

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**ESTRATÉGIA LÚDICA PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO DOS PACIENTES HIPERTENSOS ANALFABETOS DA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 1 DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
ALCIDES LINS**

**Fúlvio Eugênio Motta de Castro**

Belo Horizonte

2011

**FÚLVIO EUGÊNIO MOTTA DE CASTRO**

**ESTRATÉGIA LÚDICA PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO DOS PACIENTES HIPERTENSOS ANALFABETOS DA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 1 DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
ALCIDES LINS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

**Orientadora:** Profa. Dra. Flávia Sampaio Latini Velásquez

Belo Horizonte

2011

**FÚLVIO EUGÊNIO MOTTA DE CASTRO**

**ESTRATÉGIA LÚDICA PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO DOS PACIENTES HIPERTENSOS ANALFABETOS DA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 1 DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
ALCIDES LINS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

**Orientadora:** Profa. Dra. Flávia Sampaio Latini Velásquez

Banca Examinadora

Profa. Dra. Flávia Sampaio Latini Velásquez (orientadora).....UFMG

Prof. \_\_\_\_\_.....UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de 2011.

## **RESUMO**

Este trabalho relata a experiência da implantação de estratégia lúdica para o entendimento da prescrição médica, por parte dos pacientes hipertensos analfabetos funcionais atendidos pela Equipe de Saúde da Família 1 da Unidade Básica de Saúde Alcides Lins, promovendo o uso correto da medicação e adesão ao tratamento. Iniciou-se com breve pesquisa bibliográfica, que possibilitasse a contextualização do tema adesão do hipertenso analfabeto funcional à terapia medicamentosa. Em seguida realizou-se análise documental relativa à população hipertensa analfabeta e alfabetizada da área de abrangência desta equipe. Assim, foi implantada a estratégia lúdica para o entendimento da prescrição médica. Após determinado período de tempo percebeu-se que, dentre os pacientes hipertensos analfabetos, o número de pacientes classificados como moderados e, principalmente, classificados como graves diminuiu consideravelmente após a intervenção, enquanto o contrário foi observado entre os pacientes classificados como hipertensos leves e controlados. Este relato de experiência demonstrou que, após a implantação de estratégias lúdicas para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos, houve considerável queda dos níveis pressóricos destes pacientes. Ademais, o trabalho corrobora a importância da adesão ao tratamento medicamentoso por parte dos pacientes hipertensos para controle da doença.

**Palavras-chaves:** analfabetismo, hipertensão, adesão ao tratamento medicamentoso.

## ABSTRACT

This paper reports the experience of playful deployment strategy for understanding the prescription, by functional illiterates hypertensive patients served by the Family Health Team 1 of the Basic Health Unit Alcides Lins, promoting the proper use of medication and treatment adherence . It began with a brief literature review, to allow the contextualization of the issue of adherence to the functional illiterate hypertensive drug therapy. Then documentary analysis was performed on the hypertensive population illiterate and literate of the area of this team. Thus, the strategy was implemented to understand the playful prescription. After a certain period of time it was felt that, among hypertensive patients illiterate, the number of patients classified as moderate and mainly classified as serious fell considerably after the intervention, whereas the opposite was observed among hypertensive patients classified as light, controlled . This experience report showed that after the implementation of play strategies to improve adherence to drug treatment of hypertensive patients, there was a considerable drop in blood pressure in these patients. Moreover, the work confirms the importance of adherence to drug treatment by hypertensive patients to control the disease.

**Key-words:** illiteracy, hypertension, medication adherence.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACS** – Agente comunitário de saúde

**AF** – Analfabetismo Funcional

**ESF 1** – Equipe de Saúde da Família 1

**GEREPI** – Gerência de Epidemiologia

**HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IBOPE** – Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística

**INAF** – Indicador Nacional de Analfabetismo Funcional

**mmHg** – Milímetros de mercúrio

**PAD** – Pressão Arterial Diastólica

**PAS** – Pressão Arterial Sistólica

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UNESCO** - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO .....	8
2-OBJETIVO.....	12
3-METODOLOGIA .....	13
4-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	14
5-RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	17
5.1. Cenário e contexto .....	17
5.2. Métodos e técnicas utilizados .....	19
5.2.1. Classificação dos pacientes hipertensos .....	19
5.2.2. População e amostra .....	20
5.2.3. Implantação da estratégia lúdica para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso .....	21
5.2.4. Avaliação da adesão do paciente à terapia medicamentosa anti-hipertensiva...	23
5.2.5. Análise dos dados .....	25
5.3. Resultados.....	25
6-CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	28
REFERÊNCIAS .....	29

## 1-INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF), de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), foi elaborado para promover saúde e prevenir, recuperar e reabilitar de doenças, visando atingir toda a população brasileira, porém, encontra muitas dificuldades na prática diária para alcançar estes objetivos. Uma delas trata-se da demanda espontânea, que preenche quase todo o tempo da maioria dos profissionais e impede a realização adequada de puericulturas, grupos de hipertensos e diabéticos, pré-natais, preventivos de câncer de colo uterino e atendimento, além de vários outros grupos que poderiam ser formados para atender um número expressivo de usuários e levar até eles informações e meios de evitar agravos à saúde.

Outra suposta dificuldade é o analfabetismo, que pode tornar inadequado o tratamento de pacientes e, por vezes, passar despercebido pelo profissional de saúde. A incapacidade de ler a forma adequada de uso da medicação no receituário ou de identificar na caixa ou cartela o remédio que está usando pode acarretar o uso incorreto e ineficaz das drogas e, conseqüentemente, levar ao fracasso do tratamento e persistência da patologia.

A baixa resolubilidade das patologias crônicas ou mesmo agudas dos pacientes analfabetos, devido o desconhecimento ou indiferença do médico de que o usuário não sabe ler a receita médica, faz com que um número maior de pacientes procure a Unidade de Saúde em horários diversos. Esta procura pode estar relacionada às descompensações de seus quadros crônicos ou mesmo persistência ou agravamento dos quadros agudos. Conseqüentemente, há aumento do número, já excessivo, de pacientes que buscam atendimento médico, dificultando todo o processo de trabalho da equipe de saúde.

O conceito de analfabetismo mudou muito nos últimos 40 anos. Em 1958 a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) definia como analfabeto um indivíduo que não conseguia ler ou escrever algo simples (5º Indicador Nacional de Analfabetismo Funcional – Instituto Paulo Montenegro/IBOPE, 2005). Após vinte anos, a referida organização passou a usar o conceito de alfabetização funcional:

“uma pessoa é funcionalmente alfabetizada se puder participar de todas as atividades em que o conhecimento da escrita é necessário para o funcionamento efetivo do seu grupo e da sua comunidade, e também para



permitir que continue a usar a leitura, a escrita e o cálculo para o seu desenvolvimento e o da sua comunidade” (5º INDICADOR NACIONAL DE ALFABETISMO FUNCIONAL: UM DIAGNÓSTICO PARA INCLUSÃO SOCIAL PELA EDUCAÇÃO, 2005).

Uma forma mais adequada para avaliar a rotina diária no mundo moderno foi sugerida pela UNESCO para uso no Brasil a partir de 1990, quando então o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) passou a utilizar uma definição operacional para alfabetização funcional como o domínio de habilidades em leitura, escrita, cálculos e ciências, em correspondência a um determinado número de anos de estudos. Pelo critério adotado, no Brasil são consideradas analfabetas funcionais (AFs) as pessoas com menos de quatro anos de estudo (5º INDICADOR NACIONAL DE ALFABETISMO FUNCIONAL: UM DIAGNÓSTICO PARA INCLUSÃO SOCIAL PELA EDUCAÇÃO, 2005).

Para utilização deste conceito foi levado em conta que para os empregadores é fundamental que seus funcionários tenham destreza para aplicar seus conhecimentos de leitura, escrita e cálculos numéricos simples na resolução de problemas (Jacomini, 2004). É importante lembrar que a definição de analfabetismo funcional não é absoluta, pois subordina-se a necessidade de leitura e escrita imposta pela cultura de determinada sociedade (5º INDICADOR NACIONAL DE ALFABETISMO FUNCIONAL: UM DIAGNÓSTICO PARA INCLUSÃO SOCIAL PELA EDUCAÇÃO, 2005).

Outro termo utilizado como sinônimo de alfabetismo funcional é “letramento”, que indica a destreza de utilizar a escrita no cotidiano para aprender, informar-se e expressar-se no dia a dia (RIBEIRO, 2006).

Em 2005, segundo pesquisas realizadas pelo Programa Nacional por Amostra de Domicílios 2005 – IBGE, o Brasil contava com cerca de 14,9 milhões de pessoas de 15 anos ou mais analfabetas, totalizando 11% da população. O número de pessoas consideradas analfabetas cresce significativamente (23,5%), quando acrescidos os analfabetos funcionais.

“Segundo RIBEIRO, VÓVIO e MOURA. (2002, pg. 53), a necessidade de contar com informações confiáveis para enfrentar o analfabetismo é que motivou a criação de um Indicador Nacional de Alfabetismo Funcional (INAF). A pesquisa para mensurar os níveis de alfabetismo funcional da população brasileira entre 15 e 64 anos de idade, a partir de amostras nacionais de 2.000 pessoas, representativas dos brasileiros adultos, residentes em zonas urbanas e rurais em todas as regiões do país vem sendo executada anualmente, desde 2001, pelo IBOPE/Opinião.

De acordo com o balanço de cinco anos do INAF (2001-2005) que identifica quatro níveis de habilidades de leitura/escrita (letramento) na população brasileira, os avanços quantitativos em termos de escolaridade

da população adulta brasileira não se refletiram na mesma proporção em termos qualitativos (INDICADOR DE ALFABETISMO FUNCIONAL 5 ANOS: UM BALANÇO DOS RESULTADOS DE 2001 A 2005, 2005). Segundo este relatório, a pontuação média dos testes do INAF nesta etapa inicial de cinco anos ajuda a compreender o que vem ocorrendo: embora venha crescendo a proporção de pessoas com maior nível de escolaridade (aqueles com Ensino Médio ou mais passam de 28%, em 2001, para 36%, em 2005), o desempenho médio em cada uma das faixas de escolaridade mostra tendência negativa. Com efeito, de modo geral, as “notas” pioraram com relação às habilidades de letramento.

Níveis de habilidades de letramento identificados no INAF:

- Analfabetismo: Corresponde à condição dos que não conseguem realizar tarefas simples que envolvem decodificação de palavras e frases.
- Alfabetismo nível rudimentar: Corresponde à capacidade de localizar informações explícitas em textos curtos, um anúncio ou pequena carta.
- Alfabetismo nível básico: Corresponde à capacidade de localizar informações em textos um pouco mais extensos, podendo realizar pequenas inferências.
- Alfabetismo nível pleno: Corresponde à capacidade de ler textos longos, orientando-se por subtítulos, localizando mais de uma informação, de acordo com condições estabelecidas, relacionando partes de um texto, comparando dois textos, realizando inferências e sínteses.

Segundo o mesmo relatório, 68% dos pouco mais de 30,6 milhões de brasileiros entre 15 e 64 anos que estudaram até a 4ª série atingem no máximo o grau rudimentar de alfabetismo, ou seja, possuem no máximo a habilidade de localizar informações explícitas, em textos curtos mas não são capazes de compreender textos mais longos ou localizar informações que exijam alguma inferência. Dentre os 31,1 milhões que cursam ou cursaram da 5ª a 8ª série, apenas 25% podem ser considerados plenamente alfabetizados enquanto que a maioria se enquadra no nível básico de alfabetismo. O que mais chama a atenção é que 24% daqueles nesta faixa de escolaridade permanecem no nível rudimentar, com sérias limitações em termos de suas habilidades de leitura/escrita. Somente entre os que completaram pelo menos o Ensino Médio (pouco mais de 50 milhões de brasileiros entre 15 e 64 anos) é que prevalecem (56%) os indivíduos com pleno domínio das habilidades de leitura/escrita (INDICADOR DE ALFABETISMO FUNCIONAL 5 ANOS: UM BALANÇO DOS RESULTADOS DE 2001 A 2005, 2005).

Dentre os pacientes analfabetos da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Alcides Lins, foi escolhida para este estudo a população analfabeta hipertensa cadastrada na Equipe de Saúde da Família 1 (ESF 1), devido à magnitude da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

A HAS é considerada um fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência renal crônica (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

A hipertensão arterial é responsável por aproximadamente 25% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e por 40% da etiologia dos acidentes vasculares

cerebrais, sendo a causa da cardiopatia isquêmica (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004). Devido esse grande número de consequências crônico-degenerativas ao ser humano, a hipertensão arterial deve ser considerada de enorme importância como fator de redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Algumas vezes é possível detectar uma causa para a elevação crônica da pressão arterial, como, por exemplo, um tumor adrenal ou uma nefropatia parenquimatosa, casos reconhecidos como hipertensão arterial secundária. Na ausência dessas anormalidades costuma-se classificar a hipertensão como primária ou essencial, um conceito que denota desconhecimento da causa. Esse entendimento deve ser revisto, pois a maioria dos casos de hipertensão arterial tem sua ocorrência explicada por interação entre predisposição genética (história familiar de HAS), fatores ambientais e outras características individuais, tais como obesidade, excessiva ingestão de cloreto de sódio, transtornos do sono e uso abusivo de bebidas alcoólicas. O reconhecimento das causas da hipertensão arterial orienta a escolha de medidas dirigidas à sua prevenção primária (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Cabe adiantar que todos os pacientes hipertensos mencionados neste trabalho são hipertensos primários (sem causa definida) e maiores de 18 anos.

Na prática ambulatorial, é necessário que a terapêutica seja racional, baseada em protocolos estabelecidos e que os riscos potenciais do tratamento sejam menores que os benefícios esperados. Se necessário, na prescrição da medicação para os funcionalmente analfabetos, deveriam ser usados símbolos compatíveis com o conhecimento do paciente. Por exemplo, desenho de colher ou comprimido para simbolizar o número de doses, sol e lua para dia e noite. Se o problema é de incompreensão das recomendações, melhores instruções verbais ou escritas e/ou simplificação e personalização do tratamento são necessárias. Se ainda assim o paciente não compreende, faz-se necessário supervisionar o tratamento, com a ajuda de familiar ou profissional de saúde. Todo esforço para correta adesão do paciente é necessário para que haja o sucesso terapêutico.

Considerando que as doenças do aparelho circulatório são a segunda maior causa de internações hospitalares e a principal causa de óbito da população brasileira (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003) e que a HAS é a doença crônica mais prevalente da área de abrangência da ESF 1 da UBS Alcides Lins, ressalta-se a importância de intervenções que visem o controle desta patologia.

## **2-OBJETIVO**

Relatar a experiência da implantação de estratégia lúdica para o entendimento da prescrição médica, por parte dos pacientes hipertensos analfabetos funcionais, promovendo o uso correto da medicação e adesão ao tratamento.

### **3-METODOLOGIA**

Trata-se de relato de experiência vivenciada pelo autor durante o processo de implantação de estratégia lúdica para entendimento da prescrição médica.

Os procedimentos para o desenvolvimento desse estudo estão relacionados a três diferentes fases: a primeira, exploratória, realizada por meio de leitura pertinente; a segunda, a coleta de dados; e a terceira, elaboração do relatório e sua análise.

Iniciou-se com breve pesquisa bibliográfica, que possibilitasse a contextualização do tema adesão do hipertenso analfabeto funcional à terapia medicamentosa, tanto do ponto de vista internacional quanto nacional.

Para relatar a experiência vivenciada foi realizada análise documental, de material disponibilizado pela Gerência de Epidemiologia e Informação (GEREPI), pelo Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) e ainda os dados coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da ESF 1, da UBS Alcides Lins, relativos à população hipertensa analfabeta e alfabetizada.

Posteriormente, os dados coletados foram sistematizados e apresentados a seguir.

#### 4-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Há algumas décadas, as doenças do aparelho circulatório ou cardiovasculares são a primeira causa de morte no Brasil, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). Neste contexto, a hipertensão arterial representa uma das situações clínicas que atingem o aparelho circulatório, e, também, é um dos principais fatores de risco para outras doenças como as cerebrovasculares, as vasculares, as isquêmicas do coração e a *diabetes mellitus*, contribuindo para elevar os índices de morbidade e mortalidade (RIBEIRO, 1996; ACHUTTI, 1997).

A prevalência da hipertensão arterial sistêmica atinge 20% da população adulta mundial e se acredita que o mesmo ocorra no Brasil (PIERIN, 2001). Apresenta-se como uma síndrome, caracterizada pela presença de níveis de pressão arterial elevados, associados a alterações hormonais e, no metabolismo, a fenômenos tróficos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002). Quando se encontra em estágio avançado, proporciona lesões graves em órgãos-alvo como coração, rins, retina, cérebro, que podem levar o indivíduo à dependência física ou até a morte. Da mesma forma que em outras partes do mundo, faz-se importante o seu reconhecimento como um grande problema de saúde no Brasil.

As crescentes evidências de várias partes do mundo sugerem que os pacientes melhoram ao receber tratamento eficiente e apoio regular. Os objetivos do tratamento dos problemas crônicos de saúde são reduzir a morbimortalidade e manter a qualidade de vida das pessoas enfermas (OMS, 2003).

Poucos estudos analisaram a adesão dos pacientes ao tratamento no contexto assistencial. PRADO; KUPEK; MION (2007), em amostra de 109 pessoas atendidas em unidade de atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, obtiveram 68% de não-adesão utilizando contagem manual de comprimidos. UNGARI (2007), aplicando um questionário em amostra de 109 pacientes hipertensos atendidos por equipes de saúde da família, em Ribeirão Preto, São Paulo, estimou não-adesão de 54% dos pacientes atendidos.

Muitos são os elementos que tornam a questão da adesão ao tratamento motivo de estudo entre os pesquisadores, desde sua definição até as formas de lidar com ela. Vários estudos focalizam-se em estratégias para melhorar a adesão aos medicamentos, em

mudanças de comportamento de promoção à saúde e em teorias sobre os motivos apresentados por algumas pessoas para justificar certos tipos de comportamento (GREEN, 1987).

Porém, os profissionais de saúde tendem a abordar a questão da adesão/não-adesão somente sob suas perspectivas, ignorando as do paciente. Eles deixam de considerar a variabilidade e negam a legitimidade dos comportamentos que diferem das suas prescrições. Agindo assim, distanciam-se das ações e razões dos pacientes, julgando-os e rotulando-os, em vez de conhecê-los e entendê-los (TROSTLE, 1988).

Pesquisas sobre adesão/não-adesão têm sido baseadas nas idéias dos profissionais de saúde que entendem ser dos pacientes a maior responsabilidade pelo problema e que os profissionais falham em promover uma compreensão mais profunda sobre a adesão/não-adesão (DOWELL; HUDSON, 1997). Ademais, estudos têm focalizado o sofrimento dos pacientes com problemas crônicos de saúde e concluído que o sucesso do tratamento é fortemente dependente do comportamento deles (HALLETT *et al.*, 2000).

A adesão ao tratamento em pacientes crônicos representa a extensão no qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde, contemplando três estágios: 1) concordância, no qual o paciente, inicialmente, concorda com o tratamento, seguindo as recomendações dadas pelos profissionais da saúde. Existe, frequentemente, uma boa supervisão, assim como elevada eficácia do tratamento; 2) adesão, fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado, no qual, com vigilância limitada, o paciente continua com o seu tratamento, o que implica em grande participação e controle da sua parte; 3) manutenção, quando, já sem vigilância (ou vigilância limitada), o paciente incorpora o tratamento no seu estilo de vida, possuindo determinado nível de autocontrole sobre os novos comportamentos (SOARES *et al.*, 1997).

Sendo assim, há que se considerar a co-responsabilidade que profissionais e serviços de saúde devem ter no processo de adesão do paciente ao tratamento, a fim de que possa ser efetivado, propiciando àquele meios para exercer o seu papel em igualdade de condições (REINERS, 2005).

A natureza, os sentidos e os determinantes do comportamento de não-adesão são complexos e difíceis de serem entendidos. Por isso, há que se considerar essa questão sob outra ótica, levando em conta a subjetividade do paciente, bem como suas necessidades e dificuldades, mais do que a precisão com que ele segue as recomendações.

Um dos determinantes da não-adesão pode ser o analfabetismo. No Brasil, além da baixa escolaridade, segundo o IBGE (2000), ainda há grande número de analfabetos. Este problema se concentra entre a população com mais de 10 anos (12,8%), principalmente na faixa etária dos 50 anos ou mais, a qual representa quase a metade (48,7%) dos analfabetos brasileiros. Bem como, o número de mulheres analfabetas (16,1%) com mais de 60 anos é proporcionalmente maior que o dos homens analfabetos (15,3%) (RIBEIRO, 2006).

Segundo GOLDMAN; BENNETT (2001), 46% da população entre 55 e 64 anos de idade é hipertensa. A faixa etária cuja incidência da HAS é maior coincide com aquela em que a incidência de analfabetismo também é maior.

O controle da HAS depende de medidas dietéticas e de estilo de vida (atividade física regular, combate ao tabagismo, controle do consumo de álcool) e, quando necessário, do uso regular de medicamentos. No entanto, estima-se que somente um terço das pessoas regularmente acompanhadas em serviços de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis desejáveis. A insuficiente adesão ao tratamento medicamentoso é apontada como um dos importantes determinantes deste problema (OMS, 2003; KROUSEL-WOOD, 2009).

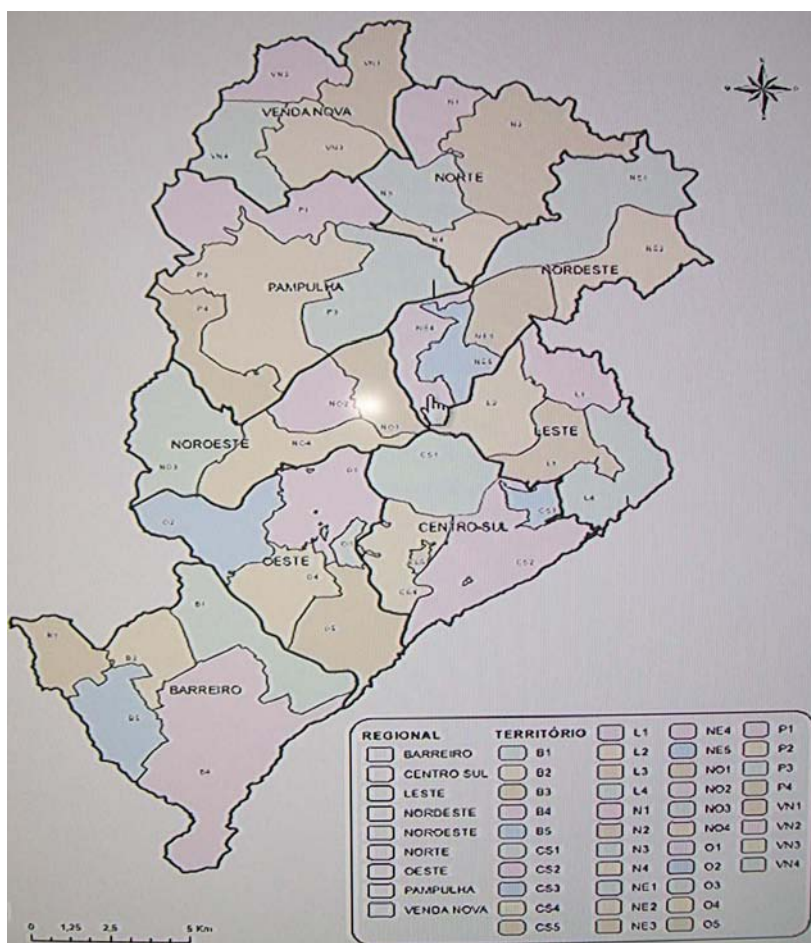


## 5-RELATO DE EXPERIÊNCIA

### 5.1. Cenário e contexto

A Unidade Básica de Saúde Alcides Lins atende uma população de aproximadamente 24.000 habitantes. Esta unidade possui cinco equipes de saúde da família, duas equipes de saúde bucal e uma equipe de apoio, composta por um psiquiatra, um ginecologista, dois pediatras, um clínico geral e uma enfermeira, além de 33 agentes comunitários e uma equipe de zoonose.

A Figura 1 apresenta o mapa do Município de Belo Horizonte dividido em regionais, e mostra a localização da UBS Alcides Lins, que se situa na Regional Nordeste.



**Figura 1:** Localização da Unidade Básica de Saúde Alcides Lins, Regional Nordeste, Belo Horizonte - MG. **Fonte:** Secretaria Municipal Adjunta de Gestão Compartilhada da Prefeitura de Belo Horizonte, 2011.

A equipe na qual atuo é a ESF 1, cuja área de abrangência é dividida em cinco microáreas, que abrangem a Vila Tiradentes e os bairros Concórdia e Renascença.

A localização da ESF 1 compreende duas áreas distintas: Vila Tiradentes, considerada de alto risco e risco elevado, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, e outra que compreende parte dos bairros Concórdia e Renascença, de médio e baixo risco.

A maior parte da população da área de abrangência da ESF 1 encontra-se desempregada ou trabalha com serviços que exigem pouca ou nenhuma escolaridade. O índice de criminalidade é alto na região, devido à presença de narcotraficantes na região. A comunidade dispõe de um campo de futebol de terra, três praças arborizadas, três igrejas (Católica, Batista e Quadrangular) e diversos bares para lazer e encontros.

A grande demanda espontânea, o absenteísmo dos diversos profissionais e a estrutura física deficitária da referida UBS dificultam as estratégias de ação propostas pela equipe de saúde para aproximar o serviço dos usuários que necessitam de acompanhamento para prevenção de doenças, promoção à saúde e tratamento de enfermidades. Além das dificuldades apontadas, percebeu-se que, mesmo as pessoas que compareciam frequentemente ao serviço de saúde devido às patologias crônicas, não realizavam o controle dessas doenças de forma satisfatória.

Durante reuniões de equipe, foi apontada como uma das causas para o controle insatisfatório das doenças crônicas, principalmente, a HAS, a adesão ao tratamento. Assim, durante as consultas dos pacientes hipertensos que não usavam a medicação prescrita ou a usavam de forma incorreta, o profissional questionava sobre os possíveis fatores que poderiam estar relacionados a não adesão ao tratamento. A resposta fornecida pela maioria dos pacientes foi a dificuldade ou incapacidade de ler a prescrição médica.

Durante o acolhimento e nos grupos operativos, os auxiliares de enfermagem e a enfermeira da ESF 1, ao identificarem pacientes hipertensos com dificuldade de ler o receituário, agendavam uma consulta médica para melhor avaliação. Na consulta médica, os pacientes com dificuldade de decodificar as palavras que correspondiam ao nome da medicação e à posologia foram convidados a participar deste estudo e, posteriormente, foram orientados quanto ao uso correto da medicação.

A população hipertensa cadastrada da ESF 1, da UBS Alcides Lins, é constituída por 360 pessoas, sendo 57 (15,0%) destas analfabetas. A maioria da população hipertensa analfabeta da ESF 1 (73,0%) é composta por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, ou seja, idosas.

A população hipertensa é identificada por meio de consultas de rotina com o médico ou enfermeira da equipe. Após identificação dos hipertensos e realização da primeira consulta médica, os pacientes são encaminhados aos grupos de hipertensos, sendo que os pacientes descompensados são avaliados periodicamente, pelo médico ou pela enfermeira, durante consultas extras.

Dos 360 pacientes hipertensos da ESF 1, da UBS Alcides Lins, 36 pessoas (10,0%) afirmam que realizam o acompanhamento em outros serviços (saúde suplementar, clínicas particulares, especialistas).

Diante do exposto, iniciou-se a proposta de implantação de estratégia lúdica para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso, por parte dos pacientes hipertensos analfabetos funcionais, promovendo o uso correto da medicação e adesão ao tratamento, tema deste trabalho.

## 5.2. Métodos e técnicas utilizados

### 5.2.1. Classificação dos pacientes hipertensos

Considerando os 360 pacientes hipertensos, alfabetizados ou não, foi realizada a classificação da hipertensão arterial sistêmica, segundo o Relatório, de 1997, do *Joint National Committee* (JNC-VI, 1997), e as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002) (Tabela 1).

Classificação da Pressão Arterial	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal alta	130 a 139	85 a 89
Hipertensão estágio 1 (leve)	140 a 159	90 a 99
Hipertensão estágio 2 (moderada)	160 a 179	100 a 109
Hipertensão estágio 3 (grave)	≥ 180	≥ 110

**Tabela 1:** Classificação da pressão arterial em adultos com 18 anos ou mais. **Fonte:** *Joint National Committee* (JNC-VI, 1997), IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, de 2002

A classificação da pressão arterial dos pacientes deu-se após três aferições consecutivas da pressão arterial, realizada pelo médico ou enfermeira da ESF 1, da UBS Alcides Lins, durante as reuniões de hipertensos, realizadas semanalmente na UBS. O intervalo mínimo entre as aferições era de 24 horas, no período de 06 meses que antecederam a realização das intervenções com os analfabetos (primeiro de fevereiro de 2009 a trinta e um de julho de 2009), sempre levando em consideração a maior aferição das três realizadas.

Os critérios para realização da medida da pressão arterial foram:

- Paciente sentado com o braço na altura do precórdio.
- Medição após 5 minutos de repouso.
- Paciente deveria evitar uso de cigarro e bebidas cafeinadas nos trinta minutos precedentes à verificação da pressão arterial.
- Realização do método auscultatório de aferição da pressão arterial: palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30 mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido; colocar o estetoscópio sobre a artéria braquial; soltar o ar do manguito, de maneira contínua e lenta, até o completo esvaziamento da câmara.
- Registro dos valores da pressão arterial sistólica (PAS) e da pressão arterial diastólica (PAD), com intervalos de 2 mmHg, evitando-se arredondamentos.

Na primeira aferição, a pressão arterial foi medida nos dois braços. Caso os valores fossem discrepantes, considerou-se o maior valor. Nas aferições subsequentes, a medida da pressão arterial foi realizada no braço direito, preferencialmente, ou naquele em que se obteve o maior valor.

Para classificação do paciente em relação à hipertensão, utilizou-se o valor mais elevado para PAS e PAD.

### **5.2.2. População e amostra**

Durante o acolhimento e realização dos grupos operativos, os auxiliares de enfermagem e a enfermeira da ESF 1, identificavam, dentre os 360 pacientes hipertensos, por meio de pergunta direta, aqueles com dificuldade de ler a prescrição médica. Em seguida, agendavam uma consulta com o médico da equipe.

Na consulta médica, os pacientes selecionados foram indagados sobre a sua capacidade de ler e compreender a prescrição, escrita em letra de forma ou digitada no computador. Aqueles que apresentavam dificuldade em decodificar as palavras que correspondiam ao nome da medicação e à posologia fizeram parte da amostra deste estudo, totalizando 57 pacientes.

Vale destacar que todos os pacientes hipertensos pertencentes à amostra realizavam tratamento farmacológico com medicamentos anti-hipertensivos, mesmo aqueles considerados hipertensos controlados.

### **5.2.3. Implantação da estratégia lúdica para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso**

Após a identificação dos pacientes hipertensos analfabetos da ESF 1 da UBS Alcides Lins, passou-se à etapa de orientação relacionada ao uso correto da medicação prescrita.

No período de primeiro de agosto a 31 de outubro de 2009, foi realizada uma intervenção, na qual cada tipo de medicamento anti-hipertensivo foi distribuído em saquinhos de papel com uma sigla composta por uma ou duas letras, relacionadas ao nome do medicamento (Quadro 1).

Além da sigla, em cada saquinho de papel era acrescentado o desenho de: sol, caso o medicamento fosse usado pela manhã; nuvem, caso o medicamento fosse usado à tarde e meia-lua, caso fosse usado à noite. A quantidade de comprimidos que deveriam ser utilizados era representada por traços verticais.

**Quadro 1:** Medicamento anti-hipertensivo utilizado e a sigla relacionada a ele.

Medicamento anti-hipertensivo	Sigla
Hidroclorotiazida	H
Enalapril 5, 10 e 20mg	E5, E10, E20
Furosemida	FS
Propranolol	PP
Clonidina	CN
Nifedipina	NP
Espironolactona	EL
Captopril	CP
Anlodipina	AN
Atenolol	AT
Losartano	LT

Assim, para uma prescrição hipotética de Hidroclorotiazida, 25 mg, um comprimido pela manhã; Enalapril, 20 mg, um comprimido de doze em doze horas; Propranolol, 40 mg, dois comprimidos de oito em oito horas, e Anlodipina, 5 mg, um comprimido à noite; eram fornecidos quatro saquinhos de papel com as seguintes representações (Quadro 2).

**Quadro2:** Exemplo de representação lúdica de medicamento anti-hipertensivo e correspondente posologia utilizada como estratégia para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso.

Prescrição médica	Representação lúdica		
Hidroclorotiazida, 25 mg	H – *		
	I		
Enalapril, 20 mg	E20 – *	Ⓚ	
	I	I	
Propranolol, 40 mg	PP – *	⌒	Ⓚ
	II	II	II
Anlodipina, 5 mg	AN – *		
	I		

Este relato de experiência demonstra que, após a implantação de estratégias lúdicas para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos da ESF 1, da UBS Alcides Lins, houve considerável queda dos níveis pressóricos destes pacientes, os quais chegaram mais próximos dos limites de normalidade. Bem como corrobora a importância da adesão ao tratamento medicamentoso por parte dos pacientes hipertensos

para controle da doença.

Salienta-se a limitação amostral da experiência e sugere-se a realização de outros estudos, cujas amostras sejam maiores, que possam confirmar os resultados apresentados, bem como testar outras estratégias educativas a fim de melhorar a adesão desses pacientes ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.



**Figura 2:** Envelopes contendo medicamentos prescritos com respectiva representação lúdica da posologia.

Na Figura 2, pode-se perceber que o paciente faz uso de Hidroclorotiazida, 25 mg, um comprimido pela manhã; Enalapril, 20 mg, um comprimido de doze em doze horas; Propranolol, 40 mg, dois comprimidos de oito em oito horas, e Anlodipina, 5 mg, um comprimido à noite.

#### **5.2.4. Avaliação da adesão do paciente à terapia medicamentosa anti-hipertensiva**

No período de primeiro de novembro de 2009 a 31 de julho de 2010, após implantação da estratégia lúdica para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso, realizou-se novas aferições da pressão arterial dos pacientes hipertensos analfabetos da ESF 1, da UBS Alcides Lins, com a finalidade de comparar os valores obtidos com aqueles coletados antes da intervenção.

Neste interstício de nove meses, todos os pacientes pertencentes à amostra foram submetidos à, no mínimo, quatro aferições da pressão arterial, sendo a primeira realizada após três meses do início da implantação da estratégia lúdica. Para fins de classificação da pressão arterial, considerou-se o maior valor dentre aqueles registrados no período supracitado.



### 5.2.5. Análise dos dados

Após tabulação manual dos dados, realizou-se análise absoluta e relativa dos mesmos.

### 5.3. Resultados

A ESF 1, da UBS Alcides Lins, é responsável por 360 pacientes hipertensos, sendo 57 (15,8%) deles analfabetos, assim identificados conforme descrito no item 5.2.2. Considerando apenas os pacientes analfabetos, 42 (73,7%) deles são idosos, ou seja, idade de 60 anos ou mais.

Antes da implantação da estratégia lúdica, a pressão arterial de pacientes hipertensos, alfabetizados ou não, foi aferida e a classificação encontra-se descrita na tabela abaixo.

Classificação da HAS	Pacientes hipertensos - ESF 1			
	Analfabetos		Alfabetizados	
	n	%	n	%
Grave	23	39,0	28	9,0
Moderada	17	30,0	40	14,0
Leve	12	21,0	71	24,0
Controlada*	5	10,0	164	53,0
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 2:** Classificação da HAS de pacientes hipertensos alfabetizados ou não da ESF 1, antes da intervenção, Belo Horizonte, 2009.

(\*) Valores pressóricos de pacientes hipertensos que estivessem inseridos nas classes “normal alta”, “normal” e “ótima” foram agrupados na classe HAS controlada.

Na primeira etapa do estudo, referente à classificação da pressão arterial dos 57 pacientes hipertensos analfabetos pertencentes à amostra, pode-se notar que 12 eram classificados como hipertensos leves (21,0%), 17 como hipertensos moderados (30,0%) e 23 como hipertensos graves (39,0%).

No decorrer da implantação da estratégia lúdica para melhorar a adesão ao

tratamento medicamentoso, foi possível observar que o paciente não necessitava sequer saber a qual medicamento correspondia à sigla anotada no saquinho de papel. Como cada saquinho continha um medicamento distinto, bastava o paciente relacionar os desenhos (sol, nuvem, meia-lua) e traços à posologia.

Assim, após o período de implantação da estratégia e realização de novas aferições da pressão arterial dos pacientes hipertensos analfabetos, da ESF 1 da UBS Alcides Lins, verificou-se redução do número de pacientes classificados como hipertensos graves em 17,9% (Tabela 3).

Classificação da HAS	Pacientes hipertensos analfabetos - ESF 1			
	Antes da intervenção		Após a intervenção	
	n	%	n	%
Grave	23	39,1	12	21,0
Moderada	17	29,7	15	26,3
Leve	12	21,0	13	22,9
Controlada	5	10,2	17	29,8
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 3:** Classificação da HAS dos pacientes hipertensos analfabetos da ESF 1, antes e após a intervenção, Belo Horizonte, 2009-2010.

Dentre aqueles pacientes classificados como hipertensos moderados houve redução de 3,4% no número desses pacientes. Por outro lado, o número de pacientes classificados como hipertensos leves e hipertensos controlados (pressão arterial normalizada) aumentou em 16,0% e 320,0%, respectivamente.

Percebe-se que, dentre os pacientes hipertensos analfabetos, o número de pacientes classificados como moderados e, principalmente, classificados como graves diminuiu consideravelmente após a intervenção. Movimento contrário foi observado entre os pacientes classificados como hipertensos leves e controlados (normal alta, normal e ótima), uma vez que houve migração das classificações mais graves para as classificações mais próximas do normal. Sabe-se que, ao manter os níveis pressóricos dentro dos padrões de normalidade, há redução da chance de complicações cardiovasculares, renais, cerebrais, entre outras.

Ressalta-se que paciente algum apresentou piora da classificação da pressão arterial após implantação da estratégia lúdica, sendo esta uma situação comum quando a pessoa encontra-se com a pressão arterial descontrolada.

Ao comparar a classificação da pressão arterial dos pacientes hipertensos analfabetos com a dos pacientes alfabetizados, pôde-se perceber que o analfabetismo influencia negativamente o controle da HAS, pois torna a pessoa incapaz de usar a medicação corretamente (Tabela 4).

Classificação da HAS	Pacientes hipertensos - ESF 1			
	Analfabetos		Alfabetizados	
	n	%	n	%
Grave	12	21,0	28	9,0
Moderada	15	26,3	40	14,0
Leve	13	22,9	71	23,0
Controlada	17	29,8	164	54,0
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 4:** Comparação da classificação da HAS entre pacientes alfabetizados e analfabetos, após a intervenção, Belo Horizonte, 2009-2010.

A tabela acima mostra uma aproximação no percentual dos pacientes hipertensos analfabetos leves e controlados (52,7%) com relação aos pacientes hipertensos leves e controlados alfabetizados (77,0%), o que sugere melhor entendimento da forma de uso da medicação e da importância do seu uso correto e contínuo.

Observou-se que os pacientes hipertensos analfabetos, após a intervenção, diminuíram sua demanda espontânea de atendimento na UBS, provavelmente, devido à melhora das intercorrências relacionadas aos níveis pressóricos descontrolados.

## **6-CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este relato de experiência demonstra que, após a implantação de estratégias lúdicas para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos da ESF 1, da UBS Alcides Lins, houve considerável queda dos níveis pressóricos destes pacientes, os quais chegaram mais próximos dos limites de normalidade. Bem como corrobora a importância da adesão ao tratamento medicamentoso por parte dos pacientes hipertensos para controle da doença.

Salienta-se a limitação amostral da experiência e sugere-se a realização de outros estudos, cujas amostras sejam maiores, que possam confirmar os resultados apresentados, bem como testar outras estratégias educativas a fim de melhorar a adesão desses pacientes ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

## REFERÊNCIAS

5º INDICADOR NACIONAL DE ALFABETISMO FUNCIONAL: UM DIAGNÓSTICO PARA INCLUSÃO SOCIAL PELA EDUCAÇÃO. Instituto Paulo Montenegro/Ação Educativa/IBOPE Opinião, 2005. Disponível em: <[www.acaoeducativa.org/downloads/inaf05.pdf](http://www.acaoeducativa.org/downloads/inaf05.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2010.

ACHUTTI, A.C.; ACHUTTI, V.A.R. Aspectos epidemiológicos. In: AMODEU, C.; LIMA, E.G.; VARQUEZ, E.C. *Hipertensão arterial*. São Paulo: Servier; 1997. cap. 1, p. 11-22.

BRASIL. Instituto brasileiro de Geografia e Estatística Síntese dos Indicadores Sociais 2006. Estudos & Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, v.19. (2006).

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde: 2001. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reorganizacao\\_plano.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reorganizacao_plano.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília (DF): MS; 1997. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2011.

DOWELL J, HUDSON H. A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. *Fam Pract* 1997; 14: 369-375.

DUNCAN BB, SCHMIDT MI, GIUGLIANI ER. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

GOLDMAN, L.; BENNETT, J.C. *CECIL - Tratado de Medicina Interna*. 21.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

GREEN, C.A. What can patient health education coordinators learn from ten years of compliance research? *Patient Educ Couns* 1987;10:167-174.

HALLETT CE, AUSTIN L, CARESS A, LUKER KA. Community nurses' perceptions of patient 'compliance' in wound care: a discourse analysis. *J Ad Nursing* 2000; 32(1):115-123.

INDICADOR DE ALFABETISMO FUNCIONAL 5 ANOS: UM BALANÇO DOS RESULTADOS DE 2001 A 2005. LIMA, A.L.D.; RIBEIRO, V.M.; NUNES, M.C.; FONSECA, M.C.F.R.; SOARES, T.M., 2005. Disponível em: <[www.acaoeducativa.org/images/stories/pdfs/inafbaltanco5anos.pdf](http://www.acaoeducativa.org/images/stories/pdfs/inafbaltanco5anos.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2010.

JACOMINI DD, MOREIRA, DA. A Influência do Analfabetismo Funcional na Pesquisa Informacional. In: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 27, 2004. Porto Alegre.

KROUSEL-WOOD MA, MUNTNER P, ISLAM T, MORISKY DE, WEBBER LS. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the Cohort Study of Medication Adherence Among Older Adults. *Med Clin N Am* 2009; 93:753-69.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas componentes estruturais de ação: Relatório Mundial*. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.

PIERIN AMG, MION JR D. Atuação da equipe de enfermagem na hipertensão arterial. In: PIERIN AMG. *Manual de Enfermagem-Programa Saúde da Família-Saúde do adulto e do idoso*. Porto Alegre (RS): Sagra-Luzzato; 2001.

PRADO JC, KUPEK E, MION JR. D. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. *J Hum Hypert* 2007; 21:579-84.

REINERS AAO. *Interação profissional de saúde e usuário hipertenso: contribuição para a não-adesão ao regime terapêutico* [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2005.

RIBEIRO AB. *Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica*. São Paulo (SP): Atheneu, 1996.

RIBEIRO, V.M.; VÓVIO, C.L.; MOURA, M.P. (2002). *Letramento no Brasil: alguns resultados do indicador Nacional de Alfabetismo Funcional*. Educação & Sociedade, v.23, n.81.

RIBEIRO, VM. Analfabetismo e alfabetismo funcional no Brasil. Boletim INAF. São Paulo: Instituto Paulo Montenegro, jul.-ago. 2006.

ROUQUAYROL MZ, ALMEIDA FILHO N. *Epidemiologia e Saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003 p. 293

SOARES MC, RIBEIRO A, LIMA P, RIBEIRO J. O efeito do fornecimento da informação na ansiedade pós-operatória numa população portuguesa de pacientes candidatos a cirurgia cardíaca. In: *Actas do 2º congresso Nacional de Psicologia da Saúde*; 1997; Lisboa.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.*, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, p. 1-51. 2010. Suplemento.

THE SEVENTH REPORT OF THE JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE. Bethesda: National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute, 2004. Disponível em: <[www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf)>. Acesso em: 29 ago. 2010.

TROSTLE JA. Medical compliance as an ideology. *Soc Sci Med* 1988; 27(12):1299-1308.

UNGARI AQ. *Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, SP* [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003.