

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DEUZIMAR CORDEIRO CALADO



DO CONSULTÓRIO AO DOMICÍLIO:

**O USO DE MEDICAMENTOS NO AMBIENTE DOMICILIAR POR USUÁRIOS DO
PROGRAMA HIPERDIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CAMPO GRANDE
2017**

DEUZIMAR CORDEIRO CALADO

DO CONSULTÓRIO AO DOMICÍLIO:

**O USO DE MEDICAMENTOS NO AMBIENTE DOMICILIAR POR USUÁRIOS DO
PROGRAMA HIPERDIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como requisito para a
obtenção do título de mestre em Saúde da Família
pela Universidade Federal de Mato Grosso do
Sul.

Orientador: Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki

**CAMPO GRANDE
2017**

AGRADECIMENTOS

À Deus, grande arquiteto e construtor do universo e a Jesus Cristo o maior Mestre, sem os quais nada seria possível, pois a vida está ligada primeiramente à sua existência.

À minha família, minha mãe, meu pai (*In Memoriam*), irmãos e irmãs que fazem parte do meu dia a dia no contexto de vida familiar e social.

As pessoas especiais que fazem parte da minha vida, amigos e colegas de trabalho que me incentivaram, compreenderam e contribuíram para o meu empenho neste projeto, em especial a minha filha do coração Luana Patrícia da Silva, onde vi em sua história de vida exemplo de força e superação das dificuldades.

A uma amiga muito especial que me apoiou e me incentivou nos momentos de dificuldades, afirmando sempre que eu teria êxito na finalização do trabalho, Valdirene Silva Pires Macena.

Aos profissionais da Unidade Básica de Saúde da Família do Jardim Antártica, gerência, equipe de enfermagem da Estratégia Saúde da Família, e em especial aos Agentes Comunitários de Saúde que se empenharam voluntariamente a me ajudar na coleta de dados.

Ao meu orientador Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki, pela dedicação, ensino e participação no processo de aprendizagem, com diversas orientações, apoio e incentivo para conclusão deste trabalho.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, que no decorrer das aulas prestaram relevantes contribuições para a aprendizagem nas diversas etapas do curso.

À secretaria do curso por meio dos servidores: Ianny Marques Neves e Renan William de Brito que atuaram durante o período com informações, apoio e organização geral dos trabalhos burocráticos de âmbito acadêmico.

Às professoras, Maria de Lourdes Oshiro, Maria Elizabeth de Araujo Ajalla e Cláudia Du Bocage Santos Pinto, pela valiosa participação na banca de qualificação, as quais atuaram com relevantes contribuições na organização do trabalho.

A todos os meus amigos do curso do Mestrado Profissional em Saúde da Família das turmas 2014 e 2015, e também aos colegas e professores do Mestrado em Enfermagem, nos quais tive participação como aluno e colega de turma, todos fizeram parte na interação social no processo de aprendizagem.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

RESUMO

Os medicamentos de uso contínuo constituem uma referência essencial no controle das doenças crônicas, no entanto, observa-se que um conjunto de fatores socioeconômicos, culturais e assistenciais interferem, dificulta e faz com que o tratamento prescrito pelos serviços de saúde nem sempre seja seguido pelo paciente de forma criteriosa, aumentando os riscos à sua saúde. A falta do conhecimento sobre: a posologia, tratamento, interação medicamentosa, dentre outros, são fatores geradores de dúvidas que podem levar ao uso inadequado dos medicamentos, comprometendo o tratamento. A condição socioeconômica e cultural dos indivíduos, como: renda, alfabetização, hábitos e acesso à obtenção do produto, são fatores que indicam a vulnerabilidade dos indivíduos que precisam continuamente usar os medicamentos para o tratamento do Diabetes Mellitus e/ou da Hipertensão Arterial Sistêmica. A pesquisa teve por objetivo investigar fatores que estejam interferindo na adesão ao tratamento com o uso de medicamentos prescritos aos usuários diagnosticados com diabetes e hipertensão cadastrados no Programa HIPERDIA. Foi aplicado um questionário semiestruturado a 298 usuários, uma amostra representativa dos usuários cadastrados com DM e/ou HAS da Unidade Básica de Saúde da Família localizada na região do Lagoa em Campo Grande, MS. Os dados foram tabulados, descritos e analisados de forma exploratória. Verificou-se nos resultados que dos 298 entrevistados, 266 (89,3%) eram alfabetizados e 32 (10,7%) não alfabetizados, destes mulheres são 197 (66,1%) e homens 101 (33,9%). Na identificação do estado civil aparecem os seguintes resultados: casados 179 (60,1%), viúvos 54 (18,1%), separados 35 (11,7%) e solteiros 30 (10,1%). Quanto ao diagnóstico, 67,5% da população pesquisada tem hipertensão, 25,8% tem dupla morbidade (diabetes e hipertensão) e 6,7% são diabéticos; a maioria está na faixa etária de 41 a 60 (39,9%) e 61 a 80 (47,0%) anos; mais da metade (54,4%) fazem uso de 1 a 3 e 32,2% de 4 a 6 medicamentos por dia; e 43,3% já tinham sido internados por causa da doença. Os mais jovens (18 a 40 anos) tem maiores percentuais no descumprimento da prescrição com o uso dos medicamentos, abandonando o uso dos fármacos ou usando-os apenas em parte. Identificou-se que o baixo nível de renda e de alfabetização, a dependência do sistema público e os efeitos adversos à saúde constituem fatores que aumentam a vulnerabilidade da população pesquisada ao uso inadequado ou abandono do uso dos medicamentos, assim como a credibilidade no medicamento, o comprometimento com o tratamento, e a autonomia de modificar o seu tratamento, fatores estes passíveis de intervenção na Atenção Básica.

Palavras-chave: Uso de medicamentos. Adesão ao tratamento. Saúde da família. Comportamento do usuário.

ABSTRACT

Continuous use medicines are an essential reference in the control of chronic diseases, however, it is observed that a set of socioeconomic, cultural and care factors interfere, makes it difficult and makes the treatment prescribed by the health services is not always followed by the Patient, increasing the risks to their health. Lack of knowledge about: posology, treatment, drug interaction, among others, are factors that generate doubts that may lead to inappropriate use of medications, compromising treatment. The socioeconomic and cultural status of individuals, such as income, literacy, habits and access to product, are factors that indicate the vulnerability of individuals who need to continuously use medications for the treatment of Diabetes Mellitus and / or Systemic Arterial Hypertension. The research aimed to investigate factors that are interfering in adherence to the treatment with the use of drugs prescribed to users diagnosed with diabetes and hypertension enrolled in the HIPERDIA Program. A semi-structured questionnaire was applied to 298 users, a representative sample of the users enrolled with DM and / or SAH from the Basic Family Health Unit located in the Lagoa region of Campo Grande, MS. The data were tabulated, described and analyzed in an exploratory way. Results showed that 266 (89.3%) were literate and 32 (10.7%) were not literate. Of these, 197 (66.1%) and 101 (33.9%) were literate. In the identification of marital status, the following results appear: married 179 (60.1%), widowed 54 (18.1%), separated 35 (11.7%) and unmarried 30 (10.1%). Regarding the diagnosis, 67.5% of the population surveyed had hypertension, 25.8% had double morbidity (diabetes and hypertension) and 6.7% were diabetics; The majority are in the age group from 41 to 60 (39.9%) and 61 to 80 (47.0%) years; More than half (54.4%) use 1 to 3 and 32.2% of 4 to 6 medications per day; And 43.3% had already been hospitalized for the disease. Younger people (18-40 years old) have higher percentages in noncompliance with prescription drugs, abandoning the use of drugs or using them only in part. Low levels of income and literacy, dependence on the public health system and adverse health effects have been identified as factors that increase the vulnerability of the population surveyed to inappropriate use or neglect of medication use, as well as credibility in the drug, The commitment to treatment, and the autonomy of modifying their treatment, factors that can be intervened in Primary Care.

Keywords: Use of medication. Adherence to treatment. Family Health. User behavior.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	-	Obtenção dos medicamentos através do SUS e Programa Farmácia Popular, por renda financeira em salários (< 2 e > de 3).....	40
Figura 02	-	Número de usuários, faixa etária e percentual daqueles que não fazem uso dos medicamentos prescritos e dos que usam apenas em parte.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	-	Características dos usuários da pesquisa cadastrados no HIPERDIA da UBSF Jardim Antártica, Campo Grande, MS – 2016 (n=298).....	32
Tabela 02	-	Distribuição dos usuários segundo o estado civil e diagnóstico de HAS e DM, Campo Grande, MS – 2016 (n=298).....	34
Tabela 03	-	Distribuição dos usuários por faixa etária segundo diagnóstico de HAS e DM, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).....	35
Tabela 04	-	Distribuição dos usuários segundo a situação econômica e social, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).....	37
Tabela 05	-	Distribuição dos usuários segundo dados socioeconômico (faixa salarial) e diagnóstico, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).....	38
Tabela 06	-	Respostas dos usuários sobre a forma de obtenção dos medicamentos e situação econômica em salários, Campo Grande, MS – 2016.....	41
Tabela 07	-	Distribuição dos usuários segundo diagnóstico e diversidade étnica (cor/etnia), Campo Grande, MS - 2016 (n=298).....	42
Tabela 08	-	Distribuição dos usuários segundo a quantidade de medicamentos que faz uso por faixa etária, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).....	44
Tabela 09	-	Distribuição dos usuários segundo a renda em salários e quantidade de medicamentos que faz uso, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).....	45
Tabela 10	-	Distribuição dos usuários por faixa etária; uso, não uso e uso parcial da medicação prescrita, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).....	47
Tabela 11	-	O não uso ou uso parcial dos medicamentos e respostas sobre o porquê da decisão, Campo Grande, MS – 2016.....	48

Tabela 12	-	Distribuição dos usuários segundo diagnóstico e quantidade de medicamentos que faz uso, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).....	50
Tabela 13	-	Números e percentuais da frequência com que deixam de fazer uso dos medicamentos, por faixa etária, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).....	52
Tabela 14	-	Dificuldades apresentadas pelos usuários no uso dos medicamentos e respostas da mudança ou não na forma de tomar, Campo Grande, MS – 2016.....	54
Tabela 15	-	Respostas sobre a mudança no uso dos medicamentos por conta própria segundo diagnóstico, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).....	56
Tabela 16	-	Distribuição dos usuários que fazem mudanças no uso dos medicamentos segundo respostas se fala ou não ao médico, Campo Grande, MS - 2016 (n=139).....	57
Tabela 17	-	Distribuição dos usuários que fazem mudanças no uso dos medicamentos e motivos porque não fala ao médico, Campo Grande, MS - 2016 (n=58).....	58
Tabela 18	-	Distribuição dos usuários segundo as dificuldades no uso dos medicamentos por faixa etária, Campo Grande, MS - 2016 (n=298)....	59
Tabela 19	-	Números e percentuais segundo as respostas dos usuários sobre internações e diagnóstico, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).....	61
Tabela 20	-	Distribuição dos usuários segundo as internações, uso ou não dos medicamentos, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).....	62
Tabela 21	-	Representação em números e percentuais sobre a credibilidade do usuário no medicamento prescrito, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).....	64
Tabela 22	-	Respostas do por que deixam em algum momento de fazer uso dos medicamentos segundo fatores citados, por faixa etária, Campo Grande, MS – 2016.....	65
Tabela 23	-	Respostas sobre as orientações recebidas em consulta por faixa etária, Campo Grande, MS – 2016.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
APS	-	Atenção Primária à Saúde
DCNT	-	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	-	Diabetes Mellitus
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
HAS	-	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PIB	-	Produto Interno Bruto
PNAF	-	Programa Nacional da Assistência Farmacêutica
PSF	-	Programa Saúde da Família
SESAU	-	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (MS)
SBD	-	Sociedade Brasileira de Diabetes
SBH	-	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF	-	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1	Envelhecimento da população e uso de medicamentos.....	13
2.2	As Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o uso de medicamentos na Atenção Primária.....	14
2.3	O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como um dos principais problemas de saúde na população.....	16
2.4	O processo saúde/doença, os hábitos e a cultura das sociedades e uso dos medicamentos.....	17
2.5	Adesão ao tratamento medicamentoso no domicílio.....	20
2.6	Aquisição e uso dos medicamentos, e a importância dos profissionais da ESF na atenção primária.....	22
2.7	O uso de medicamentos e a interação dos profissionais de saúde com os usuários do sistema público de saúde.....	25
2.8	A pesquisa no domicílio como contribuição para a Estratégia Saúde da Família.....	27
3	OBJETIVOS.....	28
3.1	Geral.....	28
3.2	Específicos.....	28
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	29
4.1	Tipo de pesquisa.....	29
4.2	Local da pesquisa.....	29
4.3	Amostra e sujeitos da pesquisa.....	29
4.4	Critério de inclusão e exclusão.....	30
4.5	Instrumento e procedimentos para coleta de dados.....	30

4.6	Análise e resultados dos dados.....	30
4.7	Aspectos éticos da pesquisa.....	31
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
5.1	Características socioeconômicas e sociodemográficas dos usuários cadastrados no HIPERDIA atendidos pelas equipes da ESF.....	32
5.1.1	Estado civil, diagnóstico e faixa etária dos usuários portadores de DM e HAS.....	33
5.1.2	Grau de instrução (alfabetização) dos hipertensos e diabéticos no tratamento e controle das morbidades.....	35
5.1.3	Aposentados, não aposentados e renda familiar.....	36
5.1.4	Aspectos socioeconômicos dos usuários com diagnóstico de DM e/ou HAS e renda familiar.....	37
5.1.5	Contexto socioeconômico e as dificuldades de acesso aos medicamentos.....	39
5.1.6	Diversidade étnica, distribuição de renda e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	41
5.2	Características dos usuários em estudo quanto ao uso de medicamentos.....	43
5.2.1	Quantidade de medicamentos utilizados e faixa etária.....	43
5.2.2	Renda familiar e quantidade de medicamento utilizado.....	45
5.2.3	Uso de medicamentos e faixa etária.....	46
5.2.4	Uso inadequado e abandono do tratamento medicamentoso.....	48
5.3	Aspectos do consumo de medicamentos por usuários no domicílio, intercorrências e dificuldades.....	49
5.3.1	Diagnóstico e quantidade de medicamentos.....	49
5.3.2	O uso em domicílio, abandono ou uso inadequado.....	52
5.3.3	O uso dos medicamentos no domicílio e as possíveis dificuldades dos usuários.....	53
5.3.4	O comportamento do usuário no cumprimento da prescrição médica para o uso dos medicamentos no domicílio.....	55
5.3.5	Conduta do usuário na interação com o médico sobre seu tratamento com medicamentos.....	56
5.3.6	Motivos porque não fala ao médico sobre mudanças no uso dos medicamentos em domicílio.....	57
5.3.7	Fatores: idade e dificuldades no uso dos medicamentos no domicílio.....	59
5.3.8	Morbidades X internações.....	60

5.3.9	O uso dos medicamentos e internações.....	61
5.4	Não adesão ao tratamento com medicamentos na população pesquisada.....	63
5.4.1	Credibilidade no medicamento.....	63
5.4.2	Motivos do uso inadequado (deixam de fazer uso em algum momento) dos medicamentos.....	64
5.4.3	O uso dos medicamentos e as dúvidas que surgem no tratamento em domicílio...	66
5.4.4	Orientação pós consulta médica e conhecimento sobre o problema.....	67
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
7	RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES.....	73
	REFERÊNCIAS.....	76
	ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	83
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA AOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	86
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	89

1 INTRODUÇÃO

O uso adequado ou não dos medicamentos prescritos pelos serviços de saúde, nem sempre chega ao conhecimento dos profissionais de saúde responsáveis pela condução e orientação no tratamento destes, situação esta, que deixa o indivíduo no seu dia a dia exposto aos fatores de risco provenientes do uso inadequado dos medicamentos, pois muitos usuários poderão encontrar dificuldades na utilização e comprometer o tratamento que ocorre no ambiente domiciliar.

No tratamento medicamentoso muitas são as situações que influenciam, há um conjunto de fatores próprios de cada indivíduo ou famílias os quais são relativos aos hábitos culturais, costumes e/ou tradição que podem interferir no comportamento relativo ao tratamento orientado pelo profissional de saúde. Portanto, as dificuldades relativas ao uso da medicação não estão somente na abstenção do uso por impossibilidade na obtenção do produto, mas também em diversos fatores como o esquecimento, descuido, dúvidas referentes ao medicamento e/ou na interação com outros produtos ou alimentos, efeitos indesejados que poderão interferir na conduta do usuário na hora de fazer uso do seu medicamento, dificultando sua adesão ao tratamento. O uso contínuo dos medicamentos muitas vezes é fator de incômodo podendo resultar na mudança por conta própria do uso dos fármacos ou até mesmo desmotiva-los na continuidade do tratamento medicamentoso.

O ambiente domiciliar é o espaço onde ocorrem as relações familiares primárias, é neste meio privado que acontecem as interações familiares relativas aos diversos aspectos de vida dos indivíduos. É no espaço doméstico que estes fazem uso dos medicamentos diariamente, dialogam e se informam sobre sua condição de saúde tomando suas decisões relativas ao uso dos medicamentos, esta decisão muitas vezes não depende somente do indivíduo isoladamente, mas também de membros da família, já que as relações familiares são dinâmicas, porém sabe-se que a necessidade de fazer uso continuamente poderá gerar dúvidas e/ou dificuldades, comprometendo a orientação recebida na consulta médica.

Nesse espaço privado que pouco se sabe do dia a dia dos indivíduos é que estes precisam de orientação com relação ao seu estado de saúde, mas sabe-se que não é possível a presença dos profissionais de forma contínua e criteriosa no acompanhamento do usuário em seu domicílio para a orientação no tratamento com os medicamentos, por isso o estudo tem conteúdos que contemplam essa questão, buscando identificar diretamente com o usuário no seu ambiente domiciliar os fatores dificultadores da adesão ao tratamento prescrito, assim como os que levam os pacientes ao uso inadequado de medicamentos ou abandono do

tratamento. Identifica o protagonismo do usuário como responsável pelo seu tratamento no domicílio, pois é neste ambiente que ocorrem maior parte das decisões no tratamento. Quanto à interação de usuário e profissional de saúde durante as consultas, o estudo questiona sua conduta com relação às possíveis dificuldades encontradas no tratamento medicamentoso e os esclarecimentos das eventuais dúvidas.

O conhecimento do usuário em relação ao uso de seus medicamentos como: posologia, tipos e formas farmacêuticas do produto, armazenamento e o procedimento usado por eles é de essencial importância para o bom resultado do seu tratamento, para ajudá-lo a diminuir riscos de intoxicação e outras complicações que estão suscetíveis com relação ao uso inadequado desses produtos. A ingestão de doses maiores do que a proposta pelo médico poderá ocasionar efeitos indesejáveis, aumentando risco de toxicidade, podendo resultar em danos graves para a saúde, assim também como as doses inferiores ao que foi prescrito, poderá não produzir o efeito desejado, sendo ele metabolizado e excretado sem a reação esperada. O abandono do uso da medicação prescrita, também é um fator de risco preocupante que aumenta os riscos de agravamentos das doenças, comprometem a saúde e elevam os números de morbimortalidades na população.

A pesquisa irá contribuir com informações que sejam usadas na implementação de novas estratégias e/ou ações em saúde. Trazer dados com maiores detalhes sobre o uso de medicamentos no domicílio do usuário para o conhecimento interno da ESF proporcionará aos profissionais de saúde maiores subsídios de informações indicando as possíveis causas do não uso (quando for o caso) ou uso inadequado dos medicamentos no ambiente domiciliar. O estudo também intensifica a valorização da prevenção, pois isto é de grande importância não só para garantir a qualidade de vida dos indivíduos, mas também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos, principalmente quando se considera questões que são passíveis de intervenção, pois quanto maior o grau de observância no uso dos medicamentos menores serão os riscos de complicações e mortalidade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento da população e uso de medicamentos

Devido ao aumento da longevidade da população mundial, observa-se um crescimento na prevalência de doenças crônicas degenerativas e conseqüente incremento no uso de medicamentos. O aumento da população de idosos levanta uma discussão importante nos cuidados em saúde, principalmente no tratamento com uso de medicamentos, pois estes são necessários em diversos tipos de patologias que comumente acometem as pessoas nessa idade. Os idosos e portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) por serem os maiores consumidores de medicamentos, ficam mais expostos aos riscos que esses oferecem, sendo uma população com aspectos de vulnerabilidades maiores, as quais são determinadas por diversos fatores dentre eles destaca-se a polifarmácia (GAUTÉRIO *et al.*, 2012).

Estudos sobre as doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, tratando da terapia com medicamentos de uso contínuo, contribuem com resultados que indicam a necessidade de novos enfrentamentos e readequações nas ações em saúde através do nível primário (ARANTES, *et al.*, 2016). O tema é relevante e mostra um panorama crítico, pois leva em consideração também o fato do forte impacto que essas doenças causam na qualidade de vida dos indivíduos afetados, incluindo maior possibilidade de morte prematura e os efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral (BRASIL, 2011).

Um olhar mais amplo na questão é importante, pois são muitos que não seguem com critério necessário as recomendações do tratamento, e nos casos das DCNT, por se apresentar em alguns casos como uma doença “silenciosa”, ou seja, em algumas situações poderá ser assintomático, o paciente não reconhece ser um grande risco para sua saúde, diminuindo sua preocupação com relação ao seu tratamento. Por esse motivo, o uso de medicamentos deverá ser observado com mais atenção, assim também quando se refere à população idosa. Os idosos constituem 50% das pessoas que utilizam múltiplos medicamentos e é comum encontrar em suas prescrições doses e indicações inadequadas, interações medicamentosas e associações com o uso de medicamentos sem valor terapêutico (MARIN *et al.*, 2008).

Para Hoefler e Wannmacher (2012) o emprego concomitante de múltiplos fármacos torna-se comum e traz riscos de interações medicamentosas podendo acarretar efeitos adversos e conseqüências graves a saúde do paciente. Fatores atrelados à idade, à funcionalidade e a presença de doenças crônicas, torna os idosos mais suscetíveis ao uso inadequado dos medicamentos, que é agravado pela complexidade dos esquemas medicamentosos associado com a falta de entendimento, esquecimento, diminuição da

acuidade visual e destreza manual, além dessas características que estão ligadas aqueles com maior idade, têm-se também o alto índice de analfabetismo, fatores encontrados como responsáveis por problemas terapêuticos provenientes de interações entre fármacos com 0,6% a 4,8% das internações hospitalares (MARIN *et al.*, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece assistência nos níveis primário, secundário e terciário, porém temos uma atenção primária deficiente que sobrecarrega os demais níveis de assistência, causando instabilidade no sistema e aumento nos custos em saúde pública, sendo boa parte desses gastos com medicamentos. Sobretudo é importante que os estudos que abordam o uso de medicamentos busquem evidências que indiquem a necessidade para estratégias diferenciadas em caráter local na promoção à saúde, para a otimização dos recursos e em especial para a implementação de medidas, objetivando promover através da atenção primária métodos que possam viabilizar um modelo de atenção com qualidade na assistência à saúde e que assegure a todos o entendimento sobre o uso racional de medicamentos (CASTRO, 2000).

2.2 As Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o uso de medicamentos na atenção primária

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são atualmente as principais causas de mortalidade no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2011). Os altos níveis de pressão arterial, colesterol, massa corporal e açúcar no sangue são os fatores que aumentam a possibilidade de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2012). As DCNT são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e por serem de longa duração necessitam de um tratamento e acompanhamento contínuo. Atualmente elas são consideradas um sério problema de saúde pública. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que as DCNT foram responsáveis por causar 63% das 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008 (BRASIL, 2011). Como nos outros países, no Brasil as DCNT também se constituem como problema de saúde de maior magnitude, sendo responsável por 72% das mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3%). No Brasil as DCNT estão entre as principais causas de internações hospitalares, os custos diretos com essas doenças causam crescente impacto para o sistema público de saúde e gera significativos danos econômicos e sociais (SCHMIDT *et al.*, 2011).

As doenças crônicas não transmissíveis dentre elas o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), são consideradas como um dos maiores desafios para

os serviços de saúde, pois são as principais causas de mortalidade atingindo inclusive pessoas em idade produtiva com menos de 60 anos. No Brasil essas doenças afetam com maior intensidade indivíduos que pertencem a grupos mais vulneráveis, com baixa alfabetização e menor renda. O tratamento adequado com medicamentos possibilita o controle das doenças (DIA e HAS), reduz as morbimortalidades e tem significativa melhora na qualidade de vida dos usuários (COSTA *et al.*, 2016).

O indivíduo com diagnóstico de DCNT necessita adequar melhor seu estilo de vida através das orientações recebidas dos profissionais de saúde, sendo necessário seguir criteriosamente o tratamento para evitar agravos do seu estado clínico e possibilitar melhor qualidade de vida. Muitos sentem dificuldades em seguir o tratamento, pois isto exige esforço e dedicação o que pode causar incômodo ou tornar-se desgastante, em muitos casos essa situação leva-os ao abandono do tratamento ou a adoção de métodos incorretos, como ocorre com aqueles que fazem o tratamento de forma irregular tomando a medicação prescrita somente em caso de crises, o que não assegura um tratamento adequado de acordo com as recomendações médica (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são considerados responsáveis por grande parte dos agravos de saúde pública, onde cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica com ações de prevenção, promoção, vigilância em saúde, assistência e acompanhamento dos usuários. A prevalência da HAS no Brasil oscila entre 15 e 20% na população adulta (maior ou igual a 20 anos), constitui o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares tendo forte relação com 80% dos casos de AVE (Acidente Vascular Encefálico) e 60% dos casos de doença isquêmica do coração, os quais tem como origem a hipertensão arterial não controlada (BRASIL, 2001).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e que 25,0% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com a terapia medicamentosa hipertensiva adequada, no entanto parcela importante da população adulta não tem conhecimento do seu estado clínico de hipertensão arterial, e grande parte dos que sabem não estão sendo tratados adequadamente.

O diabetes é uma das doenças crônicas priorizadas em nível global. No Brasil, em 2013 os dados indicam elevada prevalência, correspondendo a 6,2% na população adulta, com maior índice entre as mulheres (7,0%) em relação aos homens (5,4%) (SBD DIRETRIZES 2015/2016). O Ministério da Saúde identificou em uma pesquisa junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que o diabetes atinge cerca de nove milhões de brasileiros, sendo responsável por complicações na morbidade em doenças agudas e crônicas com alta

taxa de hospitalizações e de mortalidade, gerando significativos danos econômicos e sociais (BRASIL, 2015). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam dois dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional (BRASIL, 2001).

2.3 O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como um dos principais problemas de saúde na população

Quanto às informações sobre o diabetes e a hipertensão arterial, a literatura diz que o número dessas doenças tem aumentado na população mais jovem nos últimos anos. Nos países em desenvolvimento a maior urbanização e a crescente prevalência da obesidade e do sedentarismo, característicos das sociedades modernas, são responsáveis por parte da condição inadequada de saúde dessa população, os quais resultam no aumento da incidência e prevalência dessas doenças com maior predominância entre os mais jovens (Ferreira; Ferreira, 2009).

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial são doenças crônicas que comprometem a saúde da população, podendo causar aposentadoria precoce, morte prematura dos portadores e custos financeiros aos cofres públicos. Para reduzir gastos e diminuir a morbimortalidade brasileira, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado o Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) com o intuito de cadastrar, vincular e acompanhar os pacientes portadores nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa um sério problema de saúde pública, tanto pela sua ampla prevalência em indivíduos adultos como pelas suas taxas de morbimortalidade. A HAS é importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose que tem como consequência o acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. Constitui uma das principais causas de morbimortalidade na população brasileira, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (PASSOS, *et. al.*, 2006).

Quando os indivíduos são diagnosticados com HAS estes precisam de acompanhamento contínuo no tratamento, orientação e/ou intervenção terapêutica rigorosa, para minimizar ou evitar os riscos de agravos que poderão comprometer sua qualidade de vida, pois são vários os fatores que aumentam o risco de agravamento dessas doenças, por isso não há uma causa única como responsável. Portanto, as informações sobre a prevalência de hipertensão arterial na população brasileira é essencial para o desenvolvimento de políticas

de prevenção e controle, além do mais é importante conhecer os fatores de risco que podem variar de acordo com a localidade (BARBOSA *et al.*, 2008).

No perfil epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis, o Diabetes Mellitus (DM), configura-se hoje como epidemia mundial, representando grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo (BRASIL, 2006). A prevalência da doença tem aumentado acompanhando o crescimento e envelhecimento populacional, dentre outros fatores como: maior urbanização, crescente prevalência da obesidade, sedentarismo e maior sobrevida do paciente diabético (ERBERLY *et al.*, 2003).

Levando em consideração que após as orientações nutricionais e de atividades físicas, e estas pessoas não corresponderem eficazmente no equilíbrio/estabilidade do quadro clínico de saúde dos pacientes, faz-se necessário a introdução da medicação orientada pelo médico, sendo que estas orientações devem ser adequadas às condições de cada indivíduo, incluindo a alfabetização, pois boa parte dos pacientes não tem nível de informação adequada para a utilização segura dos medicamentos prescritos, situação que poderá levá-los a tomar decisões equivocadas ou inadequadas no uso dos seus medicamentos colocando em risco a sua saúde (OENNING *et al.*, 2011).

A Atenção Primária (AP) por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) é o espaço ideal para as intervenções nas práticas de saúde para a detecção e prevenção da doença. A abordagem deve ser feita por meio de orientação no estilo de vida adequado e/ou tratamento com medicamentos de forma correta e adequada para um resultado positivo no tratamento (FAJARDO, 2006).

É de responsabilidade da Atenção Básica (AB) planejar efetivas estratégias de enfrentamento dessas doenças com propostas que contemplem o indivíduo dentro do contexto real de vida em comunidade, pois estes estão condicionados a fatores vinculados às circunstâncias sociais, econômicas e culturais, classe ou posição social e raça/cor (SCHMIDT *et al.*, 2011).

2.4 O processo saúde/doença, os hábitos e a cultura das sociedades e uso dos medicamentos

A maneira como os indivíduos e as coletividades se organizam elegendo determinados modos de viver são modificadas pelas transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pelas sociedades ao longo do tempo. As mudanças interferem

no acesso da população às condições de vida mais favoráveis à saúde e, portanto, repercutem diretamente na alteração dos padrões de adoecimento (BRASIL, 2008).

No processo de cura das doenças ou estabilidade da saúde, em que o indivíduo é submetido a um tratamento farmacológico, o uso dos produtos é de essencial importância para um resultado positivo, sendo que muitas vezes esse procedimento não ocorre da forma esperada. A possibilidade de acesso aos produtos, isto é, ter o medicamento que precisa para o tratamento na dosagem e tempo correto, sem precisar a interrupção no tratamento é condição necessária e importante para que o indivíduo possa iniciar, prosseguir e terminar seu tratamento (WHO, 1987).

Dentro do contexto de atenção à saúde nas sociedades é relevante a atuação do uso de medicamentos nas intervenções das morbidades que afetam grande parte dos indivíduos. A prática de uso de medicamentos pode ser classificada dos seguintes modos (PAULO; ZANINE, 1998):

Cultural: quando o uso de produtos naturais é feito com base no conhecimento passado através de gerações.

Orientada: quando o paciente já possui conhecimentos primários, informados pelo médico ou de outros profissionais competentes em consulta prévia, a respeito do uso do medicamento, da eficácia e dos efeitos colaterais.

Induzida: quando o uso de medicamentos se dá por meio de difusão pública e propagandas com fins comerciais.

Casos de uso inadequado ocorrem com qualquer indivíduo tendo ele conhecimento dos produtos ou não, sendo que essa situação eleva riscos para a sua saúde pela exposição às drogas farmacêuticas (BRITO, 2010).

Essa particularidade também tem repercutido como fator de preocupação frente às ações em saúde pública no Brasil. Segundo Almeida (2010), o processo de cura ou estabilidade da saúde poderá ficar comprometido quando requer um tratamento longo que são condições frequentes em grande parte da população, e principalmente entre os idosos onde é alto o percentual dos que fazem uso de medicamentos de forma contínua, nos quais aumenta o número de recidivas ou recaídas que podem ocorrer durante o tratamento, destacando-se como sujeitos da questão a cronicidade das doenças, uso de múltiplos medicamentos, efeitos adversos, e a falta de uma adequada prescrição, os quais são fatores que podem contribuir para alterações negativas no estado de saúde dessa população (MARIN *et. al*, 2008).

O medicamento constitui importante ferramenta terapêutica para o enfrentamento dos problemas de saúde, porém destaca-se que ainda faltam maiores informação para essa

compreensão (MENDES *et al.*, 2014). A investigação do comportamento dos indivíduos com relação à terapia medicamentosa tem função necessária no entendimento do uso no processo de tratamento das doenças, as informações obtidas ajudam a elucidar questões sobre os fatores relevantes ao uso inadequado de medicamentos, inclusive relatando como as práticas e desejos “irracionais” na utilização desses produtos por indivíduos ou populações. Cita-se como um dos responsáveis na criação destes hábitos a grande oferta (quantidade ou variedade), mesmo que considerados essenciais ou não, a atração proporcionada pelas novidades terapêuticas, a propaganda exaustiva da indústria farmacêutica, o conceito da medicalização atribuído por médicos na prescrição do fármaco, até o sincretismo cultural que consiste em hábitos e práticas culturais, revelando uma finalidade diferente daquela para a qual o produto foi desenvolvido (CASTRO, 2000).

Laporte e Tognoni (1989) explica que a partir dos anos 60 e 70, o conceito de medicamento sofre transformações, o medicamento passa a ser visto como um "elemento problemático", e não como um agente terapêutico com finalidade apenas no tratamento, prevenção ou diagnóstico. Entende-se, finalmente, que utilizá-lo, ainda que nas condições preconizadas, não afasta a possibilidade de efeitos indesejáveis. A citação faz referência aos riscos de iminente toxicidade no uso inadequado, desmedido ou por fatores de ordem genética, da mesma forma são as ocorrências com as reações adversas dentro dos percentuais estipulados que pode acontecer como uma resposta indesejável, não intencional podendo ocorrer mesmo em doses usualmente empregada para o diagnóstico ou tratamento da doença.

Com relação às reações adversas no uso de fármacos o Dicionário de Epidemiologia dirigido pela *International Epidemiological Association*, explica que a definição sobre a “vigilância pós-comercialização de medicamentos” é um procedimento colocado em atividade depois da autorização do registro de um novo fármaco, o qual é desenhado para procurar informações sobre o uso real do fármaco para determinada indicação, assim como sobre a aparição de efeitos indesejáveis (LAST, 1989). No contexto da farmacovigilância identifica-se a problemática segundo o grau de variabilidade de utilização ao qual é submetido o medicamento em diversos países, culturas e práticas médicas, desviando os prognósticos das condições idealizadas que os originaram, comprometendo, portanto, qualquer conclusão a priori de sua efetividade. A farmacovigilância como enfoque específico da vigilância epidemiológica é um método importante voltado para o acompanhamento da ocorrência e controle das reações adversas aos medicamentos, são vistos como essenciais com relação ao uso de medicamentos, pois proporcionam a avaliação dos efeitos e reações desses medicamentos nos usuários (SEVALHO, 2001).

Sabe-se que a metabolização de um fármaco no organismo passa por diversas etapas explicadas na farmacologia, das quais citamos a concentração tóxica, concentração terapêutica e a concentração mínima eficaz, etapas que levam o produto a ser absorvido, distribuído, metabolizado e por fim eliminado. Nessas etapas o medicamento tem a eficácia para o tratamento terapêutico de acordo com a dose administrada e sua absorção de maneira regular com a distribuição do fármaco na circulação sistêmica, sendo concentrado no local de ação de acordo com o efeito farmacológico levando a uma resposta clínica de toxicidade (no uso inadequado), ou eficácia de acordo com o uso adequado do produto. Mas se um fármaco é inadequadamente absorvido, seus efeitos sistêmicos inexistem (ROSIN, 2015). Portanto, para uma resposta positiva com uso de medicamentos é imprescindível obedecer a uma posologia correta, seguindo a prescrição da dosagem e do tempo de tratamento necessário, assim poderá ter um resultado positivo na cura ou controle da doença.

2.5 Adesão ao tratamento medicamentoso no domicílio

São diversos os fatores correlacionados ao uso de medicamentos na população, não importando à cultura, a história, a posição econômica ou social do indivíduo, pois a necessidade do uso está condicionada na mediação de conceitos ligados à saúde e a doença, porém sabe-se que em certos casos o uso da medicação consiste em um procedimento indispensável para a preservação da saúde (CASTRO, 2000).

Por outro lado, existem fatores que nem sempre estão relacionados com o abandono do tratamento farmacológico ou com a suspensão periódica no uso dos fármacos, mas são questões preocupantes na relação usuário/tratamento, onde podemos relatar como exemplo a inobservância das orientações dadas pelo médico na condução do tratamento, condições estas que inclui desde mudanças no modo de vida atual do paciente, até a maneira a ser seguida com devido critério no uso adequado dos seus medicamentos.

O abandono ao tratamento medicamentoso, assim como o uso inadequado, pode levar a complicações graves da saúde, além de outras adversidades psicossociais e desperdício de recursos dos sistemas público de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a adesão ao tratamento é uma ferramenta fundamental para os cuidados e controle das doenças crônicas, sendo que na maioria dos casos é imprescindível o uso de fármacos (WHO, 2003). A OMS reconhece que muitos pacientes têm dificuldade em seguir o tratamento recomendado e relata que a baixa adesão é um problema mundial (LIMA *et al.*, 2010).

A adesão ao tratamento é fundamental para o acompanhamento e gerenciamento do tratamento, dessa maneira faz-se o controle e monitoramento melhor da doença. A importância também se dá com a melhor efetividade em seguir todas as orientações no tratamento de acordo com a indicação do profissional de saúde, tais como: tomar a medicação na dose e horário estipulado, bem como seguir a dieta e/ou fazer mudanças na sua rotina de vida seguindo as orientações estipulada pelos profissionais no acompanhamento desse paciente possibilitando uma melhor qualidade de vida.

Os benefícios de um tratamento adequado seguindo a orientação médica se estendem aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e à economia dos países. O paciente passa a ter a sua condição controlada, e na maioria das vezes mantém uma vida normal e economicamente ativa; não ficando na total dependência da família (como é o caso daqueles que são comprometidos por consequências de complicações), e esta pode se dedicar a outras atividades, pois isenta ou diminui sua função no papel de cuidadora; o sistema de saúde economiza com a redução de internações emergenciais e intervenções cirúrgicas e a economia ganha com o aumento da produtividade (FONSECA *et al.*, 2008).

Com relação às DCNT e o tratamento medicamentoso, o uso corretamente dos fármacos na maioria dos casos é determinante para o sucesso do tratamento e bem estar do indivíduo, porém o comprometimento do paciente em seguir a terapia com os fármacos considera-se uma questão crítica, pois a adesão diminui na medida em que o número de medicamentos, de doses e do tempo de tratamento aumenta, bem como se há interferência nas atividades, no estilo de vida e nos hábitos alimentares, se existem efeitos colaterais, se o paciente vê a sua doença de uma forma pessimista e, até, se a interação com o profissional de saúde é deficiente (PERES *et al.*, 2007).

Quanto aos riscos no uso de múltiplos fármacos, como é o caso da maioria dos portadores de doenças crônicas, Pollock *et al.*, (1994) apontou em uma pesquisa com um número de 667 idosos que 65,8% desses indivíduos faziam uso de no mínimo uma associação de fármacos considerada arriscada. As classes dos produtos que envolvem maior potencial de risco são: os psicoativos, os hipoglicemiantes, os anticoagulantes e os antiulcerosos. Porém ROZENFELD (2003), citando estes dados destaca que somente uma minoria da amostra está sob risco, em virtude da baixa prevalência de uso de cada uma das categorias em questão, e que existe um maior risco associado aos medicamentos usados pelo maior número de pessoas, ou seja, os anti-hipertensivos, os diuréticos e os antiartríticos. A autora ainda cita as particularidades da farmacologia para os idosos, pois com a idade tanto a massa muscular como a água corporal diminui e a capacidade de filtração e excreção renal podem ficar

comprometidos, com menor eliminação de líquidos há o acúmulo dos metabólitos e as substâncias tóxicas ficam retidas no organismo aumentando a produção de reações adversas no uso dos medicamentos (ROZENFELD, 2003).

2.6 Aquisição e uso dos medicamentos, e a importância dos profissionais da ESF na atenção primária

O fornecimento de medicamentos para a população tem sido um fator importante no tratamento e controle das morbidades, principalmente com relação às doenças crônicas que exigem tratamento contínuo. Mesmo que segundo especialistas ainda faltem investimentos e uma melhor implementação das políticas públicas em saúde, pois os gastos com a saúde pública no Brasil ainda estão muito abaixo do necessário, levando em consideração que em 2007, apenas 8,4% do Produto Interno Bruto (PIB) foi gasto com saúde e a proporção pública da despesa com saúde nesse mesmo ano foi de 41%, um valor baixo em comparação com países como Reino Unido (82%), Itália (77,2%) e Espanha (71,8%) sendo também mais baixa que a de países como EUA (45,5%) e México (46,9%) (MENEZES *et al.*, 2007).

Quanto ao uso de medicamentos para a hipertensão arterial e diabetes, estes estão inseridos nas relações de medicamentos essenciais utilizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que são destinados para atendimento das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Segundo o Ministério da Saúde esses medicamentos são adquiridos e distribuídos aos municípios em quantidade proporcional à população cadastrada no Programa Nacional da Assistência Farmacêutica (PNAF) para a hipertensão arterial e diabetes mellitus (BRASIL, 2004). A iniciativa do Governo Federal inclui na política nacional de assistência farmacêutica o programa farmácia popular, com objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos básicos essenciais com atendimento aos usuários em rede de farmácias cadastradas (MIRANDA, 2014).

Alguns estudos mostram que o processo de crescimento tecnológico na fabricação de medicamentos no Brasil obteve aval de práticas médicas e até mesmo das políticas governamentais, os quais atendiam a interesses das indústrias farmacêuticas com articulações entre produção e circulação desses produtos (SOARES, 2000). Na prescrição e utilização dos medicamentos ocorria um processo macrodimensional, onde os consumidores eram vistos como um todo até em fatores globais, esses conceitos foram e são utilizados por conta das necessidades da indústria dentro do conceito de produção capitalista, onde importa mais a

vertente consumista do que a contribuição em fatores favoráveis à saúde do indivíduo (TEMPORÃO, 1986).

Com relação aos cuidados com o uso de medicamentos, a Comissão Intergestora e Conselho Nacional de Saúde, destaca uma orientação para o profissional farmacêutico na dispensação conforme as normas do Ministério da Saúde, ou seja, o profissional farmacêutico deverá proporcionar uma atenção ao usuário informando e orientando sobre o uso do medicamento, com ênfase no cumprimento com rigor da dosagem, a influência na ingestão de alimentos, interação com outros medicamentos. O usuário deve ser alertado sobre a possibilidade de reações adversas e receber informações sobre as condições adequadas de armazenamento do produto (BRASIL, 1999).

O profissional de saúde precisa focar suas orientações e esclarecimentos para evitar que o tratamento não seja interrompido ou feito de forma inadequada (GOMES; REIS, 2001).

Com relação às interações medicamentosas e/ou reações adversas Secoli (2010) cita:

Os riscos estimados nos estudos provenientes principalmente de países desenvolvidos podem, inicialmente, parecer elevados e não fornecer uma análise risco-benefício para terapia individual. Todavia, Reações Adversas a Medicamentos (RAM) e as Interações Medicamentosas (IM) são subestimadas no mundo inteiro. Muitos desses eventos não são reconhecidos pelo paciente, familiar, tampouco pelos profissionais, especialmente quando a polifarmácia é demasiadamente complexa. Além disso, muitos profissionais imaginam as RAM e IM em termos de desfechos catastróficos como arritmias, convulsões e morte, que embora, sejam respostas possíveis, representam somente a ponta do *iceberg*. No dia-a-dia, as consequências desses eventos como tontura, sedação, hipotensão postural, quedas, confusão, frequentes em idosos é aparentemente menos dramáticas, podem aumentar o perfil de morbimortalidade deste grupo etário (SECOLI, 2010, p. 139).

As reações adversas são um problema importante, pois indivíduos que fazem uso de medicamentos continuamente, principalmente nos portadores de DCNT estão mais expostos pela quantidade de produtos que precisam ser administrados e, por conseguinte a interação com outros medicamentos podem causar reações secundárias adversas que muitas vezes são indesejáveis causando-lhes certo desconforto, isso pode gerar no indivíduo uma resistência ao uso do medicamento.

Wannmacher (2012) relata que a Organização Mundial de Saúde, defende que a forma mais adequada de melhorar o uso de medicamentos na população acompanhada pela Atenção Primária à Saúde (APS) nos países em desenvolvimento é através da educação e supervisão dos profissionais de saúde, educação e orientação do consumidor e garantia adequada ao acesso a medicamentos apropriados. Ainda segundo especialistas o uso abusivo,

insuficiente ou inadequado de medicamentos lesa a população e desperdiça os recursos públicos e se contrapõe ao uso racional de medicamentos.

Para Cunha *et al.* (2002) os profissionais que trabalham na atenção primária à saúde, ou que de qualquer forma promovem a dispensação do produto para uso do consumidor, deverão estar submetidos a dar prioridade no medicamento como um bem social, atuando com orientação e supervisão para o fortalecimento da adesão ao uso dos medicamentos prescritos, com finalidade de diminuir riscos de complicações nas morbidades. O medicamento precisa ser visto como um insumo básico na promoção da saúde da população e não com um bem econômico, um instrumento de lucro da indústria farmacêutica.

Castro (1999) informa que são vários os fatores que contribuem para agravar a situação de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis. E se falando em terapia medicamentosa uma atenção no tratamento com esses produtos é imprescindível, pois algumas características que envolvem o tratamento da doença elevam os riscos do uso inadequado de medicamentos. Ainda segundo o mesmo autor, embora estes pacientes estejam devidamente diagnosticados, apenas 50% deles utilizam medicação de forma regular.

A atenção ao usuário na terapia medicamentosa também é uma responsabilidade do campo de assistência farmacêutica, pois nas atribuições destes estão: promoção e educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação de medicamentos, atendimento farmacêutico e acompanhamento do uso. As atividades ligadas à promoção em saúde são de extrema importância para os usuários, e como parte integrante das ações em saúde das equipes da ESF a orientação profissional tende evitar o abandono do uso da medicação por algum fator de dúvida ou efeito inesperado na ação do fármaco, bem como auxiliando na diminuição dos riscos de complicações da doença ocasionado pelo abandono do uso e com o monitoramento e assistência adequada nos cuidados na atenção primária (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Na administração dos medicamentos enfoca-se a promoção em saúde como ferramenta de esclarecimento efetivo de amplo alcance na atenção aos usuários, estes grande parte apresentam dificuldades no uso correto dos fármacos. A promoção em saúde não se limita apenas na aprendizagem sobre doenças e/ou como evitá-las, mas também leva em consideração fatores sociais que interferem no processo saúde/doença, inclusive no uso inadequado ou abandono do tratamento. É importante inteirar que a saúde está ligada a diversos aspectos: físicos, mentais, ambientais, pessoais, emocionais, sociais e ecológicos (BRASIL, 2007). Entretanto, as políticas públicas apresentadas sobre uso de medicamentos intensifica a necessidade de oferecer uma assistência farmacêutica integral para que a

população tenha acesso as orientações e a produtos farmacêuticos de qualidade (MIRANDA, 2014).

A promoção em saúde tem papel fundamental no desenvolvimento do indivíduo, partindo das tarefas socioeducativas, na atenção básica atua no processo de aprendizagem ajudando a elucidar dúvidas e gerando o empoderamento da comunidade, para que através dessa interação política social o indivíduo participe de forma efetiva das ações em saúde com atuação solidária na comunidade e/ou na própria família, além do que, a participação atuante desses usuários resulta na formação e desenvolvimento de uma consciência cidadã, com maior responsabilidade nos cuidados em saúde e estabilidade de seu estado clínico (BRASIL, 2007).

2.7 O uso de medicamentos e a interação dos profissionais de saúde com os usuários do sistema público de saúde

No âmbito da rotina de consultório o processo de interação entre profissional de saúde e usuário resulta na medicalização e/ou orientação oral ou prescrita. Isto deverá resultar num entendimento objetivo e claro sobre o tratamento, necessário também de ser sucedido na dispensação do produto pelo farmacêutico. As intervenções com a equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família deverá levar a resultados importantes na conduta do usuário com relação à adesão ao tratamento e uso adequado dos medicamentos no domicílio, porque a dispensação faz parte do processo de atenção à saúde e deve ser considerada como uma ação integrada do farmacêutico com os outros profissionais de saúde, em especial, com os prescritores (GALATO *et al.*, 2008).

Para Oliveira (2001) na interação social, temos formas de relações entre as pessoas, seja ela feita de pessoa para pessoa, ou de pessoa para grupo, na qual os indivíduos são protagonistas, atuando nesse processo interativo, recebendo e dando informações que potencializam a disponibilidade de ação entre eles. Muitas vezes a interação que ocorre através do diálogo entre familiares, amigos e vizinhos tem relação com a doença, tratamento e o uso de medicamentos, pois saúde e doença está sempre presente nas relações interpessoais. Mas, quando o assunto é o fenômeno saúde/doença é necessário ser compreendido de forma adequada e segura, pois através das mudanças nas sociedades com o passar dos tempos os indivíduos também passaram a interpretar paradigmas de informações modificadas, em alguns casos se tornam inadequadas, as quais podem trazer resultados negativos como o risco para uso inadequado de medicamentos e/ou hábitos ou costumes que contrariam a orientação médica e interferem no tratamento orientado.

Cada indivíduo traz na sua história de vida diferentes conceitos relacionados a crenças, hábitos que são importantes para seu cotidiano, essas características podem ser aparentes ou não de forma individual ou coletiva. O profissional de saúde ao prestar assistência ao indivíduo, família ou à comunidade deve considerar quem é ou quem são as pessoas ou os grupos e como se apresentam na situação de necessidade de saúde, seus direitos, deveres, valores e prerrogativas para uma melhor tomada de decisão nas orientações. Tudo o que é aprendido sobre estruturas e funções do metabolismo humano, do comportamento em sociedade, seja pelo estudo nas áreas de anatomia, fisiologia, patologia, psicologia ou sociologia, além das várias maneiras de assistir, de abordar e se relacionar profissionalmente com o indivíduo, a família ou a comunidade, ou mesmo que se considere a pessoa um ser biopsicossocial e espiritual, não se consegue expressar toda a individualidade e singularidade existentes nessa particularidade do indivíduo (VIANNA, 2014).

Observa-se, no entanto, que o padrão de uso de medicamentos em uma sociedade é determinado também por aspectos interpessoais, ou seja, levam-se em conta valores, crenças, hábitos que estão intrínsecos no comportamento e determinam atitudes individuais quando estes estão na busca de soluções dos problemas de saúde (SOARES, 2000).

Essas práticas muitas vezes são elementos culturais incorporados no indivíduo, o qual leva a uma percepção equivocada, pois vê na terapia com medicamentos a única solução para os problemas de saúde, interpretando uma concepção subjetiva de que toda doença exige um tratamento farmacológico (KAULING *et. al.*, 2013).

De acordo com Naves *et al.* (2010) essa prática é tida como a supervalorização das terapias medicamentosas, pois leva à falsa ideia do medicamento como símbolo de esperança na cura para todos os males, inclusive os causados pela precariedade das condições sociais, ou mesmo os decorrentes de hábitos inadequados ou estados fisiológicos.

Lima *et al.* (2010) cita a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS), como sugestão que pode subsidiar a utilização mais racional dos medicamentos com a "educação da população a respeito dos medicamentos". Essa proposta tem como objetivo intensificar princípios que regem políticas sociais para otimizar os benefícios e minimizar os riscos na utilização de medicamentos pela população. Este é o método racional no uso dos medicamentos, ocorre quando os pacientes têm acesso ao medicamento de que necessitam nas doses corretas pelo período de tempo adequado ao tratamento e ao menor custo possível.

2.8 A pesquisa no domicílio como contribuição para a Estratégia Saúde da Família

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são os dois principais fatores de risco de morbimortalidade ocasionada pelas doenças cardiovasculares na população brasileira, os quais contribuem decisivamente no aumento da prevalência dessas ocorrências com causa relacionada a uma dessas doenças. A hipertensão arterial atinge um percentual de 11 a 20% da população adulta. Um percentual expressivo de pacientes com Acidente Vascular Encefálico (AVE) (85%) e vítimas de infarto do miocárdio (40%) apresentam hipertensão arterial como causa (BRASIL, 2001). O diabetes atinge pessoas de todas as faixas etárias, sem distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas, sua prevalência na população adulta é de 7,6%, e o risco de complicações graves está associado ao estado hiperglicêmico do paciente, sendo que qualquer redução desses níveis promove a diminuição da gravidade dos riscos, resultando em significativa redução de complicações microvasculares e de mortes associada ao diabetes (SBEM, 2004).

O tratamento terapêutico da HAS e do DM inclui tanto a manutenção contínua pelos indivíduos com tratamento medicamentoso prescrito, quanto à mudança do estilo de vida, obedecendo conscientemente as condutas orientadas, portanto para uma resposta positiva com uso dos fármacos é imprescindível que o usuário obedeça a prescrição médica, pois a baixa adesão e o uso inadequado são responsáveis pela redução dos benefícios clínicos, podendo levar a complicações de saúde e psicossociais (MENDES *et al.*, 2014). Entende-se, porém que o resultado depende da conduta do usuário, pois este é responsável pelo seu tratamento no dia a dia no ambiente domiciliar, sendo necessária a intervenção da ESF com orientação para ajudar no esclarecimento de possíveis dúvidas evitando o abandono ou uso inadequado dos medicamentos.

Considerando esses fatores, torna-se necessário entender melhor essas questões através de uma pesquisa que contemple o usuário no seu ambiente primário, espaço em que está familiarizado. Neste convívio ele participa e transmite costumes e hábitos que são construídos por vínculos afetivos ou tradicionais no seu meio social. A pesquisa valoriza o indivíduo nesse ambiente, pois tem melhor condição de arguir sobre seu estado de usuário do sistema de saúde. Também importa para a pesquisa a situação de proximidade dos produtos em uso (medicamentos), assim como outros fatores internos do domicílio ou da vida privada que são relevantes para que realize seu tratamento.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar o uso de medicamentos prescritos para a hipertensão arterial e/ou diabetes por usuários cadastrados no programa HIPERDIA, atendidos pela equipe da ESF na área de abrangência da UBSF Dr. Nelson Assef Buainain no Jardim Antártica, Distrito Sanitário Oeste em Campo Grande Mato Grosso do Sul.

3.2 Específicos

- Analisar a utilização de medicamentos em ambiente domiciliar de usuários diagnosticados, e com prescrição para o tratamento contínuo da hipertensão arterial sistêmica e/ou do diabetes.
- Identificar o cumprimento ou não das prescrições médicas, por usuários dos serviços de saúde com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes no seu domicílio.
- Identificar fatores que levam ao abandono ou uso inadequado de medicamentos passíveis de intervenção na atenção básica.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva de corte transversal, com uso de dados primários coletados em campo através de um questionário de entrevistas numa comunidade atendida pela ESF, no período de janeiro a março de 2016.

4.2 Local da pesquisa

Área adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Dr. Nelson Assef Buainain, Distrito Sanitário Oeste (DSO), na região sul de Campo Grande Mato Grosso do Sul. A UBSF é dividida em três equipes, sendo cada equipe responsável por 01 área e cada área é dividida em 09 micro áreas. Os profissionais pertencentes às equipes da ESF seguem o modelo instituído pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011.

4.3 Amostra e sujeitos da pesquisa

A população da área pesquisada está compreendida em um território de aproximadamente 14.000 (catorze mil pessoas), no entorno da UBSF. Foi selecionada uma amostra representativa calculada com uma margem de erro de 5%, e intervalo de confiança de 95%, das 1.317 pessoas diagnosticadas com DM e HAS, cadastrados no programa HIPERDIA da UBSF, obtendo-se um número de 298 usuários a serem entrevistados.

Os sujeitos da pesquisa (n=298) são os usuários cadastrados no programa HIPERDIA que fazem uso de medicamentos de uso contínuo, os quais foram prescritos pelo médico para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Estes foram escolhidos de forma aleatória, pois na coleta de dados no campo seguiu-se o protocolo de visita nos domicílios de acordo com o itinerário do Agente Comunitário de Saúde (ACS). As visitas do pesquisador junto aos Agentes Comunitário de Saúde (ACS) eram alternadas diariamente de acordo com o itinerário de trabalho, na ausência do morador seguia-se para o domicilio seguinte, o retorno era feito em até duas tentativas. Cada dia de visita escolhia-se uma micro-área diferente obviamente com ACS diferente para a coleta dos dados, estes também escolhidos aleatoriamente excluindo-se aqueles em que já havia sido feito o trabalho de coleta na micro-área, de forma que possibilitou colher informações em todas as áreas das equipes da UBSF.

4.4 Critério de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa indivíduos maiores de idade de capacidade plena de acordo com o art. 5º *caput* do Código Civil, que fazem uso contínuo de medicamentos no domicílio cadastrados no programa HIPERDIA, atendidos pelas equipes da ESF residentes na área adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família citada.

Foram excluídos da pesquisa os usuários que se abstiveram de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), se recusaram a responder o questionário e/ou estiveram ausentes no período da pesquisa e não encontrados após duas tentativas seguidas.

4.5 Instrumento e procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi feita pelo pesquisador tendo o apoio dos profissionais da UBSF citada, com destaque aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que indicaram a população usuária dos serviços atendidas pela equipe da ESF. A pesquisa abordou diretamente o usuário na sua condição de residente portador de DM e/ou HAS, considerando todo o contexto pessoal de vida e convivência no ambiente domiciliar. Foi aplicado um questionário semiestruturado (Apêndices A), e preenchido nas entrevistas com os moradores seguindo o itinerário dos ACS nas visitas domiciliares priorizadas nos programas de saúde (HIPERDIA) para acompanhamento dos portadores de DM e HAS.

Na abordagem, iniciava-se solicitando informações da caracterização deste usuário com os dados socioeconômicos. Posteriormente na segunda parte do questionário as perguntas abordaram o uso dos medicamentos pós consulta e as possíveis dificuldades encontradas no dia a dia, tais como: dúvidas, dificuldades no uso, abandono do uso, ingestão concomitante de algum remédio ou produto durante o tratamento, esquecimento, efeitos do fármaco, conhecimento sobre os medicamentos que faz uso, dentre outros.

4.6 Análise e resultados dos dados

Inicialmente foi feito a alocação das questões numa planilha eletrônica, priorizando sempre a origem do estudo de campo, com a valorização dos conteúdos coletados através dos questionários que resultou em ampla quantidade de informações para posteriormente fazer as tabelas e o cruzamento dos dados, este, obedeceu à ordem de acordo com a caracterização dos

usuários, exemplo: faixa etária, estado civil, renda familiar, nível de alfabetização etc., os quais foram analisados junto às informações econômicas, sociais e de saúde dos indivíduos. Após a inserção dos conteúdos na planilha eletrônica de dados, geraram-se os quantitativos para construção de tabelas, cruzamento de dados e a apresentação definitiva descritiva.

Na etapa seguinte a análise adota caráter exploratório guiado por situações encontradas na prática, pois os conteúdos colhidos no campo através do questionário com perguntas objetivas e abertas ampliou a discussão e possibilitou maior contribuição para atender todos os objetivos do estudo, identificando as questões mais relevantes de acordo com o conhecimento e vivência do pesquisador e características do perfil da população pesquisada. Para essa análise foram feitas tabelas, cruzamentos de dados, descrição dos resultados obtidos, recomendações e sugestões.

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa foi registrado no SIGPROJ/UFMS (Plataforma Institucional de Registro de Projetos), através da Plataforma Brasil, e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da UFMS conforme Resolução 466 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, foi solicitada a autorização a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS (SESAU) para realizar a pesquisa e coleta de dados dos usuários atendidos na UBSF Dr. Nelson Assef Buiainain, Distrito Sanitário Oeste (Anexo A).

Em conformidade com os aspectos éticos, o projeto foi aprovado e liberado a pesquisa de campo no dia 16 de dezembro de 2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) com CAAE nº. 50819015.2.0000.0021 através do Parecer nº. 1.371.301 (Anexo B).

Os dados colhidos em campo na pesquisa foram arquivados pelo pesquisador em dispositivo de computador e pastas plásticas, onde ficarão disponíveis aos participantes envolvidos na pesquisa por um período de 5 (cinco) anos, podendo ser disponibilizados qualquer momento a pedidos por e-mail ou contato telefônico informados no TCLE. Tendo os registros inutilizado e descartado a partir desse período para garantir a segurança e evitar prejuízo aos envolvidos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características socioeconômicas e sociodemográficas dos usuários cadastrados no HIPERDIA atendidos pelas equipes da ESF

Embora as unidades de saúde participem do programa HIPERDIA por adesão e o Sistema Único de Saúde (SUS) ofereça acesso gratuito aos medicamentos para usuários no tratamento das doenças crônicas na Atenção Básica em Saúde (ABS), mesmo assim ocorrem inúmeros fatores que acabam influenciando negativamente no tratamento contínuo destes usuários. Portanto, para compreender estes nós-críticos foram entrevistados 298 usuários/pacientes portadores de hipertensão e diabetes, sendo 197 (66,1%) mulheres e 101 (33,9%) homens atendidos pelo HIPERDIA de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da região do Lagoa em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. O maior número de mulheres pode ser explicado pela sua maior procura pelos serviços de saúde, devido as ofertas nos programas ligados aos cuidados em saúde da mulher, que contribui para uma maior atração destas no acompanhamento e tratamento em saúde (PEREIRA *et al.*, 2010).

Tabela 01 Características dos usuários da pesquisa cadastrados no HIPERDIA da UBSF Jardim Antártica, Campo Grande, MS – 2016 (n=298).

Diagnóstico	n	%
DM	20	6,7
HAS	201	67,4
HAS e DM	77	25,8
Total	298	100,0

Sexo	n	%
Feminino	197	66,1
Masculino	101	33,9
Total	298	100,0

Faixa etária	n	%
18 a 40	16	5,4
41 a 60	119	39,9
61 a 80	140	47,0
81 a 100	23	7,7
Total	298	100,0

Cor/etnia	n	%
Branco	178	59,7
Pardo	93	31,2
Negro	22	7,4
Amarelo	2	0,7
Indígena	3	1,0
Total	298	100,0

Alfabetização	n	%
Alfabetizado	266	89,3
Não alfabetizado	32	10,7
Total	298	100,0

Renda familiar	n	%
< 1	8	2,7
1 a 2	204	68,4
3 a 4	62	20,8
5 ou +	24	8,1
Total	298	100,0

Situação econômica e social	n	%
Aposentados	163	54,7
Não aposentados	135	45,3
Total	298	100,0

Estado civil	n	%
Solteiro	30	10,1
Casado	179	60,1
Separado	35	11,7
Viúvo	54	18,1
Total	298	100,0

Fonte: dados da pesquisa

5.1.1 Estado civil, diagnóstico e faixa etária dos usuários portadores de DM e HA

Dentre os usuários portadores do diabetes e hipertensão arterial, observou-se na tabela 02 que os solteiros apresentaram percentuais superiores com relação aos demais classificados em seu estado civil, a situação somente é diferente entre aqueles diagnosticados com as duas morbidades (DM e HAS). Um estudo feito por Gomes *et al.* (2010) abordou essa

questão e afirmou que os pacientes classificados em seu estado civil como “união estável” ou casados, apresentam percentuais de pressão arterial melhor controlada, ou seja, dentro dos padrões preconizados, do que os classificados como solteiros, e conclui ainda que a pressão arterial é melhor controlada por esses pacientes do que pelos solteiros, no entanto, o estudo citado avaliou as características biossociais dos pacientes inseridos no programa HIPERDIA em uma UBSF, sendo que do número de usuários cadastrado no programa da UBSF menos da metade participaram das reuniões para a pesquisa dos autores. Apesar dos números desta pesquisa estarem próximos aos apresentados por Gomes *et al*, (2010), poderão ocorrer diferenças nos resultados quando se avalia a situação *in loco*, ou seja, diretamente no domicílio do usuário.

Tabela 02 - Distribuição dos usuários segundo o estado civil e diagnóstico de HAS e DM, Campo Grande, MS – 2016 (n=298).

Estado civil / Diagnóstico	Solteiros		Casados		Sep/Div		Viúvos		Total	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Diabéticos	3	10,0	15	8,4	2	5,7	0	0	20	6,7
Hipertensos	24	80,0	118	65,9	19	54,3	40	74,1	201	67,5
Diabéticos com hipertensão	3	10,0	46	25,7	14	40,0	14	25,9	77	25,8
Total	30	100,0	179	100,0	35	100,0	54	100,0	298	100,0
%	10,1	-	60,1	-	11,7	-	18,1	-	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa

Com relação àqueles que são portadores de dupla morbidade (DM e HAS), verifica-se neste caso que os solteiros apresentaram menor percentual (10,0%) em relação aos demais perfis de classificação, a diferença neste caso acontece principalmente por conta da idade, pois as comorbidades estão presentes em maior número entre os mais idosos, é o que ocorre entre aqueles que se declararam como viúvos, estes estão em menor número com relação aos casados, mas com o mesmo percentual (>25.0%), pois pertencem à faixa etária que concentra maior número de morbidades. Os dados que apresentaram maior percentual (40,0%) de dupla morbidade (DM e HAS) estão no grupo de separados/divorciados, isto se dá por que na pesquisa esses indivíduos pertencem às faixas etárias com maior idade dos respondentes, ou seja, 6 deles pertenciam à faixa etária de 41 a 60 e 08 a de 61 a 80 anos.

A tabela 03 apresenta o perfil epidemiológico da população com hipertensão arterial e/ou diabetes em relação à prevalência das morbidades por faixa etária. Na identificação dos

usuários portadores dessas doenças, os dados coletados mostram um percentual maior de casos nas faixas etárias entre 41 a 60 e 61 a 80 anos, onde se concentram maioria da população pesquisada. O percentual dos mais jovens (18 a 40) com diabetes também é preocupante, assim como os idosos (61 a 80), portadores das duas doenças (DM e HAS), estes apresentam percentuais altos dessas doenças e são os dois extremos da população, o que reflete a necessidade de intensificação nas ações de saúde.

Tabela 03 - Distribuição dos usuários por faixa etária segundo diagnóstico de HAS e DM, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).

Faixa etária	Diabéticos		Hipertensos		Diabéticos e hipertensos		Total	%
	N	%	N	%	N	%		
18 a 40	3	15,0	10	5,0	3	3,9	16	5,4
41 a 60	9	45,0	83	41,3	27	35,1	119	39,9
61 a 80	8	40,0	91	45,3	41	53,2	140	47,0
81 a 100	-	0,0	17	8,5	6	7,8	23	7,7
Total	20	100,0	201	100,0	77	100,0	298	100,0
%	6,7	-	67,4	-	25,8	-	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa

As informações apresentadas na tabela 03 indicam que dos 20 usuários identificados como diabéticos 15,0% deles estão entre os 18 e 40 anos de idade, isso requer uma melhor atenção pra esse grupo, pois se estima que nos países em desenvolvimento o aumento do número de diabéticos terá maior predominância para os grupos etários mais jovens (Ferreira; Ferreira, 2009). Ainda sobre a idade da população é importante destacar que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui-se em grave problema de saúde pública, com uma prevalência de 20,0 a 25,0% na população acima de 18 anos (SANTOS e LIMA, 2005). Os dados coletados indicam um percentual crescente com relação idade/diagnóstico, ou seja, o índice é menor (5,0%) nos mais jovens com hipertensão e aparece com maior intensidade quando se verifica nas faixas de idade superior (> 45,0%).

5.1.2 Grau de instrução (alfabetização) dos hipertensos e diabéticos no tratamento e controle das morbidades

O grau de instrução dos usuários/pacientes portadores de hipertensão e diabetes é considerado um fator relevante para ter um conhecimento mínimo sobre: diagnóstico,

prognóstico e tratamento com fármacos. Portanto, ao analisar o grau de instrução dos usuários, a pesquisa mostrou que dos 298 entrevistados, 266 (89,3%) eram alfabetizados e 32 (10,7%) se declararam não alfabetizados.

Referente ao controle da Pressão Arterial (PA), Gomes *et al.* (2010) afirmou que o nível de conhecimento influencia de modo significativo o controle da doença, pois seu estudo mostra que 50,0% dos pacientes hipertensos não controlados são analfabetos e entre os hipertensos controlados, a taxa de analfabetismo cai para 19,0%, e o controle da pressão arterial eleva-se proporcionalmente conforme nível de alfabetização, chegando a 100,0% entre aqueles com nível médio completo, significando que uma melhor adesão terapêutica também depende do grau de instrução dos usuários.

O nível de instrução e/ou alfabetização precisa ser observado com maior atenção na escolha das estratégias de orientação ao tratamento nas consultas, porque se existe as deficiências na formação escolar elas podem trazer dificuldades para a assimilação das orientações passadas pelos profissionais de saúde, levando à aquisição de informações incompletas sobre os aspectos necessários para manter ou melhorar seu estado de saúde (GUEDES *et al.*, 2005). Portanto, o fator escolaridade ou grau de instrução é relevante em análises de pesquisas com a população usuária dos serviços de saúde, pois usuários com maior nível de escolaridade tende a cuidar melhor de sua saúde, as informações retidas pelo paciente ou responsável para a administração dos medicamentos determinam o sucesso do tratamento que o indivíduo foi submetido (CUNHA *et al.*, 2002).

5.1.3 Aposentados, não aposentados e renda familiar

A tabela 04 traça um perfil da situação econômica e social dos 298 entrevistados com relação à renda e o número de aposentados e não aposentados. Os dados apresentados nessa tabela mostram que do total dos entrevistados (n=298) 163 (54,7%) são aposentados e 135 (45,3%) não aposentados. Como a pesquisa foi em domicílio é esperado encontrar maior número de aposentados, conseqüentemente em maior parte pessoas acima de 61 anos de idade. Sobre a renda destes usuários os dados também informam que a maioria da população (68.5%) recebe de 1 a 2 salários mínimos por mês.

A relação situação econômica em salários dos usuários, condição social de aposentados e não aposentados trazem informações relativas ao poder econômico desses indivíduos e acesso aos serviços de saúde, uma vez que, aqueles com maior idade a tendência é o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como o diabetes e a

hipertensão arterial, e isso conseqüentemente leva-os a necessitar de mais cuidados médicos e uso de maior número de medicamentos. A idade é uma variável preditora do uso de medicamentos e seu efeito se produz mesmo antes dos 60 anos, pois a chance de usar medicamentos aumenta ainda mais a partir dos 40 anos de idade (ROZENFELD, 2003).

Tabela 04 - Distribuição dos usuários segundo a situação econômica e social, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).

Situação econômica em salários	Aposentados		Não aposentados		Total	%
	N	%	N	%		
< 1	0	0,0	8	5,9	8	2,7
1 - 2	119	73,0	85	63,0	204	68,4
3 - 4	32	19,6	30	22,2	62	20,8
5 ou +	12	7,4	12	8,9	24	8,1
Total	163	100,0	135	100,0	298	100,0
%	54,7	-	45,3	-	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa

A influência do nível socioeconômico na ocorrência das doenças crônicas é complexa e difícil de ser estabelecida, pois o alto índice das desigualdades sociais no Brasil é fonte geradora de pobreza e conseqüentemente resulta na má qualidade de vida dos indivíduos. No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade e naqueles que são de baixa renda (LIMA *et al.*, 2010). Esses fatores são determinantes para dificultar o acesso dos indivíduos a um tratamento adequado com medicamentos prescritos e recomendados de acordo com o quadro clínico do paciente (SANTOS e DUARTE, 2009).

5.1.4 Aspectos socioeconômicos dos usuários com diagnóstico de DM e/ou HAS e renda familiar

No contexto socioeconômico a maioria da população pesquisada é de classe socioeconômica baixa, grande parte recebe em média de 1 a 2 salários. Sabendo que a questão social dos indivíduos tem influência na qualidade de vida e principalmente quando o assunto é saúde, foi feito o cruzamento dos dados referentes ao diagnóstico e a condição socioeconômica desses usuários.

Tabela 05 - Distribuição dos usuários segundo dados socioeconômico (faixa salarial) e diagnóstico, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).

Dados socioeconômicos em salários	Diagnóstico						Total	%
	DM	%	HAS	%	DM/HAS	%		
< 1	0	0	5	2,5	3	3,9	8	2,7
1 a 2	15	75,0	132	65,7	57	74,0	204	68,4
3 a 4	2	10,0	47	23,4	13	16,9	62	20,8
5 ou +	3	15,0	17	8,5	4	5,2	24	8,1
Total	20	100,0	201	100,0	77	100,0	298	100,0
%	6,7	-	67,4	-	25,6	-	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa

Com relação aos dados da tabela 05, estes mostram que os que recebem abaixo de um salário mínimo são 2,7% do total da amostra (n=298), dentre os quais 62,5% são hipertensos e 37,5% são pessoas com duplo diagnóstico (hipertensão arterial e diabetes). A maior parte da população concentra-se na faixa salarial de 1 a 2 salários (68,5%), os quais aparecem com os maiores percentuais da tabela nas três formas de diagnósticos (DM, HAS e DM com HAS), sendo precedidos pela faixa salarial de 3 a 4 salários, que representam 20,8% da população. O perfil econômico da população preocupa por conta da baixa renda da maioria dos usuários, pois em caso da falta da medicação nos serviços públicos o tratamento poderá ficar comprometido aumentando riscos de morbimortalidades relativo às doenças crônicas (DM e HAS), assim também quando se refere a medicamentos (não oferecidos pelo SUS) ou a algum tratamento indispensável para manutenção da saúde com dificuldades no acesso por entraves burocráticos na solicitação da medicação que resulta em demora, e até mesmo pela precarização do atendimento na saúde pública.

Segundo Manfroi e Oliveira (2006), Quando se trata de uma população de baixa renda, a obtenção dos medicamentos no serviço público de saúde e/ou em programas de redução de preços (Farmácia Popular por exemplo) é um fator importante com destaque no resultado do tratamento para as doenças crônicas que necessita do uso contínuo da medicação, uma vez que a necessidade de compra destes pode comprometer o orçamento doméstico, interferindo de forma negativa no tratamento e, em alguns casos poderá ser responsável pelo abandono ao tratamento prescrito e orientado pelos profissionais de saúde.

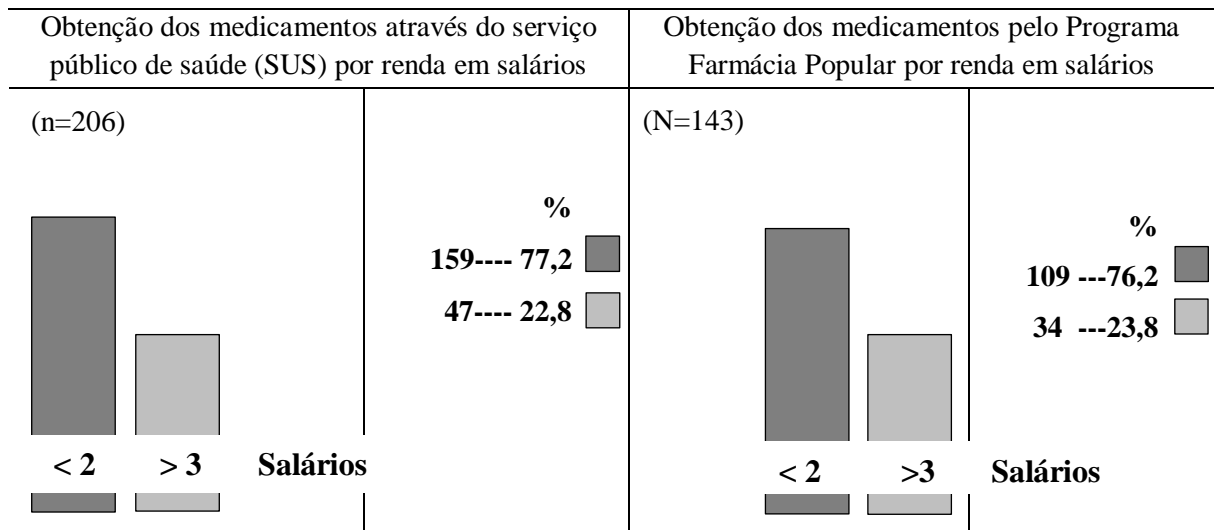
As políticas sociais que atendem os serviços públicos de saúde oferecem os medicamentos para o tratamento de doenças como a HAS e o DM, porém é fato que alguns usuários precisam de um tipo de tratamento com medicação não disponibilizada pelo SUS, e o acesso para a obtenção da medicação de alto valor como já citado é cercada por difícil acesso por conta das burocracias existentes nesse processo. Neste caso pesa a questão da baixa renda do indivíduo somando-se a outras situações como: negação da doença, insatisfação no tratamento, efeitos indesejados, etc., tais fatores podem ser corresponsáveis nos aumentos de complicações resultando em internações e maiores percentuais de morbimortalidade, em parte, por conta da falta de acesso do usuário ao medicamento necessário para seu tratamento.

5.1.5 Contexto socioeconômico e as dificuldades de acesso aos medicamentos

Na caracterização dos usuários identificou-se uma população predominantemente dependente dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para consulta e acompanhamento no tratamento da hipertensão arterial e do diabetes. Como já mencionado, nem todos os usuários são contemplados com a medicação disponibilizada no serviço público, em alguns casos é necessário a compra do produto para seguir a terapia de acordo com o histórico clínico e/ou prescrição médica. Segundo a literatura, o gasto em saúde pela população por desembolso direto como proporção da despesa total varia pouco entre a parcela mais pobre e a mais rica da população. Todavia, existem diferenças da forma como cada grupo gasta esses recursos; os mais pobres gastam mais com medicamentos, enquanto os mais ricos gastam mais com planos e seguros de saúde privados (KLEINERT; HORTON, 2011).

Observa-se também na figura 01 dados relevantes na obtenção dos medicamentos através do SUS, das 206 respostas daqueles que obtêm seus medicamentos no sistema público 77,2%, são daqueles que recebem de 0 a 2 salários, enquanto que 22,8% são referentes àqueles que recebem acima de três salários, dados semelhantes encontraram-se quando se referiu à obtenção através do Programa Farmácia Popular, das 143 respostas 76,2% são relativos aos que recebem de 0 a 2 salários e 23,8% acima de 3. Verifica-se a influência de fatores socioeconômicos no consumo de medicamentos e estes interferem principalmente na demanda de medicamentos destinados ao tratamento das doenças crônicas, em especial, daqueles de uso contínuo como é o caso do diabetes e da hipertensão (BRASIL, 2001).

Figura 01 - Obtenção dos medicamentos através do SUS e Programa Farmácia Popular, por renda financeira em salários (< 2 e > de 3).



Fonte: dados da pesquisa

Nas informações citadas na tabela 06 sobre situação socioeconômica e a quantidade de medicamentos que fazem uso, nota-se ampla participação dos usuários na obtenção dos medicamentos pelo serviço público de saúde, bem como, no Programa Farmácia Popular. Os números mostram que apenas 6,7% dos usuários com renda abaixo de um salário citou que compra o medicamento, enquanto que nas demais faixas o percentual aumenta conforme aumenta a sua renda. Nota-se também que dentre os entrevistados, 9 usuários relataram que não obtêm a medicação em nenhuma das alternativas viáveis, esse número corresponde a indivíduos que embora diagnosticados com a doença, não fazem uso da medicação prescrita. Cabe ressaltar que o número de usuários que não usam nenhum tipo de medicação para o controle do diabetes ou hipertensão arterial são 11 (Tabela 10), isto quer dizer que dentre estes, 2 obtêm a medicação, mas optam por não utilizá-la, conforme relatos coletados nas entrevistas. Outros 3 informaram que pegam a medicação com seu médico, evidenciando aqueles que usam os serviços de saúde pública, mas também tem acesso alternativo ao serviço privado.

Nos resultados obtidos através do questionário com a população pesquisada, houve um total de 147 (28,9%) respostas afirmando a compra, ou seja, muitos além de obter a medicação pelo SUS, também usam meios econômicos próprios para comprar algum item da prescrição, isto ocorre no período de falta do(s) produto(s) na farmácia pública ou quando este(s) não faz(em) parte dos medicamentos disponibilizados gratuitamente.

Tabela 06 - Respostas dos usuários sobre a forma de obtenção dos medicamentos e situação econômica em salários, Campo Grande, MS – 2016.

Obtenção da medicação	Situação econômica em salários								Total	%
	< 1	%	1 a 2	%	3 a 4	%	5 ou +	%		
UBSF/SUS	7	46,7	152	43,1	38	36,2	9	25,7	206	40,6
Farm. Popular	7	46,7	102	28,9	24	22,9	10	28,6	143	28,1
Compra	1	6,7	91	25,8	39	37,1	16	45,7	147	28,9
Não adquire	0	0	7	2,0	2	1,9	0	0	9	1,8
Médico fornece	0	0	1	0,3	2	1,9	0	0	3	0,6
Total	15	100,0	353	100,0	105	100,0	35	100,0	508	100,0
%	2,9	-	69,5	-	20,7	-	6,9	-	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa - (O usuário teve opção de marcar mais de uma alternativa)

5.1.6 Diversidade étnica, distribuição de renda e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis

A pesquisa trouxe informações relativas à diversidade étnica e distribuição de renda em salários das famílias na comunidade. Os dados informados pelos usuários através das entrevistas trouxeram informações referentes ao perfil socioeconômico da população detalhando percentuais do poder aquisitivo destes divididos por faixas de renda (0 a 2, 3 a 4, e acima de 5 salários mínimos).

Aqueles que se declaram brancos, 68,0% aparecem com renda de 0 a 2 salários, já os pardos que estão nessa faixa de renda são 73,1%, e aqueles que se declararam como negros são 90,0%. Na faixa salarial do meio (3 a 4 salários), os brancos aparecem com 23,0% pardos 18,3% e negros com 10,0% de renda salarial, já na maior faixa salarial (acima de 5 salários), esses percentuais são de 9,0% para os brancos e 8,6% para os pardos e 0,0% para os negros. Estas informações indicam que o valor da renda varia de acordo com a cor.

Na análise geral dos dados, nota-se que se trata de uma população com perfil socioeconômico baixo, representada por mais de 70,0% dos usuários com renda abaixo de 2 salários. Ressalta-se, porém que a condição que os expõe a riscos em saúde, não é proveniente somente da questão étnica ou racial, pois quando estes são analisados de maneira geral os dados de características fenotípicas não os colocam em posição muito distintas um dos outros. O que configura maior vulnerabilidade nos indivíduos é a limitação de acesso nos cuidados em saúde pela situação de baixa renda salarial. Segundo Car (1998) o aumento da prevalência de doenças crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes aparece em maior número nos

indivíduos de cor negra e na população pertencentes a segmentos sociais mais pobres. Paniz (2009) reforça que dentre os fatores que interferem negativamente com relação ao uso adequado de medicamentos e cumprimento no tratamento, está o nível socioeconômico somado aos hábitos de vida socioculturais.

A comunidade pesquisada é composta por uma população classificada em maioria branca. Porém, a diversidade étnicorracial da população brasileira, segundo dados de 2008, está representada através dos seguintes números: 49,7% de brancos e 49,5% de negros e pardos, 0,5% de amarelos e 0,3% de indígenas (PAIXÃO; CARVALHO, 2008). No contexto da população pesquisada a diversidade étnica está relativamente próxima a estes números, com algumas exceções como observado nos dados apresentados na tabela 07, onde temos: brancos 59,7%, pardos 31,2%, negros 7,4%, indígenas com identidade emitida pela FUNAI, 1,0% e amarelos 0,7%.

Embora todos tenham a HAS como maior problema, na análise relativa à população segundo o diagnóstico e identificação de cor e etnia, o percentual mais elevado de hipertensão arterial está nos usuários que se declararam pardos (73,1%), e o maior percentual nos diagnosticados com diabetes está entre os negros (9,1%), os negros também estão em maior percentual dos que relataram diagnóstico concomitante de DM e HAS (36,4%). Quanto aqueles que se declararam indígena e amarelos, apesar da pouca representatividade em números, estes também tem percentuais altos como portadores do DM, os quais aparecem com 33,3% e 50,0% respectivamente (tabela 07).

Tabela 07 - Distribuição dos usuários segundo diagnóstico e diversidade étnica (cor/etnia), Campo Grande, MS - 2016 (n=298).

Diagnóstico	Cor/etnia										Total	%
	Branco	%	Pardo	%	Negro	%	Indígena	%	Amarelo	%		
Diabético	13	7,3	3	3,2	2	9,1	1	33,3	1	50,0	20	6,7
Hipertenso	119	66,9	68	73,1	12	54,5	1	33,3	1	50,0	201	67,5
Diabético e hipertenso	46	25,8	22	23,7	8	36,4	1	33,3	0	0	77	25,8
Total	178	100,0	93	100,0	22	100,0	3	100,0	2	100,0	298	100,0
%	59,7	-	31,2	-	7,4	-	1,0	-	0,7	-	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa

Na concepção das diferenças culturais é importante que os profissionais de saúde trabalhem na implementação de métodos satisfatórios no equilíbrio do estado de saúde do indivíduo com o mínimo necessário de intervenção nos hábitos de costumes tradicionais dessa população. Evitar cortar vínculos tradicionalmente construídos e constituídos culturalmente de acordo com a raça ou etnia dos grupos é valorizar a individualidade, autonomia dos sujeitos e a cultura. Isso implica também na valorização da democratização das relações entre profissionais e pacientes, da democratização de saberes, do reconhecimento, do respeito da diversidade e das singularidades, incentiva o empoderamento individual e do grupo na participação como cidadãos, gerando o resgate e valorização da subjetividade e, acima de tudo, de uma ética de solidariedade e responsabilidade (SOARES, 2000).

Numa melhor compreensão da realidade social, especialistas fazem uma análise epidemiológica das implicações em saúde dos processos culturais e sociais mais relevantes, e apresentam um marco conceitual dessa diversidade, onde a cultura não é um fator de risco, mas sim um sistema que distingue e que conecta em interface com o biológico (WEISS, 1998). Com esse conceito nota-se a necessidade de as estratégias na promoção em saúde identificarem os determinantes culturais de hábitos e costumes da população que tem direta influência no processo incipiente do risco ou agravamento dessas doenças, e através tanto da educação como da promoção em saúde transformá-los de maneira favorável para a saúde destes, partindo de estratégias coerentes de modificar a condição de vida de forma digna, econômica e culturalmente adequada ao alcance dos indivíduos. Vale a pena destacar que a valorização do conhecimento popular e da participação social está na base da formulação conceitual da promoção da saúde (BUSS, 2003), estes deverão ser considerados nas políticas de ações em saúde no meio social dos usuários.

5.2 Características dos usuários em estudo quanto ao uso de medicamentos

5.2.1 Quantidade de medicamentos utilizados e faixa etária

A análise mostra que a maioria da população pesquisada faz uso de 1 a 3 tipos de medicamentos por dia, aparecendo com maiores índices as faixas etárias dos 41 a 60 (63,0%) e 18 a 40 (56,3%). O maior percentual (25,0%) de menor adesão ao uso de medicamentos está na faixa dos mais jovens (18 a 40 anos). Os quais representam 5,4% do total da amostra (n=298). Esse percentual é preocupante, pois representa um quarto da população nessa faixa

etária diagnosticados com diabetes e/ou hipertensão arterial, os quais não fazem uso de nenhum medicamento, embora tenha prescrição médica para tal (tabela 08).

Tabela 08 - Distribuição dos usuários segundo a quantidade de medicamentos que faz uso por faixa etária, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).

Quantidade de medicamentos que faz uso	Faixa etária								Total	%
	18 a 40	%	41 a 60	%	61 a 80	%	81 a 100	%		
0	4	25,0	4	3,4	3	2,1	0	0,0	11	3,7
1 a 3	9	56,3	75	63,0	66	47,1	12	52,2	162	54,4
4 a 6	3	18,8	29	24,4	58	41,4	6	26,1	96	32,2
7 ou +	0	0	11	9,2	13	9,3	5	21,7	29	9,7
Total	16	100,0	119	100,0	140	100,0	23	100,0	298	100,0
%	5,4	-	39,9	-	47,0	-	7,7	-	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa

Uma das maiores preocupações está relacionada aos indivíduos com diagnóstico recente e entre os mais jovens, pois estes aparecem com percentuais altos no abandono do tratamento e no uso incorreto dos medicamentos. Nas tabelas 08 e 10 nota-se que muitos deixam de observar com a devida importância a prescrição no tratamento medicamentoso fazendo uso apenas em parte ou deixando de usar os fármacos.

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), como o diabetes e a hipertensão arterial sistêmica, na maioria dos casos se apresentam precocemente sem manifestações clínicas, por isso alguns pacientes podem apresentar sentimentos naturais de negação frente à doença, principalmente quando os sintomas não são evidentes e conseqüentemente pode resultar no abandono ao tratamento, portanto, torna-se perfeitamente compreensível que um paciente que não se sente “doente”, sob o ponto de vista estritamente biomédico, evite o uso de medicamentos (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

Nesse contexto observa-se a necessidade de implementação e/ou readequação das políticas em saúde na atenção primária, de forma que contemple a maior parte possível dessa população. Porém sabe-se da dificuldade de se trabalhar na atenção básica, onde se lida com pessoas de hábitos e culturas distintas, surge então a necessidade de investimentos que contemple a formação dos trabalhadores e atendimento equitativo à população. Outros entraves nesta questão estão relacionados com a situação econômica dos indivíduos que são em maior parte baixa renda, além da desestrutura familiar preocupante, e a rotina diária de

muitos usuários trabalhadores que não têm acesso às práticas de vida saudável, são no geral indivíduos que padecem pela precarização das políticas sociais de vários seguimentos.

5.2.2 Renda familiar e quantidade de medicamento utilizado

Alguns estudos se respaldam na situação socioeconômica baixa do paciente com respeito à tomada irregular da medicação devido à dificuldade na sua obtenção (RESENDE, 1998). A renda baixa é um fator de limitação do acesso a bens comuns de subsistência, podendo interferir na qualidade de vida do indivíduo. Quando se trata do uso de medicamentos, e muitos são indispensáveis no tratamento de certas doenças, dentre elas o diabetes e a hipertensão arterial, a limitação financeira dos usuários influencia no cumprimento da prescrição médica comprometendo a melhora ou estabilidade da saúde.

A maioria da população pesquisada, ou seja, 68,5% tem renda média de 1 a 2 salários, dentre os quais 51,5% (105/204) usam de 1 a 3 tipos de medicamentos por dia e os que usam acima de 4 tipos correspondem a 44,6% (91/204).

Tabela 09 - Distribuição dos usuários segundo a renda em salários e quantidade de medicamentos que faz uso, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).

Renda familiar em salários	Quantidade de medicamentos em uso								Total	%
	0	%	1 a 3	%	4 a 6	%	7 ou +	%		
< 1	0	0	5	3,1	3	3,1	0	0	8	2,7
1 a 2	8	72,7	105	64,8	69	71,9	22	75,9	204	68,5
3 a 4	3	27,3	34	21,0	21	21,9	4	13,8	62	20,8
5 ou +	0	0	18	11,1	3	3,1	3	10,3	24	8,0
Total	11	100,0	162	100,0	96	100,0	29	100,0	298	100,0
%	3,7	-	54,4	-	32,2	-	9,7	-	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa

A tabela 09 informa que quanto aos 11 (3,7% da população) usuários que relataram abandono no uso dos medicamentos prescritos eram na maioria (72,7%) os que recebem de 1 a 2 salários, os demais são pertencentes à faixa de 3 a 4. Os resultados mostram que tanto os que recebem abaixo de um salário mínimo (2,7%), quanto os que recebem acima de cinco salários (8,0%), não relataram abandono do uso dos medicamentos prescritos.

A renda familiar na amostra pesquisada é abaixo de três salários em mais de 70,0% da população, em razão disso esses usuários estão vulneráveis ao não cumprimento adequado do seu tratamento caso tenha que comprar os medicamentos. A população de poder aquisitivo

baixo é composta por indivíduos que apresentam maiores necessidades dos serviços públicos de saúde, e a obtenção dos medicamentos para seu tratamento depende da oferta do produto por estes serviços (MENDOZA-SASSI, 2001). Aqueles que pertencem a um nível socioeconômico mais alto têm melhor possibilidade de diagnóstico precoce e de obtenção dos medicamentos prescritos em relação aos de nível mais baixo, isto se dá pelo acesso alternativo aos serviços de saúde privados (PANIZ, 2009).

Outra contraposição relativa ao uso dos medicamentos está na mudança nos papéis familiares, uma característica da sociedade moderna contemporânea resultante da crise financeira e do desemprego, onde em algumas famílias o aposentado é o principal responsável pelo sustento do lar com seu benefício, sendo este em muitos casos como o único recurso financeiro para suprimento das necessidades dos indivíduos, situação que dificulta o acesso aos medicamentos necessários para aqueles em tratamento de doenças crônicas. O Estado tem responsabilidade no cumprimento das medidas que resultem na melhoria de atendimento em saúde básica, incluindo a ampliação e oferta dos medicamentos necessários, para evitar o comprometimento da renda familiar e do tratamento conforme prescrição dos profissionais de saúde (SANTANA; LIMA, 2012).

5.2.3 Uso de medicamentos e faixa etária

A complexidade dos esquemas medicamentosos (usuários em tratamento do diabetes e hipertensão arterial) que, dependendo do número de fármacos, idade avançada, acrescidos de outros fatores como, por exemplo, o alto índice de analfabetismo e diagnóstico recente, pode comprometer o entendimento do usuário levando-o ao uso incorreto do medicamento (MARIN *et al.*, 2008). Visando verificar em que medida a quantidade de medicamentos poderia estar relacionado à idade dos usuários, foram levantados dados sobre: consumo, quantidade, uso ou não de medicamentos no ambiente domiciliar por essa população.

Saraiva *et al.* (2007) relataram um dado importante com relação ao tratamento com medicamentos de uso contínuo pois, segundo os autores, dos hipertensos que iniciam o tratamento 50,0% desistem da medicação no primeiro ano de tratamento e muitos com diagnóstico recente não dão continuidade adequada ao tratamento com os medicamentos prescritos. Essas informações deverão servir de alerta para as equipes da ESF, indicando a necessidade de inovações no atendimento quando se tratar do acompanhamento de novos casos da doença, pois se sabe do iminente risco quando o tratamento não está seguindo a prescrição devida com o uso dos medicamentos.

A tabela 10 mostra que entre os mais jovens (18 a 40 anos) houve uma menor adesão ao uso dos medicamentos, dos 16 usuários dessa faixa etária 25,0% informaram que deixam de fazer uso dos medicamentos (uso zero), outros 25,0% usa apenas em parte a medicação prescrita, enquanto nas demais faixas etárias o percentual foi menor que 3,4%. Com relação à idade dos usuários e o uso dos medicamentos no domicílio após a consulta médica, a análise mostra um percentual baixo com relação ao abandono do tratamento com uso dos fármacos com exceção dos mais jovens com já citado.

O percentual de usuários que relataram não fazer uso da medicação, ou que usam apenas em parte a prescrição médica é de 8,4% do total da amostra (n=298), dos 25 usuários que relataram este comportamento, 11 (44.0%) não faz uso de nenhum medicamento prescrito e 14 (56.0%) faz uso apenas de parte da medicação. Os dados mostram que metade da população da faixa que compreende dos 18 aos 40 anos, fazem uso incorreto dos medicamentos prescritos pelo médico para o diabetes e/ou hipertensão arterial.

Tabela 10 - Distribuição dos usuários por faixa etária; uso, não uso e uso parcial da medicação prescrita, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).

Faz uso da medicação prescrita	Faixa etária								Total	%
	18 a 40	%	41 a 60	%	61 a 80	%	81 a 100	%		
Sim	8	50,0	112	94,1	130	92,9	23	100,0	273	91,6
Não	4	25,0	4	3,4	3	2,1	0	0	11	3,7
Em parte	4	25,0	3	2,5	7	5,0	0	0	14	4,7
Total	16	100,0	119	100,0	140	100,0	23	100,0	298	100,0
%	5,4	-	39,9	-	47,0	-	7,7	-	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa

Segundo o Ministério da Saúde a hipertensão arterial e o diabetes constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças circulatórias e cardiovasculares, motivo pelo qual essa população está agregada como grupo prioritário de atenção à saúde, onde cerca de 60,0 a 80,0% dos casos podem ser tratados na rede básica (BRASIL, 2001). O Ministério da Saúde também enfatiza que o uso de medicamentos no tratamento terapêutico na maioria das vezes é imprescindível para o controle da doença, no entanto, muitos usuários embora inseridos nos programas de saúde na Atenção Básica (AB) como o HIPERDIA, por

exemplo, não fazem uso dos medicamentos conforme deveriam, expondo sua saúde e o bem estar de seus entes, pelo iminente risco de agravamento dessas morbidades.

5.2.4 Uso inadequado e abandono do tratamento medicamentoso

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o medicamento é o recurso terapêutico de maior relação custo-efetividade quando bem utilizado, sendo uma das ferramentas essenciais e necessárias para melhorar e manter a saúde (OMS/OPAS, 2003).

Para entender a questão relacionada ao abandono do uso dos fármacos, a partir das entrevistas analisou-se a dependência econômica-social dos indivíduos, a relação medicamento/efeito-terapêutico e outras questões relativas ao uso no dia a dia, a fim de identificar dificuldades e/ou dúvidas que os levam ao não uso dos medicamentos (tabela 11).

Tabela 11 - O não uso ou uso parcial dos medicamentos e respostas sobre o porquê da decisão, Campo Grande, MS – 2016.

Porque não toma o(os) medicamento(s) prescritos?						
Respostas	Está bem/não precisa	Esquece/descuido	Não se sente bem ao tomar	Não tem/não pode comprar	Total	Amostra
N	9	3	10	3	25	298
%	36,0%	12,0%	40,0%	12,0%	100,0%	8,4

Fonte: dados da pesquisa

Na população pesquisada (n=298), houve 25 (8,4%) usuários que responderam não fazer uso corretamente dos medicamentos conforme a prescrição (conforme exposto no item 5.2.3 e tabela 10), dentre os motivos da abstenção no uso, o maior percentual (40,0%) é daqueles que relataram que não se sente bem ao tomar o medicamento, por conta do efeito ou de reações adversas, alguns preferem não tomar a medicação ou algum dos medicamentos prescritos, preferindo conviver com o risco de agravamento das doenças ao invés de passar pelos efeitos indesejados que a medicação pode produzir. Foi identificado um percentual relevante (36,0%) daqueles que deixam de tomar a medicação simplesmente porque acham que não precisam mais, como relataram na entrevista domiciliar: “não preciso porque estou bem”, ou “já melhorei”, outros se declaravam como “curados”, portanto, nota-se por parte destes o desconhecimento do diagnóstico e prognóstico de tratamento da doença.

Torna-se um grande desafio para os trabalhadores da ESF, pois mesmo convivendo com frequentes casos de agravos e até mesmo de óbitos relacionados a essas doenças em pessoas da própria comunidade, alguns ainda insistem que não há necessidade de tomar a medicação. Esse descompromisso com a saúde enlaça-se também com relação àqueles que deixam de tomar porque esquecem ou por descuido (12,0%), ou seja, não há um comprometimento rígido por conta do indivíduo que deveria tê-lo como prioridade habitual, por se tratar de sua condição de saúde que é imprescindível para a seu bem estar e de sua família. Desmistificar certos conceitos criados por esses indivíduos, e informar-lhes que mesmo com o incômodo gerado pelo tratamento, se faz necessário conviver com os fatores inconvenientes da medicação, se torna um processo multidisciplinar e multiprofissional, que as políticas públicas devem reagir através de formação técnica para os profissionais e estes serem agentes multiplicadores de informação na orientação da população, tendo como objetivo a manutenção da saúde como parte importante no processo de tratamento dessas doenças.

Aqueles que responderam não ter condições financeiras para a obtenção do medicamento estão representados também em menor percentual (12,0%), porém não deixa de ser um fator preocupante, pois demonstra a falta de atuação do Estado em proporcionar o acesso à saúde para aqueles com pouco poder aquisitivo. Segundo a OMS a situação mundial do acesso a medicamentos essenciais ainda é um grande desafio para os Estados e um problema que precisa de resolutividade. Embora a atenção à saúde sejam um direito humano fundamental e nela inclui-se o acesso a medicamentos essenciais, estima-se que cerca de dois bilhões de pessoas no mundo não tem acesso regular aos medicamentos essenciais. Nesse contexto a OMS calcula que milhões de vidas poderiam ser salvas anualmente e consequente desenvolvimento econômico e social, caso houvesse um fortalecimento nas intervenções de várias doenças, com melhor atendimento aos usuários dos serviços públicos de saúde e maior acesso aos medicamentos de uso contínuo para o tratamento de diversas doenças incluindo as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (WHO, 2010a).

5.3 Aspectos do consumo de medicamentos por usuários no domicílio, intercorrências e dificuldades

5.3.1 Diagnóstico e quantidade de medicamentos

A pesquisa analisou o uso de medicamentos no domicílio, levando em consideração a quantidade destes no tratamento dos usuários no diagnóstico do DM e/ou HAS, entendendo

ser esse um ponto passível de problemas no uso destes produtos. O uso inadequado poderá ser um fator determinante na prevalência de agravamentos dessas doenças, bem como outros resultados inesperados que poderão interferir na melhoria do bem-estar desse usuário (SANTOS e LIMA, 2005).

Tabela 12 - Distribuição dos usuários segundo diagnóstico e quantidade de medicamentos que faz uso, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).

Diagnóstico	Quantidade de medicamentos que faz uso								Total	%
	0	%	1 a 3	%	4 a 6	%	7 ou +	%		
Diabéticos	0	0	17	10,5	2	2,1	1	3,4	20	6,7
Hipertensos	10	90,9	120	74,1	52	54,2	19	65,5	201	67,4
Diabéticos e hipertensos	1	9,1	25	15,4	42	43,8	9	31,0	77	25,8
Total	11	100,0	162	100,0	96	100,0	29	100,0	298	100,0
%	3,7	-	54,4	-	32,2	-	9,7	-	100,0	-

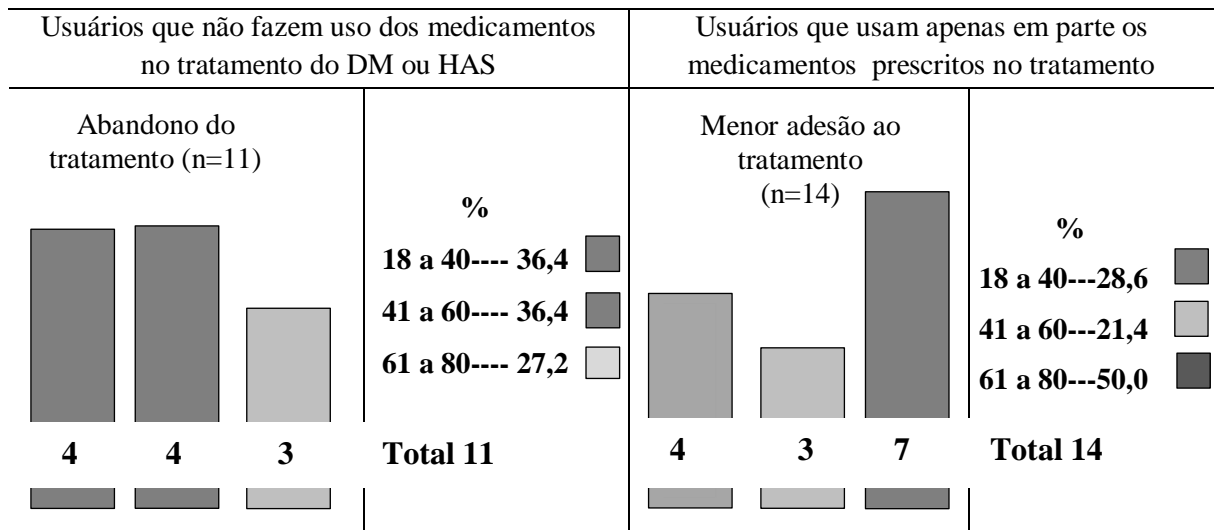
Fonte: dados da pesquisa

As informações sobre a quantidade de medicamentos em que os usuários fazem uso no dia a dia (tabela 12) revelam que dentre aqueles que abandonaram o uso dos medicamentos (uso zero) os hipertensos são aqueles que têm a maior representação percentual com (90,9%), também os que tomam maior quantidade de medicamentos (65,5%).

No cruzamento das informações de diagnóstico e quantidade de medicamentos utilizados pelos usuários identificou-se que: os que não utilizam os medicamentos, embora orientados e com prescrição para uso, somam um total de 11 pessoas, ou seja, 3,7% da população pesquisada. O percentual é baixo com relação ao total da amostra (n=298), porém não deixa de ser preocupante, pois de acordo com a análise dos dados, anteriormente realizada (tabela 10), o percentual de menor adesão no uso dos medicamentos está entre os mais jovens (18 a 40 anos), assim como relevante percentual dentre aqueles que não fazem uso de toda a prescrição médica, ou seja, usam apenas em parte a medicação, evidenciando o uso inadequado dos medicamentos em seu tratamento.

Para melhor observação dos dados dos indivíduos que não aderem ao tratamento conforme a orientação médica, as informações da figura 02 expõem números e percentuais, para identificar possíveis resultados de complicações ou agravos das morbimortalidades resultante do não uso dos medicamentos pela população.

Figura 02 - Número de usuários, faixa etária e percentual daqueles que não fazem uso dos medicamentos prescritos e dos que usam apenas em parte.



Os dados acima indicam a inobservância no uso dos medicamentos por parte dos indivíduos que não fazem uso (abandonam o tratamento) dos fármacos, ou usam apenas em parte, situação que pode comprometer o tratamento com a falta ou ineficiência da ação dos fármacos causando o desequilíbrio e agravos no quadro clínico desse usuário.

Sabe-se, porém que, quanto ao uso de medicamentos no tratamento das doenças crônicas, torna-se viável trabalhar com abordagens distintas de indivíduo para indivíduo, de acordo com suas necessidades, levando em consideração aspectos relativos à condição social, dentre outros já mencionados. As orientações deverão proporcionar o reconhecimento da necessidade de uso dos medicamentos, e de promover o interesse do usuário em aderir ao tratamento, recebendo informações quanto à avaliação de resultados de melhoras, piores ou estabilidade da doença (CASTRO, 2000). Quanto à relação profissional de saúde/usuário, é necessário que estes trabalhem continuamente o processo de empoderamento do indivíduo (LIMA *et al.*, 2010), para que ele não fique apenas na dependência do efeito farmacodinâmico, pois poderão abandonar o tratamento de acordo com as reações do fármaco (se melhora, por que melhorou se piora porque não faz efeito ou faz mal). O reconhecimento de seu estado de saúde e a responsabilidade de seguir com o uso adequado dos medicamentos são fatores relevantes que evitam o abandono do tratamento, e essa compressão muitas vezes está aliada à construção da autonomia no indivíduo recebida nas orientações pelas equipes da ESF na atenção básica. Percebe-se então que o abandono ao tratamento não está calcada apenas na falta ou na dificuldade de acesso a estes produtos, pois alguns usuários deixam de

fazer uso dos medicamentos independente da obtenção do produto, expondo a riscos de agravamento na saúde por conta dessas morbidades, no caso o diabetes e a hipertensão.

5.3.2 O uso em domicílio, abandono ou uso inadequado

Em muitos casos o uso de medicamentos torna-se imprescindível para o tratamento das doenças, principalmente das DCNT que exige um uso contínuo destes, mas o emprego simultâneo com múltiplos medicamentos, embora necessário para um melhor resultado no controle da patologia, poderá vir a acarretar interações medicamentosas resultando em sintomas indesejados, em alguns casos quando o uso de vários medicamentos é inevitável, o potencial benéfico deve ser confrontado com os riscos da interação medicamentosa que resultem em reações adversas negativas relevantes. O monitoramento das interações medicamentosas possibilita a análise para considerar a disponibilidade de alternativas e orientações que possam melhorar a qualidade do cuidado ao usuário, os profissionais de saúde devem manter vigilância na identificação desses resultados com finalidade de minimizar riscos de possível abandono do tratamento ou uso inadequado, como é o caso daqueles que deixam de usar alguns dos medicamentos da prescrição médica (HOEFLER; WANNMACHER, 2012).

Tabela 13 - Números e percentuais da frequência com que deixam de fazer uso dos medicamentos, por faixa etária, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).

Deixou ou costuma deixar de tomar a medicação?	Faixa etária								Total	%
	18 a 40	%	41 a 60	%	61 a 80	%	81 a 100	%		
Sim	13	81,3	52	43,7	51	36,4	7	30,4	123	41,3
Às vezes	1	6,3	12	10,1	14	10,0	3	56,5	30	10,0
Não	2	12,5	55	46,2	75	53,6	13	13,0	145	48,7
Total	16	100,0	119	100,0	140	100,0	23	100,0	298	100,0
%	5,4	-	39,9	-	47,0	-	7,7	-	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa

A análise dos dados mostra um percentual alto dos que responderam que já deixaram ou deixam de tomar a medicação, somando um total de 41,3%, mais 10,0% daqueles que fazem isto com menos frequência, resulta em um total de mais da metade da amostra que não

usa seus medicamentos de forma satisfatória, ou seja, não seguem corretamente a prescrição e recomendações no tratamento com os medicamentos.

Aqueles que estão na faixa etária mais jovem são em maior número entre os que já deixaram ou costumam deixar de tomar a medicação (81,3%), logo depois a faixa dos 41 a 60 anos (43,7%), as demais faixas 61 a 80 e 81 a 100, representam 36,4% e 30,4% respectivamente. Com relação aos que fazem isso com menos frequência (às vezes) os números vão de 6,3% a 10,0% (tabela 13).

Em um estudo realizado sobre o uso racional de medicamentos em pessoas portadoras de hipertensão arterial e diabetes Mendes *et al.*, (2014), relataram que foi considerável o número de pacientes que disseram costumar deixar de tomar os seus medicamentos, onde aproximadamente 2 em cada 10 pessoas deixaram de fazer uso da medicação prescrita. Porém, segundo os autores os resultados não são piores porque os números abrangem aqueles pacientes com menor estabilidade de saúde, os quais mantêm o hábito na tomada da medicação por conta de terem recebido orientação médica mais recente, ainda explica que alguns desses usuários tiveram o tratamento modificado por conta do descontrole da doença, e os sinais estão sintomáticos favorecendo a adesão aos medicamentos (MENDES *et al.*, 2014).

A identificação de fatores determinantes da não adesão ao tratamento é importante para elaboração de ações e condutas terapêuticas para obtenção de melhores resultados, pois conhecer as atitudes e o comportamento deste usuário com relação ao seu tratamento possibilita ao profissional uma análise reflexiva para atuar com estratégias de intervenção pontuais a suas necessidades (LIMA *et al.*, 2010). As ações na atenção básica que visam um acolhimento adequado de acordo com a necessidade e/ou dificuldade no uso da medicação favorecem melhores resultados de adesão ao tratamento.

5.3.3 O uso dos medicamentos no domicílio e as possíveis dificuldades do usuário

Com relação às dificuldades no uso dos medicamentos, um estudo de Svarstad (1976), observou que um número expressivo de pacientes deixa o consultório médico sem ter compreendido as orientações ao tratamento. O estudo indicou os seguintes dados: 70,0% dos pacientes não conseguiam relatar a frequência com que deveriam tomar os medicamentos, 50,0% dos pacientes não conseguiram dizer por quanto tempo deveriam tomar a medicação e 23,0% não sabiam para que serviam os medicamentos prescritos.

As dificuldades sobre uso dos medicamentos em domicílio foi questionada em perguntas com quatro alternativas fechadas (posologia, duração do tratamento, interação com

outros produtos, horário de tomar) e uma aberta para que o usuário relatasse conforme sua pretensão de resposta, caso necessário, esta resultou em três alternativas: quantidade de medicamentos, efeito do medicamento, não tem dificuldades (tabela 14).

Tabela 14 - Dificuldades apresentadas pelos usuários no uso dos medicamentos e respostas da mudança ou não na forma de tomar, Campo Grande, MS – 2016.

Dificuldades no uso de medicamentos em domicílio	Muda a forma de tomar os medicamentos por conta própria					
	Sim	%	Não	%	Total	%
	Posologia	6	3,6	6	3,4	12
Duração do tratamento	14	8,3	3	1,7	17	4,9
Interação com outros produtos	23	13,6	12	6,8	35	10,1
Horário de tomar	28	16,6	17	9,6	45	13,0
Quantidade de medicamentos	6	3,6	6	3,4	12	3,5
Efeito do medicamento	23	13,6	8	4,5	31	9,0
Não tem dificuldades	69	40,8	125	70,6	194	56,1
Total	169	100,0	177	100,0	346	100,0
%	48,8	-	51,2	-	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa (O usuário teve opção de marcar mais de uma alternativa)

Nesta análise as informações coletadas dos usuários sobre as dificuldades no uso dos seus medicamentos no domicílio foram observadas relacionando-as com a pergunta das possíveis mudanças no uso dos medicamentos por conta própria. Nota-se com maior percentual aqueles relataram como dificuldade a alternativa “horário de tomar”, ou seja, dos 45 (28 + 17), 16,6% fazem mudança na forma de tomar os medicamentos por conta própria. Outros percentuais relevantes também são sobre: interação com outros produtos (13,6%), efeitos dos medicamentos (13,6%) e duração do tratamento (8,3%), sendo as demais alternativas com percentuais abaixo de 5,0%.

Verifica-se que 59,2% (100 dos 169) dos relatos de dificuldades estão relacionados à mudança da forma de tomar os medicamentos por conta própria, no entanto, é também muito preocupante o número daqueles que mudam a forma de tomar sem relatar nenhuma dificuldade uma vez que atingem um percentual de 40,8%, ou seja, cerca de um para cada três entrevistados muda a forma de tomar seu medicamento no domicílio mesmo sem apresentar necessidades ou quaisquer dificuldades que lhe apare para tal conduta.

Apesar de não mudar a forma de tomar os medicamentos, houve 29,4% de relatos de dificuldades no uso dos medicamentos prescritos, sendo o horário de tomar 9,6%, e interação com outros produtos 6,8%, os mais citados. A orientação destes usuários na consulta com os profissionais de saúde é de extrema importância para diminuir as dúvidas e orientá-los no tratamento com os medicamentos, evitando que estes também façam parte da estatística daqueles que mudam ou deixam de tomar seus medicamentos por conta de tais dificuldades.

Segundo Cunha *et al.*, (2002) as informações sobre o tratamento com medicamentos devem ser orientados continuamente pela equipe responsável pelos programas de saúde da unidade sanitária através das consultas periódicas e palestras de maneira que atenda-os levando em consideração sua realidade quanto às condições socioeconômicas, de trabalho, físicas e culturais, nível de alfabetização e meio ambiente. O profissional precisa ter esse entendimento no acolhimento a esses usuários, para que favoreça a aproximação e uma melhor interação entre os dois, pois nos dados colhidos em campo (citados na tabela 17) um total de 50,0% dos usuários relataram que mudaram a forma de tomar seus medicamentos e não falaram ao médico sua decisão por achar desnecessário, outros 20,7% têm medo de censura (bronca) do profissional, essa conduta prejudica o progresso de melhoras, repercute negativamente no tratamento dos usuários aumentando o número das morbimortalidades.

Manfroi e Oliveira (2006) afirmam que ainda são grandes as dificuldades na atualidade com relação à adesão dos pacientes aos tratamentos instituídos. Os autores questionam o assunto e analisam que esse não comprometimento no seu tratamento está intimamente relacionado ao comportamento do usuário, os quais estão ligados a vários fatores já citados como: hábitos, costumes, etc., e em alguns casos a não aceitação do *status* de “doente”, condições que contribuem para que o paciente não faça o uso correto dos seus medicamentos conforme a prescrição médica.

5.3.4 O comportamento do usuário no cumprimento da prescrição médica para o uso dos medicamentos no domicílio

Através das entrevistas o estudo questionou o usuário sobre o cumprimento ou não da prescrição médica no tratamento com os medicamentos pós consulta médica analisando a relação; diagnóstico e uso de medicamentos, para a identificação do comportamento na tomada de decisão com as possíveis mudanças no uso dos medicamentos. Os números obtidos nas respostas dos usuários pressupõe um amplo descumprimento por parte destes com relação ao tratamento prescrito, conforme já analisado anteriormente detalhando fatores.

Tabela 15 - Respostas sobre a mudança no uso dos medicamentos por conta própria segundo diagnóstico, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).

(Respostas)	Muda a forma de tomar os medicamentos por conta própria?						Total	%
	DM		HAS		DM/ HAS			
		%		%		%		
Sim	14	70,0	93	46,3	32	41,6	139	46,6
Não	6	30,0	108	53,7	45	58,4	159	53,4
Total	20	100,0	201	100,0	77	100,0	298	100,0
%	6,7	-	67,4	-	25,8	-	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa

Aqueles que mudaram a forma de tomar seus medicamentos no dia a dia, ou seja, deixaram de observar a prescrição médica, são 46,6% dos indivíduos entrevistados. Nota-se que aqueles diagnosticados com diabetes, foram os que mais mudaram a forma de tomar (70,0%), não seguindo com rigor a prescrição para o uso de seus medicamentos. Os hipertensos e os portadores das duas morbidades concomitantes (DM e HAS) apresentaram percentuais semelhantes 46,3% e 41,6% respectivamente (tabela 15). São dados preocupantes, pois representaram quase a metade dos indivíduos que alteram a forma de usar seus medicamentos por conta própria em seu domicílio, situação que poderá interferir negativamente no resultado do tratamento.

Apesar do grande avanço científico e tecnológico das novas descobertas sobre o tratamento das doenças, principalmente daquelas crônicas como é o caso da hipertensão arterial e do diabetes, ocorrido nos últimos anos, ainda existem grandes dificuldades na atualidade referente à adesão e o uso correto dos pacientes aos tratamentos instituídos, ou seja, até que ponto o paciente segue as recomendações dadas pelo médico ou outro profissional de saúde para o controle do seu problema de saúde. Esse não comprometimento no seu tratamento está intimamente ligado ao comportamento do usuário que toma atitudes que não corresponde com a orientação recebida, por motivos diversos, atitude que leva esse paciente a não fazer o uso adequado dos seus medicamentos, ou até mesmo abandonar o tratamento medicamentoso (MANFROI e OLIVEIRA, 2006).

5.3.5 Conduta do usuário na interação com o médico sobre seu tratamento com medicamentos

Com relação aos entrevistados que mudaram o seu tratamento com medicamentos, procurou-se conhecer a sua conduta frente ao médico na consulta com relação ao não cumprimento da prescrição orientada.

Tabela 16 - Distribuição dos usuários que fazem mudanças no uso dos medicamentos segundo respostas se fala ou não ao médico, Campo Grande, MS - 2016 (n=139).

(Respostas)	Fala ao médico sobre as mudanças no uso do(s) medicamento(s)						Total	%
	DM		HAS		DM/ HAS			
	DM	%	HAS	%	DM/ HAS	%		
Sim	11	78,6	50	53,8	20	62,5	81	58,0
Não	3	21,4	43	46,2	12	37,5	58	42,0
Total	14	100,0	93	100,0	32	100,0	139	100,0
%	10,1	-	66,9	-	23,0	-	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa

Verifica-se na tabela 16 que 58,0% dos entrevistados disseram que relataram ao médico as mudanças que fazem na forma de tomar seus medicamentos. Os usuários em tratamento para o diabetes foram os que mais comunicaram sobre a mudança no uso dos medicamentos, com um percentual de 78,6%, enquanto os hipertensos foram 53,8%, e os portadores das duas morbidades (DM e HAS) 62,5%.

O percentual daqueles que não relataram ao médico a mudança no uso dos seus medicamentos é de 42,0%. Observa-se que mesmo com acompanhamento médico no tratamento da doença, esses usuários não se manifestam, ou seja, deixam de relatar ao médico durante a consulta o seu comportamento referente ao uso dos medicamentos no domicílio. Não havendo interação sobre o assunto durante a consulta, esses usuários não terão a orientação com relação as suas dificuldades relativas ao uso dos seus medicamentos, não buscando solucionar ou entender as dúvidas ou problemas causadores do não uso ou uso inadequado, resultando no descumprimento da prescrição médica.

5.3.6 Motivos porque não falaram ao médico sobre mudanças no uso dos medicamentos em domicílio

Na entrevista foi utilizada uma pergunta sobre o(s) motivo(s) desses usuários não relatarem ao médico o porquê de sua conduta no descumprimento da prescrição médica com relação ao uso dos medicamentos, os resultados obtidos expostos na tabela 17, demonstraram preocupação quanto a esse comportamento, pois são quase metade da amostra (46,6%) (tabela

15) que mudaram a forma de fazer uso da medicação no ambiente domiciliar, e destes 42,0% (tabela 16) não relataram ao médico sua conduta.

Tabela 17 - Distribuição dos usuários que fazem mudanças no uso dos medicamentos e motivos porque não fala ao médico, Campo Grande, MS - 2016 (n=58).

Motivos porque não fala ao médico					
	Não foi na consulta	Não há necessidade	Esquece-se de falar	Medo de broncas	Total
N	13	29	4	12	58
%	22,4	50,0	6,9	20,7	100,0%

Fonte: dados da pesquisa

Sobre os dados expostos anteriormente (tabela 15) que traz informações sobre aqueles que responderam que mudam a forma de usar os medicamentos prescritos, mas não relatam ao médico sua conduta pós consulta (n=58), a tabela 17 traz dados sobre os motivos de não relatar ao médico o porquê da mudança, destes 50,0% relatou na entrevista que não fala ao médico a mudança no uso dos medicamentos por achar desnecessário, seguidos de 20,7% que tem medo de broncas, 22,4% não foram à consulta e 6,9% informaram como causa o esquecimento.

Os dados analisados destes usuários desperta interesse em entender o porquê de acharem desnecessário informar ao médico sobre a mudança na forma de usar seus medicamentos, resposta de metade daqueles que não relatam sua conduta na mudança do uso dos medicamentos prescritos, uma vez que isto pode interferir no tratamento, podendo ocasionar complicações pelo uso inadequado ou não uso da medicação. Da mesma forma o percentual (>20,0%) dos que relataram como motivo de não falar ao médico por “medo de broncas” com relação a sua conduta de mudar a forma de tomar o medicamento sem o conhecimento do profissional, é um dado relevante e implica em riscos à saúde dos indivíduos como já mencionado. Do ponto de vista do comportamento do indivíduo isto é justificável, pois o mesmo prefere ficar numa posição de conforto próprio ocasionado pelo medo da “bronca” ou omitir informação que intimidado pela reação da parte superior, no caso o médico. Reforça-se com essa situação a necessidade de uma melhor interação médico/paciente no programa de atendimento a estas doenças (DM e HAS), uma vez que as consultas são periódicas e necessárias no acompanhamento destes usuários, estreitando-se este

vínculo e deixando o paciente mais a vontade para seus questionamentos, ou seja, ser ouvido, entendido e compreendido de acordo com suas peculiaridades.

A interação entre médico e paciente, assim como as relações que se estabelecem entre os profissionais de saúde e os usuários, se insere nas relações de hegemonia existentes em nossa sociedade, estas deverão conceber numa relação ativa e recíproca entre os envolvidos. Quando não acontece essa reciprocidade, pode ocorrer uma relação caracterizada de poder e saber, essa imposição do poder/saber poderá resultar em uma condição de censura servindo de barreiras impedindo o usuário de fazer questionamentos e receber os esclarecimentos de suas dúvidas no tratamento com os medicamentos (SOARES, 2000).

5.3.7 Fatores: idade e dificuldades no uso dos medicamentos no domicílio

Entendendo que o a pesquisa já trouxe dados sobre o não cumprimento da prescrição e uso dos fármacos em diversos contextos, e o quesito idade apresentou-se como um dos nós críticos na relação com uso de medicamentos após a prescrição médica, e deu ênfase para a menor adesão por conta dos mais jovens (18 a 40 anos) bem como aqueles que são de mais idade (81 a 100) (figura 02).

Em relação aos dados sobre idade e a dificuldade no uso dos fármacos pelos usuários no domicílio, verificou-se que os percentuais que se destacam estão relacionados aos usuários da primeira faixa etária (18 aos 40) e última (81 a 100), os quais relataram dificuldade no uso diário dos medicamentos, com um percentual de 68,8% e 56,5% respectivamente. As demais faixas etárias apresentam números menores, mas não menos preocupantes, conforme dados da tabela 18, onde cita-se os seguintes percentuais por faixa etária: 41 a 60 anos 45,4%, 61 a 80 anos 43,6%.

Tabela 18 - Distribuição dos usuários segundo as dificuldades no uso dos medicamentos por faixa etária, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).

Dificuldades no uso dos medicamentos no domicílio	Faixa etária								Total	%
	18 a 40	%	41 a 60	%	61 a 80	%	81 a 100	%		
Sim	11	68,8	54	45,4	61	43,6	13	56,5	139	46,6
Não	5	31,3	65	54,6	79	56,4	10	43,5	159	53,4
Total	16	100,0	119	100,0	140	100,0	23	100,0	298	100,0
%	5,4	-	39,9	-	47,0	-	7,7	-	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa

O alto percentual de dificuldades na faixa etária dos mais jovens (18 a 40 anos) reflete o que está relatado na tabela 10 (Uso de medicamento por faixa etária), onde 25,0% dessa população não fazem uso do medicamento prescrito e outros 25,0% não toma todos os medicamentos prescritos para seu tratamento, ou seja, 50,0% da população pesquisada que são dessa faixa etária não cumprem corretamente a prescrição médica no uso dos medicamentos.

Com relação à idade e adesão ao tratamento medicamentoso, na literatura encontrou-se informações em que os jovens apresentam números baixos de adesão ao uso de medicamentos, enquanto que idade mais avançada é um fator positivo para a adesão ao tratamento. Em um estudo feito por Chor *et al.*, (1998), os dados indicam que indivíduos com idade igual ou superior a 45 anos têm maior adesão ao tratamento, ou seja, estes tem melhores índices no uso dos medicamentos do que os mais jovens, aparecendo com um percentual de 77,4%, enquanto que os mais jovens apenas 17,1% aderem ao tratamento. Dados relativos a esta questão estão citados na tabela 10, onde os usuários das faixas etárias acima dos 40 anos apresentam percentuais maiores (> 90,0%) entre os que se referiram fazer uso de todos os medicamentos no tratamento em domicílio, diferentemente da faixa etária abaixo de 40 anos, que são 50,0% os que relataram fazer uso dos medicamentos prescritos.

5.3.8 Morbidades X internações

O diabetes e a hipertensão arterial são um dos principais problemas de saúde do Brasil, dados referentes ao diagnóstico principal de internações hospitalares indicam as doenças do aparelho circulatório como as mais frequentes (Silva *et al.*, 2006). Portanto a análise dos percentuais de controle ou agravamentos dessas doenças tornou-se importante para a interpretação e discussão dos resultados dos dados colhidos nas entrevistas em campo.

Os usuários com diagnóstico de dupla morbidade (diabetes e hipertensão) foram os que apresentaram maior percentual de internação (57,1%). Porém no geral temos um total de 43,3% de usuários que precisaram de internação, entretanto 56,7% referiram nunca terem necessitado de internação por conta dessas doenças (Tabela 19).

Tabela 19 - Números e percentuais segundo as respostas dos usuários sobre internações e diagnóstico, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).

Internações	Diagnóstico						Total	%
	DM	%	HAS	%	HAS/DM	%		
Sim	7	35,0	78	38,8	44	57,1	129	43,3
Não	13	65,0	123	61,2	33	42,9	169	56,7
Total	20	100,0	201	100,0	77	100,0	298	100,0
%	6,7	-	67,4	-	25,8	-	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa

Analisando o perfil de saúde nos portadores do diabetes e hipertensão arterial na comunidade pesquisada, avalia-se que os investimentos na atenção básica deverão priorizar o tratamento dessas doenças para diminuir o número de internações entre estes indivíduos. Segundo Silva *et al.*, (2006), diabéticos são 30,0% dos pacientes internados em unidades coronarianas intensivas, os autores ainda reforçam que a doença é a principal causa de amputação de membros inferiores e de cegueira. O estudo também indica que a doença tem grande percentual de responsabilidade pelo ingresso de indivíduos nos programas de diálises. Diversos estudos demonstram que o controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial é capaz de reduzir as complicações tanto do diabetes quanto da hipertensão arterial sistêmica mantendo o paciente menos dependente de internações (SILVA *et al.*, 2006).

O desafio do sistema de saúde em reduzir o número de internações e intervenções cirúrgicas emergenciais, causadas em grande parte pelos agravos resultantes dessas doenças, vem acrescido de fatores referentes à economia nos investimentos em saúde pública, pois os gastos com esses procedimentos que são altos poderiam ser minimizados se houvessem melhores cuidados em saúde na atenção primária (FONSECA *et al.* 2008). Muitas dessas enfermidades, por serem crônicas, demandam alto custo na assistência à saúde, além de propiciarem o surgimento de complicações com grande interferência no grau de dependência e qualidade de vida das pessoas (LOYOLA, *et al.*, 2004).

5.3.9 O uso dos medicamentos e internações

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes são responsáveis também pelo aumento nas internações hospitalares por conta dos agravos que levam a complicações de diversas naturezas, dentre as quais se destacam as doenças coronarianas, cerebrovasculares, vascular

de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica (MION *et al.*, 2002). Mesmo com diagnóstico fácil e avanços nas políticas em saúde para o atendimento dessa população, encontra-se um grande número de pessoas que não fazem o tratamento adequadamente (SARQUIS *et al.*,1998). Com dados e análises da literatura observou-se a necessidade de indagar o usuário sobre a ocorrência de internações, no questionário o respondente reportou-se sobre seu histórico clínico com necessidade ou não de internações, sabendo que o não uso da medicação prescrita incorre em riscos de agravamentos da doença.

Tabela 20 - Distribuição dos usuários segundo as internações, uso ou não dos medicamentos, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).

Precisou de internação	Toma os medicamentos						Total	%
	Sim	%	Não	%	Nem todos	%		
Sim	116	42,5	2	18,2	11	78,6	129	43,3
Não	157	57,5	9	81,8	3	21,4	169	56,7
Total	273	100,0	11	100,0	14	100,0	298	100,0
%	91,6	-	3,7	-	4,7	-	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa

Ao cruzar os dados sobre as internações e o uso de medicamentos no domicílio (tabela 20), verifica-se que do total de usuários que relataram fazer uso dos medicamentos 42,5% já precisaram de internação, quanto aos que relataram não tomar a medicação, ou seja, não fazem uso dos fármacos no tratamento 18,2% já foram internados e aqueles que usam apenas em parte deixando de fazer o uso corretamente conforme a prescrição médica 78,6% relatou ter precisado de internação por conta de agravos. No último percentual há um alto índice de internações provavelmente influenciado também pelo uso incorreto dos medicamentos, condição que pode ser passível de intervenção nos programas de saúde na Atenção Básica.

Segundo Castro, 1999 são vários os fatores que contribuem para o agravamento em pacientes com diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (como a hipertensão arterial e o diabetes) que não seguem corretamente as recomendações terapêuticas no tratamento medicamentoso, situação que coloca em risco a saúde e bem estar do paciente. O autor ainda reforça que embora estejam devidamente diagnosticados, apenas 50,0% dos pacientes utilizam medicação de forma regular, e por ser uma doença que na maioria das vezes não apresenta sinais relevantes, geralmente apresenta-se de forma assintomática,

principalmente a HAS, influencia na conduta do usuário que não reconhece ser um risco potencial em comprometimentos de órgãos vitais.

5.4 Não adesão ao tratamento com medicamentos na população pesquisada

5.4.1 Credibilidade no medicamento

As respostas colhidas sobre a credibilidade do usuário com relação ao uso dos medicamentos também ajuda a entender o comportamento destes no abandono do tratamento medicamentoso, tais conteúdos foram anteriormente expostos em números e percentuais sendo os assuntos discutidos nos conteúdos das tabelas 11, 13, 14, figura 01 e seus respectivos itens. Na entrevista com os usuários no domicílio a pergunta sobre a credibilidade destes nos medicamentos em que precisa fazer uso (acredita ou não nos medicamentos), foi enfática e direta, a qual gerou os seguintes resultados: 88,3% relataram que acreditam sim no medicamento e 11,7% afirmaram não acreditar.

Segundo Wannmacher (2012) a falta de informação adequada ao paciente sobre o tratamento medicamentoso, muitas vezes é responsável pelo descrédito destes nos fármacos prescritos no setor público. A autora enfatiza que as informações fracas dadas aos usuários ou não fornecidas com a devida importância, são responsáveis pelo resultado do uso incorreto dos medicamentos por esse público. É necessário que o usuário tenha, além do acesso, informações eficientes sobre o uso dos medicamentos para se sentir seguro no tratamento. Segundo Castro (2000) essa informação deverá ter continuidade após a consulta médica pelos demais profissionais especialmente o farmacêutico, onde deverão ser esclarecidos os itens da prescrição médica, dose, posologia, considerações especiais ao tomar o medicamento, efeitos adversos etc. Quando a questão é saúde, a informação é uma ferramenta importante, pois com ela pode-se entusiasmar o usuário em seu tratamento, mas a falta de informação gera insegurança, dúvidas, descrédito e desmotiva o usuário podendo resultar no uso incorreto da medicação ou até mesmo no abandono do tratamento (RICCIO *et al.*, 2001).

A tabela 21 traz informações sobre a credibilidade do usuário na medicação prescrita (porque acredita, ou não na medicação). O percentual daqueles que não acreditam no medicamento é idêntico ao percentual dos que não usam a medicação ou usam apenas em parte, descritos em tabelas anteriores (tabela 10 e 11), ou seja, do total da amostra (n=298) (25) 8,4% dos indivíduos entrevistados relataram que não acreditam nos medicamentos prescritos pelo médico, porque se sente mal ao tomá-lo e/ou não está bem de saúde. A

maioria, ou seja, 86,6% da amostra pesquisada, disseram acreditar na medicação porque está bem de saúde, ou se sente bem quando toma a medicação. O restante de 5,0% não soube, ou não quis responder por que acreditam ou não na medicação.

Tabela 21 - Representação em números e percentuais sobre a credibilidade do usuário no medicamento prescrito, Campo Grande, MS - 2016 (n=298).

Porque acredita ou não, nos medicamentos?				
	Acredita	Não acredita	Outros	Total
	Porque está bem e faz bem	Porque se sente mal e não está bem	Não sabe, não quis responder	
N	258	25	15	298
%	86,6	8,4	5,0	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Segundo a literatura quando se refere a tratamento com medicamentos de uso contínuo os efeitos adversos é motivo importante para o abandono do tratamento, pois as reações indesejadas geram dificuldades, deficiências e abstenção no uso dos fármacos (MANFROI; OLIVEIRA, 2006). A maioria dos portadores dessas doenças (DM e HAS) apresentam comorbidades sendo necessário o uso de uma maior quantidade de medicamentos, tal situação se torna ainda mais difícil do indivíduo aderir regularmente ao tratamento (Péres, *et al.*, 2007).

5.4.2 Motivos do uso inadequado (deixam de fazer uso em algum momento) dos medicamentos

Apesar dos medicamentos serem produtos clinicamente essenciais no tratamento das doenças, o descumprimento da prescrição por conta de reações adversas, em muitos casos acontece por sinergismos e antagonismos não desejados, podendo vir a resultar no uso inadequado, (deixando de fazer uso em algum momento) ou até mesmo causar o abandono por completo do tratamento, o que aumenta os riscos de agravamentos das doenças e/ou gastos excedentes. Para melhorar o atendimento aos portadores das DCNT e diminuir ocorrências dessa natureza, o perfil do usuário deve ser observado, isto tem que obedecer a peculiaridades de idade, gênero, inserção social, estado de saúde e classe terapêutica a ser prescrita (ROZENFELD, 2003).

O motivo da inobservância no uso dos medicamentos no domicílio foi levantado por faixa etária, visando identificar as razões pelas quais os usuários deixaram de fazer uso do medicamento não cumprindo adequadamente a orientação médica no uso dos fármacos.

Tabela 22 - Respostas do por que deixam em algum momento de fazer uso dos medicamentos segundo fatores citados, por faixa etária, Campo Grande, MS – 2016.

Porque deixa ou já deixou de tomar os medicamentos?	Faixa etária								Total	%
	18 a	%	41 a	%	61 a	%	81 a	%		
Esquecimento	6	35,3	31	44,9	31	44,3	8	72,7	76	45,5
Não tem o medicamento	3	17,6	12	17,4	8	11,4	2	18,2	25	15,0
Efeito indesejado	1	5,9	6	8,7	11	15,7	0	0	18	10,8
Não faz efeito	0	0	2	2,9	1	1,4	0	0	3	1,8
Médico suspendeu	0	0	1	1,4	3	4,3	0	0	4	2,4
Conta própria	7	41,2	17	24,6	16	22,9	1	9,1	41	24,6
Total	17	100,0	69	100	70	100,0	11	100,0	167	100,0
%	10,2	-	41,3	-	41,9	-	6,6	-	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa (O usuário teve opção de marcar mais de uma alternativa)

Analisando as respostas de todos os usuários entrevistados que deixaram de tomar os medicamentos no seu tratamento diário, os quais puderam marcar mais de uma alternativa sobre a(s) causa(s) da abstenção, observa-se que em quase todas as faixas etárias, há duas questões que chamam a atenção, pois se referem a algo de menor relevância, podendo ser dirimido com esclarecimento e orientação na atenção básica, são elas: A não adesão do uso dos medicamentos por causa do esquecimento (45,5%), e aqueles que deixam de tomar por conta própria (24,6%) (tabela 22).

Os usuários pertencentes à faixa etária de 18 a 40 anos, exibem comportamento preocupante no uso dos medicamentos, pois entre os mais jovens aparecem com maiores percentuais dos que deixam de fazer uso dos medicamentos, por diversos motivos conforme dados das tabelas anteriores (quanto se aborda situações de abstenção segundo a idade). Nesta análise estes aparecem com o maior percentual entre os que deixam de tomar os medicamentos por conta própria (41,2%). Nas duas faixas etárias posteriores (41 a 60 e 61 a 80) os números relativos a mesma questão são menores (24,6% e 23,9%), mas não menos

preocupantes, pois deixam de fazer uso por questões pouco significativas, uma vez que relataram o não uso, sem expor alguma condição importante para tal conduta.

Aqueles que relataram o esquecimento como responsável pelo não uso, estão entre: 35,3% e de 44,9% nas três primeiras faixas etárias, e aqueles com idade de 81 aos 100 anos aparecem com um percentual relevante de 72,7%. É certo que o número de respostas obtidas por indivíduos dessa faixa etária é pequeno (11), porém estes são os que precisam de um cuidado especial, por conta de suas limitações e dificuldades inerentes à idade.

Os usuários que relataram o não uso dos medicamentos por conta da falta do produto, aparecem com percentuais de 17,4% a 18,2% em três faixas etárias, ficando menor apenas na faixa de 61 a 80 anos (11,4%). Sobre a abstenção do uso por conta do efeito indesejado dos fármacos, o maior percentual aparece na faixa de 61 a 80 anos (15,7%).

Em um estudo feito com idosos numa unidade do Programa Saúde da Família (PSF), Marin *et al.*, (2008) citaram que 40% dessa população, referiram esquecer de tomar os medicamentos, e concluem que há uma necessidade de apoio e supervisão para que façam o uso correto.

5.4.3 O uso dos medicamentos e as dúvidas que surgem no tratamento em domicílio

O estudo verificou junto ao usuário as questões geradoras de dúvidas, que em muitos casos resultam no uso incorreto e até abandono do tratamento, portanto na entrevista fez-se a seguinte pergunta: *Em caso de dúvidas, procura ajuda?* 210 pessoas disseram que tem dúvidas e procuram ajuda, representando um percentual de 70,4%. Aqueles que mesmo tendo dúvidas (47 pessoas), mas não procuram ajuda são representados por 15,8%. O menor número (41 pessoas) está representado por 13,8% da amostra e refere-se aos que não tem dúvidas no uso dos medicamentos.

O maior percentual obtido nas respostas daqueles que disseram ter dúvidas e procuram ajuda, mostra que os usuários são carentes de melhores esclarecimentos sobre seu tratamento com os medicamentos, e estes tem ciência de que a melhor tomada de decisão em caso de dúvidas deve ser a partir das orientações dos profissionais de saúde, como reforça as informações da pergunta posterior: *Com quem procura ajuda nas dúvidas?* Das 227 (Usuário pode selecionar mais de uma alternativa) respostas, 46 referem-se procurar ajuda aos parentes, 11 aos amigos, 14 citaram internet/outros, e maior parte das respostas (156) foram dos que citaram a UBSF/médico como alternativa para sanar as dúvidas.

O usuário nem sempre tem o conhecimento necessário para fazer uso dos medicamentos, principalmente ao início de um novo tratamento ou com novos medicamentos prescritos. A falta de conhecimento gera dúvidas e pode conduzir ao uso incorreto, aumentando os riscos de agravamentos e óbitos, além do alto custo nos procedimentos e tratamento gerado em decorrência das internações. Estimativas apontam que a nível mundial metade das pessoas não tomam seus medicamentos como prescritos (OMS, 2009).

5.4.4 Orientação pós consulta médica e conhecimento sobre o problema

Tendo como principal objetivo de análise o uso dos medicamentos pela população, após a consulta médica, buscou-se compreender como este usuário recebe as orientações sobre o uso dos fármacos e qual tipo de informação tem sido mais focado nas consultas com os profissionais de saúde, de acordo com a faixa etária. Nas entrevistas nos domicílios o estudo abordou a questão verificando como este usuário sai do consultório médico com relação ao entendimento da prescrição dos medicamentos no seu tratamento. Uma das questões relacionadas ao assunto era a pergunta: *qual orientação recebeu quando soube que era portador da doença?*

Tabela 23 - Respostas sobre as orientações recebidas em consulta por faixa etária, Campo Grande, MS – 2016.

Orientação recebida	Faixa etária								Total
	18 a 40	%	41 a 60	%	61 a 80	%	81 a 100	%	
Alimentação e atividade física	8	42,1	44	33,8	37	23,3	2	8,0	27,3
Uso dos medicamentos	5	26,3	32	24,6	31	19,5	5	20,0	21,9
Fazer o tratamento	6	31,6	44	33,8	66	41,5	14	56,0	39,0
Não lembra	0	0	10	7,7	25	15,7	4	16,0	11,7
Total	19	100,0	130	100,0	159	100,0	25	100,0	100,0
%	5,7	-	39,0	-	47,7	-	7,5	100,0	-

Fonte: dados da pesquisa (O usuário teve opção de marcar mais de uma alternativa)

A tabela 23 apresenta as respostas dos usuários sobre as orientações recebidas na consulta sobre seu diagnóstico. Na faixa etária de 18 a 40 anos, 42,1% das respostas se referiram à orientação sobre a alimentação e atividade física, em segundo lugar foi citada a alternativa que diz fazer o tratamento, ficando em penúltimo lugar a resposta sobre o uso dos

medicamentos. Já na faixa dos 41 a 60 anos, encontra-se o mesmo percentual de orientação sobre alimentação e atividade física e fazer o tratamento, o uso dos medicamentos também fica em penúltimo lugar nessa faixa etária. Entre aqueles da faixa etária dos 61 a 80 anos, em primeiro lugar na orientação citou-se a alternativa fazer o tratamento e em segundo lugar a alimentação e atividade física, sendo em penúltimo lugar o uso dos medicamentos. Apenas na faixa etária acima de 81 anos há uma diferença nos percentuais quanto à orientação sobre o uso dos medicamentos, ficando esta em segundo lugar logo após a que se refere: fazer o tratamento e por último a alimentação e atividade física (tabela 23). Nota-se que em todas as faixas etárias anteriores a resposta sobre orientação no uso dos medicamentos ficam em terceiro lugar.

Quando se refere estritamente ao uso de medicamentos o número de usuários que reportaram essa questão fica por último, ou seja, a lembrança da orientação recebida repercute de acordo com o maior enfoque recebido sobre o assunto durante a consulta, o que não houve na pergunta referente ao uso da medicação. Embora o termo na pergunta: fazer o tratamento; possa abranger todos os assuntos, inclusive sobre a medicação, não deixa claro ao entendimento deste usuário sobre a importância do uso da medicação compreendida e repercutida habitualmente no dia a dia, como parte importante para a melhora ou estabilidade no seu estado clínico.

Segundo Cunha *et al.*, (2002) 40,0% dos usuários do sistema público de saúde não adquirem o conhecimento adequado para o uso dos fármacos, pressupondo que isso venha ser decorrente da qualidade do atendimento na consulta e na dispensação dos medicamentos somado à questão do nível de alfabetização desses usuários. Segundo os autores o tempo curto da consulta aliado ao tempo de dispensação que se mostra incompatível também para a natureza do atendimento, pode prejudicar a transmissão das orientações necessárias para o uso correto dos medicamentos.

Segundo a OMS o tempo médio de consulta nos serviços de saúde é baixo com relação ao recomendado (DUMOULIN *et al.*, 1995), e o usuário não recebe toda a informação necessária quanto à precisão do seu tratamento, principalmente aqueles com maior dificuldade na adesão ao uso dos fármacos, seja por conta da negação da doença (neste caso o indivíduo precisa de melhor esclarecimento sobre os riscos), quanto pela idade avançada e/ou comprometimento cognitivo, tais situações implicam negativamente no entendimento repassado pelo profissional de saúde (PÉRES *et al.*, 2007).

A questão do tempo de atendimento não necessariamente compromete toda qualidade do atendimento, mas é necessário um tempo mínimo para o cumprimento de todas

as etapas de atendimento de acordo com as peculiaridades de cada indivíduo (BRASIL, 1999). Durante a consulta se deve desmistificar alguns mitos e esclarecer dúvidas que possam interferir no seguimento de seu tratamento no dia a dia em seu domicílio (LOPES, 2003).

Há uma ampla necessidade da população aos serviços públicos de saúde, e parte está relacionada à terapia medicamentosa, portanto há dificuldades no atendimento aos indivíduos com o acompanhamento adequado para controle do DIA e da HAS, por isso as necessidades de melhorias no seguimento primário da saúde, no acolhimento aos usuários deverão ser prioridades, pois este depende de um melhor atendimento para melhorar a condução do seu tratamento e uso correto dos fármacos, sendo isto parte importante para o sucesso no controle das taxas de glicemia e pressão arterial, dependendo da adesão do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida da população (SILVA *et al.*, 2006).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os usuários entrevistados inscritos no programa de saúde da UBSF foram representados em: 67,5% de hipertensos, 25,8% possuíam dupla morbidade (diabetes e hipertensão) e 6,7% eram diabéticos, destes a maioria estava na faixa etária de 41 a 60 (39,9%) e 61 a 80 (47,0%) anos. Com relação ao número de medicamentos que faziam uso, identificou-se que mais da metade (54,4%) dos usuários faziam uso de 1 a 3 tipos e 32,2% usava de 4 a 6 tipos de medicamentos por dia. A maior parte daqueles que deixam de tomar os medicamentos (40,0%) indica que não se sente bem ao fazer uso da droga por conta do efeito ou de reações adversas. Um dado relevante (36,0%) identificado está entre aqueles que não apresentam nenhuma justificativa para a não adesão do uso, ou seja, simplesmente deixam de usar o fármaco por achar que não seja necessário. A credibilidade no medicamento também é fator do uso inadequado dos medicamentos, pois dentre os que não acreditam na medicação estão aqueles que não se sentem bem ao fazer uso ou que continuam apresentando problemas de saúde mesmo com o uso da medicação. As internações por consequência de complicações do diabetes e/ou hipertensão arterial afetou quase a metade da população pesquisada (43,3%), sendo predominante naqueles que apresentam as duas doenças (DM e HAS) e com percentual alto naqueles que deixam de tomar a medicação completa para seu tratamento, ou seja, não cumprem adequadamente a prescrição médica.

Entre os usuários atendidos na UBSF, os mais jovens foram os que deixaram de cumprir a orientação prescrita para o uso dos medicamentos, o estudo apontou que nessa faixa etária concentram-se os maiores percentuais daqueles que abandonam o uso dos fármacos, ou usam inadequadamente. Segundo a análise dos dados 25,0% da população nessa faixa etária (18 a 40 anos) diagnosticados com diabetes e/ou hipertensão arterial não faz uso de nenhum medicamento, embora tenha prescrição médica para tal, e outros 25,0% usam apenas em parte os medicamentos prescritos, condição que requer melhor atenção, pois a amostra traz dados que seguem a estimativa dos órgãos reguladores sobre o aumento no número de diabéticos e hipertensos nessa população, consequentemente resultando em problemas cardiovasculares graves precocemente nesses indivíduos.

As informações coletadas diretamente com os indivíduos promoveu um maior aprofundamento dos conhecimentos relativo ao uso de medicamentos na população pesquisada. Houve dados importantes sobre o uso inadequado ou abandono do uso, tais como: esquecimento, outros deixam de tomar sem nenhuma explicação consistente, alguns se acham curados, portanto não vê necessidade de uso do medicamento, efeito indesejado; diversas

foram as situações averiguadas no estudo que comprometem o tratamento desses usuários, o que desperta preocupação por estes não terem uma conduta mais rigorosa no tratamento terapêutico prescrito pelo médico.

Quanto ao não cumprimento da prescrição médica com relação ao não uso dos medicamentos pela população pesquisada os resultados indicam que menos de 10,0% destes se abstém totalmente (abandono do tratamento) do uso de um ou mais fármacos prescritos para o diabetes ou hipertensão, o maior percentual do não cumprimento da prescrição está na faixa etária mais jovem da população, na qual metade destes indivíduos usam inadequadamente ou deixam de fazer uso dos medicamentos. O estudo identificou que o uso inadequado dos medicamentos está representado em maior percentual por aqueles em tratamento de hipertensão arterial, estes também representam os que consomem maior número de medicamentos por dia.

Quanto às informações sobre o grau de instrução e dados socioeconômicos, a população tem um percentual considerável de indivíduos que se declararam não alfabetizados, e mais da metade da população tem renda entre 1 e 2 salários. São dados importantes para a implementação de novas estratégias e/ou ações em saúde, pois as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são mais prevalentes entre indivíduos com menor escolaridade e naqueles que são de baixa renda, tal situação é refletida na comunidade, onde grande parte dos usuários é de baixa renda, expostos as vulnerabilidades decorrentes desse estado, pois influencia na tomada de decisão quando este precisa da medicação e não encontra no serviço público.

Outro fator relevante exposto na amostra é a necessidade desses usuários em obter seus medicamentos nos sistema público (UBSF/SUS) ou no programa farmácia popular, pois os dados apontaram um percentual bem alto dessa dependência, dentre os quais muitos não têm opção alguma na terapia como os medicamentos senão a obtenção do fármaco pelo sistema público. Percebeu-se também que no abandono do uso ou no uso inadequado dos medicamentos no ambiente domiciliar não se limita apenas na falta da medicação. O não uso dos fármacos no tratamento para o DM e/ou HAS vai além de questões econômicas ou acesso a medicação, muitos usuários não usam a medicação porque não querem mesmo, ou seja, não vê o seu problema de saúde como um risco potencial para seu bem-estar pessoal e familiar. Essa conclusão destaca a necessidade de uma revalorização prática, social e política com a participação de ações em saúde na comunidade, para chegar ao domicílio do usuário, pois o domicílio é o lugar onde este indivíduo desenvolve seu modelo de vida com hábitos e

costumes. Este deve entender que o tratamento deverá ter prioridade por ser de vital importância para sua continuidade como cidadão participante do meio familiar e social.

A falta de comprometimento e/ou adesão ao tratamento medicamentoso após prescrição e orientação médica continua sendo o nó crítico na relação paciente e medicação, sendo diversos os fatores que levam o usuário ao uso inadequado dos medicamentos no ambiente domiciliar. Mais da metade (51,3%) da população relatou que já deixou ou costuma deixar de tomar os medicamentos no dia a dia, comprometendo seu estado de saúde e se expondo aos riscos de agravamento da doença. As causas dessa conduta por parte dos usuários foram relatadas em maiores percentuais para: esquecimento (45,5%) e aqueles que deixam de tomar por conta própria (24,6%), sem mencionar alguma causa relevante, após estes seguem: não ter o produto, efeito indesejado e não faz efeito. Outro dado identificado no estudo foi a resposta daqueles que mudam a forma de tomar seus medicamentos por conta própria, procedimento efetuado por quase metade da população pesquisada (46,6%), sendo que grande parte desses usuários fazem a mudança, mas não se reportam ao médico sobre sua conduta por achar desnecessário ou por medo de censuras por parte do profissional.

O sistema público de saúde no Brasil ainda é carente de orientação aos usuários propiciada pela atenção farmacêutica, pois esta ainda é uma prática recente de atuação na atenção primária. Nas situações citadas na pesquisa de campo o trabalho em conjunto com esses profissionais seria de grande valia, pois ela prioriza a orientação, acompanhamento e intensifica a relação entre o farmacêutico e os usuários em tratamento com uso de fármacos. Entende-se dessa forma que uma atuação direta e eficaz no acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários resultaria em melhores condições no uso dos medicamentos, principalmente aqueles que têm dificuldades/dúvidas e na maioria das vezes não tem conhecimento sobre os benefícios do produto no tratamento, desconhecendo os riscos que poderá estar impondo a sua saúde com a abstenção ou uso inadequado dos medicamentos.

7 RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

O estudo trouxe informações sobre o perfil da população e obteve dados relevantes sobre o tratamento com medicamentos no dia a dia, levando em consideração os aspectos naturais de vivência no cotidiano dos usuários no ambiente domiciliar, pois este é o local em que o indivíduo sente-se seguro tendo mais autonomia para se expressar. A linha de investigação sobre o uso dos medicamentos no domicílio pela população trouxe informações claras e objetivas com números e percentuais relatados em tabelas, nos quais se identificou que é preciso a atenção primária atuar com vigor na orientação e promoção em saúde, objetivando a mudança de hábitos e estilo de vida, e levar o usuário a entender a necessidade do cumprimento da prescrição médica no uso correto da medicação, pois a implementação de novas ações na atenção básica para utilização adequada dos medicamentos é uma ferramenta eficiente na terapia, no entanto, o uso inapropriado dos fármacos é um grande problema de saúde pública mundial, acarretando em importantes implicações na economia (OPAS, 2003).

Percebeu-se a necessidade de uma ação prática e possível de intervenção na atenção primária, como por exemplo, ações em saúde na comunidade com a adoção de métodos participativos para estimular estes na construção do conhecimento e entendimento sobre os riscos das possíveis doenças que comumente acometem a população com aquele perfil. É necessário também trabalhar em conjunto com a população nas ações de educação e promoção em saúde, contribuindo não apenas com as informações sobre as condições de saúde estritamente patológica, mas gerando o empoderamento dos indivíduos para modificar as formas estereotipadas que estes têm da realidade, as quais são construídas ao longo dos tempos por hábitos e/ou costumes. Criar a possibilidade de terem autonomia na responsabilidade da manutenção de sua saúde dentro de sua própria realidade, inclusive com o uso dos medicamentos sendo este necessário para uma melhor qualidade de vida, o qual foi prescrito e é indispensável na manutenção da saúde. Reordenar o seguimento assistencial regular na atenção básica com maior aproximação dos profissionais da ESF com os usuários dispondo de acompanhamento periódico, prescrição e orientação, poderá evitar a necessidade do usuário em utilizar outros níveis de atenção para obter seu atendimento, isto se torna necessário e relevante também na redução das internações.

Outro ponto importante identificado como responsável na inadequada assistência ao usuário é a falta de investimento na atenção básica, o que resulta negativamente no atendimento, no enfrentamento das doenças e nas ações em saúde coletiva, esse reflexo poderá levar o indivíduo a abandonar seu tratamento ou fazê-lo inadequadamente. Com o

acompanhamento regular, obtêm-se melhores resultados como a manutenção da estabilidade clínica de suas morbidades, evitam-se agravamentos da doença, e na maioria das vezes o usuário mantém uma vida normal e economicamente ativa, trazendo benefícios a sua família, que poderá deixar o papel de cuidadora, e se dedicar a outras atividades, num todo, resulta em uma melhor qualidade de vida para os envolvidos (FONSECA *et al.*, 2008).

Para um resultado eficaz na redução das morbimortalidades é necessário que as intervenções alcancem todos os níveis sociais, com foco naqueles de menor poder aquisitivo a fim de garantir mediante políticas sociais e de saúde pública um atendimento equitativo, permitindo maior acesso aos serviços de saúde e especialidades médicas de acordo com seu perfil e diagnóstico, atuando não apenas na medicalização, mas também na informação para resultar no melhor entendimento da proposta de tratamento, contemplando informações sobre: hábitos de vida saudável e autodisciplina do paciente no ambiente domiciliar. Neste contexto entra a questão daqueles que não foram alfabetizados ou que tem dificuldades na compreensão por consequência do baixo nível de instrução, característica comum no perfil de usuários das comunidades de baixa renda. A orientação sobre o tratamento e informação sobre possíveis gravidades no uso incorreto dos medicamentos conduz a população usuária dos serviços de saúde a uma melhor conscientização e entendimento da relevância do tratamento com os fármacos. Entende-se, porém que ações para a conquista de uma melhor qualidade de vida com um perfil de saúde regularmente adequado, tem melhor resultado quando parte de atitudes conjuntas entre o profissional de saúde e o usuário.

Nesse aspecto torna-se relevante também que o profissional de saúde tenha conhecimento sobre as condições sociais e econômicas da população da área adstrita da UBSF em que desenvolve seu trabalho, para que a medicação prescrita seja de fácil obtenção pelo paciente, diminuindo o máximo possível o risco de o usuário deixar de fazer uso por causa da condição financeira ou, se for o caso, fazer escolha por um tipo de fármaco com menor preço ou acessível em programas públicos de saúde, pois renda financeira baixa limita o acesso ao medicamento de custo mais alto. No atendimento ao uso de medicamentos é importante que o profissional tenha conhecimento de forma ampla das limitações não apenas financeira, mas de forma geral sobre o perfil da comunidade, pois isto facilita a identificação de possíveis problemas com o uso dos fármacos.

Considerando que a assistência farmacêutica visa um atendimento especializado para assegurar a garantia de uma proteção adequada no uso dos fármacos, sua prestação de serviço é indispensável no sistema de atenção à saúde proporcionando melhor precisão na orientação e esclarecimento de dúvidas com relação às reações adversas e/ou riscos de

interação medicamentosa no caso da polifarmacoterapia. Com esse trabalho torna-se possível a otimização no tratamento deste usuário evitando o desperdício pelo não uso da medicação obtida, bem como melhores resultados terapêuticos. Porém é sabido que essa assistência ainda é deficiente no nível primário e carente das ações públicas para a implementação de maior cobertura dos serviços farmacêuticos nas unidades básicas de saúde. O NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) oferece apoio assistencial do profissional farmacêutico, porém ainda são poucos os profissionais para a demanda dos usuários bem como para a composição multiprofissional nas equipes da ESF.

No contexto sociocultural dos indivíduos da comunidade, acrescenta-se que as estratégias do enfrentamento de controle e redução das DCNT deverão trabalhar em parceria com setores de educação, trabalho e terceiro setor para o empoderamento dos indivíduos de maneira que a educação e orientação favoreçam na redução da incidência dessas doenças, de maneira que estes não tenham somente o processo medicamentoso como aliado, mas também a contribuição na adoção de hábitos alimentares saudáveis e redução do sedentarismo, visando um melhor nível de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. A. **Adesão ao tratamento de doenças crônicas**. 2010. Disponível em <<http://psicoterapiaepsicologia.webnode.com.br/products/ades%C3%A3o%20ao%20tratamento%20de%20doen%C3%A7as%20cronicas/>>. Acesso em: 03 de set. 2015.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H.; MERCHÁN-HAMANN, E. E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 5, n. 21, p.1499-1509, Brasília DF Brasil, 2016.
- BARBOSA, J. B.; SILVA, A. A. M.; SANTOS, A. M.; JUNIOR, F. C. M.; BARBOSA, M. M.; BARBOSA, M. M.; NETO, J. A. F.; SOARES, N. J. S.; NINA, V. J. S.; BARBOSA, J. N. Prevalência da Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados em São Luís – MA. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), **Arquivo Brasileiro de Cardiologia de 2008**, v. 91, n. 4, p. 260-266, São Luís, 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas da Saúde. **Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, 1999.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 7, 2001.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n.16, 2006.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**, Brasília, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011.
- _____. PORTAL BRASIL. **Doenças crônicas não transmissíveis são a maior causa de morte no mundo, diz OMS**. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-sao-a-maior-cao-cao-de-morte-no-mundo-diz-oms>> Acesso em: 15 set. 2015. Agência Brasil, 2012.
- _____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: **percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
- _____. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I**/Fundação Nacional de Saúde. Brasília: FUNASA, 2007. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Onivaldo_Ferreira-.pdf> Acesso em: 05 jun. 2015.
- _____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Prevalência de

diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v.2, n.24, p. 305-314, abr./jun. 2015.

BRITO, E.G. **Automedicação dos profissionais de saúde: uma revisão de literatura**. Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAR, M.R. A mortalidade cárdio-cerebrovascular e os problemas da prática no controle da Hipertensão Arterial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n.2, p.140-143, ago.1998.

CASTRO, C. G. S. O. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Editora: FIOCRUZ, P. 92. Rio de Janeiro, 2000.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. Dificuldades e facilidades dos doentes no seguimento do tratamento da hipertensão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, set. 1999.

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v.71, n.5, p. 100-119. Rio de Janeiro, 1998.

COSTA, S. K.; FRANCISCO, P. M. S. B.; MALTA, D. C.; BARROS, M. B. A. Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 32, p. 09-14, 2016.

CUNHA, C. N. M.; ZORZATTO, R. J.; CASTRO, L. C. L. Avaliação do uso de medicamentos na Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 38, n. 2, abr./jun. 2002.

DUMOULIN, J.; KADDAR, M.; VELASQUEZ, G.. *Guide d'analyse économique du circuit du médicament*. Genève, p. 100. OMS; 1995.

ERBERLY, L.E.; COHEN J.D.; PRINEAS R.; YANG, L. Impact of incident diabetes and incident nonfatal cardiovascular disease on 18-year mortality: the multiple risk factor intervention trial research group. **Diabetes Care**, v. 26, n. 3, p. 848-854, 2003.

FAJARDO, C. A importância da abordagem não-farmacológica da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade**, Rio de Janeiro v. 1, n. 4, jan./mar. 2006.

FERREIRA, L. R. A. C.; FERREIRA, G. M. **Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema Hiperdia**. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo. 53/1 Cuiabá, 2009.

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G.; SOARES, M. P. G. S. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de assumir este papel. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 18, n. 4, p. 727-743, 2008.

GALATO, D.; ALANO, G. M.; TRAUTHMAN, S. C.; VIEIRA, A. C. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, 2008, v. 44, n.3.

GAUTÉRIO, D. P.; SANTOS, S. S. C.; PELZER, M.T.P.; BARROS, E. J.; BAUMGARTEN, L. Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2012, v. 46, n. 6, p. 1394-1399.

GOMES, M.J.V.M.; REIS, A.M.M. **Ciências Farmacêuticas. Uma abordagem em Farmácia Hospitalar**. 1 ed. Atheneu. cap.7, p.125-146, São Paulo, 2001.

GOMES, T. J. O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 3, p.132-139, 2010.

GUEDES, N.G.; COSTA, F.B.C.; MOREIRA, R.P.; MOREIRA, T.F.; CHAVES, E.S., ARAUJO, T.L. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 2, p.181- 8. São Paulo, 2005.

HOEFLER, R.; WANNMACHER L. **Uso Racional de Medicamentos**. Interações de Medicamentos. Brasília: Ed. Athalaia, 2012. p. 31.

KAULING, P. G.; CERETTA, B. L.; SCHWALM, T. M.; DAGOSTIN, S.V.; SORATO, M. T. Utilização de Medicamentos: limites e possibilidades das orientações dos Agentes Comunitários de Saúde às famílias. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n.1, p. 44-55. S. Paulo, 2013.

KLEINERT, S.; HORTON, R. Brasil: no caminho da sustentabilidade e da igualdade na saúde. **THE LANCET Saúde no Brasil**, maio de 2011.

LAPORTE, J.R.; TOGNONI, G.; ROSENFELD, S. **Epidemiologia do medicamento: princípios gerais**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1989.

LAST, J.M. **Dicionário de Epidemiologia**. Barcelona, Salvat Editores, 1989.

LIMA, G. B.; NUNES, L. C. C.; BARROS, A. C. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, (suplemento 3), 2010.

LIMA, H. de P.; SANTOS, Z. M. de S. A.; NASCIMENTO, J. C. do; CAETANO, J. A. Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. **Revista Rene**, v. 11, n. 2, p. 170-178, Fortaleza, 2010.

LOPES, Y.A.B. **Falhas na adesão ao tratamento da hipertensão arterial no município de Brejo de Areia - MA.** São Luís: Universidade Federal do Maranhão. Curso de especialização em Saúde da Família. 2003.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, out./dez. 2006. p. 172.

MARIN, M.J.S.; CECÍLIO, L.C.O.; PEREZ, A.E.W.U.F.; SANTELLA F.; SILVA, C.B.A.; FILHO, J.R.G.; ROCETI, L.C. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, jul. 2008. p. 1546.

MENDES, L. V. P.; LUIZA V. L.; CAMPOS, M. R. Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1673-1684. Rio de Janeiro, 2014.

MENDOZA-SASSI R, BÉRIA JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Caderno de Saúde Pública**; vol. 17, p. 819-832, Rio de Janeiro, 2001.

MENEZES, A. M.; HALLAL, P. C.; PEREZ-PADILLA, R. Tuberculosis and airflow obstruction: evidence from the Platino study in Latin America. **European Respiratory**, n.30: p. 1180–85, 2007.

MION JR. D.; MACHADO, C.A.; GOMES, M.A.M.; NOBRE, F. KOHLMANN JR. O.; AMODEO, C.; PRAXEDES, J.N.; PASCOAL, L.; MAGALHÃES, L.C.. Hipertensão Arterial: abordagem geral. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina AMB/CFM. **Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia**. Fevereiro, 2002.

MIRANDA, V.I.A. **Utilização do Programa Farmácia Popular Entre Idosos da Zona Urbana de Pelotas/RS.** Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Medicina. Pelotas, novembro de 2014.

NAVES, J.O.S.; CASTRO, L.L.C.; CARVALHO, C.S.; MERCHAN-HAMANN, E. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15 s. 1, Jun. 2010, Rio de Janeiro, 2010.

OENNING, D.; OLIVEIRA, B.V.; BLATT C.R.; Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciência e Saúde Coletiva**; v. 16, n.7, p.3277-3283. Rio de Janeiro, 2011.

OLIVEIRA, P. S. **Introdução á sociologia.** São Paulo: ed. Ática, 2001. p. 33-34.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OPAS/OMS. **Unidade de Medicamentos e tecnologia.** [373] p., ilus. Rio de Janeiro, 2003.

PAIXÃO, M.; CARVANI, L. M.. (orgs.). **Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil; 2007-2008**. Garamond. Rio de Janeiro, 2008.

PANIZ, V. M. V. **Acesso a medicamentos em população assistida por diferentes modelos de atenção básica nas regiões sul e nordeste do Brasil**. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Medicina. Pelotas, 2009.

PASSOS, V.M. de A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M.. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n.1 – jan./mar. 2006.

PAULO, L. C.; ZANINE, A. C. Automedicação no Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 34, p. 69-75. Porto Alegre, 1988.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601-12. Ribeirão Preto, 2008.

PEREIRA, D.C.; OLIVEIRA. K.R. de.; ZAGO, D.. Perfil dos usuários e dos medicamentos dispensados numa unidade básica de saúde (UBS) do município de Ijuí. **Revista Contexto & Saúde**. Ijuí editora Unijuí v. 10 n. 19, p. 137-140, jul./dez. 2010.

PERES, D. S.; SANTOS, M. A.; ZANETI, M. L.; FERRONATO, A. A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: Sentimentos e comportamentos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, 2007.

POLLOW, R. L.; STOLLER, E. P.; FORSTER, L. E. & DUNIHO, T. S., 1994. Drug combinations and potencial for risk of adverse drug reaction among community dwelling elderly. **Nursing Research**, 43:44-49.

RICCIO, G.M.G.; GENGO, E.; SILVA, R.C. O diagnóstico de enfermagem “déficit de conhecimento” é indicador da presença de má adesão ao tratamento por hipertensos? **Centro Universitário São Camilo, Caderno 07**, p.37-43. 2001.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Caderno de Saúde Pública**, v.19. n. 03, p. 717-724, Rio de Janeiro mai./jun. 2003.

ROSIN, A. C. farmacologia, conceitos, fármacos. SESES. SBC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol.17, n.1, p. 7-10, 2010. Rio de Janeiro, 2015.

SANTANA, N. C. G.; LIMA, I. M. S. O. A nova velhice do provedor. (Dossiê – O Final da vida no século XXI). **Mediações Londrina**, v. 17, n. 2, p. 181-195, jul./dez. 2012.

SANTOS, S. I; DUARTE, C. E. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis na população adulta brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v.43(Supl 2), p. 5-6. Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, Z.M.A.S.; LIMA, H.P. Atitudes e práticas adotadas por trabalhadores hipertensos no controle da doença. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, v.18, n. 3, p. 145-151. Fortaleza, 2005.

SARAIVA; KROSANTOS, Z.M.S.A.; LANDIM,F.L.P.; LIMA, H.P.; SENA, V.L.. O processo de viver do familiar cuidado na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto Contexto Enfermagem**, vol. 01, n. 16, p. 63-70. Florianópolis, Jan./mar. 2007.

SBD (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**. Adolfo Milech...[*et. al*]; organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

SBH (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO). IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 9, n. 4, p. 359-408. São Paulo, out/dez 2002.

SBEM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA). **Diabetes Mellitus: Tratamento Medicamentoso Projeto Diretrizes**. Rio de Janeiro, 2004.

SBEM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA). **Os perigos da automedicação**. Rio de Janeiro / RJ. 2014. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/os-perigos-da-automedicacao/>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M.; CHOR, D.; MENEZES, P.R. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, n. 377, p. 1949-1961, 2011.

SECOLI, R. S.. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 63 n.1, Brasília jan./fev. 2010.

SEVALHO, G. Farmacovigilância: Bases históricas, conceituais e operacionais. **Ciências Farmacêuticas. Uma abordagem em Farmácia Hospitalar**. 1 ed. Editora Atheneu, Cap.6, p.109-124. São Paulo 2001.

SILVA, T. R.; FELDMAM, C.; LIMA, M. H. A.; NOBRE, M. R. C.; DOMINGUES, R. Z. L. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p.180-189, set./dez. 2006.

SOARES, J. C. R. S. **A autonomia do paciente e o processo terapêutico**. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

TEMPORÃO, J.G. **A propaganda de medicamentos e o mito da saúde**. Graal, Rio de Janeiro, 1986.

VIANNA, L. A. C. **Módulo Político Gestor: Processo Saúde Doença: Especialização em Saúde da Família**. Una-SUS UNIFESP. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2015.

WANNMACHER, L. Uso Racional de Medicamentos. **Condutas Baseadas em Evidências sobre Medicamentos Utilizados em Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ed. Athalaia, 2012. p. 09.

WEISS, M. C. V. Contato Interétnico, Perfil Saúde-Doença e Modelos de Intervenção Mínima: - **O Caso Enawene-Nawe em Mato Grosso**. Tese (Doutoramento do Núcleo de Saúde e População Indígena) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Rio de Janeiro, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The rational use of drugs, report of the conference of experts**. Nairóbi, 25-29 nov. 1985. Genebra, 1987.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Preventing Chronic Diseases a vital investment**. Geneva: WHO, 2005.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **global status report on noncommunicable diseases**. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. 2003. Disponível em:
<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf > Acesso em 07 de jul. 2015.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Medicines: rational use of medicines**. Fact sheet n° 338. May 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/print.html>> Acesso em: 03 jun. 2015.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Relatório Mundial da Saúde. **Financiamento dos Sistemas de Saúde. O caminho para a cobertura universal**, 2010a. Disponível em: <www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf > Acesso em: 02 ago. 2016.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DO CONSULTÓRIO AO DOMICÍLIO: FATORES DE RISCO DO USO INADEQUADO DE MEDICAMENTOS NO AMBIENTE DOMICILIAR

Pesquisador: Deuzimar Cordeiro Calado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50819015.2.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.371.301

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva de corte transversal, com uso de dados primários, que tem por objetivo a análise do uso no domicílio de medicamentos prescritos a usuários com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes em uma comunidade atendida por uma Unidade de Saúde da Família (USF).

Projeto de Pesquisa apresentada à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde da Família do Curso de Pós-graduação em Saúde da Família, em nível de Mestrado Profissional

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Identificar os fatores que provocaram ou motivaram o uso inadequado de medicamentos prescritos nas consultas médicas por usuários portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), precisamente de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes (DIA) da Unidade Básica de Saúde da Família do Jardim Antártica, na região do Lagoa em Campo Grande/MS, em seu domicílio.

Secundário:

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (87)3345-7187 **Fax:** (87)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS**



Continuação do Parecer: 1.371.301

Crêterios de Exclusão: Menores de Idade sem a autoriza o de pais ou responsáveis, pessoas com deficiência auditiva ou com algum comprometimento cognitivo que interfira na capacidade de responder as perguntas, e demais pessoas que não atendam a cr terios técnicos estipulados pelo pesquisador.

Considera es sobre os Termos de apresenta o obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados adequadamente.

Recomenda es:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequa es:

A pendência abaixo, apontada na relat ria anterior, foi atendida pelo pesquisador.

Pendência: Apresentar Autoriza o do dirigente competente para uso dos dados de pacientes (nomes, endereços etc.) da UBSF Dr. Nelson Assef Bualnain no Jardim Antártica, ou justificar a não apresenta o desta autoriza o.

Considera es Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situa�o
Informa�es B�sicas do Projeto	PB INFORMA�OES B�SICAS_DO_P ROJETO 608887.pdf	08/12/2015 20:39:14		Acelto
Outros	questionario_entrevistasDez.pdf	08/12/2015 20:37:27	Deuzimar Cordelro Calado	Acelto
Outros	Metod_critInclExcl.pdf	08/12/2015 20:33:18	Deuzimar Cordelro Calado	Acelto
Outros	autorizacao_sesau.pdf	08/12/2015 20:28:26	Deuzimar Cordelro Calado	Acelto
Folha de Rosto	folha_rostocep2.pdf	27/10/2015 17:58:17	Deuzimar Cordelro Calado	Acelto
Outros	matricula_Out.pdf	16/10/2015 12:17:57	Deuzimar Cordelro Calado	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Aus�ncia	tcle_cepOut.pdf	16/10/2015 12:15:57	Deuzimar Cordelro Calado	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cepOut.pdf	16/10/2015 12:15:19	Deuzimar Cordelro Calado	Acelto

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Gradua o/UFMS
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 1.371.301

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CAMPO GRANDE, 16 de Dezembro de 2015

Assinado por:
PAULO ROBERTO HAJDAMUS DE OLIVEIRA BASTOS
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 540 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bloetica@propp.ufms.br

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO AOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA



**Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Pesquisador: Deuzimar Cordeiro Calado

QUESTIONÁRIO PARTE 01

Nº _____

CARACTERIZAÇÃO DO USUÁRIO
<p>1 - Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Estado civil: _____ Escolaridade: () Alfabetizado () Não alfabetizado Grau de escolarização: _____</p>
<p>2 - Cor/etnia: () Branca () Parda () Indígena () Negra () Amarela</p>
<p>3 - Naturalidade: Cidade: _____ Estado: _____</p>
<p>4 - Família e Moradia: Quantas pessoas moram na residência? _____</p>
<p>5 - Situação socioeconômica: () Ativo () Aposentado/trabalha () Aposentado () Outros _____</p>
<p>6 - Está trabalhando () Sim () Não Qual sua profissão/ocupação? _____</p>
<p>7 - Qual a renda total bruta da família? < 1 SM () 1 e 2 SM () 3 e 4 SM () > 5 SM () Outros _____ Número de pessoas que vivem com esta renda: _____</p>
<p>8 - Tem plano de saúde ou convênio médico? () sim () não () _____</p>
<p>09 - Recebe visitas do ACS e/ou demais profissionais da UBSF no seu domicílio? () Sim () Não () As vezes Justifique: _____</p>
<p>10 - Endereço para aplicação da segunda parte do questionário Endereço _____ Melhor horário: _____ Outros _____</p>

QUESTIONÁRIO PARTE 02	Nº _____
<p>01 - Você é: <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM e HAS</p> <p>02 - Há quanto tempo sabe que é Hipertenso ou Diabético? _____</p> <p>03 - Há quanto tempo faz uso dos medicamentos para HAS ou DM? _____</p>	
<p>04 - Faz uso contínuo de medicamento(s) prescrito(s) pelo médico? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nem todos</p> <p>Se não, ou nem todos, por quê? _____</p>	
<p>05 - Quantos tipos de medicamentos você precisa tomar por dia? _____</p>	
<p>06 - Onde o(a) Sr.(a) adquire a medicação prescrita para seu tratamento? (Poderá ter mais de uma alternativa)</p> <p><input type="checkbox"/> Unidade de Saúde/SUS <input type="checkbox"/> Farmácia Popular <input type="checkbox"/> Farmácia (comprado/comércio farmacêutico) <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	
<p>07 - Já ficou internado(a) alguma vez devido ao diabetes ou pressão arterial? <input type="checkbox"/> Sim/DM <input type="checkbox"/> Sim/DM e HAS <input type="checkbox"/> Sim/HAS <input type="checkbox"/> Não nunca precisei de internação por causa dessas doenças</p> <p>Se sim, justifique a causa da internação: _____</p>	
<p>08 - No momento em que descobriu o problema de saúde recebeu alguma orientação sobre a necessidade fazer o tratamento continuamente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, que tipo de orientação recebeu: _____</p>	
<p>09 - Você acredita ser este(s) o(s) medicamento(s) certo(s) para seu tratamento? <input type="checkbox"/> Sim - Por quê? _____ <input type="checkbox"/> Não - Por quê? _____</p>	
<p>10 - Já deixou ou costuma deixar de tomar a medicação em algum momento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> As vezes</p> <p>Se sim, ou às vezes, por quê? _____</p>	
<p>11 - Quando tem dúvidas sobre o uso dos medicamentos, busca ajuda? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se a resposta for sim continue abaixo: Com quem? <input type="checkbox"/> Parentes <input type="checkbox"/> Amigos/vizinho <input type="checkbox"/> ESF/UBSF <input type="checkbox"/> Outros _____</p>	
<p>12 - Quais as dificuldades ou dúvidas mais frequentes que você tem quando vai fazer uso dos medicamentos? (Justificar a resposta na frente da alternativa) (Poderá ser marcada mais de uma alternativa)</p> <p><input type="checkbox"/> Posologia: _____ <input type="checkbox"/> Horário de tomar: _____ <input type="checkbox"/> Duração tratamento: _____ <input type="checkbox"/> Interação com outros remédios ou produtos: _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	

13 - O que mais dificulta para seguir o tratamento com os medicamentos prescritos?

(Poderá ser marcada mais de uma alternativa)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Marcar consulta médica para prescrição | <input type="checkbox"/> Aquisição dos medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Demora no atendimento do serviço de saúde | <input type="checkbox"/> Distância até o serviço de saúde |
| <input type="checkbox"/> Tomar os medicamentos em casa | <input type="checkbox"/> Não tenho dificuldades |
| <input type="checkbox"/> Horário de atendimento do serviço de saúde | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

14 - O que ajuda a seguir o tratamento com os medicamentos prescritos?

(Poderá ser marcada mais de uma alternativa)

- Receber os medicamentos do serviço de saúde
 Facilidade de marcar consulta médica para a prescrição
 Proximidade do serviço de saúde (da moradia/emprego/outro)
 Apoio familiar
 Receber orientação da equipe da ESF (UBSF)
 Outros _____

15 - O Sr(a) muda a forma de tomar seu medicamento por conta própria?

sim () não ()

Caso a resposta for sim; fala ao médico na consulta?

sim () não () Porque não fala ao médico? _____

16 - Toma algum tipo de bebida alcoólica?

Sim Às vezes Não

Se a resposta for sim, ou às vezes continue abaixo, se for não pule para a questão **18**.

17 - Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias

18 - O(a) sr(a) classificaria seu estado de saúde como:

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim |
| <input type="checkbox"/> Muito bom | <input type="checkbox"/> Muito ruim |
| <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Você está sendo convidado(a) a participar em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pelo pesquisador: Deuzimar Cordeiro Calado, e é parte de um projeto de pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Porque o estudo esta sendo feito?

A finalidade deste estudo é identificar a falta do conhecimento sobre: a posologia, período de tratamento, interação medicamentosa, dentre outros, que são fatores geradores de dúvidas e que podem levar ao uso inadequado dos medicamentos no ambiente domiciliar. Dentro desse mesmo propósito o estudo ira identificar quais são os fatores que provocaram ou motivaram o uso inadequado de medicamentos no domicílio, após prescrição médica.

Quem participará deste estudo?

Poderão participar deste estudo pessoas inseridas nos programas de saúde do HIPERDIA, bem como demais usuários que tenha diagnóstico e esteja em tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes.

Quais são os meus requisitos?

Ser morador da área de atendimento da Unidade Básica de Saúde da Família do Jardim Antártica e fazer uso contínuo de medicamentos prescritos pelo médico para o tratamento da Hipertensão Arterial e/ou do Diabetes.

Quem não pode ou não deve participar deste estudo?

Menores de idade, pessoas com deficiência auditiva ou com algum comprometimento cognitivo que interfira na capacidade de responder as perguntas, e demais pessoas que não atendam a critérios técnicos estipulados pelo pesquisador.

O que serei solicitado a fazer?

Você será entrevistado sobre o conhecimento com relação ao uso de seus medicamentos, tais como: posologia, tipos e formas farmacêuticas do produto, armazenamento e o procedimento usado quanto à inutilização do produto com data de validade vencida ou suspenso pelo médico. A entrevista será escrita em forma de questionário e o que você disser será registrado para posterior estudo.

Durante quanto tempo estarei no estudo?

Você participará deste estudo durante o tempo necessário para responder a entrevista com o pesquisador, o qual não será superior a 01 (uma) hora.

Quantas outras pessoas estarão participando deste estudo?

Um total de 298 pessoas serão entrevistadas para responder ao questionário elaborado pelo pesquisador.

Que prejuízos (ou eventos adversos) podem acontecer comigo se eu participar deste estudo?

Não haverá nenhum tipo de prejuízo com relação ao estudo, ou constrangimentos com relação às perguntas.

Que benefício eu posso esperar?

Os dados coletados servirão para futuras investigações a fim de induzir ações em saúde para a comunidade. Bem como intervenções nos níveis de agravos a fim de produzir a redução das morbimortalidades referentes aos problemas resultantes do uso inadequado de medicamentos no ambiente domiciliar.

Quem poderá ver os meus registros / respostas e saber que eu estou participando do estudo?

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo, a menos que requerido por lei. Somente o pesquisador a equipe do estudo e o Comitê de Ética terão acesso a suas informações para verificar o conteúdo da pesquisa.

Eu serei informado do surgimento de informações significativas sobre o assunto da pesquisa?

Sim, você será informado periodicamente de qualquer nova informação que possa modificar a sua vontade em continuar participando do estudo.

Quem devo chamar se tiver qualquer dúvida ou algum problema?

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para o pesquisador: Deuzimar Cordeiro Calado, telefone: (67) 9246 4112. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 3345 7187.

Eu posso recusar à participar ou pedir para sair do estudo?

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você não será proibido de participar de novos estudos. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. E que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do Voluntário: _____

Data: _____

Contato com o voluntario: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data: _____