

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

Pablo Nunes Teles de Mendonça; Leonardo José Vieira Queiroz Filho; Lucas Dantas de Oliveira; Tássio Martins de Oliveira; Domingos Sávio Barbosa de Melo

Faculdade Maurício de Nassau de Recife-PE medicinadjunto.rec@uninassau.edu.br

Resumo: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) são doenças crônicas de elevada prevalência no Brasil e no mundo. Dessa forma, em 2001, foi criado pelo Ministério da saúde o HIPERDIA, programa destinado ao cadastramento e monitoramento dos portadores de HAS e DM atendidos na rede do Sistema Único de Saúde na atenção primária, permitindo assim conhecer o perfil epidemiológico dessas doenças na população. O presente estudo é do tipo observacional descritivo de corte transversal, visando estimar a prevalência da adesão medicamentosa utilizando o questionário do teste de Morisky-Green e de fatores de risco que possam estar associados em pacientes do programa do Hiperdia da USF Djalma de Holanda Cavalcante na cidade de Recife-PE, descrevendo-os de acordo com seu perfil socioeconômico. Foi encontrada uma amostra composta predominantemente por mulheres, pardos, idosos, com baixa escolaridade, sedentários, hipertensos e com sobrepeso ou obesidade. A taxa de adesão medicamentosa foi baixa, apenas de 20% (pacientes que marcaram 4 pontos no teste de Morisky-Green), sendo as principais causas de não adesão, apontadas pelos pacientes, esquecimento e atraso no uso de medicamentos. Dessa forma torna-se fundamental a intensificação da atuação da Unidade de Saúde da Família com ênfase nas condutas de tratamento não medicamentoso especialmente quanto a reeducação alimentar, práticas de atividade física, assim como em estratégias para aumentar a adesão medicamentosa nas USF de PE.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Hiperdia, Adesão medicamentosa.

INTRODUÇÃO

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

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 mmHg sistólica e/ou 90 mmHg diastólica. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

www.conbracis.com.br

dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM. Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC) (SBC, 2016).

A HAS constitui em um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. No Brasil, cresceu 14,2% o número de pessoas que foram diagnosticadas por hipertensão. A prevalência passou de 22,5% em 2006 para 25,7% em 2016, chegando a mais de 49% para indivíduos com 55 a 64 anos e 64,2% em indivíduos com 65 anos ou mais. (BRASIL, 2016).

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

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

O HIPERDIA auxilia informações que possibilita o conhecimento da situação e mapeamento dos riscos na região atendida pela Unidade de Saúde da Família (USF), proporcionando melhor atendimento a estas pessoas e minimizando complicações como a HAS e o DM

(NEGREIROS, 2016). Na ESF a abordagem ao usuário é multiprofissional e interdisciplinar, na qual cada profissional realiza sua avaliação e posteriormente, em conjunto, são traçadas as metas e desenvolvidas as ações necessárias para a manutenção e/ou recuperação da saúde. No caso da HAS e do DM, esta interação é fundamental para que as atividades possam ocorrer de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na realização da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas e atendimento aos usuários. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em HAS e DM são o controle da pressão arterial, redução da morbimortalidade, melhora da qualidade de vida e redução de custos com internações hospitalares e complicações secundárias (BRASIL, 2013).

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

METODOLOGIA

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

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

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

RESULTADOS

Os dados estão apresentados nas Tabelas 1 a 4.
De acordo com a Tabela 1, verificou-se que dos 80

pacientes entrevistados a maioria foi composta pelo sexo feminino (75%), de etnia parda (52,5%), tinham mais de 50 anos (73,75%), ensino fundamental incompleto (40%) e possuía renda familiar mensal de 1 salário mínimo (53,16%). Todas as moradias eram de alvenaria e apenas 4 (5%) entrevistados não possuíam saneamento básico em sua residência.

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

O perfil epidemiológico dos pacientes estratificando pelo tipo de comorbidades que eles possuem está apresentado no Tabela 2. Os dados evidenciam que 50 (62,5%) pessoas são apenas hipertensas, 5 (6,25%) apenas diabéticas e 25 (31,25%) possuíam as duas comorbidades.

Tabela 1: Perfil epidemiológico da amostra.

Variável	N = 80	
	N	%
Sexo:		
Feminino	60	75%
Masculino	20	25%
Idade:		
<40 anos	8	10%
40 – 50 anos	13	16,25%
>50 anos	59	73,75%
Etnia:		
Branco	24	30%
Negro	14	17,5%
Pardo	42	52,5%
Renda Familiar:		
Até 1 salário	42	53,16%
2-3 salários	35	44,3%
4-5 salários	2	2,53%
Escolaridade		
S/ instrução	5	6,25%
Fundamental incompleto	32	40%
Fundamental completo	11	13,75%
Médio incompleto	7	8,75%
Médio completo	22	27,5%
Superior incompleto	2	2,5%
Superior completo	1	1,25%

Fonte: Dados da pesquisa

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

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

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

Fonte : Dados da pesquisa

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

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

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

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

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

Fonte: Dados da Pesquisa

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

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

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

Fundamental completo	3 (18,75%)	4 (8,51%)	0		
Médio incompleto	3 (18,75%)	16 (34,04%)	3 (17,65%)		
Médio completo	0	1 (2,13%)	0		
Superior incompleto	0	2 (4,26%)	0		
Superior completo					
Saneamento básico:					
Sim	16 (100%)	43 (91,49%)	17 (100%)	2,9563	0,2281
Não	0	4 (8,51%)	0		
Atividade Física:					
Sim	2 (12,5%)	19 (40,43%)	9 (52,94%)	6,1677	0,0458
Não	14 (87,5%)	28 (59,57%)	8 (47,06%)		
Dieta Adequada:					
Sim	2 (12,5%)	20 (42,55%)	8 (47,06%)	5,4415	0,0658
Não	14 (87,5%)	27 (57,45%)	9 (52,94%)		
Etilismo:					
Sim	7 (43,75%)	10 (21,28%)	4 (23,53%)	3,1966	0,2022
Não	9 (56,25%)	37 (78,72%)	13 (76,47%)		
Tabagismo:					
Sim	0	2 (4,26%)	1 (5,88%)	0,8708	0,647
Não	16 (100%)	45 (95,74%)	16 (94,12%)		
História de Infarto:					
Sim	2 (12,5%)	3 (6,38%)	0	2,2014	0,3326
Não	14 (87,5%)	44 (93,62%)	17 (100%)		
História de AVC:					
Sim	1 (6,25%)	1 (2,13%)	2 (11,73%)	2,5068	0,2855
Não	15 (93,75%)	46 (97,87%)	15 (88,24%)		
Doença renal:					
Sim	1 (6,25%)	4 (8,51%)	1 (5,88%)	0,1694	0,9188
Não	15 (93,75%)	43 (91,49%)	16 (94,12%)		
Doença hepática:					
Sim	0	3 (6,38%)	1 (5,88%)	1,0592	0,5888
Não	16 (100%)	44 (93,62%)	16 (94,12%)		
Problema de visão:					
Sim	10 (62,5%)	34 (72,34%)	10 (58,82%)	1,2677	0,5306
Não	6 (37,5%)	13 (27,66%)	7 (41,18%)		
Hipercolesterolemia:					
Sim	3 (18,75%)	18 (38,3%)	8 (47,06%)	3,0651	0,216
Não	13 (81,25%)	29 (61,7%)	9 (52,94%)		

Fonte: Dados da pesquisa

DISCUSSÃO

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

Em relação ao sexo, neste estudo, houve predominância do sexo feminino. Esse percentual mais elevado de mulheres pode ser confirmado segundo Miranzi et al (2008) no qual o perfil epidemiológico dos indivíduos com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) caracteriza-se pela hegemonia do sexo feminino. Outro motivo para a ocorrência deste índice é que as mulheres normalmente possuem maior percepção das doenças, pois apresentam maior tendência para o autocuidado e buscam mais assistência médica que os homens, o que propiciaria a aumentar a probabilidade de ter HAS e/ou DM diagnosticados (LIMA, 2012).

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

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

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

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

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

Segundo Valadão (2014) observou-se índices muito diferentes em relação a taxa de aderência medicamentosa segundo o teste de Morisky-Green, valores variando de 33% a 66,7%. A frequência de usuários aderentes ao tratamento medicamentoso neste trabalho foi de apenas 21,25%. O esquecimento e o atraso no uso de medicamentos são indicados como as duas principais causas de não adesão (CARVALHO, 2012). A pergunta “Alguma vez você esqueceu de tomar os medicamentos para sua doença?” foi o principal motivo da resposta “SIM” (indicador de não adesão) seguido da pergunta “alguma vez foi descuidado com os horário de tomar medicamentos”. Apenas 12,5 % dos pacientes relataram já ter deixado de ingerir a medicação por sentir algum mal-estar com ela e 20 % referiram que já deixou de tomar o remédio por se sentir mais saudável. Os efeitos colaterais dos medicamentos refletem em adversidades no tratamento de doenças que vão desde falhas terapêuticas até a desistência do uso dos fármacos, devido as dificuldades encontradas e pela assintomatologia e cronicidade das doenças (CINTRA, 2010).

CONCLUSÃO

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FINOTTI, V.; RIZZO, E.; FREITAS, G. K.
Avaliação da qualidade de vida de indivíduos

hipertensos submetidos ou não à assistência fisioterapêutica em unidades básicas de saúde no Município de Vila Velha-ES. **Vila Velha (Brazil): Faculdade Novo Milênio**, 2008

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

JESUS, Elaine dos Santos et al. Profile of hypertensive patients: biosocial characteristics, knowledge, and treatment compliance. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 59-65, 2008

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

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

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

NEGREIROS, Rosangela Vidal et al. IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA HIPERDIA NA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E DIETETICO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) DOI: [http://dx. doi. org/10.5892/ruvrd.v14i2. 2695](http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v14i2.2695). **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 14, n. 2, p. 403-411, 2016

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

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

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

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

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

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

VALADÃO, ANALINA FURTADO et al. ADESÃO MEDICAMENTOSA AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO E DIABETES-REVISÃO DE LITERATURA. **REVISTA UNINGÁ REVIEW**, v. 19, n. 1, 2018

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