



SAÚDE: ASPECTOS GERAIS

Volume 1

**Organizador
Daniel Luís Viana Cruz**

EDITORA
OMNIS SCIENTIA





SAÚDE: ASPECTOS GERAIS

Volume 1

**Organizador
Daniel Luís Viana Cruz**

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



Editora Omnis Scientia
SAÚDE: ASPECTOS GERAIS
Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO – PE

2021

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizador (a)

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Conselho Editorial

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Wendel José Teles Pontes

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Cássio Brancaloneo

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Editores de Área – Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistentes Editoriais

Thialla Larangeira Amorim

Andrea Telino Gomes

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Leandro José Dionísio

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

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

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

S255 Saúde [livro eletrônico] : aspectos gerais: volume 1 / Organizador Daniel Luís Viana Cruz. – Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2021. 225 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-24-7

DOI 10.47094/978-65-88958-24-7

1. Saúde. 2. Atenção à saúde. 3. Doenças – Prevenção. I. Cruz, Daniel Luís Viana.

CDD 610

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

O bem-estar das pessoas depende de diferentes fatores, como os fatores genéticos, o ambiente, o estilo de vida e a assistência médica. Desta forma, a saúde deve ser mantida, por meio da aplicação da Ciência da Saúde e pelo modo em que cada indivíduo vive, assim como a sociedade em geral.

A visão integrativa em saúde é fundamental para a melhoria de vida da população, uma vez que aborda uma visão ampla sobre as áreas da saúde, de forma conjunta. Desta forma, o presente livro retrata informações sobre a promoção e educação em saúde, urgência e emergência, saúde do idoso, saúde do trabalhador, saúde bucal, acidentes no trânsito, acidentes ofídicos, queimaduras, viroses, síndromes, doenças autoimunes, entre outras.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 17, intitulado “ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PESSOAS VIVENDO COM DIABETES MELLITUS TIPO 2”.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....16

ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E PATOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM UM GRUPO DE IDOSOS

Letícia Costa de Araújo

Janaína de Almeida Prado

Héryca Laiz Linhares Balica

Dheinna da Silva

Antônia Verônica Fonsêca Salustiano

Andréa Carvalho Araújo Moreira

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/16-22

CAPÍTULO 2.....23

A TERRITORIALIZAÇÃO COMO SUBSÍDIO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Antônia Fernanda Sousa de Brito

Ciliane Macena Sousa

Jullyet Kherolainy Carneiro da Silva

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/23-29

CAPÍTULO 3.....30

ATIVIDADES LÚDICAS PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM CRIANÇAS

Chendda Aikaa Feitosa Fontenele

Ana Beatriz Menezes Teixeira

Ana Luiza rabelo Saldanha

Carola Braz de Lavor

Daniele Guedes Jucá

Danilo Gomes Rocha

Gabriel Gurgel Silva Fernandes

Maria Rita Maximo Juliao

Victória Gentil Leite de Araújo

Manoel Cícero Viana de Lima

Yago Alcântara Palácio

Jocileide Sales Campos

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/30-36

CAPÍTULO 4.....37

DESAFIOS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS

Ana Paula Fernandes

Adriana Barbieri Feliciano

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/37-51

CAPÍTULO 5.....52

RISCOS OCUPACIONAIS DOS TRABALHADORES DE ABATEDOURO

Isabelle Rodrigues de Lima Cruz

Levi Pedro Figueiredo de Oliveira

Allicia Mayra Maximino da Silva

Athos Lucas Melo Barboza

Gabriela Machado Ferreira

Luiz Guilherme Generoso Soares de Lima

Maria Eduarda de Souza Silva

Filipa Maria Soares de Sampaio

Maria do Socorro Vieira Gadelha

Daniela Cristina Pereira Lima

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/52-69

CAPÍTULO 6.....70

PROFISSIONAIS DA SAÚDE E AS BARREIRAS NO ATENDIMENTO AO PACIENTE SURDO

Simone da Silva Andrade

Vanessa Karla Santos de Souza

Manuela Izabel Benício

Ediana Enéas da Silva Accioly

Aline Vieira de Andrade

Letícia Lívia de Santana Santos

Flávia Rodrigues da Silva

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/70-85

CAPÍTULO 7.....86

ALONGAMENTO DA MUSCULATURA POSTERIOR DE MEMBROS INFERIORES ATRAVÉS DA REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL E ALONGAMENTO SEGMENTAR

Tiara Aguiar Sousa Melo

Maria Suzana Pinheiro Gomes

Nayla Mikaelle Pinheiro Viana

Luan Roberto Miranda da Silva

Francisco Hamilton Andrade Leite Junior

Ruthe Caldas Rangel

Márcio Emídio Almeida da Silva

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/86-96

CAPÍTULO 8.....97

EFEITOS DA DESMINERALIZAÇÃO DENTINÁRIA SELETIVA NA RESISTÊNCIA DE UNIÃO À DENTINA

Anna Marina Teixeira Rodrigues Neri

Carolina Petrucelli Rennó Pinto

Ricardo Lopes Rocha

Andreza Dayrell Gomes da Costa

Cintia Tereza Pimenta de Araújo

Marcos Luciano Pimenta Pinheiro

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/97-106

CAPÍTULO 9.....107

O PROGRAMA P.A.R.T.Y. E A SENSIBILIZAÇÃO DE JOVENS NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO: A EXPERIÊNCIA DE RIBEIRÃO PRETO - SP

Ana Helena Parra Scarpelini

Yzabela Yara de Souza Lagramante

Karen da Silva Santos

Gabriella Carrijo Souza

Luzia Marcia Romanholi Passos

Daniel Cardoso de Almeida e Araújo

Daniela Borges Bittar

Laura Izilda Saravale Caetano

Rosana Joaquim Fernandes

Cinira Magali Fortuna

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/107-121

CAPÍTULO 10.....	122
TENDÊNCIA DE MORTE POR TRAUMA TORÁCICO EM PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTES DE MOTOCICLETA	
Lorrana Xavier do Nascimento	
Fernando Fernandes Rodrigues	
Ranielli Auxiliadora Assem França	
Maria Sílvia Prestes Pedrosa	
DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/122-128	
CAPÍTULO 11.....	129
ESTUDO REVISIONAL SISTEMÁTICO INTEGRATIVO SOBRE OS CASOS DE ACIDENTES OFÍDICOS NO NORTE E NORDESTE BRASILEIRO	
Paulo Ricardo Batista	
Sara Tavares de Sousa Machado	
Heitor Tavares de Sousa Machado	
Cícero Damon Carvalho de Alencar	
Maria Apoliana Costa dos Santos	
Isabel dos Santos Azevedo	
Joice Gonçalves Firmino	
Larissa da Silva	
Eugenio Barroso de Moura	
Daniel Michael da Silva Ferreira	
Ariana Valeska Macêdo Amorim	
Cícera Norma Fernandes Lima	
DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/129-142	

CAPÍTULO 12.....	143
ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES PRATICANTES DE PILATES E CROSSFIT: UM ESTUDO COMPARATIVO	
Raí da Silva Lopes	
Geiciane Dias Leite	
Raquel Virgínia Matheus Silva Gomes	
DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/143-148	
CAPÍTULO 13.....	149
ACESSIBILIDADE DOS TESTES RÁPIDOS SOROLÓGICOS PELA EQUIPE INTERDISCIPLINAR JUNTO ÀS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS NA ZONA LESTE DE MANAUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Lêda Cristina Rodrigues França	
Cássia Rozária da Silva Souza	
Olívia Renata Barbosa Libório	
Waldenora da Silva Nogueira	
Ana Lúcia Braga da Silva	
Gerson Magalhães Campos	
Maria José de Oliveira da Silva	
Milene de Almeida Viana	
Mônica Andréia Lopez Lima	
Naelly Gonçalves do Nascimento	
Tayana Batalha Mendonça	
Thaynara Ramires de Farias Carvalho	
DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/149-157	

CAPÍTULO 14.....158

RELEVÂNCIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE E CIRURGIA SEGURA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Paloma Gomes de Araújo Magalhães

Juliana Andrade Pereira

Raynara Laurinda Nascimento Nunes

Flávia Mayra dos Santos

Saulo Alves Andrade

Matheus Felipe Pereira Lopes

Warley da Conceição silva

Máyra Do Carmo Araujo

Karime do Carmo

Rayssa Nascimento Vasconcellos

Jannayne Lúcia Câmara Dias

Ely Carlos Pereira de Jesus

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/158-165

CAPÍTULO 15.....166

THEORETICAL-PRACTICAL VISUALIZATION OF THE MICROBIOLOGICAL GLASS LIDES CONSERVATION PROFILE OF THE INSTITUTIONAL COLLECTION OF A PRIVATE UNIVERSITY

Jhully Helen Soares da Silva

Janice Siqueira Costa da Fonseca

Murilo Tavares Amorim

Jardel Fábio Lopes Ferreira

Francisco Canindé Ferreira de Luna

Roberta Dannyele Oliveira Raiol

Walter Félix Franco Neto

Gustavo Moraes Holanda

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/166-177

CAPÍTULO 16.....178

ANÁLISE CLÍNICA E FISIOPATOLÓGICA DA DOENÇA DE CHAGAS

Lethicia Beatriz Lima de Mesquita

Maxwell Messias de Mesquita

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/178-184

CAPÍTULO 17.....185

ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PESSOAS VIVENDO COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Caroline Fernandes Diniz Neiva

Adriana Barbieri Feliciano

Roberto de Queiroz Padilha

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/185-199

CAPÍTULO 18.....200

IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS CRÔNICAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Beatriz Laureano de Souza

Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira

Ágatha Cappella Dias

Thiago Koch Martins

Bianca Campos Oliveira

Allanna da Costa Moura

Sabrina Laureano Santos

Carla Teles de Carvalho Herdy Baptista

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/200-210

CAPÍTULO 19.....211

HEPATITE CRÔNICA CANINA ASSOCIADA À LEPTOSPIROSE: IMPORTÂNCIA ZOONÓTI-
CA

Andriely de Almeida Pereira

Fabiano Mendes de Cordova

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/211-219

ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PESSOAS VIVENDO COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Caroline Fernandes Diniz Neiva¹

Fleury Medicina e Saúde, São Paulo/SP.

<http://lattes.cnpq.br/8300813529343885>

Adriana Barbieri Feliciano²

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos/SP.

<http://lattes.cnpq.br/9398810638733882>

Roberto de Queiroz Padilha³

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos/SP.

<http://lattes.cnpq.br/2262980850254605>

RESUMO: Identificar a adesão à medicação instituídos para o DM tipo 2, associada às variáveis de perfil como, sexo, tempo de escolaridade, tempo de descoberta do diabetes, medicamentos por dia, morbidades referidas e uso de hipoglicemiantes. Métodos: Trata-se de um estudo de corte transversal, constituído pelo universo de pessoas com DM tipo 2 cadastradas em uma Unidade de Saúde (n=78) do interior paulista. Os dados foram coletados de maio a julho de 2012. Utilizou-se como ferramenta estatística a análise por correspondência múltipla. Resultados: Constatou-se adesão medicamentosa por parte dos usuários (62%); o grupo mulheres com pouco estudo, e que possuíam outras morbidades se associavam a condição de “Não adesão” ao tratamento e observou-se associação em relação à escolaridade e à adesão, ou seja, quanto maior tempo de estudo, maior a adesão ao tratamento. Conclusões: A análise da adesão mostrou correspondência com o sexo, escolaridade, morbidades e uso de hipoglicemiantes.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Diabetes Mellitus Tipo 2. Adesão à Medicação.

ADHERENCE TO DRUG TREATMENT FOR PEOPLE LIVING WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

ABSTRACT: To identify the drug adherence of people living with type 2 DM, associated to variables such as gender, length of schooling, time of discovery of diabetes, medications per day, referred morbidities, and use of hypoglycemic agents. **Methods:** This is a cross-sectional study consisting of the population of people with type 2 DM enrolled in a Health Unit (n = 78) in the interior of São Paulo. Multiple correspondence analysis was used as a statistical tool. **Results:** Drug adherence was observed by the users (62%); The group of women with little study, those with other morbidities are associated more with the condition of “Non-adherence” to the treatment and there is an association in relation to schooling and adherence, that is, the longer the study, the greater adherence to treatment. **Conclusions:** The analysis of adherence showed correspondence with gender, schooling, morbidities and use of hypoglycemic agents.

KEYWORDS: Primary Health Care. Diabetes Mellitus, type 2. Medication Adherence.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas podem ser definidas como problemas de saúde que persistem com o tempo. Necessitam de cuidados permanentes, pois podem levar a incapacidades exigindo tratamento em longo prazo, com mudanças nos hábitos podem minimizar o comprometimento da qualidade de vida de pessoas que convivem com essas doenças. As principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), incluem as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), sendo consideradas um problema global⁽¹⁾.

As complicações do DM são menos comuns e graves nas pessoas que possuem níveis glicêmicos controlados. Apesar de não haver cura para a doença, há vários tratamentos disponíveis para o controle glicêmico e melhora da qualidade de vida⁽²⁾.

Os tipos de tratamentos instituídos para o cuidado às pessoas que vivem com DM tipo 2 (DM2) englobam: terapia medicamentosa, plano alimentar e a prática de atividade física, associados^(1,2).

O tratamento não-medicamentoso deve ser realizado por toda a vida e, muitas vezes, quando introduzido logo após o diagnóstico, retarda o aparecimento das complicações e também o início da terapia medicamentosa⁽³⁾. Esta última, constitui uma medida importante no tratamento dos pacientes com DM2. Com o passar dos anos, o diabético apresenta dificuldades para o controle da doença, principalmente se não tratada adequadamente por meio dos medicamentos. O controle do DM2 representa um importante desafio de saúde pública.

Nesse contexto, assume-se que, para algumas condições de saúde, a atenção primária oportuna e de boa qualidade pode evitar as hospitalizações ou reduzir as morbidades associadas às doenças

crônicas. Isso significa que o cuidado deve ser resolutivo e abrangente, de forma que a referência para outros níveis da atenção, se dará somente naqueles casos raros e incomuns que extrapolem sua competência, sendo responsabilidade da atenção primária, a coordenação do cuidado. No que se refere às condições crônicas ressalta-se a importância da longitudinalidade do cuidado como atributo da Atenção Primária em Saúde (APS). Usuários melhor vinculados a uma equipe de referência tendem a aderir mais aos planos terapêuticos propostos⁽⁴⁾.

Estudos mostram que o termo adesão (do inglês, *adherence*), consiste na extensão pela qual o comportamento de uma pessoa, frente ao tratamento proposto, corresponde às recomendações realizadas pelos profissionais da saúde, definição essa adotada como referencial teórico do estudo em questão⁽²⁾.

A dificuldade de adesão ao tratamento para o controle do DM2 é frequentemente vivenciada na prática clínica pelos profissionais de saúde. Esta questão deve se tornar preocupação constante para estes profissionais uma vez que seu amplo conceito impõe buscar estratégias de intervenções que visam o bom controle metabólico e conseqüentemente, melhoria na qualidade de vida das pessoas com DM, evitando internações desnecessárias e aumento dos custos ao sistema de saúde^(2,3).

A adesão ao tratamento do diabetes engloba muitos comportamentos diferentes. Os fatores associados à adesão ao tratamento podem ser classificados em três conjuntos principais: características do tratamento; comportamentos do paciente e fatores sociais^(3,5).

Diante das evidentes necessidades de saúde apresentadas por diabéticos, das políticas e estratégias propostas como forma de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e da importância do compromisso dos profissionais de saúde frente a tais propostas, o objetivo desse estudo foi identificar a adesão à medicação instituídos para o DM tipo 2, associada a variáveis de perfil como, sexo, tempo de escolaridade, tempo de descoberta do diabetes, medicamentos por dia, morbidades referidas e uso de hipoglicemiantes. Diante deste desafio, pergunta-se: há associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com a adesão à medicação no controle do DM2?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, do tipo corte transversal. O mesmo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município do interior paulista, que possui população em torno de 220 mil habitantes. A população do estudo compreendeu o universo de pessoas que convivem com o de DM tipo 2, cadastrados na USF no período de maio a julho de 2012, correspondendo a 90 sujeitos.

Dos 90 sujeitos identificados, 78 participaram do estudo (perda de 13%). Como critérios de inclusão considerou-se pessoas cadastrados na USF, que concordaram em participar da pesquisa, com diagnóstico clínico de DM tipo 2 há pelo menos 6 meses e em uso de hipoglicemiantes.

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos. O primeiro instrumento refere-se

ao questionário subdividido nos seguintes temas: I- Dados Sociodemográficos e II- Aspectos clínicos e de morbidades. O segundo refere-se ao instrumento de medida de adesão ao tratamento (MAT), desenvolvido, adaptado e validado em Lisboa, Portugal⁽⁵⁾. Este é composto por sete itens. Os itens contêm uma escala de medida psicométrica de adesão aos tratamentos do tipo Likert, em que para cada questão, há respostas com as suas respectivas pontuações: sempre (1), quase sempre (2), com frequência (3), às vezes (4), raramente (5) e nunca (6). Nessa escala, o nível de adesão é obtido somando-se os valores de cada item e dividindo-se pelo número de itens. Dessa forma, quanto maior o valor obtido, maior a adesão. Segundo o questionário MAT, é considerado adesão ao tratamento quando resultar valor maior ou igual a cinco, e não adesão valor menor que cinco ⁽⁵⁾.

Os dados foram digitados em uma planilha do programa Microsoft Excel, por meio de dupla digitação e posterior validação, a fim de controlar possíveis erros na transposição das informações. As variáveis foram codificadas de acordo com a resposta obtida no questionário e, quando possível, foram categorizadas para permitir maior facilidade na análise e compreensão dos resultados.

Os testes utilizados foram o teste Qui-Quadrado de Pearson e teste exato de Fisher. As variáveis que apresentaram mais de 20% das categorias com frequência menor do que cinco foram testadas com o teste Exato de Fisher. Como método exploratório utilizou-se a Análise de Correspondência Múltipla (ACM) para as variáveis explicativas (sexo, tempo de escolaridade, tempo de descoberta de diabetes, medicamentos por dia, morbidades referidas e uso de hipoglicemiantes) com a variável objetiva (Adesão) obtida através do instrumento MAT. Na análise dos dados, foi utilizado o *Statistical Analysis Software* (SAS), versão. 9.4 (*Windows*).

A ACM é uma técnica multivariada que examina as relações geométricas do cruzamento de variáveis categóricas. A proximidade dos pontos no espaço multidimensional indica o nível de associação entre as categorias, fornecendo uma representação multivariada de interdependência para dados não-métricos⁽⁶⁾.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição responsável, em 23 de maio de 2012, parecer nº 224/2012. Os dados foram coletados após consentimento por parte dos usuários a partir da concordância declarada por meio do termo de consentimento livre e esclarecido. Durante a coleta de dados, atentou-se quanto ao cumprimento de todos os preceitos éticos previstos na resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, sobre Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta uma análise descritiva das variáveis sexo, tempo de escolaridade, tempo de descoberta do diabetes, morbidades referidas, medicamentos por dia e uso de hipoglicemiantes observadas em relação à adesão e as características sociodemográficas das pessoas vivendo com DM tipo 2.

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis em relação à adesão e as características sociodemográficas das pessoas vivendo com Diabetes Mellitus tipo 2, São Carlos, SP, 2012.

Variáveis	Adesão				Total		Testes		
	Sim		Não		N	%	χ^2	Fisher	
	N	%	N	%					
Sexo	Feminino	32	41	19	24	51	65	0,7634	0,8098
	Masculino	16	21	11	14	27	35		
	Total	48	62	30	38	78	100		
Tempo de Escolaridade	Não estudou	6	7,7	15	19	21	27	0,7332	0,7489
	1 à 4 anos	13	17	17	22	30	38		
	5 à 8 anos	6	7,7	8	10	14	18		
	9 ou mais	5	6,4	8	10	13	17		
	Total	30	38	48	62	78	100		
Descoberta	6 ou menos	15	19	29	37	44	56	-	0,8089
	7 à 15 anos	9	12	12	15	21	27		
	16 à 25 anos	3	3,9	4	5,1	7	9		
	26 ou mais	3	3,9	3	3,9	6	7,7		
	Total	30	38	48	62	78	100		
Morbidades referidas	Sim	18	23	48	62	66	85	-	<0,0001
	Não	12	15	0	0	12	15		
	Total	30	38	48	62	78	100		
Medicamentos por dia	1 à 2	19	24	29	37	48	62	-	0,8162
	3 à 4	11	14	19	24	30	38		
	5 à 7	0	0	0	0	0	0		
	Não usa	0	0	0	0	0	0		
	Total	30	38	48	62	78	100		
Hipoglicemiantes	Biguanidas	10	13	24	31	34	44	-	0,3262
	Sulfanilureias	2	2,6	5	6,4	7	9		
	Insulina	7	9	4	5,1	11	14		
	Biguanidas + Sulfanilureias	8	10	10	13	18	23		
	Biguanidas + Insulina	3	3,9	5	6,4	8	10		
	Não Utiliza	0	0	0	0	0	0		
Total	30	38	48	62	78	100			
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS						N	%		
Faixa Etária									
40 a 50 anos						11	14		
50 a 60 anos						22	28		
61 a 70 anos						21	27		
71 a 91 anos						24	31		
Mora com									

Companheiro	12	15
Companheiro e outros familiares	27	35
Familiares	14	18
Sozinho	10	13
Outros	15	19
Ocupação		
Não declarado	4	5
Nível técnico e professores	4	5
Serviços gerais	30	39
Trabalhador indústria	4	5
Trabalhador rural	5	6
Trabalhador comércio	4	5
Do lar/ diarista	27	35
Situação econômica satisfaz necessidades básicas	57	73
Exerce atividade remunerada	43	55
Recebe aposentadoria e/ou pensão	49	63

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Houve predomínio do sexo feminino (65%), a faixa etária de 71 a 91 anos correspondeu à maioria (31%), a idade variou de 42 a 91 anos. Quanto à composição familiar, 87% declararam viver com alguém, sendo que desses, 35% residem com companheiros/familiares, apenas 13% declararam viver sozinhos.

A escolaridade foi analisada pelos anos de estudos, 38% apresentaram de 1 a 4 anos. Quanto à ocupação, 39% corresponderam a serviços gerais e 35% declaram do lar ou diarista (a saber, sem vínculo formal de trabalho). Em relação à atividade remunerada, 55% exerciam atividade remunerada, 63% eram aposentados ou pensionistas. Quanto à situação econômica, 73% relataram satisfação em relação às suas necessidades básicas, como moradia, saúde, alimentação e lazer.

Quanto ao uso de medicamentos verificou-se que a maioria (62%) ingeriam até 2 medicamentos diariamente para controle do DM tipo 2, enquanto que 38% de 3 a 4 medicamentos/dia.

Quanto à terapia medicamentosa para o DM tipo 2 verificou-se que 44% utilizavam hipoglicemiantes orais da classe terapêutica biguanidas e 24% utilizavam a insulina. Quanto às associações, o grupo das biguanidas + sulfanilureias representaram 23%.

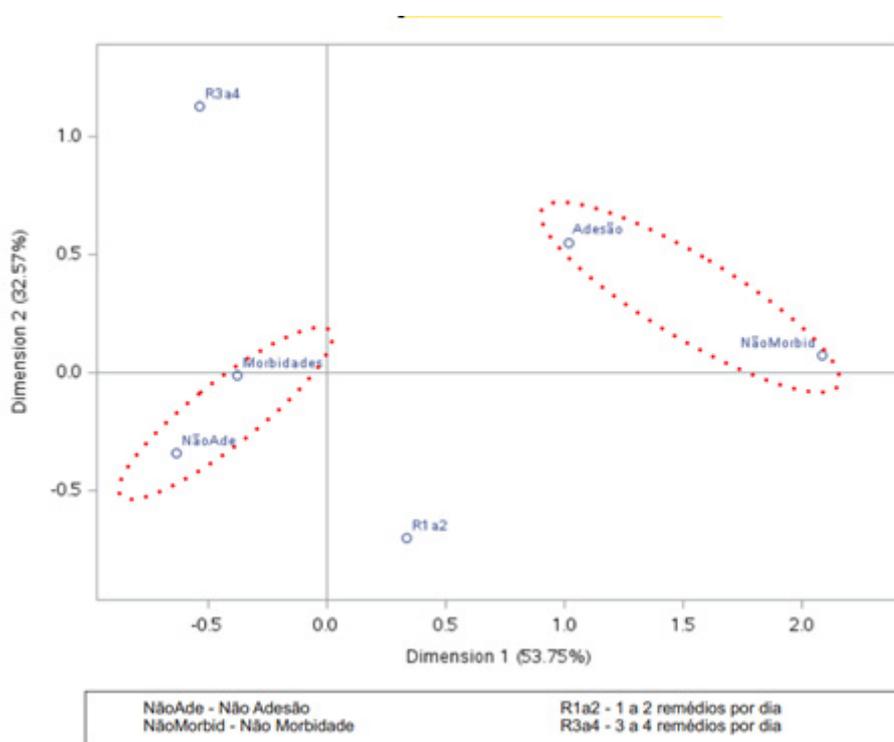
Em relação às morbidades referidas percebeu-se que 85% apresentaram alguma outra morbidade, além do DM tipo 2, como a hipertensão, obesidade e/ou dislipidemias.

A análise dos dados do instrumento de adesão MAT mostrou que 62% dos indivíduos apresentaram adesão à terapia medicamentosa, e 38% não adesão, conforme descrito na tabela 1.

Quanto à análise descritiva das variáveis “sexo”, “tempo de escolaridade”, “descoberta do DM”, “morbidades”, “medicamentos por dia” e “hipoglicemiantes” observadas em relação à adesão, os resultados apresentados mostraram evidência de associação apenas entre a variável objetiva “Adesão” com a variável explicativa “morbidades” (Teste Fisher < 0,0001) e não houve dependência entre as outras variáveis (tabela 1). Dessa forma, para tentar encontrar alguma relação que possa ser omitida pela análise na referida tabela, optou-se pela técnica multivariada de ACM.

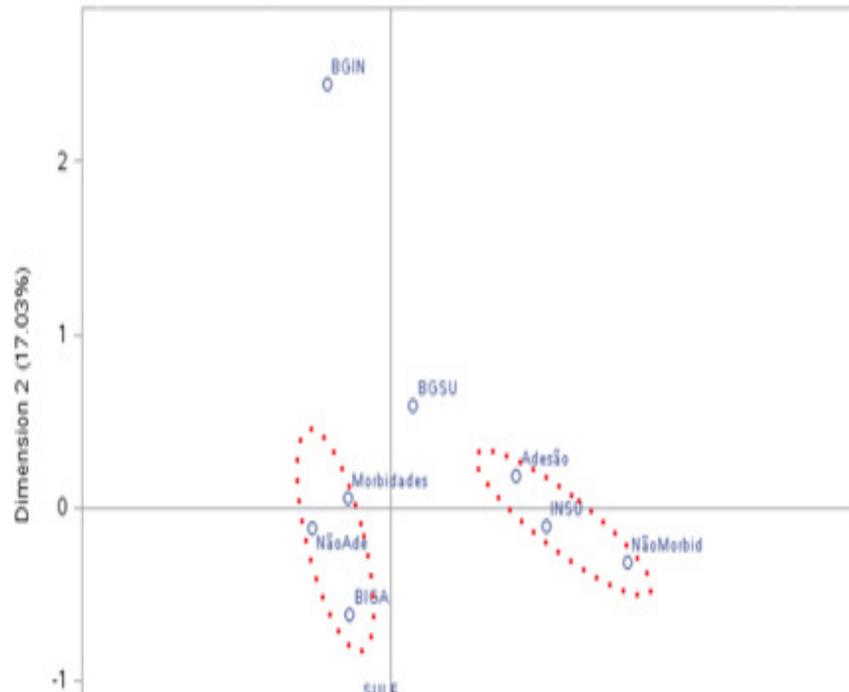
As figuras 1, 2, 3 e 4 mostram o mapa perceptual das variáveis em que discriminam claramente “Adesão” de “Não Adesão”. Dessa forma, pode-se verificar quais categorias estão próximas a ambas as classificações no tratamento.

Figura 1 - Análise de Correspondência Múltipla para as variáveis: Adesão, Morbidades e Medicamentos por dia, São Carlos, SP, 2012.



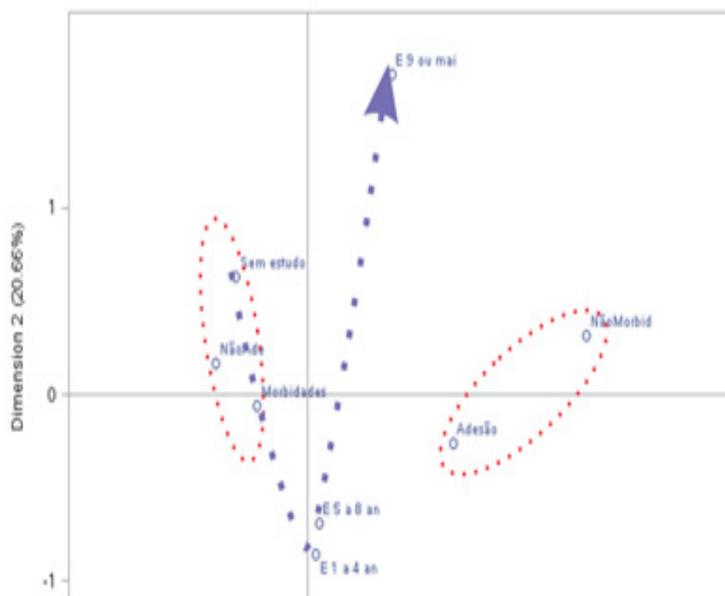
Na figura 1 observa-se que a “Presença de Morbidades” se associou à “Não Adesão” e que “Adesão” se associou com “Ausência de Morbidades”. No entanto, nota-se que as informações relacionadas ao número de medicamentos por dia não apresentaram correspondência à nenhuma das duas situações observadas.

Figura 2 - Análise de Correspondência Múltipla para as variáveis: Adesão, Morbidades e uso de Hipoglicemiantes, São Carlos, SP, 2012.



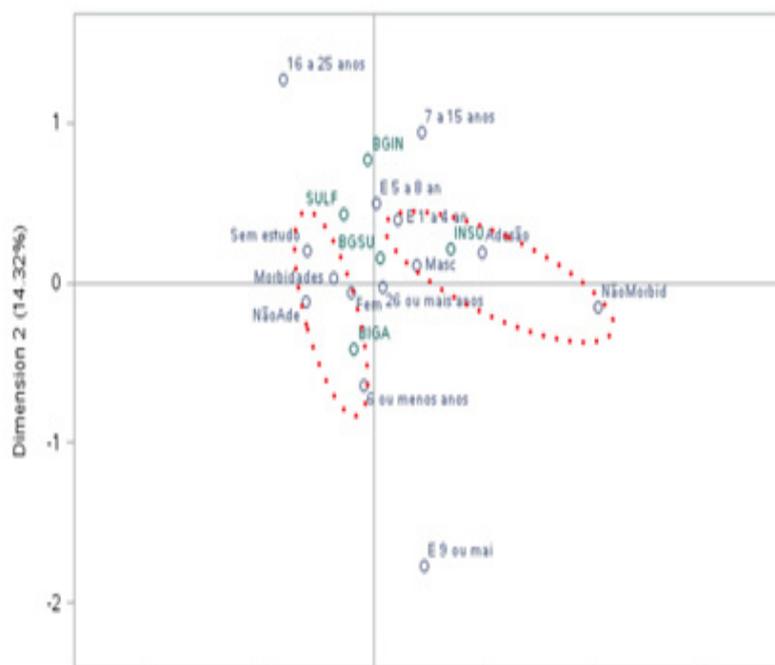
Na figura 2 identifica-se que a “Presença de Morbidades” se associou à “Não Adesão” e ao “uso de Biguanidas” e que “Adesão” se associou com “Ausência de Morbidades” e ao “Uso de Insulina”. Observou-se então, correspondência de adesão com a utilização de insulina e ausência de morbidades.

Figura 3 - Análise de Correspondência Múltipla para as variáveis: Adesão, Morbidades e Tempo de Escolaridade, São Carlos, SP, 2012.



A figura 3 mostra que a “Presença de Morbidades” se associou à “Não Adesão”, “Sem estudo” e “Sexo feminino” e que “Adesão” se associou com “Ausência de Morbidades”. Nota-se uma correspondência entre o sexo masculino e as categorias relacionadas ao estudo. Dessa forma, pode-se verificar que mulheres com pouco estudo, e que possuíam outras morbididades se associavam a condição de “Não adesão” ao tratamento. Quanto à “Adesão”, verificou-se o mesmo comportamento em relação à “Ausência de Morbidades”. Observou-se associação em relação à escolaridade e à adesão, ou seja, quanto maior tempo de estudo, maior a adesão ao tratamento, conforme destacado na Figura 3.

Figura 4 - Análise de Correspondência Múltipla para as variáveis: Adesão, Morbidades, Tempo de Escolaridade, Descoberta do Diabetes, Sexo e Uso de Hipoglicemiante, São Carlos, SP, 2012.



É possível observar na figura 4 que “Não Adesão” está associada à “Presença de Morbidades”, “Sexo Feminino”, “Sem Estudo”, o “Uso de Biguanidas” e “6 ou menos anos” de descoberta do DM. Quanto a condição “Adesão” verificou-se a “Ausência de Morbidades”, “Sexo Masculino” e “Escolaridade de 1 a 4 anos” e o “Uso de Insulina” com correspondência.

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que a maior parte da população estudada trata-se de mulheres idosas e com baixa escolaridade, corroborando com outros estudos ^(7,8).

Em relação à escolaridade, pesquisas apontam que a maior concentração de pessoas adultas, no Brasil, encontra-se com sete anos de estudo ou mais⁽⁹⁾. Ressalta-se que a baixa escolaridade pode dificultar o acesso às informações e trazer menores oportunidades de aprendizagem de cuidados à saúde.

Quanto à composição familiar, evidenciou-se nesse estudo que a maioria vive com alguém. O contexto familiar pode influenciar no estado de saúde de cada indivíduo e o fato de mais de 80% dos indivíduos nesse estudo não morarem sozinhos pode contribuir para um melhor cuidado a condição da doença crônica, pois os familiares podem auxiliar na melhora do controle glicêmico⁽¹⁰⁾.

O estudo mostrou que a maioria apresenta satisfação com relação às suas necessidades básicas e exercem alguma atividade remunerada. A partir da análise dos dados discute-se que os indivíduos que

reconhecem um ambiente favorável para uma melhor possibilidade de cuidado à saúde, têm maiores chances de percepção à sua condição crônica e possibilidade de melhor controle dessa patologia^(7,11).

Quanto à ocupação, foi predominante serviços gerais e diarista/do lar. Esses dados estão de acordo com as características do bairro, na qual há um baixo nível socioeconômico bem como uma baixa escolaridade da população. Nota-se que é importante que os serviços de saúde detenham estratégias para viabilizar a inserção de indivíduos inseridos no mercado de trabalho a fim de alcançar esse grupo populacional no cuidado à saúde⁽⁴⁾.

Ressalta-se uma breve descrição do território adscrito à unidade de saúde do estudo. Esse apresenta uma população com baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade, sendo presente escassas oportunidades de emprego e desenvolvimento social destacando uma elevada vulnerabilidade social⁽¹²⁾.

A terapia medicamentosa para o DM tipo 2 se constitui como um dos pilares importantes para se obter índices glicêmicos satisfatórios. Nesse estudo, o uso de medicamentos ingeridos diariamente concordam com outros estudos encontrados que apontaram média de 2 a 3 medicamentos por dia⁽⁸⁾.

Ao analisar a terapia medicamentosa utilizada para o controle do DM, obteve-se que a maioria utiliza hipoglicemiantes orais da classe terapêutica das biguanidas e a insulina. Estudos^(13, 14) indicaram uma prevalência de monoterapia em 60,0%, e 51,5% dos pacientes, respectivamente.

Quanto às associações, o grupo das biguanidas + sulfanilureias representou a maioria. Outros estudos mostraram que há diferenças nas terapêuticas utilizadas no controle do DM, sendo o uso dos hipoglicemiantes orais da classe terapêutica da sulfonilureias associado às biguanidas mais representativos em 28,6%, 39% e 14,5%, respectivamente^(13, 15, 16).

O medicamento metformina, hipoglicemiante oral da classe terapêutica das biguanidas, é o medicamento de escolha para a maioria das pessoas com DM tipo 2⁽³⁾.

De uma forma geral, biguanidas e sulfonilureia são tratamentos de primeira escolha, sendo a metformina indicada principalmente para pacientes obesos e com resistência à insulina e a glibenclamida usado principalmente em pacientes que apresentam índice de massa corporal dentro da normalidade⁽⁴⁾.

Um estudo demonstrou que a combinação de metformina e glibenclamida reduziu os níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) para menos que 6,0% em 40,0% dos pacientes, enquanto a monoterapia com metformina ou glibenclamida produziu os mesmos resultados só em 10,0% e 17,0% dos indivíduos, utilizando este tratamento, respectivamente⁽¹⁷⁾.

Para a maioria das pessoas com DM tipo 2, a monoterapia com metformina é insuficiente para alcançar o controle glicêmico, principalmente no decorrer da doença, sendo necessário adicionar um medicamento da classe das sulfonilureias ou até mesmo insulina⁽¹⁸⁾.

Embora a dificuldade em manter a HbA1C no nível desejado, ao longo do tempo, esteja

relacionada tanto ao estilo de vida quanto ao medicamento prescrito, decorre primariamente do declínio progressivo da função das células beta, sendo a necessidade de insulinização reconhecida com o resultado natural desse processo temporal⁽⁴⁾.

As barreiras para a adesão ao tratamento no controle do DM são enormes. Desse modo, conhecer os principais motivos para a falta de adesão à terapia medicamentosa possibilita à equipe traçar plano de ação com o objetivo de reverter a situação, com estratégias direcionadas à população local⁽¹⁰⁾.

A educação em saúde é considerada, atualmente, prática intrínseca ao projeto assistencial em todos os níveis de atenção, pois possibilita a organização de estratégias individuais e coletivas para o enfrentamento de problemas advindos do processo saúde/doença⁽⁴⁾. As estratégias educacionais e comportamentais são consideradas fundamentais para os cuidados em saúde e o aumento do conhecimento pode fornecer alicerce para construir novas experiências em relação ao autogerenciamento da doença⁽¹¹⁾.

O presente estudo, ao investigar a adesão à terapia medicamentosa mostrou que 62% dos indivíduos apresentaram adesão. No Brasil alguns autores apresentaram taxa de adesão à terapia medicamentosa em 66,7% e 84,4%, respectivamente^(13, 8). Outros estudos na literatura internacional mostraram adesão à terapia medicamentosa em 60,2%, 59,6% e 80% dos indivíduos, respectivamente^(15, 16, 19). Não há padrão-ouro sobre o que é adesão adequada.

Esse estudo mostrou que a adesão se associa com a ausência de morbidades. É possível apontar que a possibilidade de maior cuidado à saúde vivenciadas pelos pacientes os impulsionam a realizar o terapia medicamentosa de forma adequada.

Observou-se nesse estudo que há correspondência entre adesão com a utilização de insulina e ausência de morbidades. Dessa forma questiona-se se há adesão à insulina pelo fato do paciente, anteriormente a essa terapia medicamentosa, já ter experiências de outras terapias e reconhecido a importância em buscar uma melhora nos índices glicêmicos atuais. O estudo também mostra que pode ser que haja uma maior preocupação e cuidado no uso do medicamento injetável do que por via oral.

Em relação à terapia medicamentosa, vários fatores podem estar relacionados à “não adesão”. Dentre eles, a presença de efeitos colaterais, a falta de conhecimento quanto à importância de sua utilização, a necessidade de associações de hipoglicemiantes orais e o uso de medicamentos para o controle de doenças associadas, ou mesmo uma desvalorização cultural por considerarem este tipo de tratamento mais simples. Também, devido à complexidade do DM e novos fármacos disponíveis, a terapia medicamentosa está cada vez mais complexa^(4,18).

Esse estudo mostrou que mulheres com pouco estudo, portadoras de outras morbidades apresentam maior correspondência a não adesão à terapia medicamentosa, sendo um grupo de maior risco e necessidade de intervenção. Para tanto, é importante que sejam desempenhadas ações de promoção e prevenção à saúde como processo de trabalho intrínseco ao cuidado das pessoas portadoras de doenças crônicas, bem como dispor de equipes multiprofissionais com o intuito de

envolver a equipe no cuidado⁽⁴⁾.

Considerando o cenário da Saúde da Família, os agentes comunitários de saúde são fundamentais para o rastreamento e acompanhamento especialmente de mulheres nesta condição. No que se refere à intersectorialidade, parceria com secretarias de educação podem ser importantes para melhorar o acesso das mulheres à alfabetização e avanço na formação no ensino fundamental. Estudos mostram que o baixo nível de escolaridade pode limitar o acesso às informações, provavelmente em razão do comprometimento das habilidades de leitura, escrita e fala, bem como à compreensão dos complexos mecanismos da doença e do tratamento⁽¹¹⁾.

Em relação às morbidades referidas, questiona-se se o indivíduo que apresenta outras morbidades além do DM2 possa estar desmotivado para seguir as diversas terapias medicamentosas. Ressalta-se que as dificuldades existentes no controle das diversas doenças crônicas associadas ou não ao DM2 são grandes, uma vez que demanda mudanças nos hábitos de vida¹⁸. Vale ressaltar que, além do conhecimento da doença é imprescindível que os indivíduos que convivem com DM saibam sobre os riscos relacionados ao seu problema de saúde e à necessidade do uso contínuo dos medicamentos, bem como sobre o controle dos sinais e sintomas da doença⁽¹¹⁾.

Observa-se um comportamento em relação à escolaridade com a adesão nesse estudo, ou seja, quanto maior a escolaridade, maior a adesão à terapia medicamentosa.

A escolaridade é outra variável relevante na adesão ao tratamento, sendo este um elemento que interfere na compreensão do indivíduo no seu cuidado à saúde. Em estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde do município de Ribeirão Preto, SP entrevistados 123 usuários com DM2 mostrou que as variáveis escolaridade e tempo de diagnóstico estão relacionadas ao conhecimento e às atitudes das pessoas com DM⁽²⁰⁾.

Nessa direção, os profissionais de saúde precisam buscar estratégias para a educação em DM que mobilizem as pessoas que estão em risco de complicações crônicas, devido à falta de adesão ao tratamento. Cabe destacar que é o DM é uma doença em ascensão em indivíduos cada vez mais jovens, os quais irão conviver com a doença por longo período de tempo.

CONCLUSÃO

Diante do observado, esse estudo mostra que a população estudada é predominantemente feminina, acima de 60 anos e com baixa escolaridade. A ingestão diária de medicamentos é baixa, sendo os hipoglicemiantes da classe terapêutica das biguanidas, seguido da associação do grupo das biguanidas + sulfanilureias mais utilizados no tratamento do DM tipo 2.

O estudo constatou que a taxa de adesão à terapia medicamentosa está em consonância com outros estudos apresentados. A análise da adesão mostrou correspondência com o sexo, escolaridade, morbidades e uso de hipoglicemiantes.

Nesse sentido destaca-se que o cuidado de saúde no DM tipo 2 envolve a mudança de hábitos e comportamentos, refletindo elevada complexidade cultural e social. Nesse sentido demanda a atuação de uma equipe interdisciplinar no cuidado a estes pacientes, com a possibilidade de se ampliar os espaços de cuidado para além da consulta individual.

Uma das limitações deste estudo reside no fato de o grau de adesão ter sido estudado apenas sob o ponto de vista do auto relato do diabético em relação à tomada dos medicamentos. Novas pesquisas podem ser realizadas incluindo as perspectivas da adesão à medicação por meio do controle glicêmico e da análise de associação entre uso incorreto de medicamento, possibilitando outros estudos com amostra e delineamento mais representativos.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**. 2011;34(1):S11-S61
- ARAÚJO, M. F. M.; GONÇALVES, T. C.; DAMASCENO M. M. C.; CAETANO, J. A. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Esc. Anna Nery**. 2010; 14(2):361-7.
- BAVIERA, M.; MONESI, L.; MARZONA, I.; AVANZINI, F.; MONESI, G.; NOBILI, A. et al. Trends in drug prescriptions to diabetic patients from 2000 to 2008 in Italy's Lombardy Region: a large population-based study. **Diabetes Res Clin Pract**. 2011;93:23-30.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicol Saúde Doenças**. 2001;2(2):81-100.
- FARIA, H. T. G.; SANTOS, M. A.; ARRELIAS, C. C. A.; RODRIGUES, F. F. L.; GONELA, J. T. T.; TEIXEIRA, C. R. S. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em Unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. 2014; 48(2):257-63.
- GUIDONI, C. M.; BORGES, A. P.; FREITAS, O. D.; PEREIRA, L. R. Prescription patterns for diabetes mellitus and therapeutic implications: a population-based analysis. **Arq Bras Endocrinol Metab**. 2012; 56(2):120-27.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2014. [acesso em 27 out 2017]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Resultados Gerais da Amostra por áreas de ponderação**. 2011. [acessado em 05 out 2017]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **IDF Diabetes atlas**. Sixth edition, 2013.

LAVENIA, F.; ADKINS, S. E.; SHUBROOK, J. H. Use of oral combination therapy for type 2 diabetes in primary care: Meeting individualized patient goals. **Postgrad Med**, 2015; 127(8):808–817.

MARTÍNEZ-DOMÍNGUEZ, G. I.; MARTÍNEZ-SÁNCHEZ, L. M.; RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ, M. L. A.; AGUDELO-VÉLEZ, C. A.; JIMÉNEZ-JIMÉNEZ, J. G.; VARGAS-GRISALLES, N, et al. Adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes a una institución hospitalaria, de la ciudad de Medellín (Colombia), año 2011. **Archivos de Medicina**. 2014;14 (1): 44-50.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas**. Washington, DC: OPS, 2013.

PEREIRA, J. C. **Análise de dados qualitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais**. São Paulo: Edusp. 2004.

PIHAU-TULO, S. T.; PARSONS, R. W.; HUGHES, J. D. An evaluation of patients' adherence with hypoglycemic medications among Papua New Guineans with type 2 diabetes: influencing factors. **Patient Preference and Adherence**. 2014;8 :1229–1237.

PINTO, J. M. S.; NATIONS, M. K. Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro. **Ciênc. Saúde Colet**. 2012; 17(2) :521-530.

RODRIGUES, F. F. L.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S.; GONELA, J. T.; ZANETTI, M. L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**. 2012;25(2): 284-90.

RWEGERERA, G. M. Adherence to anti-diabetic drugs among patients with Type 2 diabetes mellitus at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania- A cross-sectional study. **Pan African Medical Journal**. 2014; 17:252.

SIMON, B. S.; BUDO, M. L. D.; GARCIA R. P.; GOMES, T. F.; OLIVEIRA, S. G.; SILVA, M. M. Rede de apoio social à família cuidadora de indivíduo com doença crônica: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**. 2013; 7(esp) :4243-42.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global report on diabetes**. 2016.

ÍNDICE REMISSIVO

A

- abatedouros 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63
- acadêmicos de Enfermagem 15
- acesso à rede de saúde 152
- acidentes de trânsito 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 126
- acidentes ofídicos 6, 132, 133, 134, 136, 138, 139, 140, 142, 144
- ácido fosfórico 99, 100, 101, 104, 105, 106
- ações de saúde 22, 40, 156, 157
- Adesão à Medicação 187
- Adesividade 99
- Adesivos Dentinários 99
- Aferição de pressão 152
- alimentação saudável 26, 30, 31, 32, 34
- alongamento da musculatura 88
- alongamento segmentar 88, 90, 91, 92, 95
- alterações fisiologias e/ou patológicas 15
- alterações musculares 88, 90
- alterações posturais 88, 89, 96
- articulações 61, 88, 93, 94, 95
- assistência à saúde 46, 71, 73, 82
- Ataque Ácido Dentário 99
- Atenção Primária à Saúde 22, 23, 26, 187
- atividades repetitivas 53
- autocuidado 16, 17, 19, 24, 26

B

- baixas ou altas temperaturas 53
- barreiras/dificuldades no atendimento 72, 74, 83

C

- cardiomegalia 180, 183
- cenário clínico-epidemiológico 132, 134

Centro de Saúde da Família (CSF) 15, 18
centros cirúrgicos 161, 166
cirurgia segura 161, 163, 164, 166, 167
comunicação 19, 47, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 118, 164, 165
Consultas médicas 152
crianças 30, 31, 32, 33, 34, 35, 152, 154, 156
Crossfit 145, 146, 149
crossfit e qualidade de vida 145, 147
cuidado à saúde 161, 162, 197, 198, 199
cuidados humanizados 152, 157
cura 22, 132, 142, 188

D

deficiência auditiva 72, 73, 74, 75, 78, 79, 84, 85, 86
dentes restaurados 99
dentina 98, 99, 100, 102, 104, 105, 106
dentina de resina 98, 100
Departamento Regional de Saúde 36, 38, 48
derrame pericárdico 180, 185
desenvolvimento do indivíduo 30, 31
desenvolvimentos de saberes 110
diabetes 31, 78, 86, 187, 188, 189, 190, 200, 201
Diabetes Mellitus Tipo 2 187
Distribuição de preservativos 152
doença aguda 180
Doença de Chagas (DC) 180
doenças ocupacionais 53, 62
doenças tropicais negligenciadas 132, 133, 181

E

educação em saúde 6, 15, 18, 19, 22, 23, 25, 26, 27, 31, 34, 35, 113, 118, 119, 120, 158, 159, 198
educação-serviço-comunidade 22, 24
empoderamento dos idosos 16
Enfermagem 16, 18, 20, 21, 22, 71, 72, 75, 78, 80, 81, 84, 85, 86, 109, 110, 122, 123, 157, 158, 159, 166, 167, 186
envelhecimento 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 73, 105

estresse 16, 53, 62

exercícios de alongamento 88, 96

experiência 15, 17, 18, 22, 24, 25, 27, 31, 34, 35, 49, 69, 72, 81, 85, 110, 113, 114, 155, 156

experiência vivenciada 22, 24, 25

F

falta de conhecimento 72, 81, 82, 83, 198

Fatores de risco 54

fibras colágenas 98, 100

flexibilidade 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 147, 148, 149, 150

função muscular 88, 90, 95

G

grupo de hipertensos 22, 24

grupo de idosos 15, 18

H

hábitos saudáveis 30, 31

Hepatites virais 152, 154, 155

higiene das mãos e dos alimentos 30, 32

higiene pessoal 30, 31, 59

higienização das mãos 30, 32

hipoglicemiantes 187, 189, 190, 192, 193, 197, 198, 199, 200

I

Imunização 152

inalação de gases 53

infância 30, 31, 33

informações 6, 18, 19, 26, 38, 55, 90, 115, 117, 118, 119, 137, 155, 161, 166, 190, 193, 196, 199

insuficiência cardíaca congestiva 180

Interdisciplinaridade 153

K

Kits de higiene bucal 152, 155

L

Linguagem Brasileira de Sinais 72, 73

M

marcação de exames 152, 156

materiais cirúrgicos 161
métodos de RPG 88
Ministério da Saúde 20, 36, 38, 39, 40, 41, 44, 45, 47, 48, 49, 75, 122, 127, 128, 154, 158, 166, 185, 200
miocardite difusa 180
motocicleta 124, 126, 127, 128, 129
músculo 88, 89, 95

O

oficina educativa 15, 18, 19
oficinas educativas para idosos 16
Ofidismo 132

P

paciente surdo 72, 73, 74, 75, 79, 82, 83, 84
parasitismo 31, 180, 185
patogênese 180, 181, 182
pericardite 180
perspectiva clínico-epidemiológica 132
picada de cobra 132, 133, 134
Pilates 90, 96, 145, 146, 149, 150
pilates e qualidade de vida 145, 147
Populações vulneráveis 153
prática da lavagem das mãos 30, 32
práticas de higiene 53
práticas promotoras da saúde 16
Prevenção de Acidentes 110
processo de envelhecimento 16
processo de territorialização 22, 24, 25, 27
processo ensino-aprendizado 22, 24
processo saúde-doença 22, 23
profissionais de saúde 34, 72, 73, 74, 75, 79, 82, 83, 84, 110, 114, 116, 117, 132, 164, 189, 199
Programa P.A.R.T.Y (Prevenção do Trauma Relacionado ao Álcool na Juventude) 110
projeto sanitário 36, 48
promoção da saúde 17, 22, 24, 25, 27, 35, 154, 159
protozoário Trypanosoma cruzi 180

Q

qualidade de vida (QV) 145, 146

R

reabilitação 22, 73, 154

recursos humanos 36, 40, 45, 47, 120

rede de colágenoúmida 98, 99

Rede de Urgência e Emergência (RUE) 36, 37

redução das ameaças para a saúde 53

reeducação postural 88, 89, 97

Regiões Brasileiras 132

remoção de poluentes 53

riscos de acidentes 53

riscos ocupacionais 53, 54, 55, 63, 64, 69

rotação de atividades 53

S

Saúde do Idoso 16

saúde dos trabalhadores 53

saúde física 145

Segurança do Paciente 161, 162, 165, 166, 167

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 36, 38

serviço odontológico 152

Sífilis 152, 154, 155, 157, 159

Sistema Único de Saúde 22, 24, 27, 36, 38, 39, 46, 49, 82, 85, 119, 126, 153, 155, 157, 158

sociedade moderna 145, 146

sorologias 152, 154, 155

substrato dentinário 98, 100, 105

surdez 71, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85

T

tamponamento cardíaco 126, 127, 180

taxas de mortalidade 132

Técnicas de Exercício e de Movimento 146

território vivo e dinâmico 22, 24

Testagem Rápida 152, 155

Teste de glicemia 152

tórax 124, 127

trabalhadores 42, 47, 49, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 67, 68, 140, 164

trânsito 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 129

Transmissão Oral 180

Trauma Torácico 124, 125, 126

treinamentos 161, 166

V

vítimas de acidentes 116, 124, 139, 144

Z

zoonoses 53, 54, 56, 58, 63

editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 

editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 