

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA
FAMÍLIA

GRAZIELA OLIVEIRA ROGERI CALIXTO

MELHORA NA ADESÃO AO TRATAMENTO PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: PROJETO DE
INTERVENÇÃO

Uberaba - MG

2014

GRAZIELA OLIVEIRA ROGERI CALIXTO

**MELHORA NA ADESÃO AO TRATAMENTO PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: PROJETO DE
INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh.

Uberaba – MG

2014

GRAZIELA OLIVEIRA ROGERI CALIXTO

**MELHORA NA ADESÃO AO TRATAMENTO PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: PROJETO DE
INTERVENÇÃO**

Banca Examinadora

Profª Drª Isabel Aparecida Porcatti de Walsh (UFTM)

Nathália Silva Gomes

Aprovado em Uberaba, em 24/05/2014

Dedico este trabalho:

À minha família, em especial meu esposo e minhas filhas,
Camila e Giovanna por entenderam que a
ausência é necessária para a colheita de frutos bons.

AGRADECIMENTOS

Á Deus, pela sua infinita bondade e misericórdia. Amo o Senhor!

Agradeço a professora Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh que enriqueceu este estudo através de seu conhecimento.

Agradeço em especial, às minhas amigas e irmãs Lidiane e Patrícia, que demonstram sempre que melhor caminhar junto ao caminhar sozinho.

“Não deixe o medo do tempo que levará para realizar algo ficar no caminho de fazê-lo. O tempo passará de qualquer forma; devemos igualmente colocar esse tempo passageiro no melhor uso possível.”

Earl Nightingale

RESUMO

A má adesão ao tratamento medicamentoso que acometem principalmente pacientes portadores de Hipertensão Arterial (HA) e de Diabetes Mellitus (DM) tem sido um grave problema de saúde pública, já que estas podem resultar em consequências graves aos pacientes. Constatou-se na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Dr. Osvaldo Morelli Filho, Frutal/MG uma má adesão ao tratamento medicamentoso. O objetivo do presente trabalho foi elaborar um plano de intervenção com o objetivo de melhorar a adesão medicamentosa dos usuários com HA e DM cadastrados nesta unidade de saúde. Por meio da participação no HIPERDIA, realização de visitas domiciliares, educação em saúde, controle do medicamento prescrito, acompanhamento nutricional e de enfermagem e retorno a cada 3 (três) meses ao clínico geral da ESF. Busca-se com este projeto uma redução de sequelas causadas pela HA e DM, além de melhorar a qualidade de vida de pacientes acometidos por essas patologias.

Palavras-chave: Adesão a medicação; Hipertensão arterial; Diabetes Mellitus; Tratamento medicamentoso.

ABSTRACT

Poor adherence to drug treatment affecting mainly patients with arterial hypertension (HA) and diabetes mellitus (DM) has been a serious public health problem, since these can result in serious consequences to patients. It was found in the in the clinic Family Dr. Osvaldo Morelli Filho, Frutal/MG poor adherence to therapy. The aim of this study was to develop an intervention plan with the goal of improving medication adherence by users registered with HA and DM in this health unit. Through participation in HIPERDIA, home visits, health education, control of prescribed medicine, nutritional and nursing counseling and return every three months to the general practitioner in this health unit. Search this project with a reduction of sequelae caused by HA and DM, in addition to improving the quality of life of patients suffering from these diseases.

Keywords: medication Adherence; Hypertension; Diabetes Mellitus; Drug therapy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	
3.1 Geral	15
3.2 Específicos	15
4 METODOLOGIA	
4.1 Diagnóstico Situacional	16
4.2 Levantamento de dados secundários do SIAB e prontuários clínicos	
5 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	17
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	
6.1 Grupo HIPERDIA	20
6.3 Avaliação do uso das medicações	20
6.4 Acompanhamento com nutricionista	20
6.5 Educação em saúde	20
6.6 Realização de visitas domiciliares pela Enfermeira e pelos ACS	21
6.7 Retorno ao clínico	21
6.8 Análise dos prontuários	21
6.9 Controle da adesão ao tratamento medicamentoso	21
6.10 Avaliação das intervenções	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica diz respeito a diminuição de doenças infecto-parasitárias, como diarreias, poliomielite, sarampo, etc, e ao aumento de doenças cardiovasculares e doenças metabólicas, como a Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellittus (DM). Segundo o Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF), esta transição está intimamente relacionada ao estilo de vida no passado, em que a população ingeria uma alimentação adequada e realizava exercícios físicos, através de longas caminhadas e trabalhos braçais (PROMEF, 2011).

Atualmente, as doenças e agravos não transmissíveis (DANT) têm ocupado lugar significativo na saúde pública decorrente da alta incidência e prevalência (ATHANIEL; SAITO, 2010).

Mesmo com o avanço da ciência em saúde e a melhora na qualidade de vida, este aumento é significativo, aliado ao envelhecimento populacional.

Os altos índices de mortalidade de adultos decorrentes de DANT tem impulsionado o Ministério da Saúde (MS) a buscar estratégias para a promoção da saúde e a prevenção das doenças. Essas têm como fatores determinantes a biologia humana, o ambiente social, o estilo de vida e a organização do sistema de saúde. Os agravos e as doenças cardiovasculares apresentam relação com o estilo de vida das pessoas (ATHANIEL; SAITO, 2010) e, neste contexto, cabe enfatizar a falha no cuidado ao tratamento.

Ultimamente, o número de óbitos decorridos de complicações causadas pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente a HA e a DM, aumentou no Brasil. Estima-se que 20% da população brasileira sofram de HA e 12% de DM (CARVALHO et al., 2011).

Para atender este público-alvo, o Governo Federal, através do MS, lançou diretrizes para o funcionamento de grupos de educação em saúde. Especificamente, o HIPERDIA vem atender a necessidade de hipertensos e de diabéticos. É um sistema informatizado que tem como objetivo cadastrar e acompanhar hipertensos e diabéticos captados e vinculados ao Programa de Saúde da Família ou, atualmente denominado de Estratégia de Saúde da Família.

O HIPERDIA tem como objetivos principais: possibilitar a gestão do cuidado com a vinculação do portador à unidade básica ou equipe de saúde através do cadastro e atendimento desses portadores de DM e HA; monitorar de forma contínua a qualidade clínica e o controle desses agravos e seus fatores de risco à população assistida; fornecer informações gerenciais que permitem subsidiar os gestores públicos para tomada de decisão para a adoção de estratégias de intervenção gerais ou pontuais, como estimar acesso aos serviços de saúde, planejar demanda para referenciamentos, estimativa de uso de materiais, necessidade de recursos humanos e de capacitações; fornecer informações que subsidiem a gerência e gestão da Assistência Farmacêutica; instrumentalizar a Vigilância em Saúde, fornecendo informações que permitem conhecer o perfil epidemiológico da HA e DM, seus fatores de risco e complicações na população; possibilitar o Controle Social através de informações que permitem analisar acesso, cobertura e qualidade da atenção (BRASIL, 2014).

Apesar dos esforços do governo brasileiro para o controle destas doenças por meio do HIPERDIA, distribuição de medicamentos gratuitos, etc., há uma dificuldade de adesão ao tratamento por parte dos seus portadores.

A não adesão ao tratamento medicamentoso é o fator preponderante nas complicações da HA e DM. Como consequência são gerados custos excessivos para a saúde pública e aumento no número de internações (CARVALHO et al.; 2011).

De acordo com Alves e Calixto (2012), a falta de adesão ao tratamento representa um grave problema de saúde pública, refletindo em mortes aos portadores, desencadeamento de complicações que levam a hospitalização, problemas de aspecto social como o absenteísmo no trabalho, aumento nos custos com internações de longa permanência, invalidez, aposentadoria precoce, etc.

Estudos relatam diversos fatores relacionados à má adesão ao tratamento em doenças crônicas. Para Nobre e Décio (2013), a deficiência na adesão aos tratamentos deve-se a baixa instrução, gerando crenças equivocadas sobre o tratamento, falta de confiança nos profissionais de saúde, estrutura familiar inadequada e acesso deficitário ao sistema de saúde.

Segundo Nobre e Décio (2013), a adesão ao tratamento medicamentoso é vital ao tratamento de HA, através de controle da PA e redução das complicações hipertensivas. A

eficácia no tratamento reflete ainda em uma maior expectativa de vida, manutenção da independência e qualidade de vida (ARAÚJO et al.; 2011). Além disso, o tratamento e controle de doenças crônicas refletem-se consideravelmente na redução de gastos hospitalares.

Segundo Araújo et al. (2011) o Governo Federal disponibiliza para os pacientes portadores de DM, por exemplo, acesso gratuito à medicação, portanto este parece não ser o ponto central da não adesão ao tratamento. Para tanto, é necessário a intervenção da equipe multiprofissional da ESF para melhor adesão ao tratamento dos pacientes em questão. Com isso, há uma preocupação em realizar a promoção a saúde, a prevenção e a recuperação da doença através de orientações e acompanhamento da equipe multidisciplinar.

Entende-se que as visitas domiciliares e a educação em saúde alcançam um número maior de usuários (ARAÚJO, et al., 2011), visto que a cumplicidade gerada entre a equipe de saúde e estes proporciona mudanças nos hábitos de vida e no modo de entendimento dos mesmos. Ressalta-se ainda que se o usuário não souber ou não lembrar o que deve fazer e quando fazer, não será capaz de realizar o tratamento de maneira satisfatória (NOBRE, DÈCIO; 2013).

Neste contexto, a equipe multidisciplinar de saúde da família tem como responsabilidade o controle dos pacientes da área de cobertura através de visitas domiciliares, controle de pressão arterial e glicemia capilar, consultas médicas e controle de exames complementares para monitoramento. Os Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) têm fundamental importância neste projeto, uma vez que acompanham o paciente mensalmente e estabelecem vínculos com a comunidade. O *feedback* do tratamento medicamentoso do paciente exclusivamente domiciliar só poderá ser feito através de visitas domiciliares.

Segundo dados obtidos pela Secretaria Municipal de Saúde, o município de Frutal/MG, localizado próximo ao Triângulo Mineiro, disponibiliza para a população oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) na zona urbana e uma na zona rural, todas funcionando juntamente com Equipes de Saúde da Família. Cerca de 50% da população possui cobertura da ESF.

De acordo com o banco de Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em 2012) havia neste município aproximadamente 5.133 mil pessoas hipertensas e 1.167 mil diabéticos, para uma população de aproximadamente 54.819 mil habitantes. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o percentual de pessoas sem instrução ou com o fundamental incompleto era de 50,2% (IBGE, 2010).

Durante as visitas domiciliares realizadas pela equipe de Saúde da Família pode-se observar o reflexo dessa carência intelectual na falta de adesão ao tratamento, visto que o cliente apresenta dificuldade em assimilar a importância do tratamento na amenização das sequelas de uma doença crônica, ou ainda pela dificuldade no uso correto de medicações prescritas. Além disso, há falta de motivação do usuário em seguir o tratamento, visto ser este de longo prazo.

Sabe-se que as consequências dessas duas patologias representam as principais causas de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis e que é essencial o uso contínuo de medicamentos para o controle das mesmas, além das mudanças de estilo de vida com a finalidade de evitar complicações.

Neste contexto, se faz essencial a orientação da população através da educação em saúde para melhora nos hábitos de vida e adesão ao tratamento.

A UBS/ESF Dr. Osvaldo Morelli Filho atende uma população além de sua área de cobertura. Como reflexo há uma dificuldade no controle clínico e laboratorial anual para os pacientes cadastrados no HIPERDIA. O acompanhamento dos pacientes realizado pelo médico da ESF é realizado através do Grupo de HIPERDIA ou através de visita domiciliar que ocorre uma vez na semana. Não é possível alcançar a toda população cadastrada.

2 JUSTIFICATIVA

Uma das funções do processo de trabalho da Equipe na atenção básica é o desenvolvimento das ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e na busca por qualidade de vida pelos usuários.

Neste sentido, este estudo foi proposto após o diagnóstico da utilização medicamentosa de forma errônea pelos usuários cadastrados na ESF Dr. Osvaldo Morelli Filho e as consequências/sequelas causadas por este uso inadequado.

Para resolver o problema identificado foi definido um plano de intervenção para esta população.

Acredita-se que este plano ampliará a divulgação dos benefícios da adesão ao tratamento medicamentoso, proporcionando maior cooperação e compreensão do usuário, sendo uma ferramenta satisfatória na prevenção de agravos e promoção da saúde.

3 OBJETIVO

3.1 GERAL

Elaborar um plano de intervenção com o objetivo de melhorar a adesão medicamentosa dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Dr. Osvaldo Morelli Filho, Frutal/MG.

3.2 ESPECÍFICOS

Identificar as principais dificuldades do paciente em relação ao tratamento medicamentoso;

Propor estratégias para uma maior e melhor adesão ao tratamento medicamentoso.

4 METODOS

4.1 Diagnóstico situacional

O diagnóstico situacional foi realizado na ESF Dr. Osvaldo Morelli Filho de Frutal/MG, no período de novembro de 2012 a fevereiro de 2013, através de levantamentos junto a equipe multidisciplinar desta Unidade.

Através de visitas domiciliares e/ou grupos de HIPERDIA realizados a pacientes idosos hipertensos que apresentavam crises hipertensivas severas, questionava-se a ingestão do medicamento nos horários prescritos e quais medicamentos faziam uso. Os pacientes em questão não haviam feito uso do medicamento, ou ainda, não sabiam qual o nome do medicamento que faziam uso. Esta situação ocorria também a pacientes diabéticos com descompensação da glicemia capilar. Além disso, foi possível observar a dieta desequilibrada que estes pacientes aderiam. Outro fator observado para o tal estudo está relacionado a dispensação de medicamentos para hipertensão e diabetes, uma vez que o paciente não comparecia na unidade para buscar seus medicamentos mensais e não havia comprado ou adquirido o mesmo na Farmácia Municipal, o que era constado após entrevista com estes, confirmando a má adesão ao tratamento medicamentoso.

Foi possível observar que esta falta de controle dos medicamentos ingeridos e a reposição mensal de tais medicamentos estava diretamente relacionada à falta de instrução cognitiva, uma vez que no grupo de população analfabeta a má adesão ao tratamento medicamentoso era maior que no grupo com escolaridade (entendendo-se escolaridade como saber ler e escrever além do próprio nome). Esta observação foi possível através de reuniões realizadas na equipe multidisciplinar com os profissionais envolvidos (enfermeira, médico, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem), nas reuniões de HIPERDIA e na observação das sequelas em decorrência da HA e DM, uma vez que, na área de abrangência do PSF existe uma população considerável de amputados e com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE), o que caracteriza uma falha no controle da pressão arterial e glicemia capilar em níveis aceitáveis.

4.2 Levantamento de dados secundários do SIAB e prontuários clínicos

Foram analisados os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) correspondente a sete microáreas da área escolhida e consultados os prontuários de 36 usuários cadastrados.

O levantamento identificou a falta de retorno ao clínico geral para controle da doença e a não adesão ao tratamento medicamentoso em 60% dos usuários cadastrados.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Foi realizada através de informações de livros, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PROMEF e do MS, utilizando as seguintes palavras-chaves: adesão, tratamento medicamentoso, diabéticos, hipertensos. Foram selecionados através do critério de inclusão estudos no idioma português, e que estivessem dentro dos últimos cinco anos de publicação.

A revisão bibliográfica incluiu três artigos científicos indicando resultados de programas de intervenção realizados para o aumento da adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento.

Estudo realizado por Alves e Calixto (2012) teve por objetivo identificar quais aspectos influenciam na adesão ao tratamento e suas consequências. Segundo os autores, a falta de adesão ao tratamento de HAS e DM consta como grave problema de saúde pública, acarretando complicações que evoluem para hospitalizações, agravos sociais por absenteísmo no trabalho, invalidez, aposentadoria precoce e morte.

Araújo et al. (2011) realizaram um estudo transversal, demonstrando que a população feminina possui maior adesão ao tratamento e que a falta de conhecimento com relação a este vem se constituindo numa das causas de insegurança do cliente. Além disso, pessoas com maior grau de escolaridade conseguem aderir melhor ao tratamento medicamentoso. Apontam a importância das visitas domiciliares e a educação em saúde na adesão ao tratamento medicamentoso

Carvalho et al. (2012) relatam que a não adesão ao tratamento medicamentoso é a principal falha no tratamento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, apontando que esta se dá pela falta de informação com relação à doença e o tratamento.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Grupo HIPERDIA

O HIPERDIA atuará na promoção e educação em saúde e prevenção das complicações da HAS e DM. As reuniões serão quinzenais. O grupo terá como mediador o médico ou a enfermeira da equipe e, quando necessário, um profissional convidado (educador físico, nutricionista, psicólogo, cardiologista).

A abordagem didática incluirá a utilização de materiais produzidos pelo MS e produção de folders pelos integrantes da equipe. Será um momento de conversa, no qual cada integrante terá a oportunidade de falar ou expressar o que pensa, objetivando a participação do usuário e a troca de experiência entre os mesmos. Serão determinadas as dificuldades dos usuários em relação à terapia medicamentosa e não medicamentosa e propostas metas (redução do peso, participação em atividades físicas, dieta adequada).

6.2 Aferição de PA e Glicemia.

A enfermeira da equipe fará a aferição de Pressão Arterial (PA) e Glicemia capilar semanalmente.

6.3 Avaliação do uso das medicações

As medicações serão dispensadas mensalmente. A enfermeira e os ACS avaliarão o uso correto das medicações através de planilha semanal com fluxo de entrada e de saída de medicamentos.

6.4 Acompanhamento com nutricionista

O profissional nutricionista realizará a orientação de dieta específica e avaliação da aceitação desta dieta através de questionário, além da orientação quanto ao peso adequado, através do cálculo do Índice de Massa Cóporea (IMC). Para isso os usuários serão pesados nos grupos de HIPERDIA mensalmente e a dieta será acompanhada pela nutricionista na Unidade de Saúde conforme necessidade do paciente.

6.5 Educação em saúde

A missão do profissional em saúde pública é de orientação a prevenção à doença e a promoção à saúde. Portanto, a educação em saúde se dará através de grupos de HIPERDIA e visitas domiciliares. Os grupos de HIPERDIA contarão com profissionais do município, como médicos especialistas, enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Durante as visitas domiciliares os pacientes serão orientados e o procedimento anotado em prontuário. Em situações em que o paciente não possui habilidade cognitiva o encarregado pela visita deverá entrar em contato com o cuidador ou familiar próximo para as devidas orientações.

6.6 Realização de visitas domiciliares pela Enfermeira e pelos ACS

As visitas domiciliares permitirão conhecer a realidade na qual o paciente vive, se o uso do medicamento está sendo realizado de forma correta.

A visita realizada pela enfermeira deverá ser feita quinzenalmente para acompanhamento dos níveis pressóricos a taxa de glicemia capilar aos pacientes cadastrados.

As visitas domiciliares pelos ACS's deverão ser feitas semanalmente, pois se o paciente apresentar dificuldades na adesão ao tratamento será detectado com maior rapidez e a intervenção se fará rapidamente. O ACS deverá constar sua visita em relatório próprio e comunicar qualquer alteração à enfermeira responsável.

6.7 Retorno ao clínico

O retorno á consulta com o clínico geral, médico da Estratégia de Saúde da Família, se dará a cada três meses, para controle de exames laboratoriais e ajustes, se necessário, da medicação prescrita.

6.8 Análise dos prontuários

Após a implantação das ações de intervenção serão analisados os prontuários destes pacientes e o SIAB para acompanhar os retornos médicos, controle de medicamentos e redução das comorbidades a cada três meses.

6.9 Controle da adesão ao tratamento medicamentoso

O controle da adesão ao tratamento medicamentoso deverá ser feito através da saída de medicamentos disponibilizados ao paciente pelo prontuário eletrônico e pelas visitas domiciliares. As medicações serão separadas por caixas de cores diferentes dispostas da seguinte maneira: 01 – caixa amarela para os medicamentos que deverão ser tomados/administrados no período da manhã; 02 – caixa vermelha para os medicamentos que deverão ser tomados/administrados no período da tarde; 03 – caixa preta para os medicamentos que deverão ser tomados/administrados no período da noite.

Além disso, a medicação será fracionada em sacos plásticos e separados de acordo com a prescrição médica, respeitando os horários e a dosagem a ser administrada.

Durante as visitas domiciliares realizadas pelo ACS serão anotados em uma planilha específica a quantidade de medicamentos utilizados por semana, perfazendo ao final um total que deverá coincidir com o que foi disponibilizado para o paciente no início daquele mês. As planilhas deverão ser analisadas por semana e se houver falha o enfermeiro deverá ser comunicado para nova orientação ao paciente.

6.10 Avaliação das intervenções

Os usuários serão avaliados quanto à participação por meio de uma lista de presença registrada no livro específico do grupo. A cada encontro, será disponibilizado um questionário de avaliação do grupo, das atividades, da motivação, dificuldades da prescrição médica, sugestões e críticas.

Parâmetros como peso e pressão arterial serão avaliados com auxílio de balança, esfigmomanômetro e estetoscópio.

A reunião da equipe de saúde mensalmente discutirá os resultados dos questionários, as sugestões e críticas, identificando e buscando soluções para os problemas encontrados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As propostas descritas têm por finalidade acompanhar o processo de aprendizagem do paciente através de educação em saúde, controle do medicamento prescrito, acompanhamento nutricional e de enfermagem e retorno a cada três meses ao clínico geral da ESF.

Através de ações conjuntas com a equipe espera-se observar o aumento na adesão ao tratamento.

Busca-se com este projeto uma redução de sequelas causadas pela HA e DM, além de melhorar a qualidade de vida de pacientes acometidos por essas patologias.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Márcio Flávio Moura de et al. Cumprimento da Terapia com Antidiabéticos Orais em Usuários da Atenção Primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; 20 (1): 35-43. 2011.

ALVES, Bruna Araújo; CALIXTO, Amanda Aparecida Teixeira Ferreira. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst**, 30(3): 255-60. 2012.

BRASIL. DATASUS Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/index.php/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>. Acesso em 30 abr 2014.

CARVALHO, André Luis Menezes et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro 17 (7): 1885-1892. 2012.

IBGE, 2010. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/suapme/default_educacao.shtm. Acesso em 15 nov 2013.

NOBRE, Fernando; DÉCIO, Mion Junior. *Adesão ao tratamento – O grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial*. 1 ed. São Paulo: Leitura Médica, 2013. 24p. 47p.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina.; SAITO, Raquel Xavier de Souza (Org.). *Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade*. 2. Ed. São Paulo: Martinari, 263-264 p. 2010.

PREFEITURA DE FRUTAL. Secretarias. Disponível em: <http://www.frutal.mg.gov.br/Saude/ubs-e-psf.html>. Acesso em 15 nov 2013.

PROMEF. Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Módulo 1. Ciclo 6.2011.

SIAB, 2013. Disponível em: <http://www.siab.datasus.gov.br>. Acesso em 15 nov 2013.