

O GRAU DE ESCOLARIDADE E SUA RELAÇÃO COM O PROGRAMA HIPERDIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA VILA SABIÁ

THE EDUCATIONAL LEVEL AND ITS RELATIONSHIP WITH THE HIPERDIA PROGRAM AT THE VILA SABIÁ BASIC HEALTH UNIT

Priscila Camargo Correa¹, Danielli Brussi de Carvalho¹, Antonio Carlos Guerra da Cunha²

RESUMO

Objetivo: identificar a relação entre o grau de escolaridade na população atendida pela Unidade Básica de Saúde da Vila Sabiá, pertencente ao programa HiperDia, comparando esse dado com o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e da *Diabetes mellitus* tipo 2 realizado pelo programa. Métodos: estudo observacional retrospectivo dos prontuários médicos de 383 pacientes cadastrados no programa HiperDia, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, na Unidade Básica de Saúde da Vila Sabiá/Sorocaba-SP, no qual compararam-se os grupos de hipertensos, diabéticos, hipertensos e diabéticos com o grau de escolaridade (utilizando a classificação da ficha cadastral do programa), divididos por gênero durante o ano de 2006. As variáveis estudadas foram: pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, glicemia de jejum, gênero, níveis de escolaridade. Resultados: a análise estatística demonstrou que não há diferença significativa entre os níveis de escolaridade e gênero dentro das variáveis estudadas. Conclusão: os dados indicam que não há relação direta entre o grau de escolaridade e o controle da pressão arterial e glicemia de jejum para paciente inscritos no programa HiperDia, do Ministério da Saúde, na Unidade Básica de Saúde da Vila Sabiá/Sorocaba - SP. Auxílio: PIBIC - CEPE.

Descritores: atenção primária à saúde, hipertensão, *Diabetes mellitus* tipo 2, escolaridade.

ABSTRACT

Objective: to identify the relationship between the educational level of the population assisted by the Vila Sabiá Basic Health Unit belonging to the HiperDia Program; comparing such data with the Systemic Arterial Hypertension and the Type 2 *Diabetes mellitus* controls carried out by the aforementioned program. Methods: Retrospective Observational Study of the medical records of 383 patients who joined the program, developed by the Ministry of Health at the Vila Sabiá Basic Health Unit/Sorocaba - São Paulo, in which groups of hypertensive, diabetic, hypertensive and diabetic patients were compared to their educational level (using the classification of the program's fulfillment brochure), divided according to gender over the year 2006. The variables studied were as follows: systolic blood pressure, diastolic arterial pressure, fasting blood glucose level, gender and educational levels. Results: statistical analysis shows there are no significant differences between education and gender levels within the variables studied. Conclusion: data indicate the absence of a direct relationship among the educational level and fasting blood glucose level and arterial blood control in those patients who joined the HiperDia Program of the Ministry of Health, in the Vila Sabiá Basic Health Unit/Sorocaba - São Paulo. Support: PIBIC - CEPE.

Key-words: primary health care, hypertension, *Diabetes mellitus* type 2, educational status.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a *Diabetes mellitus* (DM) são doenças crônicas degenerativas com elevado grau de mortalidade e morbidade. As doenças cardiovasculares representam, aproximadamente, 30% de todos os óbitos no Brasil. Desses, cerca de 50% encontram-se na faixa etária de 30 a 69 anos, ou seja, em plena fase produtiva.¹ A pressão arterial é considerada anormal quando na medida ambulatorial, feita durante 24 horas, possui um valor acima de 130/80 mmHg (milímetros de mercúrio) na vigília e 120/70 mmHg durante o sono. A prevalência da HAS no Brasil está entre 22,3% a 43,9%,² alcançando taxas de até 50% em idosos.³

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para a doença cardiovascular, seja na forma de doença isquêmica, insuficiência cardíaca ou doença cerebrovascular. Os principais fatores ambientais contribuintes são: crescente número de obesos, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, idade avançada, raça negra, nível socioeconômico mais baixo e excesso de consumo de sódio na dieta. Outro fator agravante é o caráter assintomático da hipertensão nos seus primeiros 20 anos, sendo difícil a adesão do paciente para prevenção de um perigo em potencial.⁴

A DM é uma doença crônica relacionada com a insuficiência na secreção e/ou ação do hormônio insulina, sendo dividida basicamente em duas classes: tipo 1, dos insulino-dependentes; e tipo 2, com deficiência parcial da insulina. O valor de referência para normalidade da glicemia está entre 70 e 99 mg/dl.⁵ Quando não controlada adequadamente, a diabetes acarreta lesões a órgãos-alvo, como retinopatia, nefropatia, neuropatia, infarto do miocárdio, acidentes vasculares e infecções.

Foi realizado um censo nacional sobre a diabetes, no qual diagnosticou-se uma prevalência de 7,6% na população entre 30 e 69 anos, durante o período compreendido entre os anos de 1986 e 1989. É importante salientar que em 50% das pessoas o diagnóstico era desconhecido.⁶ Em 2003, estimava-se que a prevalência de diabéticos na população mundial era de 4,6% (151 milhões de pessoas).⁷

Raramente os diabéticos com diagnóstico prévio têm controle adequado de sua doença e poucos são acompanhados para a prevenção secundária de complicações.⁸ Uma das maiores dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde tanto em pacientes hipertensos quanto diabéticos é a adesão ao tratamento.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 12, n. 4, p. 15-19, 2010

1. Acadêmica do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

2. Professor do Depto. de Medicina - FCMS/PUC-SP

Recebido em 15/7/2010. Aceito para publicação em 29/10/2010.

Contato: priscilacorrea@hotmail.com

A troca constante das embalagens dos medicamentos e a mudança da sua formatação, além do baixo nível socioeconômico do grupo e alto índice de analfabetismo são fatores que contribuem para o controle inadequado da pressão arterial e glicemia, interferindo também no retorno às consultas regularmente.⁴

No Brasil, a questão do analfabetismo e do analfabetismo funcional ainda é alarmante e remete ao entendimento da prescrição do médico e do nome do fármaco utilizado. Em 2000, 13,8% dos homens eram analfabetos, 13,5% das mulheres eram analfabetas, além de 27,8% de analfabetos funcionais. Em Sorocaba, 3,6% dos homens eram analfabetos, 5,7% das mulheres eram analfabetas além de 15,2% analfabetos funcionais. Na população atendida pela Unidade Básica de Saúde (UBS) da Vila Sabiá, a qual está inserida no Programa Saúde da Família (PSF), há 201 analfabetos, representando 12,8% do total de pacientes atendidos.^{9,10}

Com o objetivo de monitorar pacientes e gerar informações que disponibilizem a distribuição regular dos medicamentos, foi criado pelo Ministério da Saúde o programa HiperDia, que destina-se ao cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos atendidos na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema tem como um dos benefícios o conhecimento do perfil epidemiológico da hipertensão arterial e *Diabetes mellitus* na população, além de favorecer um controle adequado e rigoroso ao tratamento.¹¹

A população a ser estudada é atendida pela Unidade Básica de Saúde da Vila Sabiá, bairro de Sorocaba - São Paulo, e apresenta 788 hipertensos, 81 diabéticos e 113 hipertensos e diabéticos, segundo dados da própria UBS, em 2007. Os medicamentos disponíveis na rede básica são: para HAS Captopril 25 mg (inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina II), Propranolol 40 mg (Betabloqueador), Hidroclorotiazida 25 mg (diurético tiazídico); para DM Metformina 850 mg (Hipoglicemiante oral), Glibenclamida 5 mg (hipoglicemiante oral) e insulina NPH 100 UI.

OBJETIVOS

Identificar a relação entre o grau de escolaridade na população atendida pela UBS da Vila Sabiá pertencente ao programa HiperDia, comparando esses dados com o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e da *Diabetes mellitus* tipo 2 realizado pelo programa.

METODOLOGIA

Foram analisados os prontuários dos pacientes inscritos no programa HiperDia assistidos pela UBS da Vila Sabiá/Sorocaba - SP, sendo esses divididos em grupos de portadores de hipertensão arterial sistêmica (grupo H), hipertensão arterial sistêmica e *Diabetes mellitus* tipo 2 (grupo HD) e somente *Diabetes mellitus* tipo 2 (grupo D).

Para cada grupo foram coletados dados de três consultas, realizadas durante o ano de 2006, de pressão arterial em mmHg e/ou glicemia de jejum em mg/dl (grupo H, pressão arterial sistólica e diastólica; grupo HD, pressão arterial sistólica e diastólica e glicemia de jejum; grupo D, glicemia de jejum) e comparadas as médias das três consultas com o grau de escolaridade, subdivididos por gênero.

O critério de classificação da escolaridade foi o utilizado

pela ficha de cadastro do hipertenso e/ou diabético do programa HiperDia:

- 01 não sabe ler/escrever
- 02 alfabetizado
- 03 fundamental incompleto (1º grau incompleto)
- 04 fundamental completo (1º grau completo)
- 05 médio incompleto (2º grau incompleto)
- 06 médio completo (2º grau completo)
- 07 superior incompleto
- 08 superior completo
- 09 especialização/residência
- 10 mestrado
- 11 doutorado

Dentre 982 cadastros no programa HiperDia da UBS da Vila Sabiá/Sorocaba - SP, houve possibilidade de acesso a 492 prontuários, divididos em 364 portadores de hipertensão arterial sistêmica, 94 de hipertensão arterial sistêmica e *Diabetes mellitus* tipo 2 e 34 de *Diabetes mellitus* tipo 2. Foram selecionados 383 pacientes, representados por 311 hipertensos, 54 hipertensos e diabéticos e 18 diabéticos, configurando 77,84% do total de dados coletados. Tal fato ocorre por ter sido utilizado como critério de inclusão para essa etapa um padrão de três consultas para cada paciente e uma amostra, dentro da respectiva escolaridade, relevante para análise estatística. Essa foi desenvolvida em etapas. Na primeira, confrontaram-se três consultas com os valores das variáveis estudadas (medidas de pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica em mmHg e glicemia de jejum em mg/dl). No grupo H foram comparadas as pressões arteriais sistólica e diastólica, em separado para mulheres e homens, dentro de cada faixa de escolaridade.

No grupo HD comparou-se, além das pressões acima apresentadas, a glicemia de jejum; mais uma vez divididas por gênero. Finalmente, no grupo D, para as três consultas, houve um confronto em relação às glicemias de jejum em separado para mulheres e homens.

A análise estatística iniciou-se pela comparação das três consultas, aplicando a análise de variância para valores repetidos.¹² A seguir, foram confrontados os gêneros, dentro de cada subgrupo, de acordo com o teste "t" de Student.¹² Finalmente, foram comparados os três grupos em relação aos valores da pressão arterial e da glicemia, separadamente para cada faixa de escolaridade, empregando-se a análise de variância, complementada pelo teste de contraste de SCHEFFÉ,¹² em que o nível de significância foi fixado em 0,05 ou 5%.

Foi mantida em sigilo a identificação dos pacientes sem a divulgação de dados isolados dos mesmos.

RESULTADOS

Em todas as comparações, as três consultas não revelaram diferença significativa e, por essa razão, calculou-se a média das três medições. Na segunda etapa foram comparados os gêneros feminino e masculino em relação à pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica e glicemia de jejum, dentro de cada faixa de escolaridade.

A análise estatística não mostrou diferença significativa entre os gêneros. Como consequência, na execução da terceira etapa comparou-se pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica e glicemia de jejum nos seus respectivos grupos aos níveis de escolaridade, sem distinção entre os gêneros; a análise também não evidenciou diferença significativa, observa-se nas tabelas 1-3.

Tabela 1 (Grupo H). Pacientes do gênero feminino (F) ou masculino (M) portadores de hipertensão arterial sistêmica segundo os níveis de escolaridade (ESCOL) e valores da média da pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD) em (mmHg/10) nos valores da média (X) das três consultas analisadas e do Desvio-padrão (X_DP)

	ESCOL 1 (N= 63)	ESCOL 2 (N= 83)	ESCOL 3 (N= 147)	ESCOL 4 (N=18)
PAS				
X_DP				
M	14.2 _ 2.1	13.5 _ 1.1	14.1 _ 1.4	13 _ 1
F	13.8 _ 1.7	13.7 _ 1.3	13.6 _ 1.6	13.7 _ 2.4
(M + F)	13.9 _ 1.85	13.62 _ 1.32	13.74 _ 1.57	13.17 _ 1.53
Teste t de student	t = 0.85	t = 0.57	t = 1.87	t = 0.58
F calculado		1.06 NS (Não Significante)		
PAD				
M	8.8 _ 1	8.6 _ 0.8	9 _ 0.9	8.5 _ 0.7
F	8.8 _ 0.9	8.6 _ 0.7	8.8 _ 1	8.8 _ 0.5
(M + F)	8.83 _ 1.03	8.57 _ 0.79	8.88 _ 1.01	8.57 _ 0.73
Teste t de student	t = 0.12	t = 0.29	t = 1.11	t = 0.98
F calculado		2.214 NS (Não Significante)		

Tabela 2 (Grupo D). Pacientes do gênero feminino (F) ou masculino (M) portadores de *Diabetes mellitus* segundo os níveis de escolaridade (ESCOL) e valores da médias da glicemia de jejum em mg/dl valores da média (X) das três consultas analisadas e do Desvio-padrão (X_DP)

	ESCOL 2 (N = 10)	ESCOL 3 (N = 8)
Glicemia		
X_DP		
M	187.5 _ 73.5	177.5 _ 72.8
F	175.5 _ 41.3	154.4 _ 21.12
(M + F)	180.3 _ 52.81	163.1 _ 43.79
Teste t de student	t = 0.29	t = 0.54
F calculado	0.546 NS (Não Significante)	

Tabela 3 (Grupo HD). Pacientes do gênero feminino (F) ou masculino (M) portadores de hipertensão arterial e *Diabetes mellitus* segundo os níveis de escolaridade (ESCOL), as médias dos valores de pressão arterial diastólica (PAD) em (mmHg/10), valores da Média (X) das três consultas analisadas e do Desvio-padrão (X_DP)

	ESCOL 1 (N = 13)	ESCOL 2 (N = 15)	ESCOL 3 (N = 16)
PAS			
X_DP			
M	14 _ 2.6	13.8 _ 0.3	14.3 _ 2.3
F	13.7 _ 1	14.6 _ 1.5	15.2 _ 1.6
M + F	13.78 _ 1.35	14.36 _ 1.34	14.79 _ 2.03
Teste t de student	t = 0.17	t = 1.54	t = 0.95
F calculado		1.51 NS (Não Significante)	
PAD			
M	8.9 _ 1	8.6 _ 0.7	8.8 _ 1.4
F	8.3 _ 0.5	9 _ 0.9	9.3 _ 1.2
M + F	8.42 _ 0.61	8.91 _ 0.93	8.9 _ 1.17
Teste t de student	t = 0.89	t = 1.07	t = 0.82
F calculado		1.51 NS (Não Significante)	
Glicemia			
M	157.4 _ 46.2	184 _ 61.7	210.5 _ 56.7
F	184 _ 52.5	176.7 _ 45.6	209.8 _ 89.3
M + F	177.86 _ 50.6	179.61 _ 50.6	210.18 _ 72.32
Teste t de student	t = 0.84	t = 0.25	t = 0.02
F calculado		1.42 NS (Não Significante)	

DISCUSSÃO

No presente estudo evidenciou-se que não há relação entre o grau de escolaridade e o controle da hipertensão arterial sistêmica e/ou *Diabetes mellitus* tipo 2 nos pacientes cadastrados no programa HiperDia do Ministério da Saúde.

Tal fato pode relacionar-se à relativa homogeneidade do nível educacional na população estudada, já que há uma alta prevalência em escolaridades 01, 02 e 03 e uma escassez nas mais elevadas, prejudicando o confronto entre elas. É relevante considerar que tratando-se de doenças crônico-degenerativas, a faixa etária predominante é mais elevada, ratificando o resultado encontrado.

A pesquisa também demonstra que em todos os níveis educacionais praticamente não se atinge a faixa de referência da normalidade para níveis de pressão arterial e glicemia de jejum, evidenciando uma dificuldade na adesão ao tratamento proposto pelo programa HiperDia.

Analisando o indivíduo dentro de seus aspectos biopsicossociais, entende-se que, no portador de doença crônica, a adesão encontra-se prejudicada tanto pela necessidade da alteração do estilo de vida quanto pela ingestão diária de remédios. A complexidade dos esquemas medicamentosos, juntamente com a falta de entendimento e esquecimento, favorece a elevada incidência de falhas na administração dos fármacos.¹³

Levando em consideração que o estudo foi realizado com uma população portadora de doenças crônicas degenerativas, de maior prevalência entre as faixas etárias mais avançadas, há grande possibilidade de o resultado encontrado estar relacionado com a idade dos pacientes. Comumente encontram-se nas prescrições médicas de idosos dosagens inadequadas, interações medicamentosas, associações e redundância - uso de fármacos pertencentes a uma mesma classe terapêutica. Tal fato deve-se a uma cultura de medicalização, gerada pelo valor simbólico dado aos medicamentos.¹⁴ E os idosos possuem restrições físicas progressivas, que levam a uma alteração na farmacocinética clínica, interferindo no processo de absorção, distribuição, metabolização e eliminação dos fármacos, que pode ser responsável por efeitos tóxicos e reações adversas indesejáveis.¹⁵

Atenta-se também que a prevenção pode fazer com que sejam atenuados os subsídios gastos com as doenças de alta prevalência, havendo possibilidade de impedir ou adiar o seu aparecimento, já que estas implicam em gastos e recursos tecnológicos mais sofisticados e maior tempo de permanência em hospitais.¹⁶

Assim sendo, é de suma importância que a assistência dada ao paciente aconteça de forma que as necessidades individuais sejam atendidas, tendo em vista a relevância dessa abordagem tanto para este, como para sua comunidade e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde, como estratégia de fortalecimento do SUS, visando também a auxiliar na transformação de estrutura dos serviços de saúde, o que inclui o planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, incluindo a compreensão dos múltiplos fatores de risco à saúde e a possibilidade de intervenção sobre os mesmos.¹⁷

A adoção da estratégia Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis exige.¹⁸

Desempenhando papel-chave no PSF, na relação entre a comunidade e a equipe de saúde encontra-se o profissional agente da saúde ao qual se atribui uma grande variedade de atividades: visita domiciliar, participação em grupos educativos (hipertensos, diabéticos, gestantes, recém-nascidos, etc.), vigilância à dengue, cadastro de renda mínima, busca ativa de faltosos, trabalho comunitário, cadastramento.¹⁹

Vendo o agente de saúde como articulador e facilitador das relações de saúde e doença, este poderia passar a ter um papel ativo na fiscalização do controle adequado na HAS, DM como em outras doenças de caráter crônico-degenerativo: verificar periodicamente a administração correta dos medicamentos, lembrar das datas das consultas e atendimentos de enfermagem e implementar projetos para alimentação adequada e estilo de vida saudável.

Outra possibilidade de auxílio do programa HiperDia é a adoção da ação do Ministério da Saúde "Medicamento Fracionado", que sustenta-se a partir da fabricação de embalagens específicas e vendidas na medida exata necessária e tem como outros benefícios a economia no tratamento e evitar o risco de intoxicação.²

CONCLUSÃO

Os dados indicam que não há relação direta entre o grau de escolaridade e o controle da pressão arterial e glicemia de jejum para paciente inscritos no programa HiperDia do Ministério da Saúde na Unidade Básica de Saúde da Vila Sabiá/Sorocaba - SP.

REFERÊNCIAS

1. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. Rev Panam Salud Publica. 2009; 25(6):491-8.
2. Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial [Internet] [acesso em 26 jun. 2007]. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>.
3. Mion Jr D, Pierin AMG, Guimarães A. Tratamento da hipertensão arterial: respostas de médicos brasileiros a um inquérito. Rev Assoc Méd Bras. 2001; 47(3):249-54.
4. Carrara KM. Fatores que interferem na estratégia de educação à saúde para o usuário portador de hipertensão arterial e diabetes [trabalho de curso de especialização]. Mandaguáçu: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná; Escola Nacional de Saúde Pública Oswaldo Cruz; 2003.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica [Internet] [acesso em 18 fev. 2009]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84s1/a01v84s1.pdf>.
6. Sociedade Brasileira de Diabetes [Internet] [acesso em 16 ago 2007]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/>.
7. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico. Índice de Analfabetismo [Internet] [acesso em 25 jun. 2007]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.aspt=4&z=t&o=23&u1=1&u2=1&u3=1&u4=1&u5=1&u6=1>.
8. Lessa I, Mendonça G AS, Teixeira MTB. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. Bol Oficina Sanit Panam. 1996; 120(5):389-413.
9. International Diabetes Federation [Internet] [acesso em 16 ago. 2007]. Disponível em: <http://www.idf.org/home/>.
10. Brasil. Ministério da Educação. INEP. Taxa de analfabetismo [Internet] [acesso em 25 jun. 2007]. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/estatisticas/analfabetismo/>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. HiperDia [Internet] [acesso em 16 ago 2007]. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>.

12. Zar JH. Bioestatistical analysis. Englewood: Prentice-Hall; 2006.
13. Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CAB, Gonçalves Filho JR, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2008; 24(7):1545-5.
14. Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(6):1439-46.
15. Campos GWS. Desafios políticos e organizacionais do SUS: vinte anos de política pública [editorial]. Cad Saúde Pública. 2008; 24(10):2200-1.
16. Berestein CK, Wajnan S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. Cad Saúde Pública. 2008; 24(10):2301-313.
17. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad Saúde Pública. 2008; 24(6):1304-13.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica [Internet] [acesso em 09 fev 2009]. Brasília, DF; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 14. Série A Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/bcad14.pdf.
19. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS. et al. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(10):2267-78.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Medicamento fracionado [Internet] [acesso em 09 fev 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=995.

