M. B.; SANTA HELENA, E. T. Adesão ao tratamento e Satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 37, n. 1, 2008.
- BRANDÃO, A. P. et al. Epidemiologia da hipertensão arterial. **Rev Soc Cardiol**. Estado de São Paulo, p. 7-19, 2003.
- BRASIL. Coordenação de Investigação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde. **Informe de Atenção Básica**. Brasília (DF): MS; 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Controle da Hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. In: FILHO, L. A. D.; DONINI, F. A.; RESTINI, C. B. A. Impacto de um modelo de tratamento não farmacológico para diabetes e hipertensão no município de Rincão: projeto saúde e vida. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, p. 509-512, nov-dez, 2010.
- _____. Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica: hipertensão e diabetes**. Portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial atinge 23,3 % dos brasileiros**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_ar ea=1248CO_NOTICIA=12485 >. Acesso em: 13 jul. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

GIROTTO, Edmarlon. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR. 2008. 189f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, 2008.

GOLDIM, J. R. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

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

HENRIQUE, N. N. et al. Hipertensão arterial e Diabetes mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, p. 168-73, abr-jun 2008.

Hipertensão arterial atinge 23,3 % dos brasileiros. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalleNoticia&id_ar ea=1248CO_NOTICIA=12485>. Acesso em: 13 jul. 2011.

HO P. M. et al. Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. **Arch Intern Med**, v.166, p. 1842-7, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo demográfico e contagem Populacional 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: <www.ibge.com.br>. Acesso em: 08 de jun. 2011.

IRIGOYEN, M. C. et al. Exercício físico no diabetes melito associado à hipertensão arterial sistêmica. **Rev Bras Hipertens**, v. 10, n.2, abr-jun, 2003.

JARDIM, P. C. B. V.; JARDIM, T. S V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 186-189, 2009.

KRAPEK, K. et al. Medication adherence and associated hemoglobin A1c in type 2 diabetes. **Ann. Pharmacother.**, v. 38, p.1357-1362, 2004.

KASSOUF, A.L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Rev. econ. sociol. rural**, Brasília, v.43, n.1, p.29-44, jan-mar. 2005.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**, p. 775-782, 2003.

LESSA I.; FONSECA J. Raça e aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 68, n. 6, p. 443-449, 1997.

LOLIO, C A. de. Epidemiologia da hipertensão arterial. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, p. 425-32, 1990.

MALDANER, C. R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, p. 647-653, dez, 2008.

- Marques, H. R., Manfroi, J., Castilho, M. A., Noal, M. L. **Metodologia da pesquisa e do trabalho científico**. 2 ed. Campo Grande-MS: UCDB, 2006.
- MARTINEZ M. C., LATORRE M. R. D. O. Fatores de Risco para Hipertensão Arterial e Diabete Melito em Trabalhadores de Empresa Metalúrgica e Siderúrgica. **Arq Bras Cardiol**, p. 471-479, 2006.
- MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
- MERCURI, N.; ARRECHEA, V. Atividade física e diabetes mellitus. **Diabetes Clínica**, p. 1-3, 2001.
- MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com *Diabetes mellitus* e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.17, n. 4, p. 672-679, out-dez. 2008.
- MOLINA, M.C.B. et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Rev. saúde pública**. São Paulo, v.37, n.6, p.743-750, dez, 2003.
- MORISKY, D. E; GREEN, L. W.; LEVINE D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, v. 24, n.1, p.67-74, jan, 1986.
- NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JR.. D. (Orgs.). Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. In: OSHIRO, M. L. Fatores para a não-adesão ao Programa de Controle da Hipertensão Arterial em Campo Grande, MS: um estudo de caso e controle. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.
- OSHIRO, M. L. Fatores para a não-adesão ao Programa de Controle da Hipertensão Arterial em Campo Grande, MS: um estudo de caso e controle. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.
- PACE, A. E.; NUNES P. D.; OCHOA-VIGO K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Rev Latino-am Enfermagem**, p. 312-319, mai-jun, 2003.
- PESSUTO, J.; CARVALHO, E.C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. latino am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, jan, 1998.
- PFÄFFENBACH, G.; CARVALHO, O. M.; BERGSTEN-MENDES, G. Reações adversas a medicamentos como determinantes da admissão hospitalar. **Rev Assoc Med Bras**. p. 237-241, 2002.
- PIERIN, A. M. G et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Rev Esc Enf USP**. v.35, n. 1, p. 11-18, mar, 2001.
- SANTA HELENA, E. T., Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau, SC. 2007. 113 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2007.
- SARQUIS, L. M. M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev.Esc.Enf.USP**. v.32, n.4, p. 335-53, dez, 1998.

APÉNDICE

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DE AGRICULTURA
SECRETARIA DE ESTADO DE ECONOMIA
SECRETARIA DE ESTADO DE CULTURA

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA – UACV
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Dados sócio-demográficos

1.1 Sexo: () Masculino () Feminino

1.2 Faixa etária:

() de 18 a 30 () de 41 a 50 () de 61 a 70 () de 81 a 90

() de 31 a 40 () de 51 a 60 () de 71 a 80

1.3 Raça/cor: () Branca () Negra () Parda () Outra

1.4 Estado Civil: () solteiro(a) () casado(a) () viúvo(a) () divorciado(a)

1.5 Escolaridade:

() Analfabeto () Ensino fundamental completo

() Ensino fundamental incompleto () Ensino médio completo

() Ensino médio incompleto () Nível superior completo

() Nível superior incompleto

1.6 Ocupação/Profissão: _____

1.7 Renda individual:

() de 0 a 1 salário mínimo () de 1 a 4 salários mínimos

() de 4 a 8 salários mínimos () mais de 8 salários mínimos

2. Dados sobre o diagnóstico e tratamento

2.1 Qual das duas patologias diagnosticou primeiro?

() Diabetes () Hipertensão

2.2 Utiliza algum medicamento para o tratamento do Diabetes e da Hipertensão?

() Sim () Não

2.3 Quais os medicamentos utilizados?

2.4 Já teve alguma reação adversa? () Sim () Não () Não lembra

2.5 Onde o Sr.(a) consegue seus medicamentos?

- Unidade de saúde
 Unidade de saúde/Farmácia privada
 Farmácia privada
 Outros _____

2.6 Há quanto tempo iniciou o tratamento das duas doenças?

- entre 6 meses a 11 meses e 29 dias
 entre 1 ano e 1 ano e 5 meses e 29 dias
 entre 1 ano e seis meses a 1 ano 11 meses e 29 dias
 Mais de 2 anos

2.7 Já interrompeu alguma vez o tratamento? Sim Não**Se a resposta for sim**

Qual o motivo?

- Falta do medicamento Problemas financeiros
 Falta de assistência médica Por achar que não necessitava mais do tratamento
 Outros _____

2.8 Faz alguma dieta ou cuidado com a alimentação para controlar a pressão e os níveis glicêmicos? Sim Não**Se a resposta for sim:**

Qual o tipo de cuidado que você faz?

- Diminuição do sal Diminuição do consumo de gorduras
 Diminuição do açúcar Outros _____

2.9 Realiza alguma atividade física? Sim Não**Se a resposta for sim:**

Realiza qual dessas atividades? Qual a frequência?

- Caminhada 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes Às vezes
 Dança 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes Às vezes
 Musculação 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes Às vezes
 Futebol/vôlei 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes Às vezes
 Não realiza

2.10 O (a) Sr (a) Fuma ou já fumou?

- Sim
 Não
 Já fumei

2.11 Costuma ingerir bebidas alcoólicas?

- Sim **Com qual frequência?** Diariamente 1 a 2 vezes/semana
 Não 3 a 6 vezes/semana Eventualmente

2.12 Os problemas de saúde que possui (Hipertensão e diabetes) são enfermidades para toda a vida?

- Sim Não

3. Dados sobre o Serviço de saúde**3.1 Como considera o atendimento na USF?**

- Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

3.2 Recebe alguma informação referente às doenças e ao tratamento pelos profissionais? Sim Não**3.3 Possui um bom relacionamento com a equipe de saúde? Sim Não****3.4 Com que frequência vai às consultas na USF?**

- Semanalmente
 Quinzenalmente
 Trimestralmente
 Mensalmente
 Semestralmente
 Anualmente
 Nunca

3.5 Tem facilidade para marcar consultas?

- Sim Não Regular (mais ou menos)

3.6 Tem facilidade para pegar os medicamentos na USF?

- Sim Não Regular (mais ou menos)

4. Dados sobre a Situação de saúde autoreferida

4.1 O Sr (a) tem doença renal? Sim Não Não sabe

4.2 Tem doença do coração? Sim Não Não sabe

4.3 Tem colesterol alto? Sim Não Não sabe

4.4 Já teve infarto? Sim Não Não sabe

4.5 Já teve derrame? Sim Não Não sabe

5. Dados sobre a Adesão ao tratamento medicamentoso

5.1 Você tem dificuldade para tomar os seus medicamentos? () Sim () Não

Se a resposta for sim

Quais os motivos que você encontra para não tomar os medicamentos?

- () Medicamento não acessível economicamente
- () Problemas físicos para a administração
- () Não entende as instruções de uso
- () Não quer usar o medicamento
- () Esquece com frequência
- () Não gosta da forma farmacêutica
- () Efeitos adversos
- () Ausência de sintomas
- () Outros _____

5.2 Teste de Morisky

Você, alguma vez, esquece de tomar o seu remédio?

- () Sim () Não

Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?

- () Sim () Não

Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar seu remédio?

- () Sim () Não

Quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?

- () Sim () Não

Fonte: (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986)

ANEXOS

**ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PESQUISA EM NEUROCIÊNCIAS
LABORATÓRIO DE NEUROCIÊNCIAS BÁSICAS
RUA MARQUÊS DE SÃO CARLOS, 225
CAMPUS MARacanã, RIO DE JANEIRO, RJ, 21540-900

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE**

(OBSERVAÇÃO: para o caso de pessoas maiores de 18 anos e não incluídas no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “ESTUDO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DIABETES E HIPERTENSÃO ATENDIDOS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho “ESTUDO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DIABETES E HIPERTENSÃO ATENDIDOS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB” terá como objetivo geral avaliar a adesão ao tratamento de indivíduos com diabetes e hipertensão atendidos na Rede Básica de Saúde do município de Cajazeiras – PB.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder a um questionário semi- estruturado e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

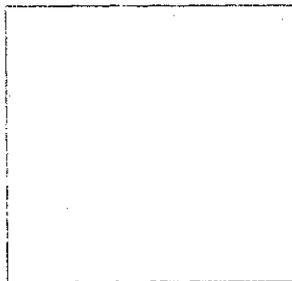
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 99526394 com **Gabriela dos Santos Gomes**.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

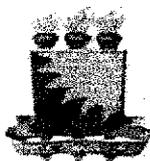
Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa



Faint, illegible text or stamp located in the bottom right corner of the page.

**ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
(CEP – UEPB)**

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP – UEPB)



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA- PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO CAAE Nº: 0390.0.133.000-11

PARECER

- APROVADO**
 NÃO APROVADO
 PENDENTE

TÍTULO: “Estudo da adesão ao tratamento de indivíduos com Diabetes e Hipertensão atendidos na Rede Básica de Saúde do município de Cajazeiras - PB”.

PESQUISADORA: Fabiola Fialho Furtado

DESCRIÇÃO: Trata-se de um estudo observacional transversal e quantitativo com análise estatística descritiva. A pesquisa tem como objetivo geral avaliar a adesão ao tratamento de indivíduos com Diabetes e Hipertensão atendidos na Rede Básica de Saúde do município de Cajazeiras - PB. O projeto encontra-se bem estruturado e bem fundamentado. Durante o desenvolvimento da pesquisa, os pesquisadores adotarão os princípios éticos dispostos na RESOLUÇÃO 196/96 do CNS/MS. Assim sendo, somos de parecer favorável à realização do projeto, salvo melhor juízo.

Campina Grande, 15 de agosto de 2011.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Doralécia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Relator: 04

**ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa: ESTUDO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DIABETES E HIPERTENSÃO ATENDIDOS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB.

Eu, **FABIOLA FIALHO FURTADO**, professora da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (ETSC- UFCG), campus Cajazeiras - PB, portadora do RG: **2668863** e CPF: **042774984-00** comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

PESQUISADOR(A)

CAJAZEIRAS, 05 DE AGOSTO DE 2011.

ANEXO D – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

ANEXOD – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DIABETES E HIPERTENSÃO ATENDIDOS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB.

Eu, **FABÍOLA FIALHO FURTADO**, professora da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (ETSC- UFCG), campus Cajazeiras - PB, portadora do RG: 2668863. Declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientador

Orientando

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
LABORATÓRIO DE GENÉTICA
CAMPUS CAJAZEIRAS - PB

ANEXO E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

ANEXO E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 05.325.381/0001-00
RUA ARSÊNIO ROLIM ARARUNA, 01 – COCODÉ
FONE: (83) 3531-4734**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **“ESTUDO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DIABETES E HIPERTENSÃO ATENDIDOS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB”** desenvolvida pela aluna Gabriela dos Santos Gomes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Fabíola Fialho Furtado.

CAJAZEIRAS – PB, 05 DE AGOSTO DE 2011.

**Luciana Souza de Abreu
Secretária de Saúde**

ANEXO F – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

ANEXO F – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar

Luciana Souza de Abreu
Secretária de Saúde