

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CRISTIANE SEIDEL

**AUMENTO DA ADESÃO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA
INTERVENÇÃO BASEADA NA PRÁTICA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CRISTIANE SEIDEL

**AUMENTO DA ADESÃO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA
INTERVENÇÃO BASEADA NA PRÁTICA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Ma. Meire Nikaido Suzuki

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **AUMENTO DA ADESÃO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA INTERVENÇÃO BASEADA NA PRÁTICA** de autoria do aluno Cristiane Seidel foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Ma. Meire Nikaido Suzuki
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus colegas de equipe da ESF Centro 1 e aos usuários que me fazem crescer ainda mais em conhecimento a cada dia trabalhado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família pelo apoio, em especial ao meu esposo pela dedicação e companheirismo. Aos colegas de trabalho pela troca de conhecimento, apoio e compreensão durante este período de curso. Aos professores e tutores do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem Doenças Crônicas não transmissíveis pela atenção e disponibilidade ofertadas durante o transcorrer do curso.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	01
2 OBJETIVOS.....	05
3 METODOLOGIA.....	05
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	08
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	10
6 REFERÊNCIAS.....	11

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos.....	02
Tabela 2. Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos.....	02
Tabela 3. Média dos níveis pressóricos anuais, em mmHg, antes e após a intervenção.....	09
Tabela 4. Média dos níveis glicêmicos anuais, em mg.dl ⁻¹ , antes e após a intervenção.....	09

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Ficha individualizada do paciente.....	06
Figura 2. Caixa fechada vazia.....	07
Figura 3. Caixa fechada vazia.....	07
Figura 4. Caixa com desenho de sol.....	07
Figura 5. Caixa com desenho de prato.....	07
Figura 6. Caixa com desenho de lua.....	08
Figura 7. Caixa completa com medicação.....	10

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) superaram os agravos infecciosos e transmissíveis nos últimos anos. As doenças cardiovasculares fazem parte do rol das DCNT e constituem a principal causa de morbimortalidade no Brasil. O diabetes mellitus e a hipertensão arterial são os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e principais causas de internações hospitalares no Sistema Único de Saúde. Frequentemente, pacientes portadores de hipertensão e diabetes que não tomam corretamente a medicação prescrita para seu tratamento, seja por causa da falta de orientação, da grande quantidade de medicações em uso ou mesmo pela incapacidade em identificar os medicamentos certos e seus respectivos horários. O objetivo deste estudo é relatar a melhoria dos níveis pressóricos e glicêmicos de pacientes após a elaboração de um plano de ação. Trata-se de um relato de experiência em que foi desenvolvido um plano de ação após o diagnóstico de que muitos pacientes tinham dificuldades em seguir a prescrição medicamentosa. A finalidade do plano de ação foi aumentar a adesão de hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso prescrito. As medicações foram separadas em caixas identificadas com os dias da semana e o horário. Foi possível observar melhora dos níveis pressóricos e glicêmicos após a intervenção, o que corrobora para a diminuição de internações e intercorrências clínicas advindas das doenças crônicas não transmissíveis.

1 INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A partir dos anos 60, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) superaram os agravos infecciosos; a transição demográfica (aumento da população idosa) e a migração da população para centros urbanos (hábitos de vida menos saudáveis) são fatores que elevaram a prevalência de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e mortes violentas (ESPÍRITO SANTO, 2008).

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbidade e mortalidade no Brasil. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. O diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo para o agravamento desse cenário.

A hipertensão arterial é classificada como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% em adultos, chegando a mais de 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013a). O diabetes mellitus apresenta prevalência referida de 5,6% para população maior de 18 anos, para maiores de 65 anos a prevalência referida é de 21,6%, estima-se que em 2030 essa prevalência chegue a 11,3% (BRASIL, 2013b). Essas doenças levam à invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade, sobretudo, se não forem levados em conta os aspectos relativos ao tratamento específico (BRASIL, 2002).

No Espírito Santo a prevalência de suspeitos de HAS foi de 41,65% e de DM de 11,88%, que quando comparado com índices nacionais, apontam valores estaduais acima da média nacional para o DM (ESPÍRITO SANTO, 2008).

Entende-se por HAS uma patologia sistêmica, podendo acarretar repercussões e danos sobre o aparelho cardiovascular e órgãos-alvo caracterizado pela elevação e manutenção anormal dos níveis tensionais. E DM por uma doença crônica que aparece como resultado de problemas na produção e/ou na ação de insulina no organismo (ESPÍRITO SANTO, 2008).

O Ministério da Saúde propõe índices devem ser considerados no diagnóstico e manutenção da hipertensão arterial, a tabela abaixo pode ser usada como parâmetro de níveis tensionais (Tabela 1):

Tabela 1. Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

Classificação	Pressão sistólica(mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	> ou igual 180	> ou igual 110

Fonte: BRASIL, 2013a.

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

A pessoa com PA ótima, menor que 120/80mmHg deverá verificar novamente a PA em até dois anos. As pessoas que apresentarem PA entre 130/85mmHg são consideradas normotensas e deverão realizar a aferição anualmente (BRASIL, 2013a). Pessoas com PA entre 130/85 a 139/89mmHg, limítrofe, deverão fazer avaliação para identificar a presença de outros fatores de risco (FR) para doenças cardiovasculares. E se a média das três medidas forem iguais ou maiores a 140/90mmHg, está confirmado o diagnóstico de HAS e a pessoa deverá ser agendada para consulta médica para iniciar o tratamento e o acompanhamento (BRASIL, 2013a).

Entendendo melhor os valores preconizados para o diabetes mellitus segue a Tabela 2 abaixo, de acordo com diretrizes do Ministério da Saúde:

Tabela 2. Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos

Categoria	Glicemia de jejum	TTG: duas horas após 75g de glicose	Glicemia	Hemoglobina glicada HbA1C
Glicemia normal	< 110	< 140	< 200	
Glicemia alterada	>110 e < 126			
Tolerância diminuída à glicose		> ou igual 140 e < 200		
Diabetes mellitus	< 126	> ou igual 200	200	> 6,5%

Fonte: BRASIL, 2013b

Pessoas com glicemia de jejum alterada, entre 110 mg/dL e 125 mg/dL, por apresentarem

alta probabilidade de ter diabetes, podem requerer segunda avaliação por TTG-75 g. No TTG-75 g, o paciente recebe uma carga de 75 g de glicose, em jejum e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão. Uma glicemia de duas horas pós-sobrecarga maior ou igual a 200 mg/dL é indicativa de diabetes e entre 140 mg/dL e 200 mg/dL, indica tolerância à glicose diminuída (BRASIL, 2013b).

Segundo o Caderno de Atenção Básica, número 36, do Ministério da Saúde (BRASIL 2013b), o DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de hospitalizações e mortalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e representam mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise.

A respeito dessa realidade, os portadores de diabetes e hipertensão manifestam, com frequência, dificuldades referentes à adesão ao tratamento, o que além de comprometer o controle de ambas as doenças poderá gerar conflitos pessoais e familiares, pois são alterações de saúde caracterizadas por um longo tempo de tratamento, podendo ocasionar diminuição da qualidade de vida, não só do portador, mas também de outros membros da família (OLIVEIRA et al., 2002).

A não adesão ao tratamento é um dos problemas principais na saúde atual, estima-se que pelo menos um terço dos usuários não seguem a rigor ou na totalidade os tratamentos que lhes são prescritos (JESUS; ARAÚJO; RODRIGUES *apud* PIRES; FREITAS, 2006).

Diversos são os fatores que contribuem para a não de adesão, tais como, as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico prescrito, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade (GIROTTI, 2013).

A problemática da adesão já começa no momento em que o médico prescreve o medicamento. Em análise de dados estatísticos colhida no material estudado, em Fortaleza, por exemplo, cerca de 50% das pessoas hipertensas estão cientes da doença; no entanto, metade não faz tratamento e uma considerável parcela dos que o fazem (45%) não controla a pressão arterial (SANTOS et al. *apud* PINHEIRO, 2009).

Ainda que o tratamento farmacológico seja considerado pela maioria como o que promove maior facilidade de adesão, várias são as dificuldades quando os hipertensos em questão são idosos, pois quanto maior o tempo de terapêutica, mais elevada se torna a taxa de falta de adesão ao tratamento e seu abandono (PINHEIRO, 2009).

A não efetiva adesão ao tratamento medicamentoso requer intervenções precoces e efetivas

como forma de evitar as complicações crônicas da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, tais complicações são o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal, dentre outras. Essas doenças, em razão da elevada prevalência na população brasileira, são consideradas um grande problema de saúde pública. Assim, é de se esperar que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por uma equipe multiprofissional, mantenha-se alerta diante dessas situações (SILVA et al., 2007).

A HAS e o DM são agravos que apresentam fatores de risco comuns, como sedentarismo, obesidade e dislipidemia, passíveis de controle no nível primário de atenção a saúde, com abordagem preventiva, embasados em políticas públicas (ESPÍRITO SANTO, 2008).

Vale lembrar que a ESF é uma estratégia de assistência à saúde, socialmente sensível, que visa identificar os principais problemas de saúde e as situações de risco que acometem as famílias, de modo a proporcionar melhorias na qualidade de vida da população (BELO HORIZONTE, 2003). Permite otimizar o desenvolvimento do trabalho com atendimentos individuais e em grupos para o enfrentamento dos agravos de saúde identificados, fortalecendo as ações de prevenção da doença, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua.

No entanto, a simples criação de políticas públicas para a prevenção das doenças cardiovasculares não é garantia de resolutividade do problema. Para isso, faz-se necessário a adesão do usuário ao esquema terapêutico proposto. Tal adesão depende de três fatores: do mesmo estar ciente de sua condição de saúde, comprometido com o tratamento e também dos profissionais de saúde (KLEIN; GONÇALVES, 2005).

A não adesão ao tratamento medicamentoso é a principal causa pelas falhas no tratamento e pelo uso irracional de medicamentos no processo patológico. Tendo como consequência, maiores custos à saúde pública do país devido ao aumento no número de casos de internações hospitalares (CARVALHO et al., 2012).

Partindo da premissa de que muitos pacientes portadores de HAS e DM possuem dificuldade em seguir o tratamento medicamentoso, seja por conta do aspecto senil ou em decorrência das complicações provenientes da HAS e do DM, o objetivo deste trabalho foi aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes com HAS e DM, e por consequência diminuir as complicações das doenças.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Minimizar as complicações decorrentes da HAS e/ou DM, através do aumento da adesão ao tratamento medicamentoso.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Orientar e auxiliar o paciente a identificar a medicação e os horários de tomada das mesmas.
- Proporcionar autonomia ao paciente hipertenso e/ou diabético no uso de suas medicações diárias.
- Distribuir para cada paciente, semanalmente, as medicações em caixas separadoras ilustradas.
- Monitorar e avaliar, semanalmente, os níveis pressóricos e glicêmicos dos pacientes.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, em que foi desenvolvido um Plano de Ação frente às dificuldades apresentadas na identificação das medicações e dos horários de tomadas destas, por pacientes hipertensos e diabéticos. O estudo foi desenvolvido em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, localizado no município de Anchieta, situado ao sul do estado do Espírito Santo, na região litorânea. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo de 2010, o município possui uma população de 23.902 habitantes, com estimativas para 2013 de cerca de 26.658 habitantes. A população se divide em área urbana e rural. A atividade predominante da população é a pesca e afins. Há um predomínio de população idosa, uma vez que os jovens saem para estudar/trabalhar na capital.

O município conta com 100% de cobertura de ESF reforçando assim a atenção primária a saúde para a população local.

Atuo na ESF Centro I há 3 anos, com localização urbana tendo como população adscrita 4500 usuários, destes, 514 hipertensos e 123 diabéticos.

Em contato diário com os pacientes hipertensos e diabéticos percebi que alguns destes pacientes estavam constantemente descompensados, necessitando de internação hospitalar e maiores cuidados. Muitos verbalizavam que esqueciam de tomar a medicação, ou mesmo apresentavam inabilidade em identificá-los. Na expectativa de que com o uso correto das medicações houvesse melhora do quadro, foi discutido junto com a médica da equipe, que fizéssemos a separação da

medicação de uso contínuo para os pacientes com HAS e DM que apresentaram dificuldade no uso adequado destas.

Um piloto foi realizado com uma paciente hipertensa e diabética, com histórico de constantes internações em decorrência de crises hiperglicêmicas e em uso contínuo de cerca de 14 diferentes medicações. Foi realizada a separação das medicações, semanalmente, em caixas identificadas com os dias da semana e os respectivos horários de tomada ilustrados por desenhos de manhã, almoço e noite.

Considerando a viabilidade de execução e o maior controle e seguimento por parte da equipe deste paciente, foram selecionados mais oito pacientes, os quais aderiram à este plano de ação.

Para facilitar o trabalho da equipe, foi confeccionado uma ficha para cada paciente, contendo nome, data de nascimento, número do cartão SUS e os medicamentos prescritos divididos em manhã, almoço e noite (Figura 1).

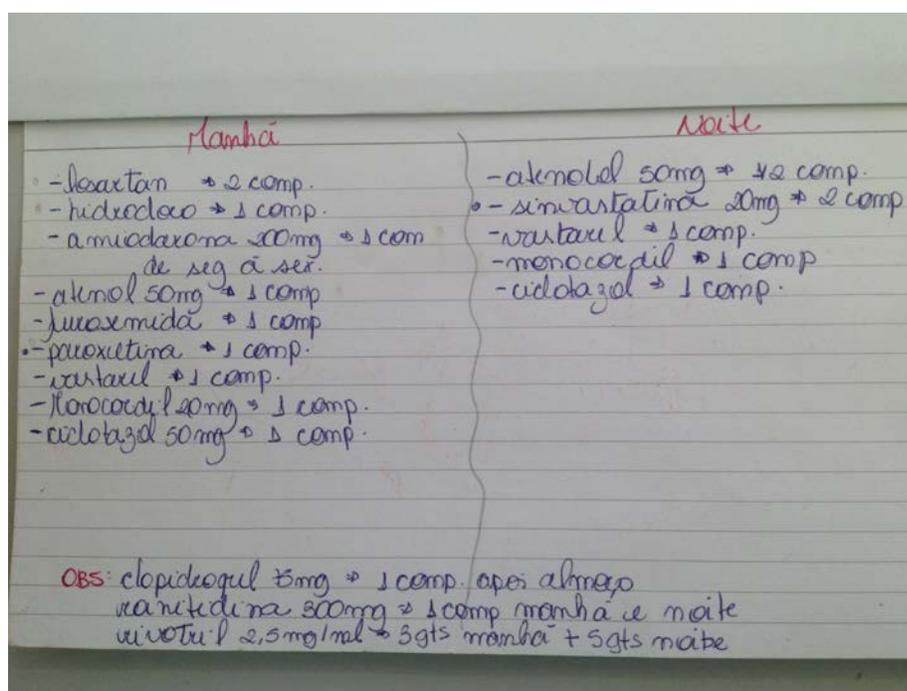


Figura 1. Ficha individualizada do paciente

Para a separação das medicações foram adquiridas com recursos próprios caixas específicas para medicamento, contendo 7 box, cada qual com a inicial do dia da semana escrito (Figura 2 e 3).

Foi agendado com os pacientes, toda sexta-feira pela manhã, para a separação dos medicamentos e verificação do estado geral do paciente e níveis pressóricos e glicêmicos. Em caso de feriados às sextas-feiras foi acordado outro dia para reposição dos medicamentos para cada paciente.



Figura 2. Caixa fechada vazia

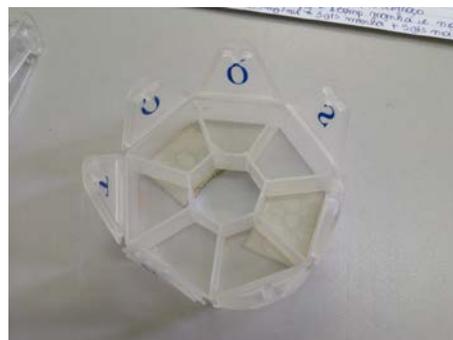


Figura 3. Caixa aberta vazia

Com o objetivo de diferenciar os horários das medicações e facilitar para os pacientes com dificuldade de leitura (analfabetismo ou dificuldade visual) foi incluso às caixas desenhos de sol, prato de comida e lua, para os horários da manhã, almoço e noite respectivamente (Figura 4, 5 e 6).



Figura 4. Caixa com desenho de sol.



Figura 5. Caixa com desenho do prato



Figura 6. Caixa com desenho de lua

Como este trabalho está inserido na prática e não se trata de projeto de pesquisa, o mesmo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), não sendo realizadas descrições dos sujeitos ou das condições assistenciais, apenas a intervenção em si e os dados resultantes dessa intervenção.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Para análise e discussão dos resultados será considerado dados de apenas oito dos nove usuários, que aqui serão numerados de 1 a 8, que iniciaram no projeto devido ao falecimento de uma paciente e o prontuário da mesma ter sido enviado para arquivo e ser de difícil acesso para coleta de dados.

Como resultados, em um ano de experiência, pude observar a redução no número médio de consultas médicas na ESF de 9.37 consultas, no ano anterior ao projeto, para 7.75 consultas por ano.

Para o idoso é muito mais difícil aderir ao tratamento se não compreender o esquema terapêutico, não enxergar as instruções, não conseguir abrir os frascos ou obter refil dos medicamentos, ou seja, quando algum idoso possui certas limitações que o impeçam de atingir êxito por impedimentos relacionados às alterações gerais associadas ao processo normal de envelhecimento (PINHEIRO, 2009).

Foi realizado a avaliação da efetividade da ação através do controle pressórico e glicêmico dos pacientes, durante o período de um ano, antes e após a intervenção, a média das aferições anuais constam na Tabela 3 e 4, respectivamente.

Tabela 3. Média dos níveis pressóricos anuais, em mmHg, antes e após a intervenção

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6	Paciente 7	Paciente 8
Antes da Intervenção	134/91	150/99	140/86	128/88	135/85	146/97	146/93	151/90
Após a intervenção	126/87	125/87	130/86	128/81	109/69	127/84	125/87	133/82

Tabela 4. Média dos níveis glicêmicos anuais, em mg.dl⁻¹, antes e após a intervenção

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6	Paciente 7	Paciente 8
Antes da Intervenção	178.2	240.0	171.7	297.2	279.7	255.2	155.4	163.5
Após a intervenção	130.2	149.1	139.6	210.1	166.6	135.2	137.0	174.0

Nota: os níveis glicêmicos foram feitos pós prandial em glicosímetro.

Verifica-se, de um modo geral, melhora dos níveis pressóricos e glicêmicos após a separação da medicação, no entanto cabe destacar que inúmeros fatores estão relacionados ao tratamento do paciente e à doença, tais como a realização de atividades físicas, controle nutricional e aspectos genéticos e hereditários.

Segundo PINHEIRO (2009), muitos pacientes não tem ajuda na hora de tomar a medicação, e apesar das dificuldades eles próprios “tentam” identificar o horário e a medicação prescrita. A equipe de saúde da família precisa identificar tal situação de vulnerabilidade e propor medidas que possam auxiliar esse idoso quanto à ingestão do medicamento.

A utilização das caixas separadoras auxilia não só o paciente, mas também o profissional de saúde em avaliar a tomada das medicações, sendo que no dia de repor a medicação, se ainda houver algum box cheio, indica que o paciente não fez a tomada correta da medicação (Figura 7).



Figura 7. Uso incorreto da medicação

De acordo com relato dos pacientes, o método facilitou o controle das doses diárias de medicação além de dar autonomia aos pacientes com dificuldade visual ou baixa escolaridade que dependiam de parentes/cuidadores para a administração dos medicamentos.

A adesão corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente (GIROTTO et al., 2013).

Além dos itens citados acima, a utilização da caixa evita erros no entendimento e leitura do receituário médico por parte do paciente, pois os receituários ainda são manuscritos e devido a similaridade no nome de diversos fármacos é passível de equívoco.

Saliento também que em função das visitas semanais do usuário à unidade de saúde, é reforçado o vínculo enfermeiro-paciente indo ao encontro a proposta da Saúde da Família, que visa reforçar a ligação entre o profissional de saúde e o usuário do SUS. O conhecimento e a motivação são elementos imprescindíveis à capacitação de hipertensos e diabéticos para que convivam com seu problema e consigam aderir ao tratamento (PINHEIRO, 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fato que o método proposto nesse trabalho oferece resultados positivos, sendo assim, de imediato pode-se incluir na anamnese dos pacientes o questionamento quando às dificuldades ou

não no uso correto dos medicamentos de uso contínuo prescritos. Além disso, é válido questionar os usuários quanto à acuidade visual e nível de escolaridade, para assim definir se o mesmo é um possível candidato a utilizar o método aqui proposto.

Com o objetivo de alcançar os pacientes com deficiência visual, dando-lhe autonomia quanto ao controle de suas medicações, sugere-se a adaptação da caixa com relevos nos dias da semana e na identificação do horário dos remédios. Não seria acessível a todos a utilização da linguagem braile, visto que nem todos os deficientes visuais tem domínio desta linguagem.

Com o intuito de aumentar a adesão de hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso, seria necessário estender a prática às demais Estratégias de Saúde da Família do município, com o apoio da secretaria de saúde para a correta divulgação e treinamento dos demais profissionais, assim como a disponibilização de recursos.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes para o avanço e articulação do processo assistencial na SMSA para o período 2003-2004**. 3a ed. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus**. Brasília, 2002.

_____. a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2013.

_____. b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, 2013.

CARVALHO, A. L. M.; LEOPOLDINO, R. W. D.; SILVA, J. E. G.; CUNHA, C. P. **Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI)** Ciência & Saúde Coletiva, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n7/28.pdf>. Acesso em: 15 de março 2014.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Diretrizes para manuseio da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na rede de saúde pública**. Vitória, 2008.

KLEIN, J. M., GONÇALVES, A. G. A. **A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários.** Psico-USF, v. 10, n. 2, p. 113-120, jul./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n2/v10n2a02.pdf>. Acesso em: 01 maio 2014.

OLIVEIRA, T. C. et al. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 10, n. 4, p. 530-536, jul. 2002. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1688>>. Acesso em: 15 Mar. 2014. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000400010>.

PINHEIRO, M. B. G. **Dificuldade de Adesão Do Idoso ao Tratamento Farmacológico para Hipertensão Arterial.** 26 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais. 2009.

PIRES, B.G.; FREITAS, I.V. **Prevalência de Adesão ao Tratamento Farmacológico Hipoglicemiante.** n. 34, p. 37-45, Feira de Santana. jan./jun. 2006. Disponível em: ???? Acesso em: 06de maio 2014.

SILVA, A.R.V.; COSTA, F.B.C.; ARAUJO, T.L.; GALVÃO, M.T.G.; DAMASCENO, M.M.C. **Consulta de Enfermagem a Cliente com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial – Relato De Experiência.** Rev. RENE. Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 101-106, set./dez.2007. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/678/pdf>. Acesso em: 15 de março 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD – **Consenso brasileiro sobre diabetes – tratamento de diabetes mellitus tipo 2.** Recomendações da SBD, 2002. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>. Acesso em: 01 de maio 2014.