

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS:
A EXPERIÊNCIA INDIVIDUAL TRANSFORMANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

Marcus Vinicius Pinheiro Reis

Orientadora: Ana Luísa Opromolla Pacheco

Área temática: Adesão ao ao tratamento das doenças crônicas

Tabatinga - AM

2020

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS:
A EXPERIÊNCIA INDIVIDUAL TRANSFORMANDO A PROMOÇÃO DE SAÚDE.**

Trabalho realizado para conclusão do curso de Especialização de Medicina de Família e Comunidade. Visa fazer um levantamento e análise crítica das informações recebidas durante o período de curso por meio de um Portfólio, além de elaborar um projeto de intervenção.

Orientadora: Ana Luísa Opromolla Pacheco

Marcus Vinicius Pinheiro Reis

**Tabatinga - AM
2020**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	05
2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	06
3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	07
4. CASO CLÍNICO.....	08
5. ANEXO: PROJETO DE INTERVENÇÃO	

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de sintetizar as experiências pessoais acumuladas no decorrer de um ano de atividades como médico da Estratégia de Saúde da Família, atuando pelo Programa Mais Médicos. Atenção especial foi dada aos pacientes com doenças crônicas, sendo a Hipertensão Arterial a mais prevalente em nosso meio. A percepção de que a doença afeta principalmente a população de maior idade, que os mesmos já acumulam outras morbidades e tratamentos, e que a prevalência de analfabetismo é alta nesta população, motivou a elaboração deste trabalho. A confusão com tomada das medicações, prescrições longas e complexas gera dificuldades e frustração com o tratamento. Portanto tentei desenvolver estratégias para acessar os problemas da adesão medicamentosa e propor soluções para simplificar prescrições e facilitar seu entendimento, melhorando, portanto, a adesão dos pacientes aos tratamentos propostos.

Palavras chave: Adesão à medicação; Anti-hipertensivos; Atenção Primária à Saúde; Doença crônica.

Comentado [ALO1]: Marcus, aqui no resumo faltou voce falar sobre o seu trabalho! o resumo funciona como uma propaganda do que você vai apresentar. É nele que as pessoas decidem se seu trabalho vale a pena ser lido. Então, faltou falar sobre o que você escreveu.

1. INTRODUCAO:

Me chamo Marcus Vinicius Pinheiro Reis, médico, formado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro no ano de 2014. Sou natural de Lavras, Minas Gerais, onde trabalhei por apenas seis meses. Atuei como internista e em emergências, enquanto aguardava o período de início das atividades como militar. Neste ano havia me voluntariado para servir no Amazonas como Oficial Médico Temporário do Exército Brasileiro.

Iniciei minha jornada no Amazonas em fevereiro de 2015, no Hospital de Guarnição de Tabatinga, como plantonista em emergências clínicas, mas fui logo desviado de função, e passei a atuar como internista, e também no apoio - sobreaviso - à unidade semi-intensiva. Também coordenei o ambulatório de Clínica Médica, oferecida aos militares e dependentes militares. O HGuT, embora limitado em sua resolutividade, é o único hospital de referência do alto Solimões, e recebe até hoje os pacientes mais graves e complexos da região, - inclusive provenientes do Peru e Colômbia -, que gerou uma excelente oportunidade de aprendizado e aprimoramento na área de emergências e cuidados intensivos.

Ainda em 2015, tive a oportunidade de servir no Pelotão Especial de Fronteira do Estirão do Equador - fronteira com o Peru, no Rio Javari - por exatos 39 dias, conhecendo a triste realidade das populações indígenas, ribeirinhas. Os brasileiros ou peruanos que vivem na região, têm o pelotão de fronteira - extremamente carente em recursos médicos - como sua única referência em termos de saúde.

No final de 2015 e início de 2016 recebi uma proposta de emprego na UBS São Francisco, equipe Dom Pedro I, onde atuei até fevereiro de 2016, e que, surpreendentemente, é a mesma equipe que assumi quando fui selecionado para o programa Mais Médicos. Nesta mesma época fui convocado para a UPA-24h, na qual trabalho até os dias de hoje, como plantonista e recentemente, coordenador da clínica médica.

Entre 2016 e final de 2018, frente à uma excelente proposta de trabalho, atuei como médico na atenção primária na cidade de Atalaia do Norte - AM, detentoras do pior IDH do Amazonas, e terceiro pior IDH do país. Foi uma experiência profissional, cultural e pessoal marcante, que guardo na memória com muito carinho, pois convivi

intimamente com os povos ribeirinhos e as diversas etnias indígenas do Vale do Javari. Conheci sua riquíssima cultura, mas também sua paupérrima realidade.

Hoje, retorno à Tabatinga pelo programa Mais Médicos, no qual enxerguei excelente oportunidade de obter estabilidade financeira, e investir na carreira através da especialização. Outro fator que pesou na escolha foi a melhora da qualidade de vida e logística pessoal, pois as viagens semanais, e as vezes diárias, entre Tabatinga e Atalaia do Norte, estavam se tornando cada vez mais penosas e estressantes.

2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

A unidade Dídimo Pires se localiza no bairro São Francisco em Tabatinga, de localização central, próximo à área de comércio, feiras e do porto de [Tabatinga](#). Abrange os bairros São Francisco, Dom Pedro I e Centro. A localização é privilegiada, se comparada ao outras UBS, pois tem acesso por rua pavimentada, e está exatamente entre os 3 bairros. O acesso à maioria dos pacientes pode ser feito a pé, e leva no máximo 15 minutos de caminhada.

A equipe Dom Pedro I, segundo dados da última reunião de equipe que contabilizou os dados coletados durante o mês de Fevereiro de 2020, conta com 2785 usuários, distribuídas em 683 famílias cadastradas.

Localização de fácil acesso aos profissionais e pacientes, e uma equipe unida com poucas rixas pessoais. Profissionais competentes e interessados em acolher os pacientes e oferecer o melhor cuidado possível, dentro das possibilidades. Gerente altamente competente e interessado, que luta pelas melhorias da unidade e compreende as necessidades individuais dos membros da equipe, prezando pela qualidade do trabalho com definição de metas

Os maiores problemas que observo: a saúde é um instrumento político, e é manejado como tal. A UBS Dídimo Pires é a maior do município, com 3 equipes, e é instalada dentro de uma casa improvisada. Outras unidades menores foram construídas com planejamento adequado. Há 3 consultórios médicos mal equipados, de tamanho inadequado, com macas precárias e frágeis, e apenas um consultório de enfermagem, a ser revezado com as 3 enfermeiras, que como consequência dificulta muito o planejamento das coletas de preventivo, realização de testes rápidos e consultas de enfermagem.

Conta com apenas uma sala de odontologia, na qual foi instalada duas cadeiras de odontologia. Sala de procedimentos que frequentemente falta material para pequenas cirurgias. O laboratório é localizado nos fundos do imóvel, e também conta com frequente esgotamento dos reagentes, que já perdurou por meses, inviabilizando o controle laboratorial de pacientes diabéticos, hipertensos, dislipidêmicos, nefropatas, etc, visto que parte da população não tem condições para bancar exames particulares.

Não há área adequada para reuniões de equipe nem realizações de atividades coletivas. Enfim, as maiores dificuldades que enfrentamos são consequência direta do espaço físico inadequado da Unidade, que dificulta a logística para a realização das atividades profissionais.

2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Programas e participantes

De acordo com os dados do mês de Fevereiro, contabiliza-se:

Pré Natal: 22 gestantes no programa de pré-natal, com 100% das pacientes em acompanhamento regular por toda a equipe, além de cinco puérperas que receberam visitas da enfermeira e agente de saúde. Uma em especial recebeu visita médica devido à deiscência de sutura da laceração de trajeto grau III, sendo encaminhada À maternidade de referencia.

Puericultura: 168 crianças de 0-2 anos e 196 crianças de 2 a 5 anos, totalizando 374 crianças, sendo que no mês de fevereiro foram realizadas no total 162 atendimentos pela equipe de médico, enfermeiros e saúde bucal.

Hiper/Dia: 191 pacientes hipertensos e 81 diabéticos, sem dados que permitam concluir quais desses pacientes possuam as duas patologias concomitantemente, inclusive um problema que foi identificado e deve ser sanado, pois não permite a estimativa real do total populacional acompanhado no Programa Hipertensão-

Diabetes. Foram realizados 45 atendimentos pela equipe desta população alvo, sendo 28 atendimentos com o médico.

TB e Hanseníase: 0 pacientes em Fevereiro de 2020.

Acamados e deficientes físicos: 4 acamados e 44 deficientes físicos. Programa interno que envolve pelo menos uma visita ao mês por algum profissional da equipe além dos Agentes comunitários de saúde, a pacientes com dificuldades de locomoção até a UBS. Foi decidida uma visita de toda equipe uma vez ao mês para atendimento de pelo menos um paciente e seus familiares e orientações quanto aos cuidados com pacientes acamados ou deficientes graves.

Testes Rápidos e PCCU: Realizados 66 testes rápidos – para hepatites virais, HIV e sífilis – e 36 exames de preventivo em todo mês de Fevereiro. Foram definidas metas a serem alcançadas mês a mês para melhorar a abrangência dos exames.

4. CASO CLÍNICO

O caso do paciente a seguir representa uma situação corriqueira na minha rotina como médico da atenção básica e emergencista, a UPA 24h de Tabatinga.

Ofir Maciel da Silva, 58 anos, marceneiro, união estável, natural de Benjamin Constant – AM.

Queixa Principal: Falta de ar, suor frio, de início súbito

HDA: paciente hipertenso grau III, comparece à urgência da UPA 24h com quadro de desconforto respiratório, diaforese, ortopneia, de início há aproximadamente 2 horas. Nega desconforto torácico. Esposa relata má adesão medicamentosa.

HPP: paciente hipertenso, em seguimento na UBS São Francisco pela equipe D. Pedro I. Faz uso de Losartana 100mg 2x dia, Hidroclorotiazida 25mg dia, Anlodipino 10mg 2x ao dia, Espironolactona 25mg 2x ao dia, Sinvastatina 20mg 1x ao dia prescrito pelo médico da atenção básica. Porém faz uso irregular.

Ao exame: MEG, palido, sudoreico, taquidispneico, com esforço respiratório evidente.

AR: MVUA reduzidos em bases com estertoração grossa.

ACV: Ritmo cardíaco irregularmente irregular, ictus desviado a esquerda, impulsivo. Sem sopros.

Abdome: Atípico

MMII: edema em terço distal de MMII, com cacifo ++, indolor.

PAX 210x120mmHg, Temp 35oC, FC 144 bpm, FR 45 IRPM

ECG: Fibrilacao atrial, Sem desnivelamento do segmento ST.

HD: edema agudo pulmonar hipertensivo.

Realizado na urgência Nitroprussiato, morfina, e furosemida, iniciado ventilação com pressão positiva, com melhora sintomatica evidente após a primeira hora. Estabilizado o quadro. FA revertida com amiodarona após confirmar-se origem aguda da FA.

Discussão: paciente atendido por mim em minha equipe, com descompensação cardíaca grave, decorrente do má controle pressórico. Paciente comparece as consultas com certa regularidade, porém afirma que se confunde com as medicações, e teme que uma eventual troca das medicações o faça mal. Paciente sabia ler “um pouquinho”. Esposa ajudava o marido com as medicações, mas frequentemente se confundia, uma vez que ela também utilizava medicações para controle da tireóide e diabetes mellitus, e tratava do pai com sequela de ave hemorrágico, que também tinha extensa lista de medicações.

O quadro acima exemplifica bem um problema recorrente em nosso meio: pacientes com problemas em aderir ao tratamento proposto, e que eventualmente sofrem descompensações graves de duas doenças. A dificuldade é ampla: seja em melhorar os hábitos alimentares, adequar-se a uma rotina de exercícios, adquirir medicações e compreender e seguir as receitas médicas.

Baseado nisto, idealizou-se um projeto na tentativa de acessar as dificuldades com a adesão ao tratamento e formular estratégias para ajudar nossos pacientes.

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

PROJETO DE INTERVENÇÃO: Educação sem tensão: melhorando a abordagem multidisciplinar da Hipertensão arterial sistêmica.

Nome do Aluno: Marcus Vinicius Pinheiro Reis

Orientadora: Ana Luisa Opromolla Pacheco

Área temática: Saúde

Tabatinga - AM

2020

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

PROJETO DE INTERVENÇÃO: Educação sem tensão: melhorando a abordagem multidisciplinar da Hipertensão arterial sistêmica

Trabalho realizado para conclusão do curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade. Visa elaborar um Projeto de Intervenção em Medicina de Família e Comunidade.

Orientadora: Ana Luisa Opromolla Pacheco

Nome do Aluno: Marcus Vinicius Pinheiro Reis

Tabatinga - AM

2020

SUMÁRIO

1.	Resumo.....	13
2.	Introdução e Justificativa.....	14
3.	Objetivo Geral e Especificos.....	14
4.	Metodologia da Intervenção.....	14
5.	Recursos necessários para execução.....	16
6.	Proposta de avaliação.....	16
7.	Cronograma.....	17
8.	Referências	17

1. RESUMO

De acordo com dados oriundos da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), a prevalência de baixa adesão medicamentosa é de 30,8% entre os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. Destas, a Hipertensão Arterial Sistêmica atinge aproximadamente 25% da população adulta. Fatores que predispõe à má adesão medicamentosa sesobrepõe aos que se relacionam ao maior risco de desenvolver HAS. São pacientes idosos, analfabetos, com pior autopercepção da saúde, múltiplas comorbidades, limitados por outras doenças crônicas, e em uso de polifarmácia. Coincidentemente estas são características que marcantes na população assistida por nossa equipe de saúde. O objetivo deste trabalho é identificar e quantificar a dificuldade da adesão medicamentosa, principalmente entre os pacientes hipertensos, e propor medidas para amenizar estas dificuldades e prevenir o desenvolvimento das complicações clínicas decorrentes do tratamento inadequado de suas morbididades.

Palavras-chave: Adesão à medicação; Anti-hipertensivos; Atenção Primária à Saúde; Doença crônica.

Comentado [AL02]: Marcus, tem que elaborar melhor o resumo: uma linha sobre a relevância do tema escolhido e uma linha de como afeta sua população. Colocar objetivo e sua proposta resumida!

2. Introdução e Justificativa

Em 2018, 24,7% da população que vive nas capitais brasileiras afirmaram ter diagnóstico de hipertensão. Estes dados, contidos no site do Ministério da Saúde por meio de pesquisa, mostram também que a parcela da sociedade mais afetada é formada por idosos: 60,9% dos entrevistados com idade acima de 65 anos disseram ser hipertensos, assim como 49,5% na faixa etária de 55 a 64 anos.

Dados preliminares do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde de 2017, mostra o Brasil registrou 141.878 mortes devido a hipertensão ou a causas atribuíveis a ela. Corresponde à 388 mortes ao dia. Grande parte dessas mortes é evitável e 37% dessas mortes são precoces, ou seja, em pessoas com menos de 70 anos de idade.

A falta de adesão aos tratamentos propostos afeta aproximadamente 30,8% dos pacientes segundo dados do PNAU. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a não adesão aos tratamentos a longo prazo na população em geral está em torno de 50,0%. Em revisão sistemática que compilou estudos publicados em 50 anos, DiMatteo (2004) identificou uma taxa média de 24,8% de não aderentes ao tratamento.

Logo é assunto de extrema relevância. As diferenças regionais, socioeconômicas, e aquelas relacionadas à atenção à saúde do paciente e ao regime terapêutico necessitam de ação conjunta entre profissionais de saúde, pesquisadores, gestores para formular estratégias ideais à cada população.

Atualmente adoto as orientações propostas pelos guidelines britânicos - NICE Guideline 136, de 28 de agosto de 2019 para manejo da hipertensão arterial – pois

Comentado [AL03]: Marcus, aqui na introdução você tem que usar dados da literatura. Fale sobre a hipertensão, prevalência, mortalidade, impacto na qualidade de vida, como é manejado na atenção básica, principais dificuldades enfrentadas, etc

apresenta protocolos simplificados, de fácil execução e entendimento para os profissionais de saúde e pacientes. Além disso, são baseados em trabalhos com os melhores níveis de evidência científica.

Com intuito de melhorar o cuidado aos pacientes hipertensos, foi realizado no mês de Março de 2019 levantamento de todos os pacientes com doenças crônicas que compõe a população do bairro Dom Pedro I, contemplado pela equipe da qual participo. Na apresentação dos dados durante a reunião de equipe, alguns agentes comunitários de saúde sugeriram a elaboração de material que os ajudassem a orientar os pacientes hipertensos e diabéticos sobre a tomada da medicação, visto que muitos perdem as receitas, são analfabetos, ou tem problemas de visão – catarata, presbiopia -, principalmente a faixa mais idosa da população.

Baseado nesta demanda foi discutido a necessidade de toda a equipe se familiarizar com estes problemas tão prevalentes, estando aptos a orientar os pacientes acerca da melhora do estilo de vida, tomada das medicações prescritas, ou quando encaminhar à atenção primária ou ao serviço de Urgência. Inicialmente, o tema escolhido foi hipertensão arterial, com ênfase na correta aferição da PA, avaliação da adesão medicamentosa, e reconhecimento da Crise Hipertensiva.

3. Objetivos

Objetivo geral: Melhorar o entendimento e as práticas relacionadas ao cuidado dos pacientes hipertensos, envolvendo todos os membros da equipe, com ênfase na correta aferição da PA, avaliação da adesão medicamentosa, e reconhecimento da Urgência Hipertensiva.

Objetivos específicos: Reduzir a morbimortalidade consequente do descontrole pressorico a longo prazo.

4. Metodologia e materiais utilizados

Aplicação de dinâmica de grupo, discussão das dificuldades individuais, apresentação de material didático em diferentes mídias.

AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL: TÉCNICA ESTÁ CORRETA?

Apresentar o vídeo: <https://youtu.be/X09NcxrvGlg> com a técnica correta para aferição da pressão arterial. Salientar que é preferível utilizar o Esfigmomanômetro aneróide, em detrimento dos digitais, para minimizar a imprecisão das medidas. Utilizar sempre o método palpatório antes do auscultatório.

Orientar os cuidados necessários para uma medida de PA fidedigna:

- Paciente tranquilo, sentado e relaxado, pernas descruzadas, braço em repouso sobre superfície plana.
- Braçadeira adequada para o tamanho do braço do paciente.
- 10 minutos de repouso.
- Bexiga vazia.
- Aferir nos dois braços e utilizar a maior medida como referência.
- Evitar atividade física, café ou cigarro 30 minutos antes da aferição.

DISCUTIR A MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DE PRESSÃO ARTERIAL

Apresentar o Monitorização Residencial de pressão arterial, salientar que os cuidados apresentados acima devem ser respeitados em todas as aferições. Discutir a elaboração de uma tabela própria da unidade para registro de MRPA.

Considerações: Comumente são registradas medidas isoladas da pressão arterial, uma, ou no máximo duas vezes ao dia, o que limita a avaliação do controle pressórico. Logo, o método deve ser familiar à equipe de técnicos e agentes de saúde, que devem ser capazes de aplicar ou reforçar o entendimento da técnica aos pacientes. O protocolo envolve 3 medidas matinais, antes do café da manhã, 3 medidas vespertinas, antes da janta, por 5 dias.

PRÁTICA

Prática supervisionada de aferição, utilizando participantes da atividade como voluntários.

Considerações: Alguns membros da equipe manifestaram dúvidas em relação à aferição da pressão arterial. Muitos consideravam a técnica palpatória e observação da oscilação do ponteiro do Esfigmomanômetro como suficientes para aferição.

ADESÃO MEDICAMENTOSA: PORQUE MUITO DOS MEUS PACIENTES HIPERTENSOS TEM PRESSÃO MÁ CONTROLADA?

- Discutir as respostas. Apresentar a má adesão medicamentosa como um fator de peso na manutenção dos altos níveis pressóricos.
- Elaboração de receituário simplificado para os pacientes hipertensos e diabéticos. Este contará com todas as medicações mais comuns e horários de tomada já impressos, bastando apenas checar as medicações em uso e riscar as não utilizadas. Contará com uma janela de cores para colorir marcar a cartela da medicação a mesma cor, para orientar pacientes analfabetos ou com dificuldade visual.
- Confecção de material de fácil acesso ao ACS, e que nas visitas, possam orientar a tomada das principais medicações prescritas para hipertensão e diabetes. O intuito é orientar o paciente com dúvidas. (ex: hidroclorotiazida deve ser tomada pela manhã, AAS sempre após almoço, enalapril sempre a cada 12 horas, etc.).

COMO AVALIAR ADESÃO MEDICAMENTOSA?

Discutir algumas das tecnologias para avaliação de adesão medicamentosa.

- Associação entre a Adesão à Medicação 4-itens e 8-Itens de Morisky Scale.
- Teste de Haynes-Sackett.
- Questionário de Adesão a Medicamentos – Qualiaids.

Discutir qual apresenta maior aplicabilidade dentro da realidade das visitas domiciliares de todos os profissionais, e consultas médicas e de enfermagem. Será um mecanismo de triagem para pacientes que necessitarão de auxílio, seja em compreender a importância do tratamento, seja avaliando fatores internos e externos que influenciem na terapia, e consequentemente avaliar a estratégias de ação.

QUAIS PACIENTES ESTÃO SOB-RISCO DE COMPLICAÇÕES AGUDAS? COMO ORIENTAR?

Discutir com a equipe as considerações de cada sobre crise hipertensiva. Orientar os profissionais sobre a importância da tomada correta de decisão caso se depare com níveis anormalmente altos no contexto da atenção básica e visitas domiciliares.

Ilustrar a temática com casos passíveis de serem encontrados no dia-a-dia.

5. Recursos necessários para execução

- Esfigmomanômetro aneróide para treinamento.
- Impressos para discussão e aplicação dos testes para avaliação da adesão medicamentosa
- Computador para exibição de vídeos.
- Tabela para execução da monitorização residencial da pressão arterial.

6. Proposta de avaliação

- Certificar correta aferição da PA, após prática supervisionada.
- Desenvolver o receituário simplificado e o material de apoio ao ACS.
- Desenvolver formulário próprio para MRPA e verificar sua aplicação.
- Envio de material à gráfica.
- Selecionar formulário de adesão a ser utilizado pela equipe.
- Identificar o paciente hipertenso que necessita ou não de atendimento imediato.

7. Duração e cronograma de execução

Previsão para ser administrado em 3 etapas, conteúdo à cada 15 dias, durante as reuniões de equipe, com previsão de duração mínima de 45 minutos

8. Referencias Bibliográficas

GEWEHR, Daiana Meggiolaro et al. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde.** *Saúde debate* [online]. 2018, vol.42, n.116, pp.179-190. ISSN 0103-1104.

Trab. educ. saúde vol.14 no.2 Rio de Janeiro mai./ago. 2016 Epub 15-Abr-2016
<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00112>

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de et al. ADESÃO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ANALFABETOS AO USO DE MEDICAMENTO A PARTIR DA PRESCRIÇÃO PICTOGRÁFICA. *Trab. educ. saúde* [online]. 2016, vol.14, n.2 [citado 2020-03-19], pp.611-624

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al . Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, supl. 2, 10s, 2016

GUSSO G; LOPES JM. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** Princípios, Formação e Prática. ArtMed: Porto Alegre; 2012

ALFONSO, Libertad M. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública* , Ciudad de La Habana, v. 30, n. 4, set.-dez. 2004.

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

DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004;42(3):200-9. DOI:10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9

.
<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>

