

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

Anderson Alécio Damasceno Gomes

MELHORA NA ADESÃO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS À TERAPIA
MEDICAMENTOSA: PROJETO DE INTERVENÇÃO

MACEIÓ - ALAGOAS

2014.

Anderson Alécio Damasceno Gomes

**MELHORA NA ADESÃO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS À TERAPIA
MEDICAMENTOSA: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do certificado de Especialista.

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

MACEIÓ - ALAGOAS

2014

Anderson Alécio Damasceno Gomes

**MELHORA NA ADESÃO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS À TERAPIA
MEDICAMENTOSA: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora:

Prof^ª Dr^ª Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

Prof^ª Ms Fernanda Carolina Camargo

Aprovado em Uberaba, em 01 de Fevereiro de 2014.

RESUMO

A não adesão à terapia medicamentosa em doenças crônicas é deletéria e pode estar associada a inúmeras causas. Em se tratando da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabete Mellitus (DM), esta pode resultar em consequências graves aos pacientes, como as doenças cardiovasculares, que são responsáveis por grande mortalidade. Constatou-se em uma Unidade de Saúde da Família (USF) uma má adesão ao tratamento medicamentoso. Assim o objetivo do presente trabalho é elaborar um projeto de intervenção para melhorar a adesão de pessoas com HAS e DM ao seu tratamento. Serão realizadas atividades de promoção e educação em saúde, além do estímulo à atividade física em grupo de hipertensos e diabéticos adscritos na unidade de saúde da família de Poço da Cacimba, Olivença, Alagoas. Pretende-se, através da intervenção, criar mecanismos que melhorem a adesão de hipertensos e diabéticos à terapia medicamentosa, favorecendo uma maior cooperação e compreensão do paciente sobre o tratamento, além do surgimento de um usuário com um posicionamento mais ativo na terapêutica de sua patologia.

Descritores: Adesão à medicação. Hipertensão. Diabetes Mellitus. Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

The nonadherence to medication therapy in chronic diseases is harmful and can be associated with numerous causes. In terms of High Blood Pressure and Diabetes Mellitus, this can result in serious consequences to patients, such as cardiovascular diseases, which are responsible for high mortality. It was found in a Family Health Unit poor adherence to therapy. Thus the aim of this work is to develop an intervention project to improve the adherence of people with hypertension and DM to the treatment. Promotion and health education activities will be held, in addition to stimulating physical activity in a group of hypertensive and diabetic ascribed in the clinic Family to the Poço da Cacimba, Olivença, Alagoas. It is intended, through intervention, to create mechanisms to improve adherence in hypertensive and diabetic patients to drug therapy, promoting greater cooperation and understanding of the patient on the treatment, besides the appearance of a user with a more active stance in the treatment of their disease

Descriptors: Medication Adherence. Hypertension. Diabetes Mellitus. Family Health Program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo Geral	15
3.2 Objetivos Específicos	15
4 MÉTODO	16
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou melhora sensível (BARROSet *al*, 2006). Das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões, ou 63%, foram em razão das DCNT, com destaque para asdoenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (ALWANet *al*, 2010).Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29% são de pessoas com menos de 60 anos. Nos países de renda alta, apenas 13% são mortes precoces (BRASIL, 2011).

No Brasil, os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas na população. Nesse contexto, grupos étnicos e raciais menos privilegiados, como os indígenas têm tido participação desproporcional nesse aumento(SCHMIDT *et al*, 2011).

As DCNT também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), atingindo indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda. O aumento de idosos na população acarreta em um aumento da incidência dessas doenças (BRASIL, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) gasta, em média, R\$11 bilhões por ano com tratamentos diretos e indiretos de pacientes com DCNT. Com o tratamento correto e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) a redução de gastos chegaria a R\$ 840 milhões em custos anuais para o governo. Com as consequências dessas, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal e cardíaca, cegueira definitiva e abortos uma média de R\$ 1.100 milhões seriam economizados anualmente devido à incapacidade de pacientes, como aposentadorias precoces, incapacitação por invalidez e outros (CALIXTO e ALVES, 2012).

A HAS apresenta alta prevalência no Brasil e no mundo e o seu custo social é extremamente elevado. Esta é importante fator de risco, sendo a causa mais frequente

das demais doenças do aparelho circulatório. Além disso, está ainda associada às demais doenças e condições crônicas, tais como doença renal crônica, diabetes, entre outras (BRASIL, 2011). Estima-se que, aproximadamente, 17 milhões de brasileiros sejam acometidos pela HAS (BRASIL, 2013). Esta tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (maior ou igual a 20 anos) e forte relação com 80% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE) e 60% dos casos de doença isquêmica do coração (BRASIL, 2001).

Já a DM está entre as doenças crônicas que representam um grave problema de saúde pública pela alta prevalência no mundo e maior entre os idosos, pela morbidade e por ser um dos principais fatores de risco cardiovascular e cerebrovascular (SARTORELLI, FRANCO, 2003). Cerca de 6% da população brasileira possui DM (WHO, 2008).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, mais de 180 milhões de pessoas têm diabetes e este número será provavelmente maior que o dobro em 2030 (WHO, 2008). Nesse cenário, o Brasil terá uma população de aproximadamente 11,3 milhões de diabéticos (WILD *et al*, 2004). Esse aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais altas (WHO, 2008).

A HAS e a DM representam as principais causas de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis. No Brasil, um terço do total de mortes e 65% dos óbitos em pessoas com idade entre 30 e 69 anos são causadas por doenças cardiovasculares. Em relação a DM, estima-se uma projeção de 300 milhões de casos dessa enfermidade em 2030 (De Civita *et al*, 2005).

O HiperDia é um sistema de cadastramento e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos que monitora os pacientes captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão e diabetes e gera informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados (BRASIL, 2002).

Apesar dos esforços do governo brasileiro para o controle destas doenças por meio do HiperDia, distribuição de medicamentos gratuitos, etc. a HAS e o DM são doenças crônicas, com evolução silenciosa, de difícil diagnóstico precoce e com dificuldade de adesão ao tratamento por parte dos seus portadores. Isso gera um grande desafio para os profissionais da saúde, pois cabe a eles encontrar soluções para diminuir essas barreiras, favorecendo a adesão ao tratamento, mostrando seus benefícios e

adotando uma visão holística para o portador destas patologias (CALIXTO, ALVES, 2012).

Neste contexto, a equipe mínima da estratégia de Saúde da Família é constituída por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde, devendo atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos na abordagem da hipertensão arterial e do diabetes mellitus (BRASIL, 2001).

É essencial o uso contínuo de medicamentos para o controle dessas doenças crônicas, além das mudanças de estilo de vida, evitando as complicações, muitas vezes deletérias, como: Acidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo do Miocárdio, Doença renal crônica, cegueira, amputações etc. Para isso, a adesão a terapia medicamentosa e as mudanças no estilo de vida se faz primordial para a qualidade de vida e redução dos eventos deletérios destas patologias. Estima-se que o grau de adesão mundial nos tratamentos em doenças crônicas seja de 50% a 70% (BRASIL, 2013). A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo tem sido responsável pelo aumento dos custos sociais com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento em saúde e aposentadoria por invalidez (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adesão ao tratamento é definida como o grau de concordância entre o comportamento do paciente ao utilizar os medicamentos, seguir uma dieta ou executar mudanças no estilo de vida e o plano terapêutico orientado pelo agente promotor de saúde (De Civita *et al*, 2005). Com relação à terapêutica, o termo “boa adesão” é utilizado quando há o uso regular de mais de 80% dos medicamentos e de outras modalidades de tratamento prescritas (De Civita *et al*, 2005).

A não adesão à terapia medicamentosa em doenças crônicas é deletéria e pode estar associada a inúmeras causas. É caracterizada como intencional quando o paciente decide não seguir as orientações por estar assintomático, por não compreender a necessidade do tratamento ou porque o uso das medicações interfere em sua qualidade de vida. Por outro lado, pode não ser intencional quando ocorre por esquecimento do paciente/cuidador ou por dificuldade de acesso às medicações (De Civita *et al*, 2005).

Estudos relatam diversos fatores relacionados à má adesão ao tratamento em doenças crônicas e diferentes graus de associação entre eles (BRASIL, 2010). São citados: dificuldades financeiras, complexidade do plano terapêutico, eventos adversos, relação médico/paciente insatisfatória, desconhecimento quanto à fisiopatologia da

doença e do mecanismo de ação dos medicamentos e seus benefícios, ausência de motivação por parte da família e demais pessoas do convívio social, entre outros (SANTOS *et al.*, 2005). Estudos demonstram que para hipertensos, a taxa de abandono ao tratamento é crescente, conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica (MANSUR *et al.*, 2001; MEDEIROS, 2006). Em uma coorte de pacientes hipertensos foi detectado o abandono do acompanhamento ambulatorial regular na ordem de 45% (CASTRO, 2006).

Uma solução para esta dificuldade seria a construção de uma consciência no usuário de sua participação ativa no tratamento. Os pacientes necessitam conhecer a patologia e os riscos, compreender o tratamento e se responsabilizar pela terapêutica, com o apoio da equipe. Assim, tornar-se-ão sujeitos ativos no cuidado à saúde.

JUSTIFICATIVA

Como médico da Equipe de Saúde da Família (ESF) de Poço da Cacimba, localizada na zona rural do município de Olivença, pude perceber a má adesão medicamentosa para o controle da HAS e DM. Olivença faz parte do sertão alagoano, região de extrema pobreza, na qual pequenos produtores agrícolas e um comércio incipiente movimentam a economia. O município conta com quatro equipes de saúde da família, sendo três na zona rural e uma na zona urbana, com 157 diabéticos e 688 hipertensos cadastrados. A unidade de Poço da Cacimba é composta por 1.576 pessoas adscritas, em um total de 465 famílias cadastradas, sendo 99 hipertensos e 22 diabéticos. A região assistida pela Unidade de Saúde da Família (USF) de Poço da Cacimba é dividida em quatro áreas, com um pequeno vilarejo, que possui um templo católico e outro evangélico.

A assistência à saúde dessa comunidade é feita pela ESF que conta com um médico, uma enfermeira, uma odontóloga, duas técnicas de enfermagem, um auxiliar de farmácia e quatro Agentes Comunitários de Saúde, além de um assistente de serviços gerais e o motorista da unidade. A estrutura física não segue os padrões ideais, contando com um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, sala de observação e sala de curativos, uma farmácia, uma sala de arquivo, copa e expurgo. A ausência de um auditório e um maior espaço para a sala de espera dificulta as ações de acolhimento e o conforto dos usuários. Os medicamentos são oferecidos pela farmácia da unidade, sendo que os básicos para hipertensos e diabéticos sempre apresentaram os estoques repostos, não representando uma dificuldade ao paciente.

Os hipertensos e diabéticos comparecem semanalmente a USF para consulta médica, de enfermagem e renovação da prescrição. Não existem atividades voltadas especificamente para os portadores de HAS e DM.

Na USF de Poço da Cacimba observa-se uma má adesão ao tratamento medicamentoso, uso incorreto dos medicamentos, ausência de atividade física e desconhecimento dos usuários sobre as patologias e riscos que possuem. Além disso, os exames laboratoriais essenciais para um melhor acompanhamento dos pacientes estão desatualizados e alguns pacientes nunca tiveram avaliação do perfil lipídico. Hábitos como alcoolismo e tabagismo são predominantes.

A equipe identificou alguns entraves para isto, dentre estes a não compreensão dos pacientes sobre as doenças crônicas de que são acometidos e os riscos, à longo prazo, das patologias adquiridas em consequência da HAS e DM, a baixa escolaridade dificultando o entendimento da prescrição médica, a dificuldade do uso das medicações mesmo na condição de assintomáticos, as dúvidas sobre a dieta adequada, o sedentarismo, a ausência de percepção do autocuidado e a atitude passiva do usuário.

No entanto, há uma ausência de atividades específicas para os portadores de HAS e DM na USF, não existindo ações educativas para a mudança desse quadro. Logo, a criação de estratégias que melhorem a adesão à terapêutica permitirá um controle maior dessas condições, a conscientização do paciente sobre as patologias que o acometem e os riscos e as consequências que poderá vir a sofrer.

Neste sentido, uma das funções do processo de trabalho da Equipe na atenção básica é o desenvolvimento ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários (Ministério da Saúde, 2011).

Nesta mesma linha, Ceccim (2005) descreve uma rede de ensino-aprendizagem na rede pública de saúde, discutindo a relevância e a viabilidade de disseminar a capacidade pedagógica por toda a rede do Sistema Único de Saúde, sendo o ensino uma das metas formuladas mais nobres da saúde coletiva no Brasil.

Acredita-se que a criação de um grupo de Hipertensos e diabéticos proporcionará uma maior cooperação e compreensão do paciente sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, além do surgimento de um usuário com um posicionamento mais ativo na terapêutica de sua patologia.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Propor um projeto de intervenção para melhorar a adesão de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus ao seu tratamento.

Objetivos Específicos

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

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

METODOLOGIA

Trata-se de uma proposta de plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso de hipertensos e diabéticos adscritos na USF de Poço da Cacimba, Olivença, Alagoas. A base de consulta teórica foram as fontes: Scielo, LILACS, NESCO, utilizando como descritores: Adesão à medicação, Hipertensão, Diabetes Mellitus, Programa de Saúde da Família.

Para melhorar a adesão dos usuários à terapêutica medicamentosa, é proposta a criação de dois mecanismos: Grupo de hipertensos e diabéticos e Grupo de atividade física.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo de hipertensos e diabéticos atuará na promoção e educação em saúde e prevenção das complicações da HAS e DM. As reuniões serão semanais, seguindo o cronograma HiperDia da unidade. A cada semana os usuários da micro área determinada pelo cronograma, participarão da reunião. 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 Ministério da Saúde 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 aeróbias, dieta adequada). A prevenção de agravos correrá durante as consultas médicas e enfermagem com orientações de autocuidado, nos grupos de hipertensos e diabéticos e nas atividades físicas, uma vez que o município conta com estímulo à atividade física, realizada semanalmente, uma vez por semana, no período vespertino.

As visitas domiciliares permitirão conhecer a realidade na qual o paciente vive, se o uso do medicamento está sendo realizado de forma correta. Estratégias como separar os medicamentos em copos coloridos de acordo com o horário de administração e colocá-los em locais de fácil acesso evitando o esquecimento serão adotadas para facilitar a adesão.

Será criado um grupo de atividades físicas, de no mínimo 30 minutos de caminhadas no período matutino e/ou vespertino, pelo menos três vezes por semana onde além dos usuários um membro da equipe estará presente.

Mensalmente ocorrerá a avaliação do grupo por seus integrantes e pela equipe da Unidade de Saúde, através de discussões, críticas e sugestões de melhorias e mudanças.

A Tabela 1 apresenta o Plano de Intervenção proposto.

Tabela 1. Plano de Intervenção para melhorar a adesão à terapia medicamentosa de hipertensos e diabéticos

PROPOSTA	AÇÃO	PARTICIPANTES	RECURSOS NECESSÁRIOS
Grupo de Hipertensos e diabéticos	Reuniões semanais; Orientação sobre as medicações anti-hipertensivas e antidiabéticos; Orientações sobre dieta adequada; Promoção e Educação em saúde.	Usuários Médico; Enfermeira; Agentes Comunitários de Saúde; Convidados.	Espaço físico; Manuais do Ministério da Saúde; Computador e data show.
Grupo de Atividade Física	Promover o incentivo à atividade física; Exercícios físicos supervisionados; Caminhada diária.	Usuários; Educador físico; Profissionais da USF.	Espaço físico.

Os usuários serão avaliados quanto à participação nas rodas de conversa, atividades físicas e eventos 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, após cada reunião do grupo. O paciente terá a sua meta ideal, buscando atingi-la. Laboratorialmente, a cada seis meses, ocorrerá a avaliação dos níveis glicêmicos, função renal e perfil lipídico.

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

O Brasil, através do Ministério da Saúde, criou inúmeros programas para o controle das doenças de maior impacto na população. No caso da HA e do DM, publicou o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus (Hiperdia). Este programa promoveu a reorientação da Assistência Farmacêutica proporcionando o fornecimento contínuo e gratuito de medicamento, além do monitoramento das condições clínicas de cada usuário (BRASIL, 2001).

Entretanto, a simples criação de políticas e/ou programas para a prevenção dessas doenças pode não ser 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 e comprometido com o tratamento, dos profissionais de saúde através dos esclarecimentos e incentivos e do apoio familiar (KLEIN, 2005).

Neste sentido, este estudo traz uma proposta de intervenção para melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos cadastrados na ESF de Poço da Cacimba à terapia medicamentosa.

Como forma de melhorar a adesão terapêutica, torna-se imprescindível o estabelecimento de relações confiáveis entre o usuário e os profissionais de saúde, além do desenvolvimento de ações educativas em atividades de prevenção e promoção de saúde.

É de extrema importância a atuação de uma equipe multiprofissional para a realização de programas educacionais, tendo em vista minimizar o desconhecimento da população a respeito dessas doenças crônicas, propiciando adesão ao tratamento e uma melhor qualidade de vida²⁰.

As propostas educacionais apresentadas neste estudo, para serem desenvolvidas pela ESF deverão permitir que o indivíduo tenha o conhecimento necessário para

escolher seu estilo de vida de modo autônomo, com sua participação ativa na manutenção de sua qualidade de vida, minimizando ou evitando as complicações relacionadas a HAS e DM.

Este processo educativo semanal deverá enfatizar a mudança no estilo de vida, principalmente nos fatores de risco modificáveis, fornecer informações sobre sua doença, incluindo todas suas possíveis complicações, alternativas de tratamento, seus riscos e benefícios, assegurando educação para o autocuidado, a fim de que esses indivíduos tornem-se responsáveis por sua própria vida.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que a estratégia proposta de realização de orientações e esclarecimentos, bem como o estímulo à prática de atividade física através de exercícios físicos supervisionados, realizados coletivamente em grupos de hipertensos e diabéticos assistidos por essa equipe, proporcione maior vínculo entre usuários e a equipe de saúde da família, atendimento de um maior número de pacientes, socialização, troca de experiências e apoio mútuo entre os participantes, permitindo maior adesão aos medicamentos e que os indivíduos sejam agentes ativos e participantes do seu processo de reeducação e melhora de sua qualidade de vida. A partir destes resultados espera-se ainda um controle dos níveis tensionais, glicêmicos, colesterol e triglicerídeos, além da eliminação de fatores de risco como obesidade, tabagismo, sedentarismo.

REFERÊNCIAS

ALWAN, A. *et al.* Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **The Lancet**, n. 376, p. 1861-68, 2010.

BARROS, M. B.A. *et al.* Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **CienSaudeColet**, v. 4, n. 1, p.911-26, 2006.

CALIXTO, A. A. T. F.; ALVES, B. A. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma unidade básica de saúde do interior paulista. **J HealthSciInst**, v. 3, n. 30, p. 255-60, 2012.

CASTRO, M. S. *et al.* Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. **RevBrasHipertens**, v. 3, n. 13, p. 198-202, 2006.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n.16, p. 161-77, 2005.

De CIVITA M. *et al.* Development and preliminary reproducibility and validity of the parent adherence report questionnaire: a measure of adherence in juvenile idiopathic arthritis. **J ClinPsycholMedSettings**, n.12, p. 1-12, 2005.

KLEIN J. M., Gonçalves A. G. A. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF**2005; 10(2):113-120.

MANSUR, A.P.*et al.* Tendência do risco de morte por doenças circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. **ArqBrasCardiol**, n. 6, v. 76, p. 497-503, 2001.

MEDEIROS, A. R. E. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade de saúde da família de João Pessoa** (Dissertação). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

Ministério da Saúde (Brasil). Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo/Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**,7. Brasília, 2001.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf. [Acesso em 20/dez/2013].

Ministério da Saúde (Brasil). **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 2.488. Brasília, 2011.

Ministério da Saúde (Brasil). **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, 2011.** Disponível em: <http://www.fnnde.gov.br/arquivos/category/116-alimentacao-escolar?download=7897:plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-dcnt-no-brasil>. [Acesso em 18/dez/2013].

Ministério da Saúde (Brasil)/DATASUS. Hipertensão-Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. **Manual de Operação**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/010-016.pdf>. [Acesso em 18/jan/2014].

SANTOS, Z. M. *et al.* Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: Análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto de Enfermagem**, v.14, n. 3, p.332-340, Fortaleza, 2005.

SARTORELLI, D. S.;FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad Saúde Pública.**; 19 Suppl 1, p. 29-36, 2003

SCHMIDT, M. *et al.* Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, n. 377, 2011.

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Prefeitura de Olivença, Alagoas. Consolidado de Famílias da Equipe de Saúde Poço de Cacimba. Relatório. 2013

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009**. Ed. 3, p.9, Ed.Itapevi, 2009.

WILD, S.*et al.* Global prevalence of diabetes; estimates for the year 2000 and projection for 2030.**Diabetes Care** 2004, v. 27, p. 1047-53.

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

World Health Organization.**Diabetes 2008** (Fact Sheet, 312).<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>
[Accessed 12/jan/2014].