



Universidade Federal
de Campina Grande

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

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NO HOSPITAL
INFANTIL DE CAJAZEIRAS - PB**

GABRIELLA DE MOURA GOMES

**CAJAZEIRAS
2009**

GABRIELLA DE MOURA GOMES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NO HOSPITAL
INFANTIL DE CAJAZEIRAS - PB**

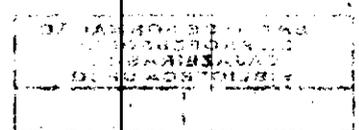
Projeto de Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Ms. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Co-Orientador: Prof^o Esp. Victor Hugo Farias da Silva.

CAJAZEIRAS – PB

2009





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

G633p GOMES, Gabriella de Moura
Perfil epidemiológico das crianças atendidas no
hospital infantil de Cajazeiras- PB./ Gabriella de Moura
Gomes. Cajazeiras, 2009.
50f.

Orientador: Rosimey Cruz de Oliveira Dantas.
Co-Orientador: Victor Hugo Farias da Silva.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCC

1.Pediatria. 2.Criança. 3.Saúde Infantil. 4.Hospitalização.
I. Título.

UFCC/CFP/BS

CDU – 616–053.2

GABRIELLA DE MOURA GOMES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NO HOSPITAL
INFANTIL DE CAJAZEIRAS – PB**

Aprovada em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora:

Prof.^a Ms. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
(Orientador - UFCG)

Prof.^o Esp. Victor Hugo Farias da Silva
(Co-orientador – UFCG)

Prof.^o Esp. Cláudia Maria Fernandes
(Membro - UFCG)

*Aos meus pais, que me propiciaram uma vida digna onde eu pudesse crescer,
acreditando que tudo é possível, desde que sejamos honestos, íntegros de caráter e tendo a
convicção de que desistir nunca seja uma ação contínua em nossas vidas; que sonhar e
concretizar os sonhos só dependerá de nossa vontade.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, força maior que nos guia e ilumina.

À minha Mãe Giselda Maria de Moura por ter me concebido a vida, e por durante toda a sua vida ter se dedicado a construção de todo o meu ser.

Ao meu Pai Geraldo Mangelo Gomes por ter me incentivado e me mostrado os caminhos para chegar até esta vitória.

Aos meus irmãos Glérison e Gefferson pelos momentos em que senti vontade de chorar e me fizeram sorrir.

Às minhas queridas amigas que conviveram comigo ao passar destes cinco anos de caminhada, enfrentado todos os desafios e sempre despertando em mim a vontade de aprender mais.

A todos os professores que contribuíram e acreditaram no meu potencial.

À minha orientadora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas pelo desprendimento do seu tempo, conhecimentos, paciência, noites acorda até tarde lendo e relendo incansavelmente todo este trabalho.

Ao meu Co-Orientador Victor Hugo Farias da Silva pela suas contribuições, no sentido de me passar seus conhecimentos e de me conceder apoio emocional para chegar ao fim desta longa caminhada.

À Universidade Federal de Campina Grande, por compreender que somos capazes de contribuir para a formação de uma sociedade humanitária.

"Todas as crianças deveriam ter direito à escola, mas para aprender devem estar bem nutridas. Sem a preparação do ser humano, não há desenvolvimento. A violência é fruto da falta de educação."
(Leonel Brizola)

RESUMO

GOMES, Gabriella de Moura. **Perfil Epidemiológico das Crianças Atendidas no Hospital Infantil de Cajazeiras - PB.** Trabalho de conclusão de curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2009. 50f.

As principais causas de internação infantil no Brasil são por doenças infecciosas e parasitárias e por afecções do aparelho respiratório, estudos mostram que as infecções respiratórias agudas são responsáveis por 12,2% de todas as mortes em crianças menores de cinco anos, a diarreia é responsável atualmente por cerca de 8% de número total de mortes entre menores da mesma faixa etária, e que a mortalidade é nove vezes maior no nordeste do que no sul. Este estudo teve como objetivos investigar o perfil epidemiológico das crianças atendidas no hospital infantil de Cajazeiras - PB, bem como listar as principais causas de internação hospitalar em crianças de 0 a 2 anos, identificando a prevalência das doenças de acordo com o sexo e idade, relacionando tempo de permanência hospitalar, condições e motivo da alta. Para tanto utilizou-se de um estudo documental, com abordagem quantitativa descritiva - exploratória, utilizando-se dos dados registrados em prontuários de internação do HIC, tendo como amostra 160 crianças de 0 a 2 anos de idade de ambos os sexos, internadas no período de Janeiro a Agosto de 2009. Os resultados demonstraram que das crianças internadas, 58% eram do sexo masculino e 42% do sexo feminino, a faixa etária prevalente foi de 07 a 12 meses de idade, meninos 20% e meninas 12,5%. Quanto à procedência: sítios (41%), Cajazeiras (37%) e outras cidades da região (27%). OS Diagnósticos prevalentes agrupados pelo CID: doenças do aparelho respiratório (46%), doenças infecciosas e parasitárias (40%). A prevalência do período de internação foi de 5 dias com (91%). As condições de saída hospitalar na sua maioria obteve o critério de "melhorado" (87,5%), seguido pelo tipo de saída por "Alta" (87,5%). Óbitos (4%), causa prevalente de óbitos, segundo diagnóstico médico: Diarreia Aguda Amebiana (1,9%). Prevalência das doenças em crianças de 0 a 11: (51%) das crianças menores de 1 ano são acometidas por doenças do aparelho respiratório, seguida das doenças infecciosas e parasitárias com (35%). Prevalência das doenças em crianças de 12 a 24 meses: nesta faixa etária as doenças do aparelho respiratório tendem a ter uma ocorrência menor (40%), no entanto a uma elevação comparada a faixa etária anterior das doenças infecciosas e parasitárias (48%). Por meio da determinação do perfil das crianças atendidas no HIC, é possível inferir que as políticas de atenção à criança preconizadas pelo Ministério da Saúde podem contribuir na redução da morbimortalidade de doenças infecciosas e parasitárias, bem como do aparelho respiratório, as quais se mostraram relevantes em crianças menores de dois anos. Os resultados deste estudo poderão subsidiar reflexões, por parte dos profissionais de saúde do HIC, bem como dos profissionais de outras localidades, de onde as crianças procederam, quanto aos fatores determinantes que contribuem com a morbidade e a internação infantil neste hospital. Então, o que falta é um esforço concentrado na organização da assistência à população infantil, que contemple desde o primeiro atendimento, nas unidades básicas de saúde, até a atenção especializada dos casos mais graves, que exigem internação nas unidades de média e alta complexidade.

Palavras-chave: Criança. Pediatria. Hospitalização. Saúde Infantil

ABSTRACT

The main causes of child internment in Brazil are due to infectious and parasitic diseases and respiratory diseases, studies show that acute respiratory infections account for 12.2% of all deaths in children under five years, diarrhea is responsible today for about 8% of total number of deaths among children the same age, and that mortality is nine times higher in the Northeast than in the south. This study aimed to investigate the epidemiological profile of children treated at Children's Hospital in Cajazeiras - PB, and list the major causes of hospitalization among children aged 0 to 2 years, identifying the prevalence of disease according to sex and age, relating length of hospital stay, conditions and reason for discharge. For this we used a documental study, with a quantitative descriptive – exploratory approach, using data recorded in the prompt-books of the Children's Hospital, and a sample of 160 children aged 0 to 2 years old of both sexes, hospitalized in the period from January to August 2009. The results showed that from the interned children, 58% were male and 42% female, the prevalent age was 07 to 12 months, boys 20% and girls 12.5%. Regarding provenance: farms (41%), Cajazeiras (37%), and other cities in the region (27%). The prevalent diagnoses grouped by CID: respiratory diseases (46%), infectious and parasitic diseases (40%). The prevalence of hospital internment was 5 days with (91%). The conditions of hospital discharge mostly obtained the criterion of "improved" (87.5%), followed by the type of output for "Discharge" (87.5%). Deaths (4%), prevalent cause of death, by medical diagnosis: Acute Amebic diarrhea (1.9%). Prevalence of diseases in children aged 0 to 11: (51%) of children under 1 year are affected by respiratory diseases, followed by infectious and parasitic (35%). Prevalence of diseases in children aged 12 to 24 months: in this age group, respiratory diseases tend to have a lower occurrence (40%), however there is an increase compared to the previous age group of infectious and parasitic diseases (48%). By determining the profile of children seen at the Children's Hospital, it becomes possible to infer that political attention on the child recommended by the Ministry of Health can help in reducing the morbidity of infectious and parasitic diseases as well as the respiratory tract, which seem to be relevant in children under two years. The results of this study will be able to support reflection on the part of health professionals from the Children's Hospital, as well as professionals from other locations where children have, as the determining factors that contribute to infant morbidity and hospitalization in this hospital. So, what is lacking is a concerted effort in the organization of care for the child population, covering since the first one in primary health care, specialized care to the most serious cases that require hospitalization units of medium and high complexity.

Keywords: Child. Hospitalization. Infantile.

LISTA DE SIGLAS

- CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- HIC – Hospital Infantil de Cajazeiras
- AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- DA – Diarréia Aguda
- EPEC – Escherichia Coli Enteropatogênico
- DRA – Doença Respiratória Aguda
- IRA – Infecção Respiratória Aguda
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE GRÁFICOS

Quadro 1 – Internações segundo idade em meses.....	25
Quadro 2 – Tempo de permanência hospitalar.....	28
Quadro 3 - Número de óbitos.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Internações segundo sexo.....	25
Tabela 2 – Internações segundo faixa etária.....	26
Tabela 3 – Internações segundo o local de residência.....	26
Tabela 4 – Agrupamento dos diagnósticos por CID*.....	27
Tabela 5 – Condições e Tipo de saída hospitalar.....	29
Tabela 6 - Número de óbitos segundo a causa morte.....	30

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 Políticas de Atenção á Saúde	15
2.2 Doenças Prevalentes na Infância	18
2.2.1 Diarréia Aguda	18
2.2.2 Doença Respiratória Aguda (DRA)	19
2.2.2.1 Pneumonia	20
2.2.3 Asma	21
3 OBJETIVOS	22
3.1 Geral	22
3.2 Específicos	22
4 PERCURSO METODOLÓGICO	23
4.1 Tipo de estudo	23
4.2 Local da pesquisa	23
4.3 Participantes do estudo	23
4.4 Posicionamento ético dos pesquisadores	24
4.5 Instrumento e coleta de dados	24
4.6 Análise dos dados	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICES	36
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	37
APÊNDICE B - Termo de Responsabilidade e Compromisso do Professor Orientador	38
APÊNDICE C - Termo de Responsabilidade e Compromisso da Orientanda	39
APÊNDICE D - Instrumento de Coleta de Dados	40
ANEXOS	41

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A história da evolução da saúde-doença no Brasil e no mundo revela que as crianças têm como causa de morte, certos acontecimentos que poderiam ser evitados com ações de promoção da saúde. As ações dirigidas às crianças têm sido focadas no desenvolvimento e na aplicação de medidas preventivas oportunas e universais. Reconhece-se que as condições de vida influenciam a saúde infantil.

Leão (1997), afirma que a realidade da saúde da população infantil é resultante da ação e da interação de três sistemas: "o social, o ecológico e o biológico". Para o autor, o sistema social apresenta aspectos socioeconômicos e educacionais, onde o padrão de saúde aumenta proporcionalmente à escolaridade, não só porque este é um indicador de melhoria da condição econômico-social, mas porque o acesso à educação transforma hábitos com relação ao próprio corpo e meio ambiente. O sistema ecológico relaciona-se a fatores ambientais que, direta ou indiretamente, contribuem para a qualidade de saúde da criança, como o saneamento básico, tipo e local de moradia. O sistema biológico reflete aspectos físicos inerentes à pessoa como a sua anatomia, fisiologia, nutrição e respostas corporais contra agravos na saúde. Esses sistemas evoluem no tempo e no espaço, podendo originar fatores de proteção ou de risco à saúde, e a existência de fatores de risco significa a probabilidade de ocorrer desequilíbrio que afeta o estado de saúde da criança.

Diante desse quadro, é importante a identificação da interação e a caracterização dos três sistemas no planejamento de ações de prevenção, tratamento e recuperação, a fim de controlar e facilitar a manutenção de proteção à sua saúde.

Maletta (1997), complementa que há grande variação de doenças quanto à idade, sexo, grupo étnico, raça, lugar de nascimento, religião, ocupação, condição sócio-econômica, estado civil e determinantes genéticos, e que o estudo delas possibilita a compreensão dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento das doenças, visto que a distinção entre os indivíduos tem associação com o adoecer, pois certas características favorecem o surgimento de agravos na saúde e, conhecendo estes fatores individuais, pode-se planejar ações que visem à promoção da saúde.

O fato de ocorrer tantas internações em crianças, mesmo mediante ações preventivas preconizadas pelas políticas públicas de saúde, fez surgir interesse de investigar esta realidade e responder a seguinte indagação: Qual é o perfil epidemiológico das crianças internadas no Hospital Infantil de Cajazeiras - PB?

Espera-se, com a realização deste estudo, a partir da divulgação dos resultados alcançados, que os profissionais de saúde do Hospital Infantil de Cajazeiras - PB, bem como das localidades de origem das crianças, reflitam sobre os fatores determinantes da morbidade e mortalidade das crianças hospitalizadas; e assumam compromisso com ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos, que possam beneficiar a saúde das crianças de acordo com suas necessidades de bem-estar físico, mental e social. Espera-se, ainda, que os resultados desta pesquisa possam subsidiar ações de adequação dos serviços prestados nesse ambiente terapêutico, em relação à população beneficiada, podendo melhor adequar a assistência ao perfil apresentado por essas crianças no período estudado.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A criança antes do nascimento é portadora de um extraordinário impulso vital, revelado pelo desenvolvimento intra-uterino que em nove meses, a partir da concepção, pelas divisões celulares tão características desse período, finaliza-se nas fases embrionárias e fetais da gravidez.

A criança nasce implicada na saúde básica, propiciada pelos cuidados suficientemente bons da mãe e do pai. Nesse período, o bebê, demanda carinho, afeto, afago e – não menos importante – o alimento fisiológico ressignificado pelo leite materno.

A criança, no primeiro ano de vida, triplica seu peso com o qual nasceu, aumenta em 50% a sua estrutura corporal e evoluir com destreza suas capacidades e habilidades cognitivas, fazendo com que entre a criança de um ano e o adulto as diferenças funcionais sejam menores do que entre ela e o recém-nascido. (MARCONDES; VAZ; RAMOS, 2002).

A infância é um período no qual se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves conseqüências para indivíduos e comunidades.

A promoção da saúde é um processo que se estende através do espectro de vida. Estudos demonstram que a saúde da criança pode ser afetada de maneira positiva ou negativa pelas práticas de saúde da mãe durante o período pré-natal. Por conseguinte, a promoção da saúde começa antes do nascimento e se estende através da infância, fase adulta e velhice. Assistir à criança doente e sua família é uma atividade complexa que requer o envolvimento da equipe multidisciplinar como um todo, cabendo à enfermagem uma atuação constante e direta. Sendo assim é importante que a equipe de enfermagem, ao assistir integralmente à criança, valorize os aspectos social, biológico, cognitivo e afetivo além dos procedimentos terapêuticos. (SMELTZER; BARE, 2006).

A alimentação adequada nos primeiros meses de vida é um fator determinante para que estes distúrbios sejam minimizados. O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui uma sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Nos últimos 30 anos, as políticas nacionais de apoio ao aleitamento materno se basearam eminentemente na perspectiva hospitalar ou no apoio legal, mas houve pouco e incipiente estímulo para estabelecer essas ações no âmbito da Atenção Básica. Da mesma forma, a Política Nacional

de Alimentação e Nutrição encerra uma lacuna de informação e amparo legal entre hábitos considerados inadequados até então e colabora para a concepção de novos aceitos atuais. (BRASIL, 2009).

Recentemente, o UNICEF, em sua publicação “Situação Mundial da Infância 2008 – Sobrevivência Infantil” reconheceu a Estratégia Saúde da Família como uma das principais políticas adotadas pelo país responsável pela redução da mortalidade infantil nos últimos anos. Segundo dados do Unicef, o Brasil ocupa o segundo lugar no *ranking* de países capazes de atingir a meta de redução da mortalidade infantil em dois terços, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, da Organização Mundial da Saúde, em função da expressiva evolução na redução da mortalidade na infância entre 1990 e 2006. (BRASIL, 2009).

Os avanços realizados, especialmente nas últimas décadas, com relação à prevenção de doenças e ao tratamento eficaz de muitas delas, tiveram uma importante repercussão nas condições gerais de vida da população mundialmente, inclusive na Região das Américas. Nos últimos vinte anos a expectativa de vida da população aumentou, e uma proporção importante deste aumento decorreu do impacto obtido pelos países com seus esforços para reduzir a mortalidade infantil. O número de mortes antes dos cinco anos foi drasticamente reduzido entre o início da década de 80 e o final dos anos 90, e alcançou em 2000 a meta fixada de reduzi-las em um terço com relação ao número de 1990. (OPAS, 2005).

Estes números são resultados dos diversos programas e estratégias adotados Ministério da Saúde, dentre estes destaca-se o PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança com enfoque nas ações básicas de saúde que apresentam um alto custo-efetividade, apresentando metas a serem cumpridas no que se refere ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno e orientação para o desmame, controle de doenças diarreicas, de infecções respiratórias agudas e de doenças que se podem prevenir por imunização. (BRASIL, 2009).

Estas ações devem ser desenvolvidas pela Atenção Básica, principalmente, através da equipe de profissionais da Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Essas atividades ao grupo infantil, recebe amparo legal, garantindo o direito às crianças a uma saúde mais digna, através da legislação brasileira, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que reforça o compromisso pela promoção do bem-estar desses pequenos cidadãos, estendendo-a a família, ao Estado e a sociedade como um todo. Os

programas desenvolvidos buscam oferecer um atendimento médico mais humano e de melhor qualidade para as nossas crianças. (BRASIL, 2009).

A ECA prevê todos os direitos a saúde da criança no Título II dos direitos fundamentais que fala sobre o direito à Vida e à Saúde no Art. 7.º temos a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. (BRASIL, 2008).

Outra estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, desde meados da década de 90, é a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância, AIDPI, que se revelou um meio adequado para pôr à disposição das famílias um conjunto básico de intervenções baseadas na evidência científica, e que permite prevenir e tratar eficazmente as principais doenças e problemas que afetam a saúde nos primeiros anos de vida. A AIDPI também contribuiu para fomentar a aplicação de medidas de promoção da saúde que dão aos pais os conhecimentos e práticas para o cuidado adequado da saúde de seus filhos. (OPAS, 2005).

Para que haja um esforço concentrado na organização da assistência à população infantil, que contemple a assistência infantil desde o primeiro atendimento, nas unidades básicas de saúde, até a atenção especializada dos casos mais graves que exigem internação nas unidades de média e alta complexidade, foi instituída a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”. (BRASIL, 2004).

A organização da assistência de saúde em linhas de cuidados sé estabelecida como uma estratégia para superar a desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde e garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção até as de tratamento e reabilitação, com um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção até a recuperação completa do indivíduo.

Segundo Brasil (2004) os Pontos da agenda de compromisso são: ações da saúde da mulher; atenção humanizada e qualificada; atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; triagem neonatal: teste do pezinho; incentivo ao aleitamento materno; incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD); alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; combate à desnutrição e anemias carências; imunização; atenção às doenças prevalentes; atenção à saúde bucal; atenção à saúde mental; prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil; atenção à criança portadora de deficiência.

Dentre as linhas de cuidados que são mais contempladas na atenção básica são: a assistência pré-natal, teste do pezinho, incentivo ao aleitamento materno exclusivo, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, combate a anemia e desnutrição, imunização, e atenção às doenças prevalentes, por serem atividades que estão inseridas na programação oficial do Ministério da Saúde, para os quais os municípios recebem incentivos diretos, como imunobiológicos, sulfato ferroso, Caderneta da Criança.

O aleitamento natural no decorrer dos anos tem se constituído fundamental para a garantia da saúde da criança. A amamentação quando praticada de forma exclusiva até os seis meses e complementada com alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais, torna-se fator determinante no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e idade adulta. As evidências científicas atuais comprovam que o leite humano proporciona um melhor desenvolvimento infantil. (BRASIL,2004).

Mesmo com os avanços alcançados no controle das doenças imunopreveníveis na última década com a erradicação da febre amarela urbana, da varíola e da poliomielite e eliminação da circulação autóctone do vírus do sarampo, muito ainda deve ser feito para se atingir a meta de vacinar com o esquema básico no mínimo 95% das crianças que nascem a cada ano, garantindo assim a interrupção da circulação dos agentes etiológicos das doenças imunopreveníveis. (BRASIL,2004).

2.2 DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

2.2.1 Diarréia Aguda

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define diarréia aguda (DA) como alteração repentina do hábito intestinal, caracterizada pela ocorrência de evacuações líquidas em três ou mais episódios em 24 horas, ou uma única semi-líquida contendo muco e sangue em 12 horas. (SMELTZER; BARE, 2006).

Na infância, a diarréia aguda é provocada em geral por um agente infeccioso, que, ao colonizar o trato intestinal, determina má absorção de água, eletrólitos e nutrientes. Embora o aspecto temporal seja considerado arbitrário, o processo deve apresentar, na maior parte dos casos, uma evolução auto-limitada, não excedendo o prazo de 15 dias, tempo considerado suficiente para depuração do agente causal e restabelecimento das funções absorptivas. (CAMPOS.*et al*, 1995).

Em todo o continente latino-americano, a DA constitui importante problema de saúde pública, especialmente na população infantil com menos de 3 anos de idade, em que se

registram, em média, de 5 a 10 episódios diarreicos anuais. Alguns fatores como o abandono precoce do aleitamento natural, baixo nível educacional, más condições higiênico-sanitárias e falta de refrigeradores nos domicílios contribuem para a elevada incidência de DA nos países em desenvolvimento, com prevalência para etiologia bacteriana. (WALDMAN, *et al*, 1997).

A quase totalidade dos estudos publicados em nosso meio até então foi realizada em populações extremamente carentes, desprovidas de saneamento básico, nas quais o bacilo *Escherichia coli* enteropatogênico (EPEC) apresenta-se como principal agente etiológico de diarreia aguda na infância, em taxas percentuais que variam de 20 a 40%. (SMELTZER; BARE, 2006).

A partir da década de 80, o *Rotavirus* emerge como um dos principais agentes etiológicos de diarreia nas populações infantis tanto em países industrializados como naqueles em desenvolvimento, cujo quadro diarreico está associado à presença de vômitos, acarretando, em muitos casos, dificuldades na condução da terapia de hidratação oral. Estudos mais recentes demonstram que a infecção pelo *Criptosporidium sp* determina diarreia aguda de caráter aquoso profuso, não somente em pacientes imunodeprimidos como nos imunocompetentes, especialmente crianças nos primeiros anos de vida. (ANDREASI, *et al*. 2007).

2.2.2 Doença Respiratória Aguda (DRA)

As doenças respiratórias agudas (DRA) e, particularmente as infecções respiratórias agudas (IRA), constituem uma das causas mais comuns de morbimortalidade na infância, atingindo principalmente crianças menores de cinco anos de idade. Apesar do decréscimo observado na mortalidade por IRA, com mais destaque para os países desenvolvidos, a morbidade permanece significativa globalmente. No Rio Grande do Sul, cerca de 30% das consultas pediátricas nos meses de inverno são motivadas por DRA e as pneumonias constituem-se no principal grupo para mortalidade, perfazendo cerca de 11% do total de mortes na faixa etária menor de um ano, e 16,1% na faixa etária de um a quatro anos de idade. (MACEDO, *et al*. 2007).

Entre os fatores de risco para DRA, estão o baixo nível socioeconômico, as condições ambientais inadequadas, incluindo aglomeração familiar e exposição passiva ao fumo. Além desses aspectos, há aqueles relacionados às condições nutricionais (baixo peso ao nascer, baixos peso e estatura para a idade e interrupção da amamentação) e a presença de doenças respiratórias pré-existentes na criança. (CAETANO, *et al*. 2002).

A magnitude do problema, especialmente nos países em desenvolvimento, aponta a necessidade de busca constante de estratégias efetivas para o controle da situação, como o reconhecimento e intervenção sobre seus fatores de risco.

Freqüentemente, há dificuldade de discriminar quadros de infecções de vias aéreas inferiores de crises asmáticas. Por outro lado, não é incomum, que os quadros infecciosos de vias aéreas alta ou baixa, especialmente os virais, sejam responsáveis por exacerbações de asma. Dessa forma, observa-se na literatura uma variedade de expressões na definição das condições respiratórias agudas em lactentes tais como: "doença respiratória baixa", "doença do trato respiratório inferior" ou "doença respiratória baixa sibilante", "doença respiratória aguda baixa", a dificuldade de separar a asma de outras condições respiratórias agudas, incluindo quadros infecciosos, que cursam nesse grupo etário com sibilância. (CAETANO, *et al.* 2002).

2.2.2.1 Pneumonia

A pneumonia é uma inflamação do parênquima pulmonar causada por um agente microbiano, sendo a causa mais comum de morte por doenças infecciosas nos Estados Unidos e constitui-se na sétima causa principal de morte para todas as idades e ambos os sexos, resultando em quase 70.000 mortes por ano. Ocorre quando um microorganismo seja bactérias, micobactérias, clamídias, micoplasma, fungos, parasitas ou vírus penetram na via aérea inferior, e vencem o mecanismo de defesa do hospedeiro. "Pneumonite" é um termo mais genérico que descreve um processo inflamatório no tecido pulmonar que pode predispor ou colocar um paciente em risco de invasão microbiana. (SMELTZER; BARE, 2006).

De acordo com a estratégia para Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), da Organização Pan-Americana de Saúde, os sinais propostos como alerta para diagnóstico de pneumonia são tosse e/ou dificuldade para respirar. A classificação do caso em pneumonia baseia-se, a partir daí, na detecção de taquipnéia, sinal clínico com melhor sensibilidade e especificidade, valores preditivos positivo e negativo, em diversos estudos. (OPAS, 2005).

Devido à dificuldade do pronto diagnóstico etiológico das pneumonias, o tratamento instituído, via de regra é empírico. A primeira decisão a ser tomada é quanto a necessidade de hospitalização. Segundo a estratégia da AIDPI, as crianças que apresentarem pneumonia grave ou muito grave, deverão ter a terapêutica antimicrobiana iniciada por via venosa e a assistência hospitalar. Cuidados gerais também devem ser orientados como manutenção da oferta de líquidos por via oral de modo a permitir a manutenção da hidratação, a oferta

alimentar conforme o que for mais bem aceito pelo paciente, a desobstrução das vias aéreas superiores através de medidas habituais de higiene, o uso de broncodilatadores quando necessário e a orientação quanto ao retorno imediato à unidade de saúde quando surgir qualquer um dos sinais de gravidade. (FARHAT, CARVALHO, SUCCI, 2008).

2.2.3 Asma

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas que provoca a hiper-responsividade, edema da mucosa e produção de muco, sendo, em grande parte, reversível, quer de maneira espontânea, quer com tratamento. Essa inflamação leva, por fim, a episódios recorrentes dos sintomas de asma: tosse, opressão torácica, sibilância e dispnéia. Nos últimos anos sua incidência e gravidade vêm aumentando em várias partes do mundo, porém à falta de uma definição clínica e de uma padronização dos instrumentos utilizados para o seu diagnóstico tem dificultado a sua larga aceitação em estudos epidemiológicos. (SMELTZER; BARE, 2006).

As hospitalizações de crianças asmáticas constituem desafio para a saúde pública mundial e figuram como segunda causa de hospitalização infantil nos países desenvolvidos. Considera-se que muitas dessas hospitalizações poderiam ser evitadas por abordagens terapêuticas profiláticas, notadamente por meio da utilização de corticosteróides inalados, reconhecidamente efetivos. A elaboração e divulgação de consensos nacionais e internacionais não parecem ter impacto sobre a ocorrência de agudizações clínicas que, com frequência, levam à hospitalização. Isto porque as recomendações com as modificações e os avanços na abordagem clínica dos pacientes, ocorridas principalmente nos últimos dez anos, não estão sendo incorporadas às práticas sanitárias ofertadas a muitos pacientes. (CASAGRANDE, *et al.*, 2008).

As crises graves de asma podem levar à morte e pesquisas recentes demonstraram que a maioria dos casos fatais ocorreu no caminho para a emergência. Isto poderia ser evitado se houvesse maior conhecimento do paciente e familiares sobre a gravidade dos sintomas com a busca precoce do atendimento emergencial. Todo paciente com asma deve ter em mãos um “plano de ação”, elaborado pelo médico com um passo a passo sobre o que fazer durante uma crise, além do controle dos sintomas. (SBA, 2008).

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Investigar o Perfil Epidemiológico das Crianças Atendidas no Hospital Infantil de Cajazeiras - PB

3.2 ESPECÍFICOS

- Listar as principais causas de internação hospitalar em crianças de 0 a 2 anos.
- Identificar a prevalência das doenças de acordo com o sexo e idade.
- Caracterizar tempo de permanência hospitalar, condições e motivo da alta.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Para alcançar os objetivos propostos, faz-se a opção por um estudo documental, com abordagem quantitativa descritiva – exploratória, utilizando-se das fichas de registro de internação hospitalar.

Segundo Gil (1995) pesquisa exploratória tem o objetivo de proporcionar visão geral, do tipo aproximativo, a cerca de determinado fato.

Richardson (1999) afirma que o método quantitativo caracteriza-se pelo emprego em qualificação tanto na modalidade de coleta de dados, quanto no tratamento por meio de técnicas específicas.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Infantil de Cajazeiras, localizado na cidade de Cajazeiras a 475 km da capital paraibana. A opção por esta instituição deve-se ao fato de ser um hospital de referência para a região, no que se refere ao atendimento da clientela infantil promovendo consultas e internação hospitalar, além de ser campo de estágio da pesquisadora na mesma unidade do estudo, o que facilitará acesso às dependências hospitalares, bem como aos participantes da pesquisa.

4.3 Participantes do estudo

A população foi constituída por 465 crianças internadas no período de Janeiro a Agosto de 2009, cujos dados estavam descritos nos prontuários das mesmas. A amostra foi representada por 160 crianças de 0 a 2 anos de idade de ambos os sexos, que representa 34,4% da população universo. Os dados foram coletados diretamente dos prontuários, e aqueles que não possuíram os dados pertinentes a este estudo foram eliminados pelo método de exclusão.

4.4 Posicionamento ético dos pesquisadores

Os pesquisadores seguiram fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no cumprimento ao termo de consentimento livre e esclarecido, que trata da participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação da pesquisa. Para que fosse possível a coleta de dados, o projeto foi encaminhado para apreciação e parecer ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria.

4.5 Instrumento e coleta de dados

Quanto ao delineamento, que se refere ao procedimento adotado para a coleta dos dados, esta investigação apresenta-se como uma pesquisa documental, onde foi utilizado um roteiro previamente elaborado para captação dos dados, a qual se valeu de materiais que receberam, um tratamento analítico de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 1991).

4.6 Análise dos dados

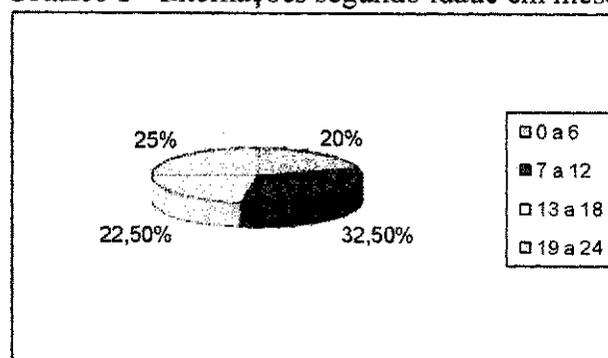
A análise dos dados foi realizada através da estatística descritiva, utilizando-se dos gráficos e tabelas de frequência e associação para apresentar os dados coletados, construídos a partir do programa Microsoft Excel, á luz da literatura pertinente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos dados foi realizada através de informações distribuídas em tabelas e gráficos que facilitaram a compreensão dos resultados e assim subsidiando as discussões inerentes a este estudo. As informações a seguir compreendem todos os dados coletados da amostra, composta de 160 crianças na faixa etária de 0 a 2 anos, que permaneceram internadas no Hospital Infantil de Cajazeiras no período de Janeiro a Agosto de 2009.

Gráfico 1 - Internações segundo idade em meses



Fonte: dados coletados HIC, 2009.

O Gráfico 1 nos mostra que a faixa etária prevalente foi de 07 a 12 meses com 32,5% das internações. Esse dados nos mostra a vulnerabilidade das crianças menores de 1 ano, e que isso também aumenta proporcionalmente quando há abandono precoce do leite materno, sem contar que é nesta faixa etária que as crianças começam a descobrir o mundo e tudo que elas pegam levam para a boca, expondo-as a diversos microorganismos. Vários estudos hoje comprovam a eficácia do leite materno contra várias doenças oportunas do período perinatal como as doenças do aparelho respiratório e as doenças diarréicas. (BRASIL, 2004).

Tabela 1 – Internações segundo sexo

Sexo	f	%
Masculino	93	58
Feminino	67	42
Total	160	100

De acordo com a tabela 1, podemos observar que no período de Janeiro a Agosto de 2009 das crianças internadas 58% eram do sexo masculino e 42% do sexo feminino. Algumas condições como imaturidade imunológica e o calibre reduzido da via aérea favorecem a evolução do quadro das doenças para formas mais complexas ou graves em crianças menores de um ano de idade. Entre as possíveis explicações para um maior predomínio de internações

em meninos, estaria a maior exposição a agentes infecciosos e a traumas, pois há maior liberdade de ações e brincadeiras no sexo masculino em comparação com sexo feminino por razões socioculturais em nosso meio.

Tabela 2 – Internações segundo faixa etária

Idade	f	%
0 – 6 meses	32	20
7 – 12 meses	52	32,5
13 – 18 meses	36	22,5
19 – 24 meses	40	25
Total	160	100.0

De acordo com a tabela 2, podemos observar que a maioria das crianças internadas estava entre 7 e 12 meses de idade. Simões (2002) enfatiza que as doenças do período perinatal, são as principais causas de internação hospitalar em menores de um ano. Segundo Rouquayrol (2003), a mortalidade perinatal é responsável por quase metade (48,5%) de todos os óbitos em menores de 5 anos no Brasil.

Tabela 3 – Internações segundo o local de residência

Localidades	f	%
Cajazeiras	51	37
Outras cidades	44	27
Sítios	65	41
Total	160	100

Na tabela 3, identificamos que as crianças internadas procederam de Cajazeiras (37%), cidades da região (27%) e Sítios (41%). Vale ressaltar que a soma do número de crianças da zona urbana total, temos um valor superior às crianças da zona rural. Sena *et al* (2006), afirma que a maior porcentagem das doenças acometem crianças menores de 5 anos que moram em residências que possuem infra-estrutura inadequada. Esta realidade se faz presente quando as residências são localizadas em ruas que não possuem saneamento básico adequado, ou seja, não possuem água encanada, rede de esgotos, coleta de lixo seletiva, cômodos suficientes para todas as pessoas da família causando aglomeração dos membros. Outro fator importante que contribui para o acometimento de doenças é a renda familiar e a escolaridade da mãe, dados estes relevantes que não estavam nos prontuários.

Tabela 4 – Agrupamento dos diagnósticos por CID*

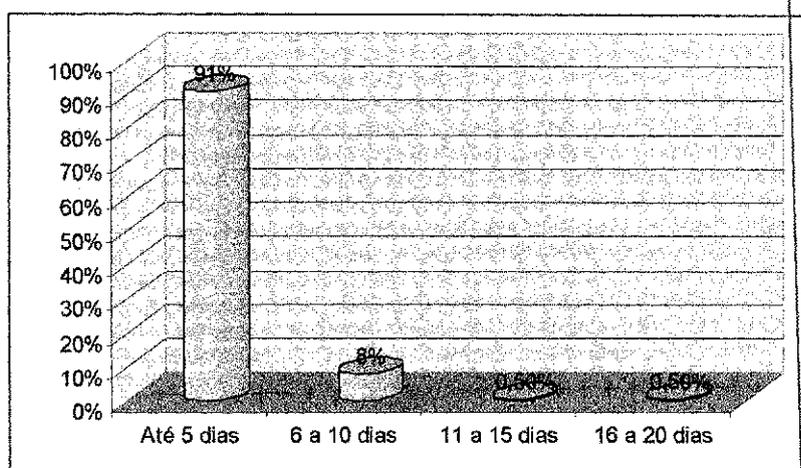
Grupos do CID	f	%
Doenças do Aparelho Respiratório	73	46
Doença Infecciosa e Parasitária	64	40
Doença Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	6	04
Doença do Sangue, Órgãos Hematopoiéticos e Transtornos Imunitários	6	04
Doenças do Aparelho Digestivo	1	0,5
Doenças do Aparelho Geniturinário	3	02
Afecções do Período Perinatal	4	02
Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	2	01
Outras Doenças	1	0,5
Total	160	100

***CID: Código Internacional de Doenças**

De acordo com a Tabela 4, observa-se que há uma maior ocorrência de hospitalizações de crianças de 0 a 2 anos, acometidas por doenças do aparelho respiratório (46%), seguida de acometimento por doenças infecciosas e parasitárias (40%). Segundo Rouquayrol (2003) as infecções respiratórias agudas são responsáveis por 12,2% de todas as mortes de menores de 5 anos no Brasil, ela ainda enfatiza que a diarreia é responsável atualmente por cerca de 8% do número total de óbitos entre a mesma faixa etária, e que a mortalidade é 9 vezes maior no Nordeste do que no Sul. É importante enfatizar que cuidados simples como o aleitamento materno poderia reduzir substancialmente estes números, pois, o leite humano é o alimento ideal para o lactente, em particular nos seis primeiros meses de vida. Seus benefícios para o organismo, em termos nutricionais e imunobiológicos são indispensáveis pela proteção que confere contra as doenças. Hoje em dia as mulheres ainda enfrentam certos mitos, bem como a falta de informação sobre o leite materno, o que as levam a deixar de oferecer amamentação exclusiva até os 6 meses de vida. Analisando mais detalhadamente, associando o diagnóstico médico a faixa etária, pode-se afirmar que quanto menor a idade das crianças internadas, maior o número de diagnósticos de doenças respiratórias. Vários fatores de risco são apontados para o desenvolvimento de doenças respiratórias na infância, tais como, baixo nível socioeconômico, condições ambientais inadequadas incluindo aglomeração familiar e exposição passiva ao fumo. Além disso, há aqueles fatores que se relacionam com as condições nutricionais, como, baixo peso ao nascer e interrupção da amamentação. Algumas condições como a imaturidade imunológica e o calibre reduzido das vias aéreas favorecem a evolução do quadro para formas mais graves, com disfunção respiratória significativa. A medida que a criança avança na idade, aumenta-se o número de doenças parasitárias que

pode ocorrer pelo motivo da criança nesta idade começar a interagir com o meio onde vive, ou seja, ela começa a usar seu espaço, descobrindo um novo mundo, porém ela não possui consciência dos cuidados que deve ter com a higiene das mãos, que são levadas a boca por várias vezes ao dia. Segundo Waldman et al. (1997), a diarreia aguda atinge especialmente a população infantil com idade entre 1 a 3 anos, o abandono precoce do aleitamento natural, baixo nível educacional, más condições higiênico-sanitárias contribuem para a incidência de diarreia aguda nos países em desenvolvimento. Albernaz et al (2003), afirmam que as IRAS têm sido a principal causa de morte em crianças menores de 5 anos com 4,5 milhões por ano.

Gráfico 2 – Tempo de permanência hospitalar



No gráfico 2 podemos observar que a maioria das crianças permaneceram até 5 dias internadas no HIC, seguido da média de 6 a 10 dias de hospitalização. Mathias e Soboll (1996) complementam, o tempo de internação hospitalar está relacionado às características individuais e de morbidade, bem como a procedência da criança, à eficácia do diagnóstico, ao tratamento e a eficácia dos serviços.

Uma provável causa de permanência de até 5 dias no hospital se dá pelo fato também de que algumas das doenças da fase infantil não necessitem de tratamento de alta complexidade, e por isso a eficácia e agilidade no tratamento diminui assim o tempo de internação. A maioria das crianças que chega ao hospital para serem atendidas geralmente não está em condições muito grave o que aumenta as possibilidades de uma recuperação mais rápida.

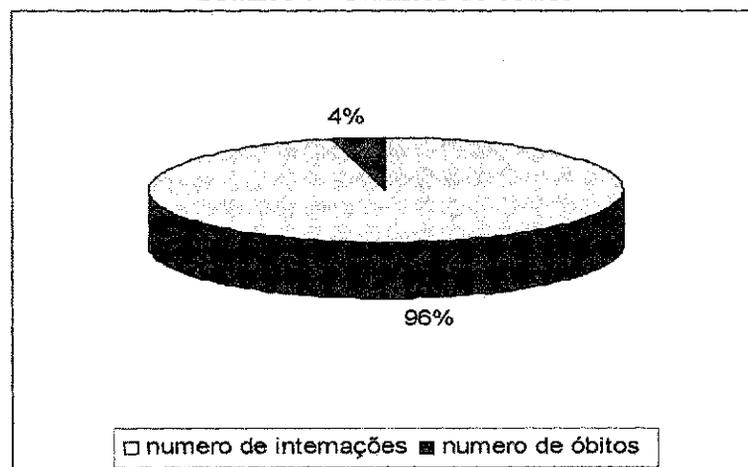
Tabela 5 – Condições e Tipo de saída hospitalar

Tipo de Saída	f	%
Alta	140	88
Alta a pedido	4	2
Óbito	6	4
Transferência	10	6
Total	160	100
Condições de Saída	f	%
Curado	0	0
Falecido	6	4
Inalterado	14	9
Melhorado	140	87
Total	160	100

Fonte: Dados do Hospital Infantil de Cajazeiras

Na tabela 5, concluímos que o tipo de saída por “Alta” corresponde a (88%), similar as condições de saída hospitalar com o critério de “melhorado” (87%). Vale salientar que os termos das condições de alta, estão disponíveis em uma ficha própria da autorização de alta, para controle da saída dos pacientes da instituição hospitalar. Este índice retrata fielmente a atuação do serviço, pois institui o tratamento adequado. Segundo Leal (1996), alguns procedimentos de baixo custo e de alta efetividade da rotina dos serviços poderiam ser inseridos sem, necessariamente, maiores investimentos em tecnologias complexas, e assim, melhorando a eficácia do diagnóstico precoce.

Gráfico 3 - Número de óbitos



O gráfico 3 nos mostra que o número de mortes equivale a 4% do total das internações, essas mortes ocorreram em crianças menores de 12 meses de idade. A maioria atingida por diarreia aguda. A tabela 6 nos mostra as causas detalhadamente.

Tabela 6 - Número de óbitos segundo a causa morte

Óbitos	f	%
Diarréia Amebiana Aguda	3	50
Depleção de Volume	1	16,7
Edema Pulmonar	1	16,7
Septicemia	1	16,6
Total	6	100

De acordo com a tabela 6, podemos averiguar que a diarréia aguda (50%) prevaleceu como causa de óbitos. A maioria das diarréias de causa bacteriana são autolimitadas. Por isso o manejo da diarréia baseia-se em dois aspectos principais: correção da hidratação e alimentação adequada. Em pleno século XXI podemos perceber que houve uma diminuição na incidência de doenças diarreicas, porém ela ainda se faz presente, pelas suas complicações, sendo motivo de vários óbitos, suas complicações estão associadas à desidratação, desnutrição, nas condições de higiene, entre outros fatores. Geralmente é uma doença facilmente prevenível com medidas de educação populacional, pois de fato o conhecimento a cerca da prevenção da diarréia ainda é uma realidade distante de várias famílias no Brasil e no mundo. Pontual et al.(2006), argumenta que a diarréia é uma causa importante de morbidade e mortalidade em crianças menores de 5 anos, com 1,4 bilhões de episódios anuais. Desses casos, 1,29 bilhões necessitam de cuidados domiciliares, 124 milhões de visitas hospitalares, 9 milhões de hospitalizações e uma estimativa de 2,1 milhões de mortes por ano.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
INSTITUTO DE TECNOLOGIA E PROFISSIONAL
BIBLIOTECA CENTRAL
CAMPINA GRANDE, PARANÁ

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados permitiu conhecer o perfil das crianças hospitalizadas no HIC confirmando que:

- quanto menor a idade das crianças internadas, maior o número de crianças com diagnóstico de doenças do aparelho respiratório;
- que a maioria das crianças internadas procede da zona urbana;
- as crianças internadas falecem mais por doenças infecciosas e parasitárias;
- o período de internação de 5 dias foi o mais prevalente;
- crianças maiores de 12 meses são mais acometidas por doenças infecciosas e parasitárias;

Por meio da determinação do perfil epidemiológico das crianças atendidas no HIC, é possível ressaltar que as políticas públicas de atenção à criança preconizadas pelo Ministério da Saúde podem contribuir na redução da morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, bem como do aparelho respiratório, as quais, nesta pesquisa, mostram-se relevantes em crianças menores de 2 anos.

Os resultados deste estudo poderão subsidiar reflexões, por parte dos profissionais de saúde do HIC, bem como dos profissionais de outras localidades, de onde as crianças procedem, quanto aos fatores determinantes que contribuem com a morbidade e a internação, também espera-se que a partir desta reflexão, possam estar desenvolvendo ações de promoção da saúde, beneficiando as crianças com um cuidado integral, de acordo com suas necessidades de bem-estar físico, mental e social.

A disponibilização destes dados para os órgãos de saúde de Cajazeiras, bem como para o próprio HIC, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Secretária Municipal de Saúde, poderá proporcionar uma melhor comunicação e interação entre as unidades de atendimento de baixa, média e alta complexidade.

As UBS de Cajazeiras e região tomando conhecimento do perfil das internações no HIC, que é um hospital de referência para a região, podem assim desenvolver planejamento de ações que estejam diretamente focadas na prevenção das doenças infecciosas e parasitárias e também na prevenção das doenças respiratórias que apresentaram alta incidência nas causas de internação infantil, tais como: imunização, incentivo ao aleitamento materno, prática de uma alimentação saudável, combate ao fumo intra domiciliar, tratamento adequado da água de consumo e a construção de uma rede eficiente de saúde que articule a dinâmica de cuidados e acolhimentos necessários as demandas relatadas nesta monografia.

É importante salientar que, trabalhar o perfil epidemiológico de crianças me ofereceu uma ampla visão das fissuras dos serviços prestados pelo hospital infantil.

Os subsídios para avaliação do serviço e trabalho desta instituição necessitam de um banco de dados adequado e prontuários que de fato cubram, em suas interrogações e/ou afirmações toda a história da criança, de sua patologia e de suas agonias. Perguntas significantes, pois, nos prontuários faltaram dados relevantes, tais como: escolaridade da mãe, se a criança ainda estava sendo amamentada e as condições de moradia da mesma, dados estes que deveriam conter na ficha de entrevista da assistência social.

Esses dados estão ausentes nos prontuários, e essa supressão sinaliza coleta de informações insuficientes para determinadas demandas e/ou patologia, com isso sugere-se a revisão do preenchimento dos mesmos, e encontros sistemáticos entre profissionais para avaliação dos prontuários e a necessidade de adequação dos mesmos.

Outro ponto fundamental é a aplicação da educação em saúde como prática da equipe de saúde junto aos familiares das crianças, para buscar a transformação de comportamentos, que possam ser adequados ao processo saúde-doença. A educação em saúde é uma das atividades exercidas pela enfermeira que busca o cuidado integral do ser humano. Assim, acreditamos que estamos cuidando da criança e de sua família quando ensinamos a prevenir doenças, informamos sobre exames, orientamos sobre necessidades de higiene, explicamos como deve ser usada a medicação, entre outras ações que ofereçam informação ao cliente, no ambiente extra, aplicado diretamente nas Unidades de Saúde da Família e intra-hospitalar, através de brinquedotecas, ou o próprio espaço das enfermarias, porém deve haver sempre o cuidado para não assumir apenas o caráter informativo e sim o conscientizador da educação.

Saber da história da criança, do seu contexto socioeconômico e cultural, e atuar na prevenção e promoção da saúde, é uma forma de intervir precocemente na sua patologia, o que constitui, além de cuidar, uma forma de previni-la do destino dessas doenças e desses sofrimentos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Caderno de atenção Básica**. Ministério da Saúde. Saúde da criança: Nutrição Infantil. Brasília, 2009.
- BRASIL. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.
- BARBIERE, Dorina; KODA, Yu K. Ling. **Diarréia Crônica na Infância**. Monografias Médicas Série Pediátrica. v. 27. São Paulo. Sarvier, 1986.
- CAETANO, Jozana do R. de M.; BORDIN, Isabel A. Santos; PUCCINI, Rosana F. *et al.* **Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP**. Rev. Saúde Pública v.36 n.3 São Paulo jun. 2002.
- CASTERLINE *et al.* Apud SIMÕES, C.C.S. **Perfis de Saúde e Mortalidade no Brasil: uma análise dos seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília, DF: Organização Panamericana da Saúde, 141p. 2002.
- CASAGRANDE, Rejane R. D.; PASTORINO, Antonio C.; SOUZA, Renata G. L. *et al.* **Prevalência de asma e fatores de risco em escolares da cidade de São Paulo**. Rev. Saúde Pública v.42 n.3 São Paulo jun. 2008.
- CAMPOS, Gilvana de J. do V.; FILHO, Stelito A. dos Reis.; SILVA, Antônio Augusto M. da. *et al.* **Morbimortalidade infantil por diarréia aguda em área metropolitana da região Nordeste do Brasil, 1986-1989^{*}**. Rev. Saúde Pública v.29 n.2 São Paulo abr. 1995.
- Código Internacional de Doenças – CID on-line.: Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em 10 set. de 2009.
- FARHAT, Calil K.; CARVALHO, Luiza H. F. R.; SUCCI, Regina C. de M. **Infectologia Pediátrica**. 3^a ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
- FIGUEIRA, Amira Consuelo de Melo; SOUZA, Isabel Cristina Neves de; RIOS, Viviana Graziela V. Benguigui Yehuda. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D. C.: OPAS, 2005.
- FIGUEIRA, Fernando; ALVES, João Guilherme B.; MAGGI, Ruben S.; **Diagnóstico e Tratamento em Pediatria: Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP)**. – 3.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006 il.
- GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 160p., 1991.

- JEKEL, James F.; KATZ, David L.; ELMORE, Joann G.; **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. – 2.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2005.
- LEAL, MC. **Evolução da mortalidade infantil no estado do Rio de Janeiro na década de 80: o componente neonatal [tese doutorado]**. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 1996.
- LIMA, Eduardo Jorge da Fonseca; SOUZA, Márcio Fernando Tavares; BRITO, Rita de Cássia Coelho Moraes de. **Pediatria Ambulatorial**. Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira – IMIP. Rio de Janeiro: 2008.
- LEÃO, Ennio *et al.* **Pediatria Ambulatorial**. Belo Horizonte: Cooperativa Editora de Cultura Médica, 528 p., 1997.
- MACEDO, Silvia Elaine Cardozo.; MENEZES, Ana Maria B.; ALBERNAZ, Elaine. *et al.* **Fatores de Risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade**. Rev. Saúde Pública v.41 n.3. São Paulo jun. 2007.
- MALETTA, Carlos Henrique Mudado. **Epidemiologia e Saúde Pública**. 2.ed. aum., rev., atual., Belo Horizonte: [s.n.], 213 p., 1997.
- MARCONDES, Eduardo; VAZ, Flávio Adolfo Costa; RAMOS, José Lauro Araujo; *et al.* **Pediatria Básica**. 9 ed. São Paulo: SAVIER, 2002.
- MATHIAS, Thais, A. F; SOBOLL, Maria Lúcia de M. S. **Morbidade Hospitalar no Município da Região Sul do Brasil em 1992**. Rev. Saúde Pública. [online]. Jun. 1996, vol. 30, n.3, p. 224-232. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101996000300004&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 set. 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 277 p., 2003.
- PORTO, Celmo Celeno; **Exame Clínico: bases para a prática médica**. Co-editor: Arnaldo Lemos Porto. – 6.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008 il.
- ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida; **Epidemiologia & Saúde**. – 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- SIMÕES, C. C. S. **Perfis de Saúde e de Mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 141 p., 2002.
- SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.550.

VICTORA, C. Cesar, J. Saúde Materno-Infantil no Brasil – Padrões de Morbimortalidade e Possíveis Intervenções. In: ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, cap. 14, p. 415-461., 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Perfil Epidemiológico das Crianças Atendidas no Hospital Infantil de Cajazeiras - PB

Pesquisador responsável: Prof^ª. Ms. Rosimery Cruz De Oliveira Dantas

Pesquisador participante: Gabriella De Moura Gomes

Eu _____, RG. _____,
CPF _____, residente na _____, fui informado(a) que este projeto tem o objetivo de Investigar o Perfil Epidemiológico das Crianças Atendidas no Hospital Infantil de Cajazeiras - PB, e que para desenvolvê-lo será necessário realizar os seguintes procedimentos: coletar dados direto dos prontuários de 160 crianças de 0 a 2 anos de idade de ambos os sexos, que estiveram internadas no período de Janeiro a Agosto de 2009.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, tive assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos.

Caso deseje, eu posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras -PB, telefone (83) 3531-2848, ou com o Coordenador, o professor Joselito Santos, telefone (83) 8836-6250 / 3335-4586.

Após obter as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa, declaro estar ciente do conteúdo deste Termo e autorizar a realização do projeto.

Cajazeiras - PB, _____ de _____ de _____.

Nome do sujeito/ou do responsável:.....

Assinatura:

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisa):

Testemunha 1:

Nome:

Assinatura:

Testemunha 2:

Nome:

Assinatura:

Assinatura do pesquisador responsável



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE B

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PROFESSOR
ORIENTADOR

Eu, Rosimery Cruz De Oliveira Dantas, professora, SIAP 1663760, vinculada a Universidade Federal de Campina Grande e faculdade Santa Maria, responsabilizo-me pela orientação da aluna Gabriella de Moura Gomes do Curso de Graduação em Enfermagem cujo projeto de pesquisa intitula-se "Perfil Epidemiológico das Crianças Atendidas no Hospital Infantil de Cajazeiras - PB" e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares, assim como a Resolução nº 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem da UFCG/CFP/UACV.

Cajazeiras – PB, 07 de Outubro de 2009.

Assinatura da Professora



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE C

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DA ORIENTANDA

Eu, Gabriella de Moura Gomes, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, responsabilizo-me, junto com a minha orientadora, a professora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado "Perfil Epidemiológico das Crianças Atendidas no Hospital Infantil de Cajazeiras - PB" e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares, assim como a Resolução nº 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem da UFCG/CFP/UACV.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo minha orientadora nas atividades de pesquisa.

Cajazeiras – PB, 07 de Outubro de 2009.

Assinatura da Orientanda

APÊNDICE D**Instrumento de coleta de dados****Crianças Internadas no Hospital Infantil de Cajazeiras - PB**

- 1- Idade:
- 2- Sexo:
- 3- Procedência:
- 4- Diagnóstico:
- 5- Tempo de Inter. Hospitalar:
- 6- Condições de alta:
- 7- Tipo da alta:

Observações Especiais:

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS - PARAÍBA

OFÍCIO CCE/CFP/Nº 32 /09

Cajazeiras, 24 de setembro de 2009.

DA: Coordenação do Curso de Enfermagem

A: Diretora Geral do Hospital Infantil de Cajazeiras

Venho por meio desta, solicitar a V. Sa. autorização para a aluna **GABRIELLA DE MOURA GOMES**, matrícula **50522112**, coletar dados referente à Monografia de Conclusão do Curso Graduação em Enfermagem, intitulada: **Perfil Epidemiológico das crianças atendidas no Hospital Infantil de Cajazeiras – PB**, sob a orientação da professora Rosimery Cruz do Oliveira Dantas durante o período de setembro a novembro de 2009.

Atenciosamente,

p/ Albuqueroz
Anúbes Pereira de Castro
MAT. SIAPE-2502077

UECG/CFP
Compare com o original
Data: 24/09/09
ASSINATURA

Anúbes M.B. Pereira
Diretora do Hospital Infantil de Cajazeiras

Instituto Materno Infantil J.B
Pereira Bandeira de M.B. Pereira
SUPERINTENDENTE

Recebido
26.09.09
S.

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

Prof^ª Ms. Judite Fernandes Moreira
(Co-orientadora – ETSC/UFCG)

Prof^ª Ms. Adriana Maria Fernandes de Oliveira
(Examinador 1 – UACV/UFCG)

Prof^ª Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres
(Examinador 2 – UACV/UFCG)

**CAJAZEIRAS – PB
2011**

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.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA
DOUTORADO EM ECONOMIA
ECONOMIA

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 INTRODUÇÃO	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 freqüentemente 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 a 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 freqüentes 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
Limítrofe	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).

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 está 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).

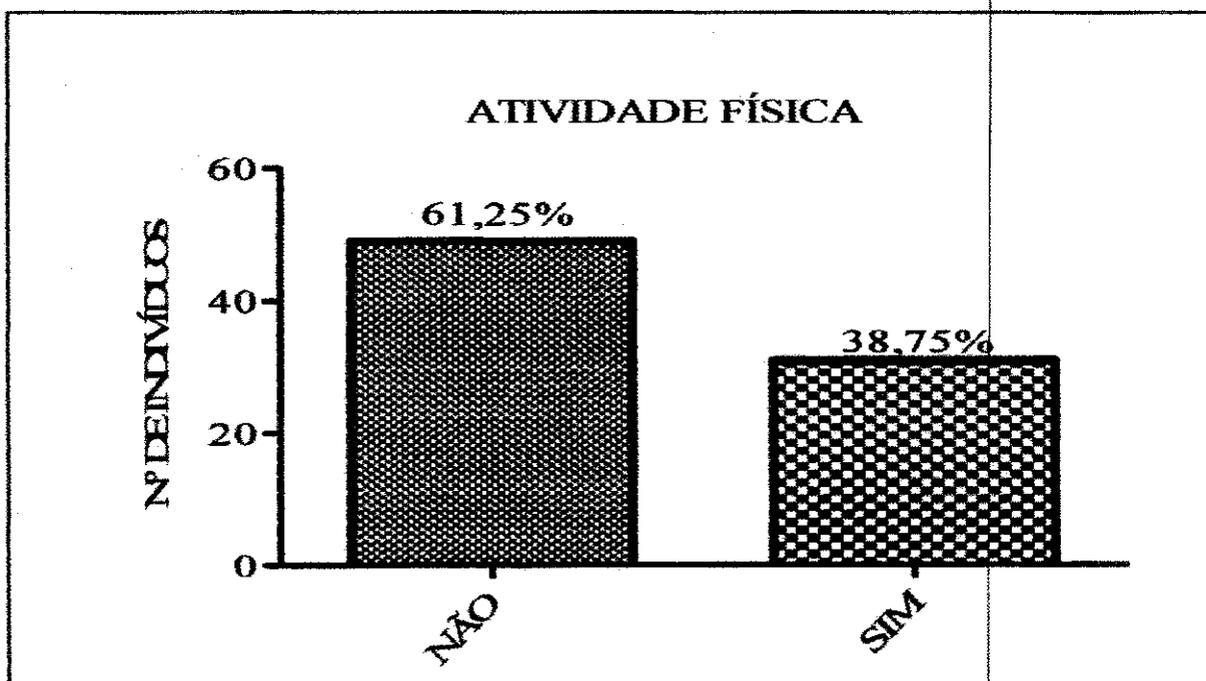
O tratamento de doenças de longa duração como hipertensão e diabetes requer medidas farmacológicas e não farmacológicas. Estas últimas reúnem mudanças no estilo de vida, principalmente quanto à dieta, ao tabagismo, ao uso de bebidas alcoólicas e ao sedentarismo (OSHIRO, 2007).

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. Girotto (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).

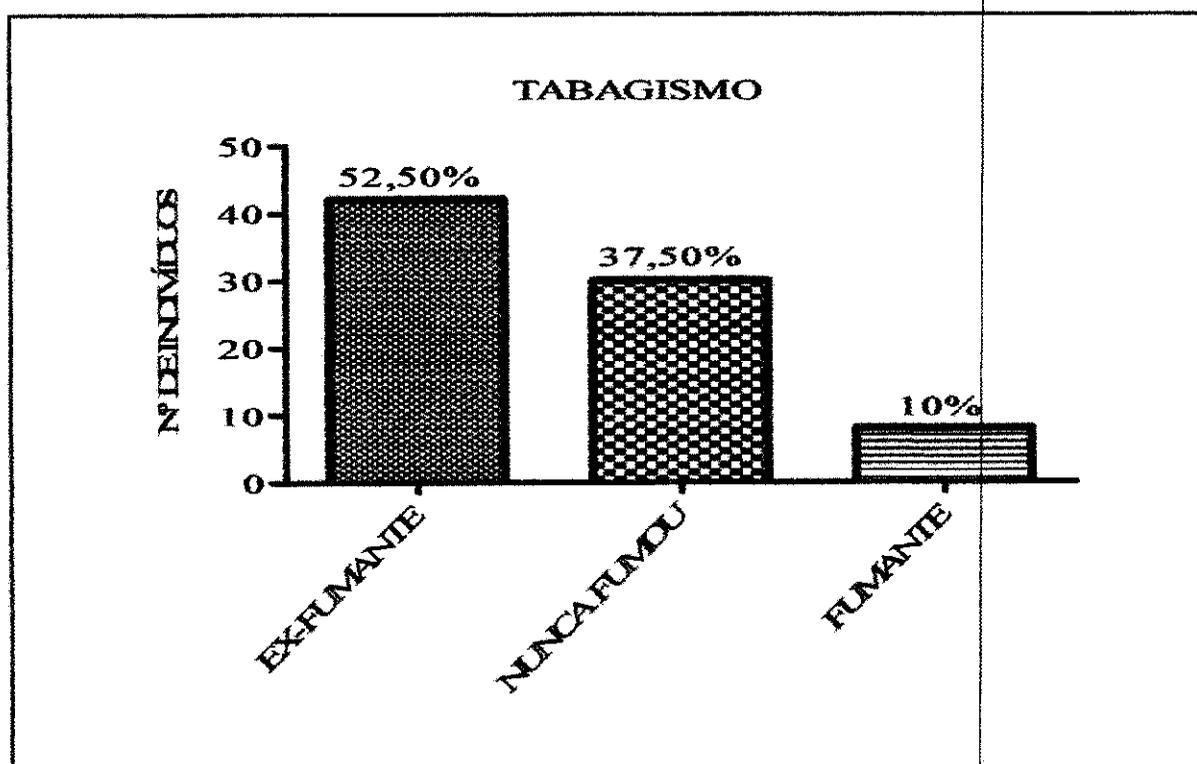
A realização de atividade física é uma terapêutica imprescindível no tratamento do diabetes. Indivíduos saudáveis, da mesma forma que os pacientes com diabetes, apresentam um aumento na utilização periférica da glicose associado com um aumento na sensibilidade

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.

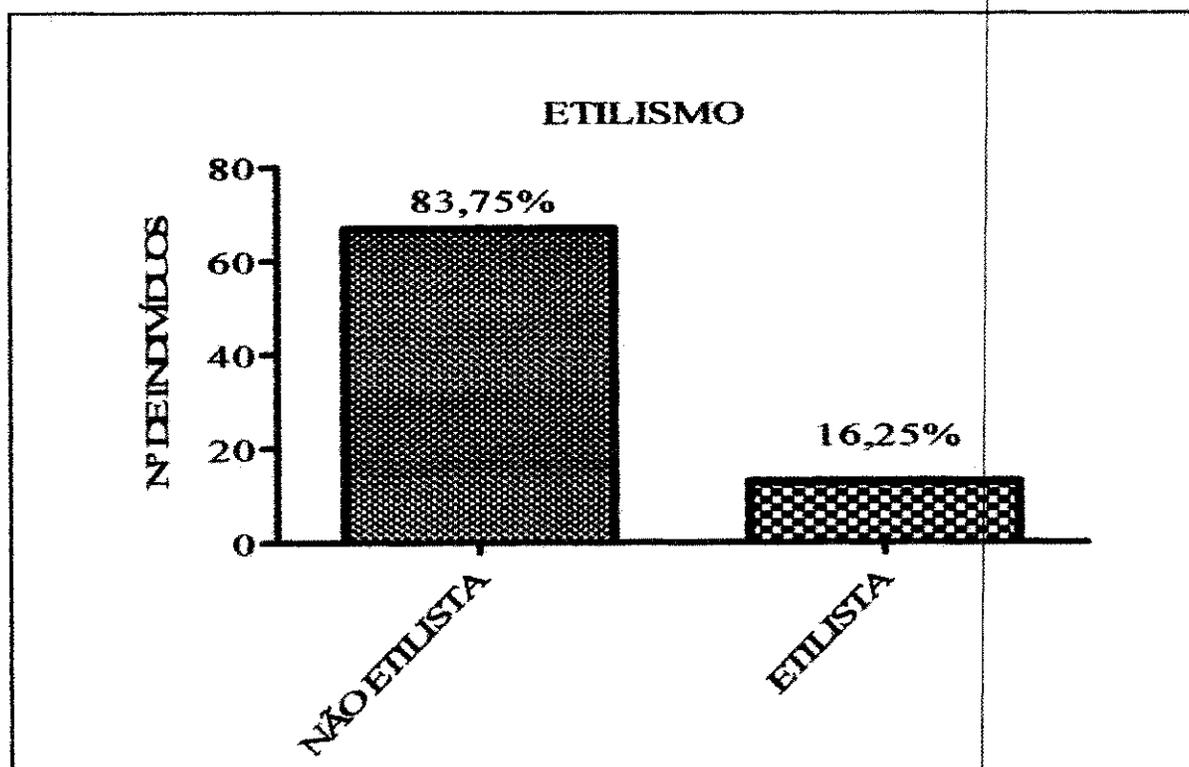


O tabagismo merece destaque em vista do seu reconhecimento como fator de risco para doenças cardiovasculares e a dificuldade encontrada na interrupção desse hábito. Por isso, é importante no seu combate a motivação do paciente e o desenvolvimento de programas coletivos (ARAÚJO et al., 2004).

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.



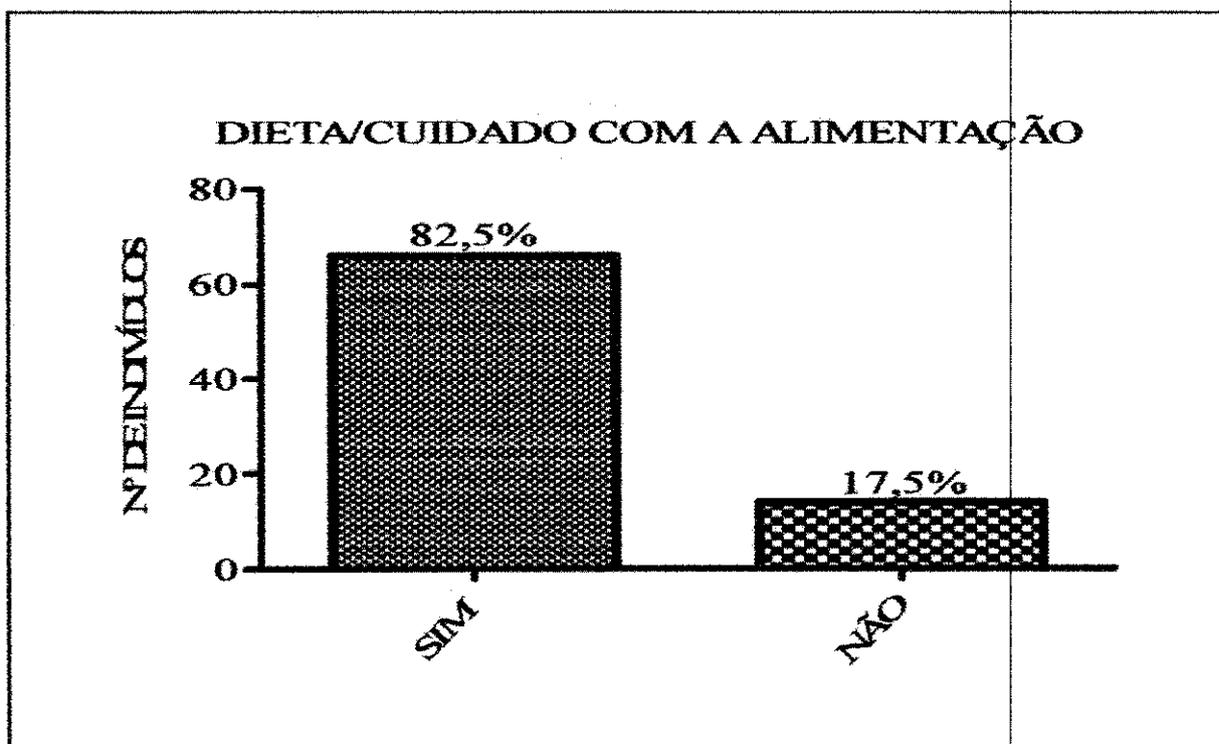
No que se refere ao alcoolismo, apenas 16,25 % dos indivíduos referiram ingerir bebida alcoólica, conforme pode-se ver no Gráfico 3. Destes, 69,20% referiram ingerir eventualmente e 30,80% de 1 a 2 vezes por semana. Outros estudos encontraram índices mais altos de alcoolismo. Pessuto e Carvalho (1998)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

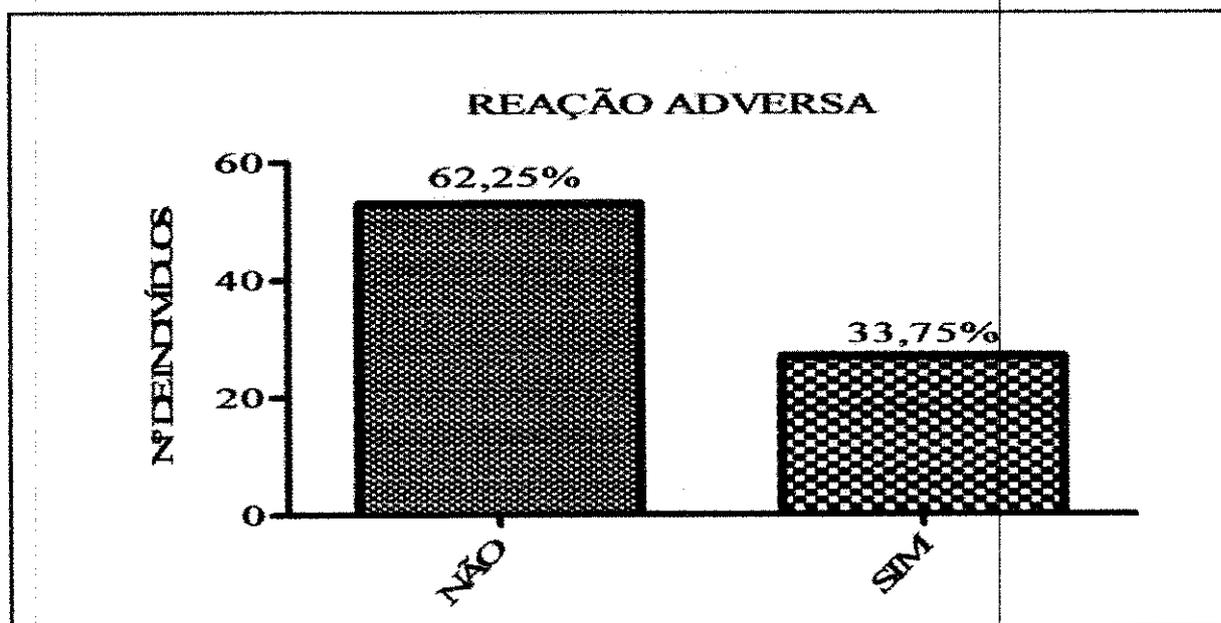
Os medicamentos podem aumentar a expectativa de vida, erradicar algumas doenças, trazer benefícios sociais e econômicos. Porém, podem, se utilizados irracionalmente,

aumentar 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

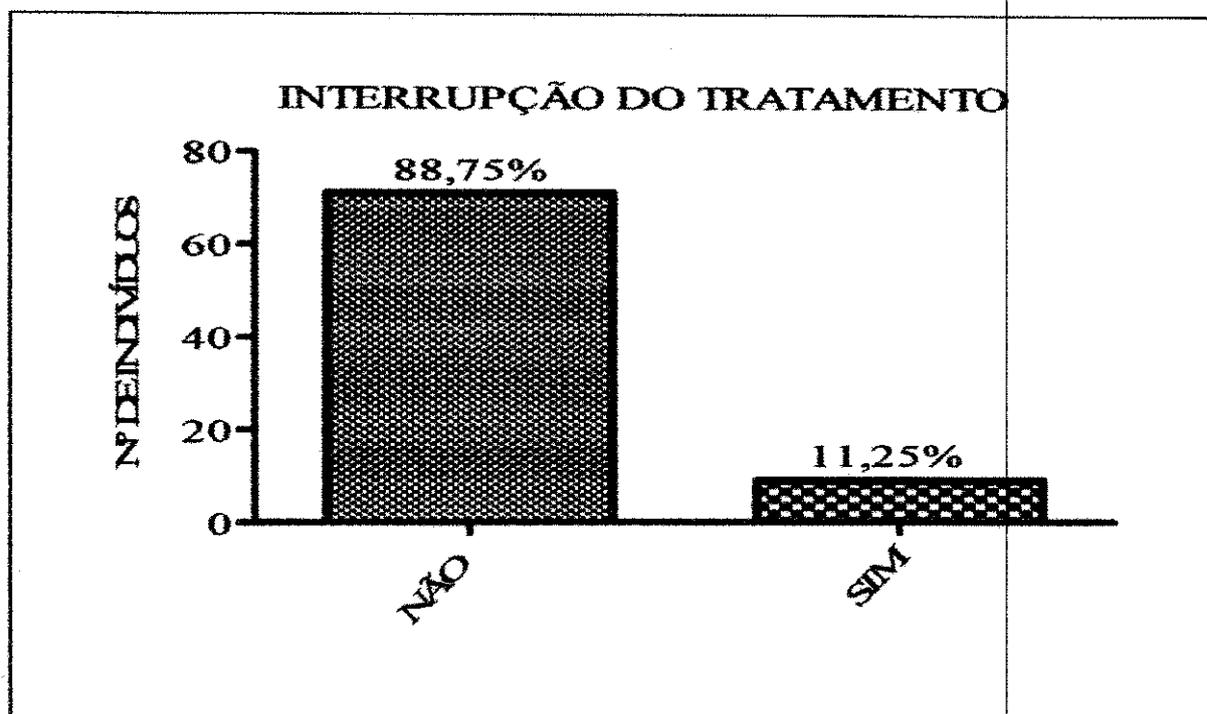


Ao investigar o abandono/interrupção ao tratamento, 11,25% dos indivíduos referiram já ter interrompido o tratamento alguma vez, conforme apresentado no Gráfico 6. Entre os motivos mencionados, 88,9% referiram por achar que não necessitavam mais do medicamento e 11,1% por sentir-se mal com a medicação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



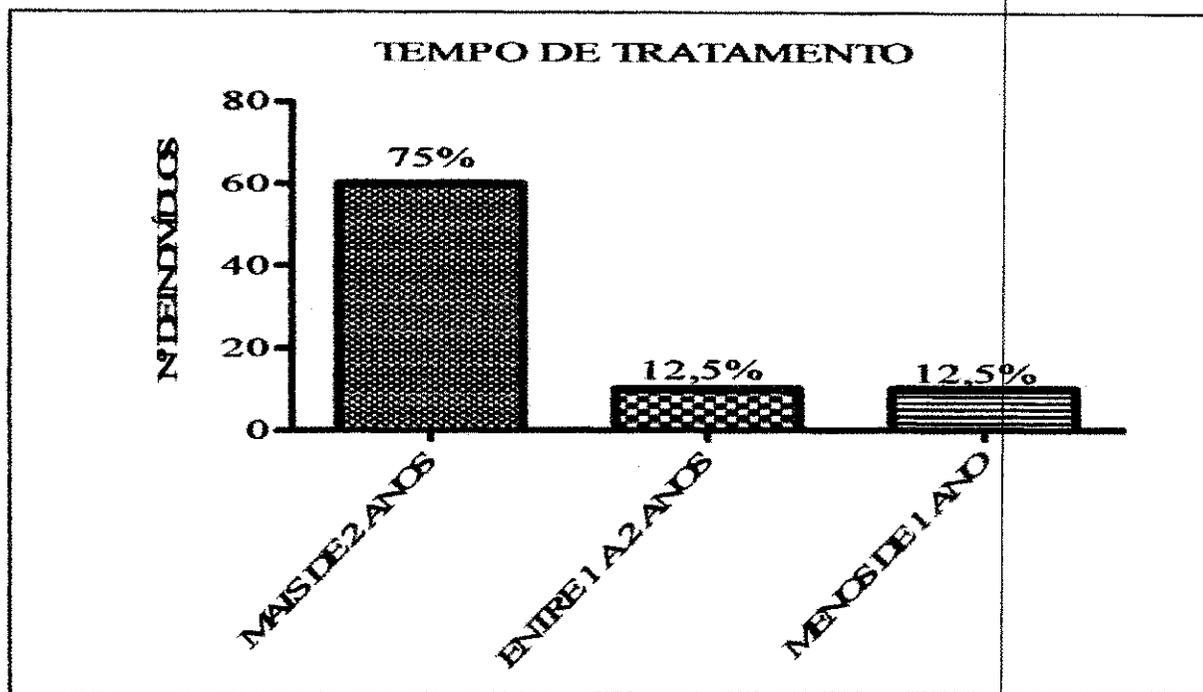
Conforme os autores supracitados, indivíduos que já abandonaram/interromperam o tratamento alguma vez sem orientação médica parecem ser menos aderentes ao tratamento prescrito. Este dado surge como alerta aos profissionais de saúde visto que pessoas que já abandonaram/interromperam o seu tratamento apresentam 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.

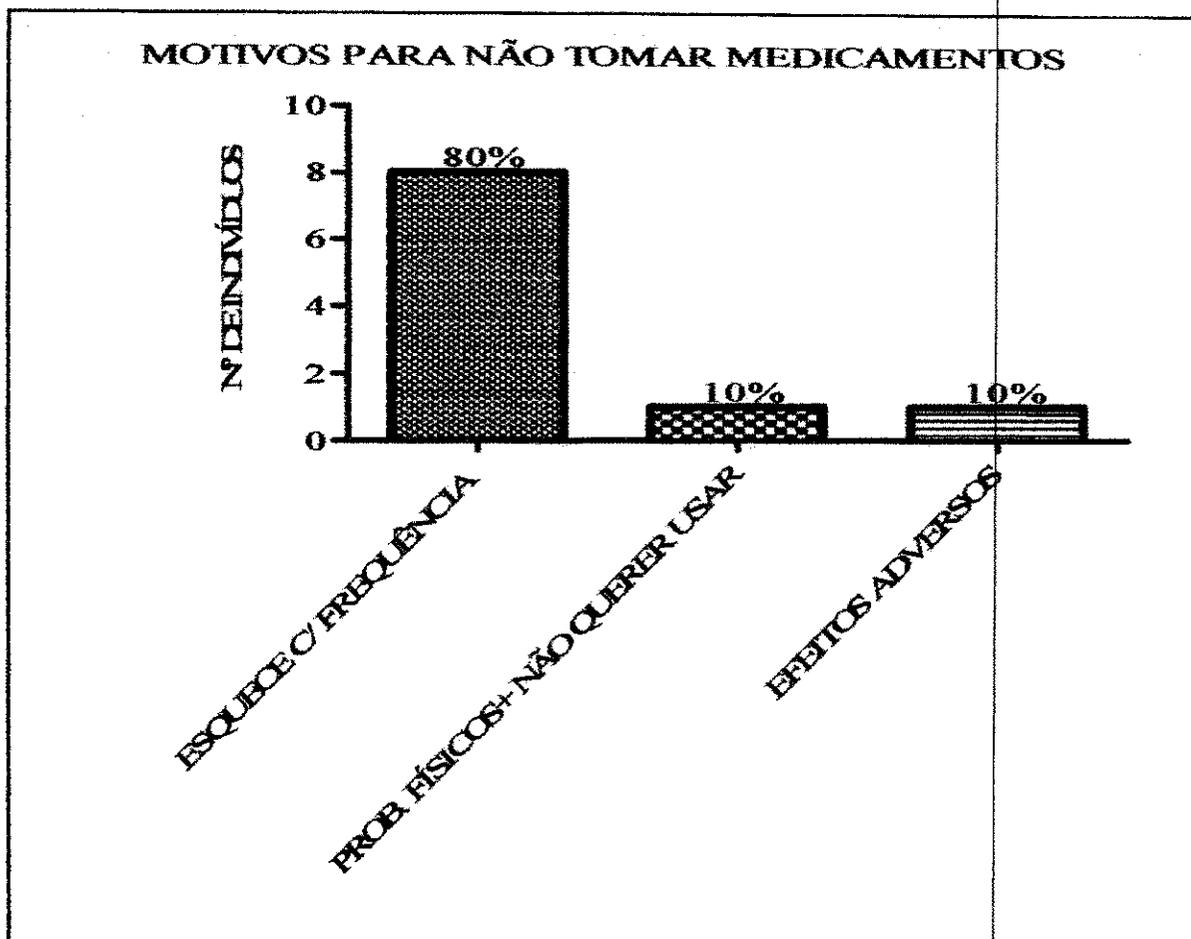
Gráfico 7 – Distribuição dos participantes conforme o tempo de tratamento.



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.

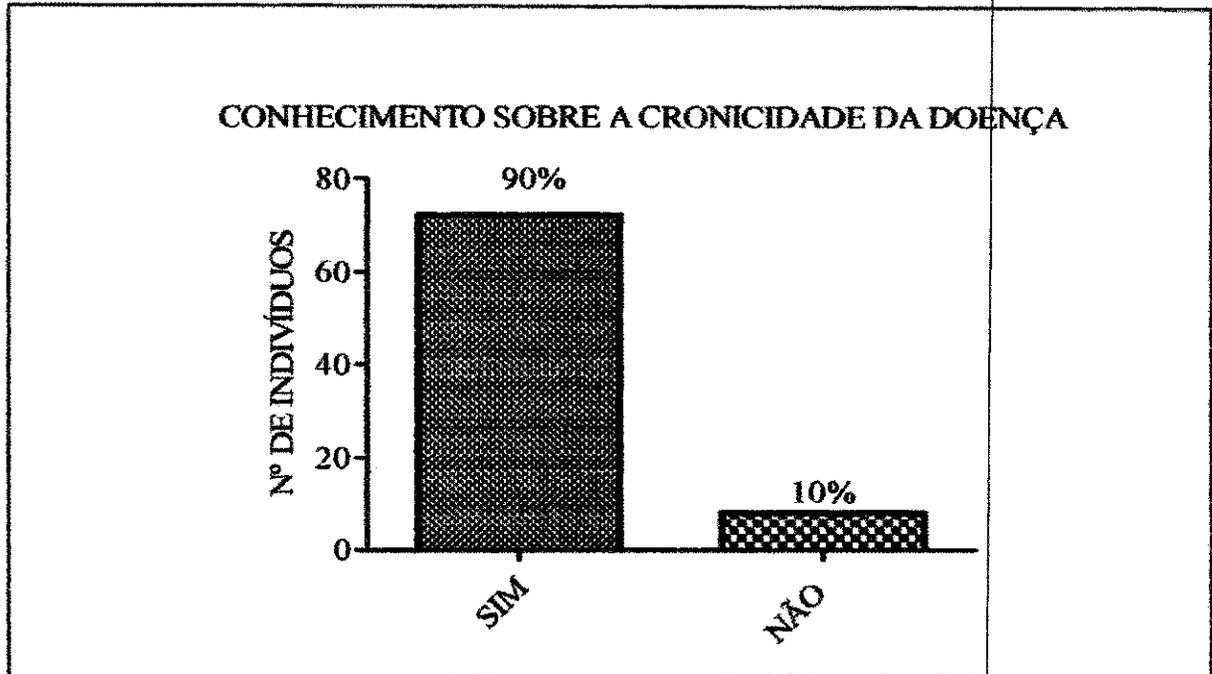
Gráfico 8 – Distribuição dos participantes conforme os motivos da dificuldade em tomar os medicamentos.



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

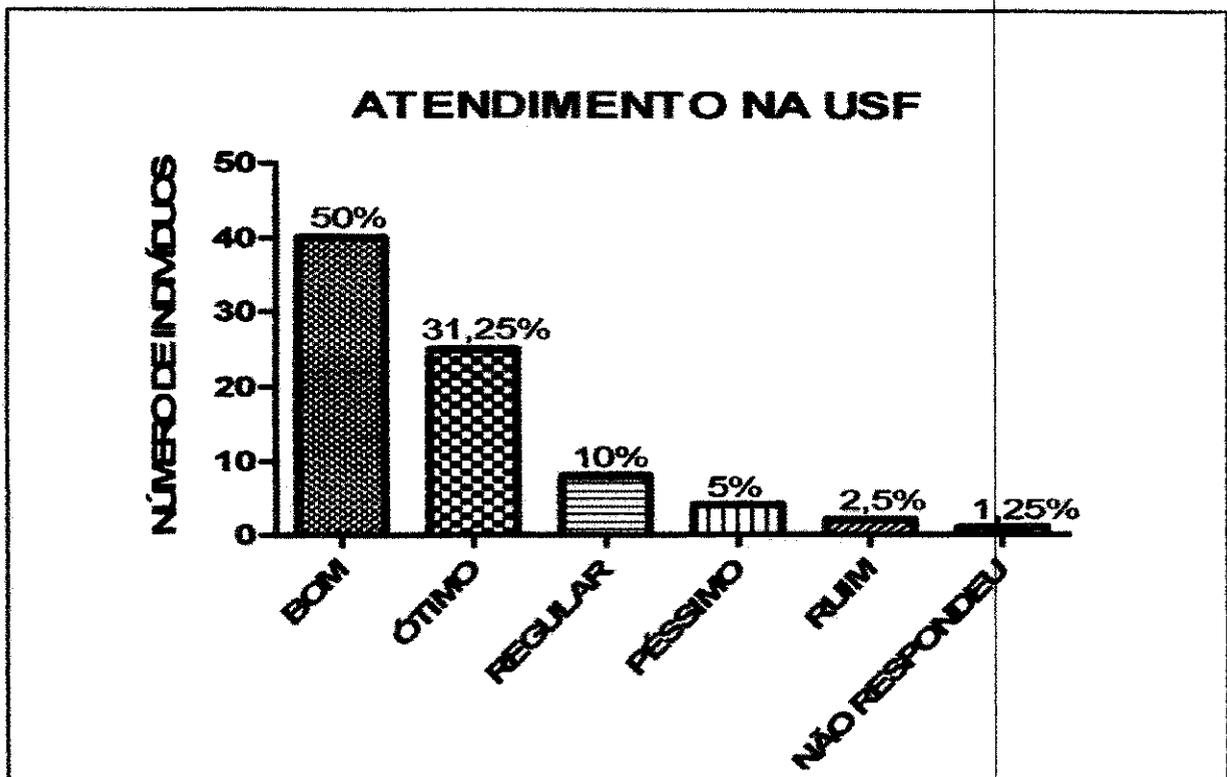
O Ministério da Saúde, considerando a HA e o DM importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, criou em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, priorizando a atualização dos profissionais de saúde, a garantia do diagnóstico e a vinculação do 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.

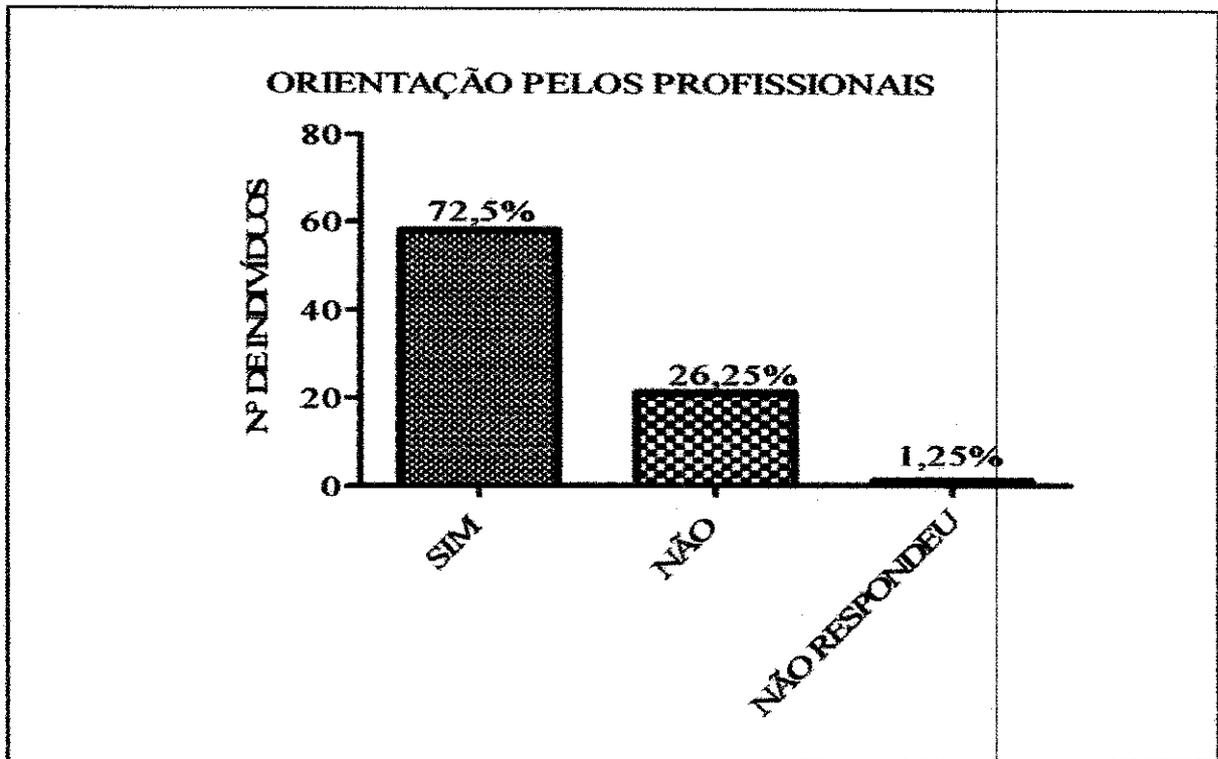


O tratamento da hipertensão arterial e do diabetes compreende orientação e educação em saúde, modificações no estilo de vida e, se necessário, o uso de medicamentos. A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle da PA e dos níveis glicêmicos se o paciente não for orientado sobre 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. Giroto (2008) encontrou em estudo que a maioria dos pacientes hipertensos entrevistados consegue seus medicamentos na unidade de saúde.

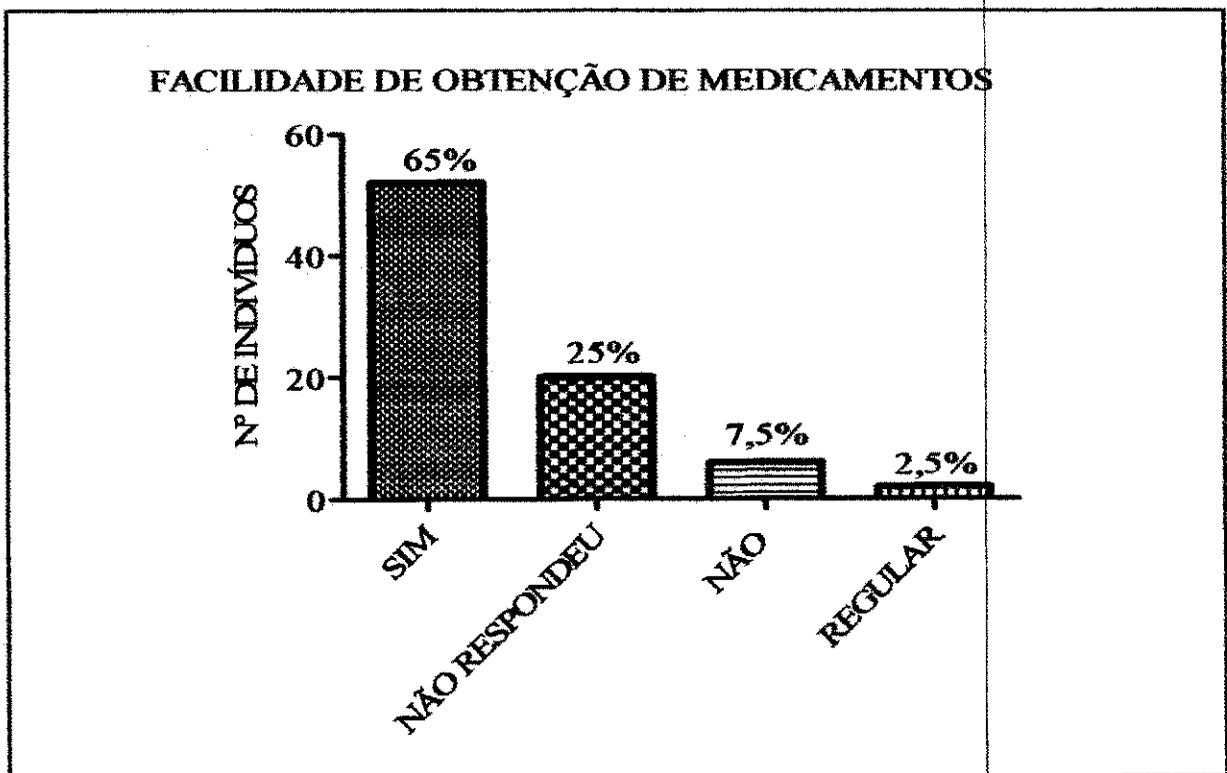
Araújo e Garcia (2006) relatam que a disponibilidade de medicamentos nos serviços para fornecimento aos pacientes é apontada como evento antecedente da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. No estudo realizado por Castro e Car (1999), os hipertensos entrevistados mencionaram como fatores facilitadores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



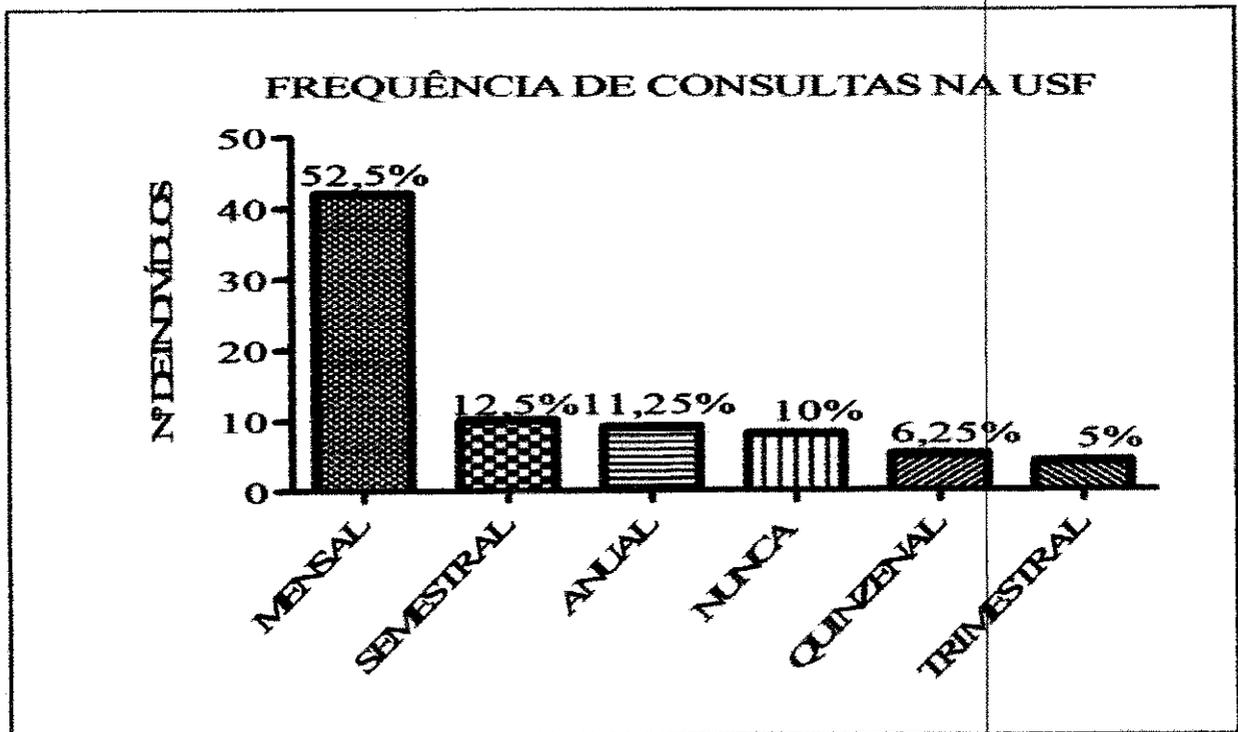
O Enfermeiro desempenha papel fundamental no tratamento da hipertensão e do diabetes na Unidade de Saúde da Família, e dentre outras várias funções que ele executa está a de realizar a consulta de enfermagem e encaminhar os indivíduos para consultas com o

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.

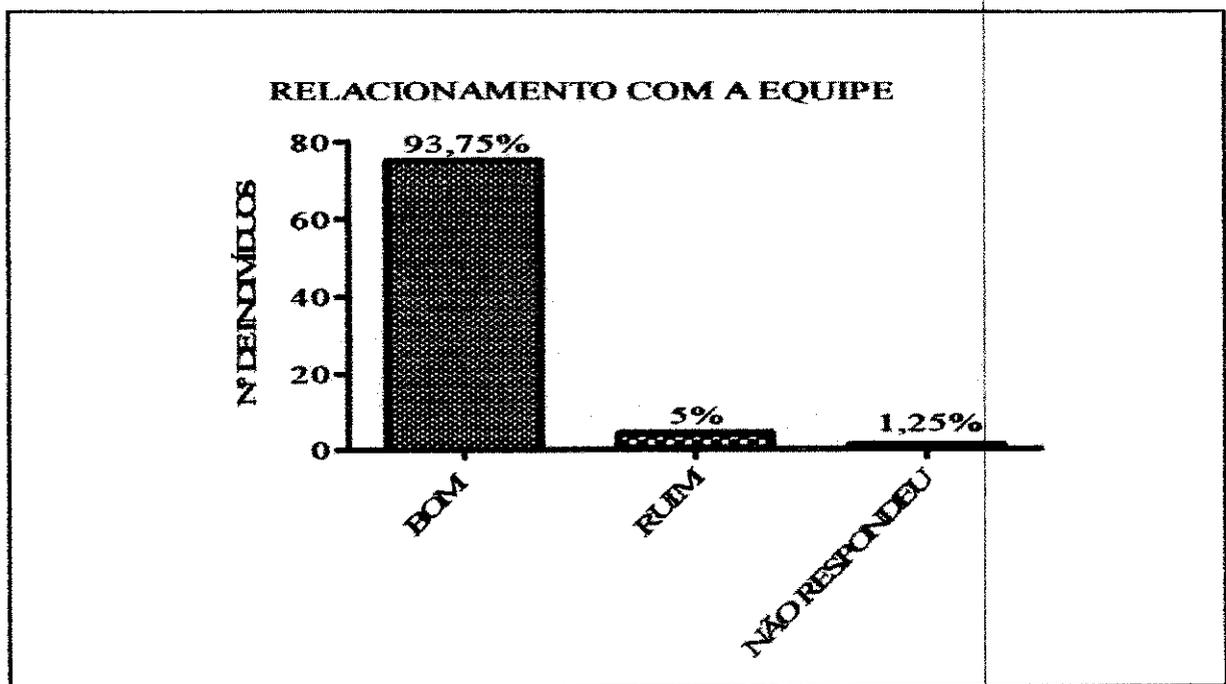
Gráfico 14 – Distribuição dos participantes conforme a frequência de consultas na USF.



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