

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA**

**MARIA CLARA CALDEIRA SILVA**

**ADESÃO DOS HIPERTENSOS IDOSOS AO TRATAMENTO**

**MONTES CLAROS-MG**

**2013**

**MARIA CLARA CALDEIRA SILVA**

**ADESÃO DOS HIPERTENSOS IDOSOS AO TRATAMENTO**

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

Orientadora: Profa. Dra Matilde Meire Miranda Cadete

**MONTES CLAROS-MG**

**2013**

**MARIA CLARA CALDEIRA SILVA**

**ADESÃO DOS HIPERTENSOS IDOSOS AO TRATAMENTO**

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

Orientadora: Profa. Dra Matilde Meire Miranda Cadete

Banca Examinadora

Profa. Dra Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, 05 de fevereiro de 2014

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Dra Matilde Meire Miranda Cadete, direciono o meu principal agradecimento, pois suas orientações foram fundamentais para o desenvolvimento deste TCC.

Agradeço também a todas as tutoras que me auxiliaram durante todo o curso, Ana Cristina Couto Amorim, Ana Izabel de Oliveira Neta, Luciana Antunes, Marília Rezende da Silveira e Simone Kathia de Souza. Muito obrigada por tudo!

## RESUMO

No Brasil, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um grave problema de saúde pública, ante a sua elevada prevalência, acometendo entre 15% e 20% da população adulta, em plena fase produtiva e, mais de 50% dos idosos. A dificuldade na adesão do tratamento proposto para a hipertensão arterial traz consequências importantes na condição de saúde do paciente. Dentre os motivos responsáveis pela má adesão ao tratamento, podem-se identificar vários, que variam de acordo com aspectos sociais, econômicos e culturais. Assim, o presente trabalho teve como objetivo elaborar um plano de intervenção com vistas à minimização das dificuldades encontradas para adesão aos tratamentos medicamentoso e comportamental dos pacientes hipertensos do Programa Saúde da Família Vargem Grande. Para a elaboração deste estudo, fez-se pesquisa bibliográfica narrativa em bases de dados e programas do Ministério da Saúde, com a intenção de se dar maior fundamentação ao problema identificado na área de abrangência do PSF Vargem Grande e eleito para busca de solução /minimização. Para tanto, realizou-se a pesquisa nas bases de dados LILACS e SciELO, sendo a pergunta norteadora da revisão: “Os hipertensos aderem ao tratamento e quais são os fatores que interferem nessa adesão?”. Os descritores utilizados foram: adesão, tratamento e hipertensão. Percebe-se que para a manutenção dos níveis pressóricos normais exige-se não somente, participação individual, mas também acompanhamento da equipe de saúde, dentro de um programa eficiente de controle da hipertensão.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Adesão ao tratamento. Idosos.

## ABSTRACT

In Brazil, high blood pressure is a serious public health problem, compared to its high prevalence, affecting between 15 % and 20 % of adults in their productive and more than 50 % of the elderly. The difficulty in joining the proposed treatment for hypertension has important consequences on the health condition of the patient. Among the reasons responsible for poor adherence to treatment, one can identify several that vary according to social, economic and cultural aspects. This study aimed to develop an action plan with a view to minimizing the difficulties in adherence to pharmacological and behavioral treatments of hypertensive patients in the PSF Vargem Grande. For the preparation of this study, there was narrative literature search in databases and the Ministry of Health programs, with the intention of giving more support to the problem identified in the area of FHP Vargem Grande and elected to search for a solution / minimization. To do so, we performed a search in LILACS and SciELO databases, with the central question of the review: "The hypertensive patients adhere to treatment and what are the factors that interfere with the membership?". The keywords used were: adherence, treatment and hypertension. It was observed that for the maintenance of normal blood pressure levels requires not only, individual participation, but also monitoring the health team within an efficient program for control of hypertension.

**Keywords:** Hypertension. Treatment Adherence. Seniors.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.. ..</b>	<b>21</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A primitiva povoação teve origem no desmembramento da freguesia de Morrinhos, a mais antiga povoação da margem do rio São Francisco. Com o desmembramento, é criada a paróquia de Sant'Ana de Contendas.

A história conta que esta denominação se deve às desavenças entre os habitantes sobre a escolha do local onde seria construída a igreja. O arraial de Contendas é elevado à vila em 1890. Em 1901, passa a ser chamada Vila de Brasília e, em 1923, tem o nome reduzido para Brasília, devido à transferência da Capital da República para o Planalto Central. A cidade cedeu gentilmente seu nome para a futura capital, em um acordo político entre o presidente Dr. Juscelino Kubitschek e o então prefeito de Brasília de Minas, Dr. Cassiano. Este acordo gerou uma leve mudança no nome da cidade, levando, desde então, o nome Brasília.

Para não abrir mão totalmente de seu nome, decidiu-se, em 1962, apenas acrescentar ao cedido nome, o adjunto "de Minas", sendo a partir de então conhecida por Brasília de Minas. Para cumprimento de tal acordo foi informado em documento assinado pelo presidente Juscelino e Oscar Niemeyer a construção de uma estrada que ligaria Brasília de Minas a Brasília e esta receberia o nome de a Estrada da Integração. No mesmo documento informava-se, também, que o mesmo nível de reconhecimento de uma ia ser compatível com a outra.

Brasília de Minas é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, famoso por sua magnífica arquitetura colonial.

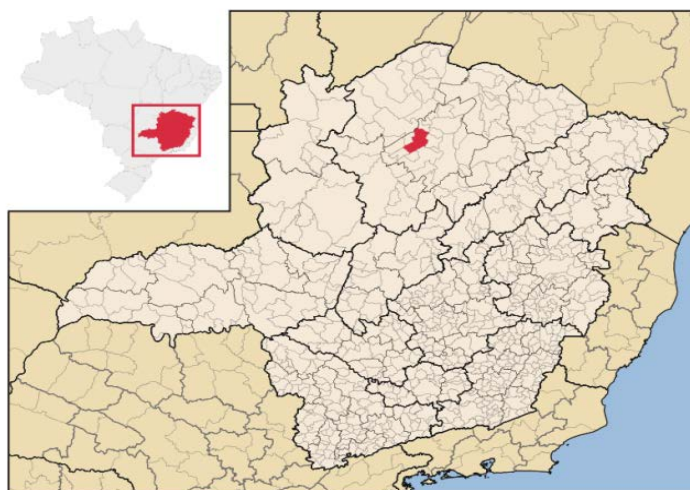
No que diz respeito aos seus aspectos demográficos e geográficos, esta cidade tem uma área de 1.399 km<sup>2</sup>, densidade de 22,30 hab./km<sup>2</sup>, altitude de 723 m e clima de cerrado.

O seu Produto Interno Bruto (PIB), de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008) é de R\$ 188.275,00 mil e o PIB per capita, de R\$ 146.347,00 (IBGE, 2009).



Brasília de Minas tem como municípios limítrofes, Coração de Jesus, Luislândia, São Francisco, Japonvar, Ubaí, São João do Pacuí, Patis e Campo Azul. Quanto aos distritos do município tem-se Fernão Dias, Vila de Fátima, Angicos de Minas, Retiro de Santo Antônio e Vargem Grande. Localiza-se na região norte de Minas Gerais.

Figura 1: Localização de Brasília de Minas



Fonte: Image:MinasGeraisMesoMicroMunicip.svg, ownwork/2013

Sua população total é de 31.356 habitantes; a população urbana tem 20.672 habitantes e a rural 10.549 habitantes (IBGE/2010).

Esses dados podem ser mais bem visualizados na Tabela 1:

Tabela 1  
População de Brasília de Minas por faixa etária e sexo em 2012.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
Menor 1	238	207	445
1 a 4	898	876	1.774
5 a 9	1.284	1.274	2.558
10 a 14	1.573	1.565	3.138
15 a 19	1.707	1.642	3.349
20 a 29	2.715	2.661	5.376
30 a 39	2.140	2.163	4.303
40 a 49	1.894	1.829	3.723
50 a 59	1.350	1.379	2.729
60 a 69	986	1.095	2.081
70 a 79	601	667	1.268
80 e +	273	339	612
Ignorada	-	-	-
<b>Total</b>	<b>15.659</b>	<b>15.697</b>	<b>31.356</b>

Fonte: IBGE (2010)

No que se refere aos aspectos socioeconômicos, o índice de alfabetização é 19.787 habitantes e as principais fontes de renda são: agropecuária, comércio e serviço público. O número de moradias equivale a 8.800 e a maioria é construída em alvenaria, tanto na zona urbana como rural. O número de famílias corresponde a 6.551.

Os principais meios de transporte são o carro, moto e ônibus. A cidade é abastecida de água pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), conforme dados da tabela 2.

Tabela 2  
Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água no município de Brasília de Minas em 2013.

<b>Abastecimento Água</b>	<b>2000</b>
Rede geral	22.037
Poço ou nascente (na propriedade)	1.615
Outra forma	4.394

Fonte: IBGE (2013)

Quanto à coleta de lixo, grande parte dele é coletada, mas ainda se encontram lixos enterrados nas próprias propriedades e/ou jogado ao relento. Veja dados da tabela 3.

Tabela 3  
Proporção de moradores por tipo de destino de lixo no município Brasília de Minas em 2000.

<b>Coleta de lixo</b>	<b>2000</b>
Coletado	14.097
Queimado (na propriedade)	7.784
Enterrado (na propriedade)	269
Jogado	5.681
Outro destino	2.273

Fonte: IBGE (2000)

O abastecimento de energia elétrica é fornecido pela Cemig. Segundo dados do SIAB (2013), das 6.551 famílias cadastradas, 6.234 possuem energia elétrica. A telefonia da cidade é regida pelo sistema de telefonia fixa e móvel, sendo o atendimento fixo realizado pela empresa Telemar e o móvel pelas empresas Oi, Vivo, Claro, TIM e o sistema é DDD, com Código 38.

No que diz respeito aos demais serviços, a cidade possui três agências bancárias (Banco do Brasil, Bradesco e Banco do Nordeste). Possui também agência dos Correios.

Em relação à educação, pode-se dizer que Brasília de Minas está bem constituída e assessorada. Ela tem várias instituições de educação que abarcam desde o ensino fundamental até o superior, conforme exposição no Quadro 1.

**Quadro 1- Instituições de educação de Brasília de Minas de acordo com nível e número de escolas, 2013.**

Nível de Ensino	Número de escolas
Ensino Fundamental Público Estadual	10
Ensino Fundamental Público Municipal	29
Ensino Fundamental Privada	03
Ensino Médio Público Estadual	07
Ensino Médio Privada	02
Ensino Pré-Escolar Pública Municipal	07
Ensino Pré-Escolar Privada	03
Escolas Ensino Superior (CAMPUS) Estadual	01
Escolas Ensino Superior (CAMPUS) Privado	01
Total	63

Referente ao Sistema Local de Saúde, atualmente o Município é sede da Microrregião de Saúde Brasília de Minas/São Francisco e é referência na assistência de média e alta complexidade para aproximadamente 407.000 habitantes pertencentes aos 26 municípios que compõem as Microrregiões Brasília de Minas/São Francisco e Januária. Por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI), o município é referência para um total de 33 municípios. Brasília de Minas é também a sede do Consorcio Intermunicipal de Saúde do Norte de Minas – CISNORTE que engloba todos os municípios da Microrregião.

As doenças mais prevalentes do município, segundo dados coletados nas Unidades Básicas de Saúde são parasitoses, infecções gastrointestinais, doenças do aparelho circulatório (hipertensão, insuficiência cardíaca), doenças do aparelho respiratório, diabetes mellitus, doenças metabólicas e nutricionais, doença de Chagas, doenças do aparelho geniturinário, transtornos mentais. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS), câncer, alcoolismo e tabagismo.

As maiores causas de mortalidade estão concentradas nas faixas etárias acima de 20 anos, e as doenças prevalentes que se destacam são aquelas relacionadas ao aparelho circulatório, seguido das neoplasias e causas de morte por doenças do aparelho respiratório e digestivo.

Como profissional de saúde em Brasília de Minas, atuo no PSF Vargem Grande, localizado na zona rural, ficando a uma distância de 12 km do centro da cidade. O território-área compreende as seguintes comunidades: Barreiro, Lagoinha III, Retiro Cesáreo, Cabana, Umbuzeiro, Pedras de Fogo, Cinco Buritis, Vargem Grande, Cercado, Capim de Cheiro, Goiabeira, Ribeirão do Estreito, Vila de Fátima, Porções, Olhos d'Água, Coitado, Boa Sorte, Bamburral, Capoeira dos Gatos, Guaribas, Bóias e Jandainha. Em duas destas comunidades (Vila de Fátima e Ribeirão do Estreito) há um ponto de apoio, que ficam respectivamente a uma distância de 13 e 07 km de distância do PSF Vargem Grande.

O território de responsabilidade do PSF apresenta um relevo variado com presença de declives e aclives, morros, grotas e terreno arenoso (estradas não pavimentadas). Acidentes geográficos como estradas com buracos e grotas são as barreiras existentes. A presença de dois lixões são as áreas de risco ambiental na região.

A população adscrita conta também com serviços sociais como: duas creches, uma escola estadual (E.E Francisco Xavier Antunes) e seis escolas municipais (E.M São Pedro, E.M. Afonso Pena, E.M. Santa Terezinha, E.M. Gonçalves Dias, E.M. Santa Maria, E.M Francisco Xavier Antunes) e 11 associações.

Há, na região, duas quadras e quatro campos de futebol, únicas áreas de lazer de que a comunidade dispõe.

O PSF Vargem Grande atende a uma população de 3.141 habitantes. O Quadro 2 apresentado a seguir mostra a distribuição dessa população, segundo a faixa etária e sexo. Apenas 0,4% da população adscrita tem acesso a um plano de saúde.

**Quadro 2 – População cadastrada no PSF Vargem Grande de acordo com sexo e faixa etária, 2013**

Faixa Etária	Homens	Mulheres
Abaixo de 1 ano	22	31
1 a 4 anos	110	101
5 a 9 anos	147	136
10 a 14 anos	203	176
15 a 19 anos	177	162
20 a 59 anos	759	694
60 a 79 anos	177	188
Acima de 80 anos	26	32
Total	1621	1520

Os dados do quadro apontam que há maior contingente populacional na faixa etária compreendida entre 20 a 59 anos, seguida pela faixa de 10 a 14 anos. Destaca-se, ainda, o número de pessoas com idade acima de 60 anos.

A área de abrangência do PSF Vargem Grande possui sete micro áreas, assim distribuídas: Micro área 1: Cento e treze famílias cadastradas. Diabéticos: 06; Hipertensos: 53; Tuberculose: 01. Micro área 2: Noventa e três famílias cadastradas. Diabéticos: 05; Hipertensos: 73; Tuberculose: 01. Micro área 3: Cento e dez famílias cadastradas. Diabéticos: 07; Hipertensos: 46; Tuberculose: 01. Micro área 4: Noventa e oito famílias cadastradas. Diabéticos: 03; Hipertensos: 68. Micro área 5: Quatrocentos e oitenta pessoas cadastradas. Diabéticos: 15. Hipertensos: 68. Micro área 6: Cento e trinta e cinco famílias cadastradas. Diabéticos: 15; Hipertensos: 59. Micro área 7: Cento e cinco famílias cadastradas. Diabéticos: 07; Hipertensos: 59.

Em 1979, surgiu a Unidade de Saúde Vargem Grande como Posto de Saúde e com equipe formada por um médico e um auxiliar de saúde. Em 2005, esta unidade adere ao Programa Saúde da Família. Atualmente, o Programa Saúde Família Vargem Grande é composto por uma Médica, uma Enfermeira, dois Técnicos de Enfermagem, uma Auxiliar de Enfermagem, sete Agentes Comunitários de Saúde, uma Dentista, um Técnico em Higiene Dental e um Auxiliar de Serviços Gerais.

Sua estrutura física é composta por uma sala de espera para pacientes e acompanhantes e um ambiente destinado à recepção, registro, preenchimento de prontuários e aferição de dados vitais e antropométricos dos pacientes. Há também uma sala para agentes destinada também à realização de fechamento do SIAB e reuniões de grupos e da equipe, uma para guardar medicamentos, uma sala de curativos, sala de vacinação, dois consultórios clínicos (Médico e Enfermagem), Consultório odontológico, sala de esterilização, Copa, DML, quatro banheiros. Não há, porém, sala exclusiva para lavagem e desinfecção de materiais.

O PSF Vargem Grande conta com pontos de atenção à saúde que ficam localizados na zona urbana de Brasília de Minas. São eles: Centro de Referência Secundária Viva Vida e Hiperdia, um CAPS, dois hospitais (Hospital Municipal Senhora Santana e Hospital Municipal São Vicente de Paula), um Pronto Atendimento, um laboratório e um Centro de Hemodiálise. Possui também cobertura pelo Centro Mais-Vida, localizado na cidade de Montes Claros.

Nesse cenário, é que foi realizada a análise situacional da região abrangida pela ESF Vargem Grande, por ocasião das atividades do Módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Destacam-se, a seguir, os problemas detectados:

- Localização da unidade de difícil acesso (zona rural com estradas ruins);
- Alto índice de parasitoses intestinais;
- Presença de dois lixões na área (risco ambiental);
- Alto índice de analfabetos;
- Baixo poder econômico;
- Estrutura precária da Unidade de Saúde;
- Condições precárias de higiene (física e bucal);
- Dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão arterial;
- Alto índice de hipertensos.

Dentre esses problemas, o identificado como prioritário foi a **Dificuldade de Adesão ao Tratamento de Hipertensão Arterial**, uma vez que durante a realização dos atendimentos na unidade de saúde, pode-se observar que vários pacientes apresentam dificuldade na adesão dos tratamentos propostos, culminado na não adequação dos níveis ideais de pressão arterial e, em alguns casos, no abandono do tratamento.

A dificuldade na adesão do tratamento proposto para a hipertensão arterial traz consequências importantes na condição de saúde do paciente, manifestando-se mais comumente em alterações à longo prazo, como comorbidades associadas (insuficiência renal, retinopatia hipertensiva, insuficiência cardíaca, dentre outras), ou até mesmo em situações de urgência ou emergência hipertensiva que podem cursar com situações mais graves, como acidente vascular encefálico.

Dentre os motivos responsáveis pela má adesão ao tratamento, podem-se identificar vários, que variam de acordo com aspectos sociais, econômicos e culturais. Observa-se que a dificuldade de adesão ocorre tanto com o tratamento comportamental quanto com o tratamento medicamentoso.

Dentre as dificuldades de adesão ao tratamento comportamental, pode-se perceber que os pacientes tem uma dificuldade importante em diminuir a quantidade de consumo de sal. Muitos relatam que não podem diminuir o sal por causa dos outros moradores da casa que, muitas vezes, não são portadores de HAS. Relatam também que não conseguem se acostumar com a alimentação com pouco sal.

Em relação aos exercícios físicos, os relatos são de que, devido ao excesso de trabalho durante o dia, acabam não apresentando disposição para realizar os exercícios, tornando-se, na maioria das vezes, pacientes sedentários.

Os hábitos alimentares da população local também são inadequados para o ideal controle da hipertensão arterial. A maioria apresenta uma dieta pobre em frutas e verduras e muito rica em carboidratos e alimentos industrializados, o que acaba contribuindo para o excesso de peso e desenvolvimento de obesidade. A obesidade também é um fator que impede a obtenção de níveis controlados de pressão arterial.

O consumo de tabaco e álcool não é raro entre os pacientes que possuem hipertensão. Vários possuem o hábito de utilizar essas substâncias há anos e a maioria não quer se submeter ao tratamento específico para cessar o tabagismo ou etilismo, mesmo sabendo dos efeitos adversos sobre a pressão arterial decorrente do uso dessas substâncias.

O estresse também é um fator desencadeador de aumento da pressão arterial. Devido a vários problemas pessoais, esse fator dificilmente é controlado.

Outro fator responsável pela má adesão ao tratamento da hipertensão arterial é o fato da mesma se apresentar, na maioria das vezes, de forma assintomática. Assim, muitos pacientes se recusam a realizar o tratamento proposto com a justificativa de que estão se sentindo bem e, por isso, não precisam modificar hábitos de vida ou fazer uso de medicações.

Em relação ao tratamento medicamentoso também são várias as dificuldades encontradas. O fato de não se lembrar de tomar os medicamentos nos horários corretos é uma das principais queixas, visto que muitos pacientes possuem prescrições de utilizar os medicamentos em intervalos menores. Há dificuldade também quando são instituídos vários medicamentos para controle da pressão arterial (polifarmácia).

Outros fatores identificados são: abandono da medicação devido aos efeitos adversos decorrentes da mesma e também a dificuldade na identificação de quais medicamentos devem ser tomados em determinados horários (muitos pacientes são analfabetos e assim não conseguem identificar qual medicamento deve ser ingerido em cada momento do dia).

A seleção dos nós críticos relacionados à má adesão ao tratamento de hipertensão arterial são os hábitos de vida inadequados praticados pelo paciente e as várias dificuldades apresentadas para a correta utilização dos medicamentos, sendo identificados os seguintes:

- Consumo elevado de sal;
- Sedentarismo;
- Hábitos alimentares inadequados (rica em carboidratos e pobre em verduras e frutas);
- Obesidade;
- Consumo de álcool e tabaco;
- Estresse;
- Patologia assintomática (acreditam que não precisam aderir ao tratamento por não apresentarem nenhum sintoma);
- Horários frequentes de uso da medicação (dificuldade lembrar-se de todos os horários);
- Polifarmácia (utilização de vários medicamentos);
- Efeitos adversos das medicações;
- Analfabetismo (não conseguem identificar quais medicamentos devem ser tomados em determinados horários).



Portanto, este trabalho é relevante porque pretende apresentar uma proposta de intervenção com a finalidade ampliar a adesão das pessoas com hipertensão arterial ao tratamento.

## 2 JUSTIFICATIVA

“No Brasil, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um grave problema de saúde pública, ante a sua elevada prevalência, acometendo entre 15% e 20% da população adulta, em plena fase produtiva e, mais de 50% dos idosos” (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011, p. 930).

A hipertensão arterial é uma doença de evolução crônica que, se não tratada adequadamente, pode levar a consequências bastante deletérias ao paciente. Dentre as consequências, podemos citar a insuficiência renal e cardíaca, retinopatia hipertensiva, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.

Portanto, é imprescindível que seja realizado o manejo adequado dos hipertensos, executandocorretamente os tratamentos medicamentoso e comportamental para obtenção dos níveis ideais da pressão arterial, para que assim possa haver a diminuição do número de complicações, melhorando a qualidade de vida do paciente a longo prazo.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de intervenção com vistas à minimização das dificuldades encontradas para adesão aos tratamentos medicamentoso e comportamental dos pacientes hipertensos do PSF Vargem Grande.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Verificar, com base na literatura, quais são os fatores dificultadores para adesão ao tratamento;

Buscar estratégias na literatura médica que possam servir de fundamentação para implantação de medidas que visem melhorar a adesão ao tratamento no PSF.

#### 4 METODOLOGIA

Para a elaboração deste estudo, fez-se pesquisa bibliográfica narrativa em bases de dados e programas do Ministério da Saúde, com a intenção de se dar maior fundamentação ao problema identificado na área de abrangência do PSF Vargem Grande e eleito para busca de solução /minimização.

Para tanto, realizou-se a pesquisa nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), sendo a pergunta norteadora da revisão: “Os hipertensos aderem ao tratamento e quais são os fatores que interferem nessa adesão?”. Os descritores utilizados foram: adesão, tratamento e hipertensão. A partir da leitura criteriosa dos resumos foram selecionados os que se referiam ao tema proposto, assim como à pergunta norteadora, sendo que esses foram considerados a amostra e lidos na íntegra.

Levou-se, ainda, em consideração para elaboração do plano, os objetivos a serem alcançados e os recursos necessários para obter os resultados esperados, bem como quem controla cada recurso. Assim, foram designados os atores responsáveis pelas ações estratégicas propostas. O plano de intervenção baseou-se no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

O Brasil, nas últimas décadas, vem passando por uma transformação demográfica. No período de 1950 a 2000, a população brasileira passou de 51,9 milhões para 168,9 milhões de pessoas e a expectativa de vida passou de seus apenas 43,3 anos para 70,4 anos. Concomitantemente, ocorreu uma diminuição da taxa de natalidade e diminuição da taxa de mortalidade. A população idosa passou de 2,5% para 5,9%.

Estima-se que a população brasileira poderá chegar a 259,8 milhões de habitantes, dos quais 48,9 milhões corresponderão às pessoas com 65 anos ou mais de idade. Acarretará, assim, numa maior demanda de serviços pela população idosa, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004). No Brasil, utiliza-se a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para países em desenvolvimento, sendo considerado idoso a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (SOUZA; MORAIS; BARTH, 2006).

Souza, Moraes e Barth (2006) colocam que essa mudança no perfil populacional (transição demográfica) se deve a fatores tais como: queda da fecundidade materna e mortalidade infantil, diminuição de mortes por doenças infecto-contagiosas, o aumento da expectativa de vida e o progressivo envelhecimento da população. Essa mudança faz com que o Brasil deixe de ser considerado um “país jovem” para ser tido como um país envelhecido.

Devido às mudanças no perfil da população do Brasil foi criada, em 1994, por meio da lei 8.842/94, a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e, mais recentemente, o Estatuto do Idoso através da lei n.º 10.741 de 1º outubro de 2003 (BRASIL, 2010a), passando, dessa forma, a ter mais programas voltados para a atenção à saúde da pessoa idosa. Dentre esses programas, podemos citar o Programa Saúde da Família (PSF), sendo chamado hoje de Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi criado com a finalidade de atender as necessidades da população de forma integrada. Esta é uma ferramenta de suma importância para o acompanhamento e monitoramento da saúde dos idosos e do uso de medicamentos por eles.

No PSF, a abordagem ao usuário é multiprofissional e interdisciplinar, na qual cada profissional realiza sua avaliação e, posteriormente, em conjunto, são traçadas as metas e desenvolvidas as ações necessárias para a manutenção e/ou recuperação da saúde. A equipe

de Saúde da Família possui papel fundamental no desenvolvimento das ações de prevenção e controle de agravos (CARVALHO-FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011, p.935).

Dentre as doenças mais comuns e que requerem ações preventivas e controle de agravos, encontra-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) que é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e um fator de risco independente para doenças cardiovasculares e renais (BRASIL, 2006; SANTA-HELENA; NEMES; NETO, 2010; OSHIRO; CASTRO; CYMROT, 2010).

As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por mais de 800 mil internações processadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006, com um custo aproximado de 1 bilhão e 300 milhões de reais e se mantêm como principal causa agrupada para a morbimortalidade no Brasil (SANTA-HELENA; NEMES; NETO, 2010).

A HAS caracteriza-se por uma condição em que há aumentos sustentados da pressão sanguínea sistêmica (DANIEL; VEIGA, 2013).

A HAS é uma doença de evolução crônica com diversas consequências e complicações, decorrentes tanto de seu curso natural quanto do incorreto manejo de seu tratamento adequado.

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (BRASIL, 2010b), a hipertensão arterial é definida da seguinte maneira:

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	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥ 140	< 90

Fonte: Revista Brasileira de Hipertensão (2010)

Daniel e Veiga (2013) colocam que apesar da identificação e o diagnóstico sejam considerados fáceis e que existam medidas terapêuticas eficientes, a manutenção e o controle eficaz do regime terapêutico relacionado à HA têm sido tarefa árdua.

O tratamento da hipertensão arterial visa à redução dos níveis pressóricos, tentando, assim, diminuir as complicações da hipertensão arterial, como lesões em órgãos alvo e a ocorrência de urgências ou emergências hipertensivas. É realizado de duas maneiras: tratamento comportamental e tratamento medicamentoso, sendo que mesmo após a instituição do tratamento medicamentoso o comportamental deve ser mantido.

“A expressão ‘adesão ao tratamento’ refere-se ao grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a PA em níveis normais” (DANIEL; VEIGA, 2013, p.332).

Apesar do risco que a hipertensão arterial representa, a adesão ao tratamento ainda é insatisfatória e permanece como desafio aos serviços de saúde e às políticas públicas, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS) (RIBEIRO *et al.*, 2008). Leite e Vasconcellos (2003) corroboram ao dizer que um dos maiores desafios no combate à hipertensão arterial ainda se deve a não adesão ao tratamento.

Martinez (2004) traz que a estimativa do grau de adesão mundial nos tratamentos crônicos seja de 50% a 75%.

O impacto da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, no Brasil, pode ser avaliado pela importância dos acidentes vasculares encefálicos como causa de morte e o adequado controle da hipertensão poderia reduzir esta mortalidade como ocorreu em outros países (LESSA, 2006).

“A adesão à terapêutica por parte dos portadores de doenças crônicas como a hipertensão arterial tem sido discutida como um processo complexo e multifatorial” (RIBEIRO *et al.*, 2012, p.272).

Em relação ao tratamento comportamental devem ser instituídas medidas relacionadas aos hábitos de vida do paciente, como a alimentação (redução da ingestão de sal, condimentos, alimentos enlatados, etc.), prática de exercícios físicos para evitar o sedentarismo (como, por exemplo, as caminhadas, são gratuitas e muito efetivas no auxílio à diminuição da pressão arterial), cessar tabagismo e etilismo, controle do estresse, perda de peso (uma vez que já foi comprovado que a diminuição de peso reduz os níveis da pressão arterial).

Sobre o tratamento medicamentoso, existem vários medicamentos de diversos mecanismos e classes diferentes que tem como efeito a redução dos níveis da pressão arterial. Esses medicamentos podem ser utilizados isoladamente ou combinados, sendo instituída a menor dose possível para o adequado controle da pressão arterial, evitando, assim, os possíveis efeitos colaterais do medicamento.

Marin *et al.* (2010) comentam que as várias alterações de saúde apresentadas pelos idosos fazem com que eles sejam grandes consumidores de medicamentos e esses, embora necessários, em muitas ocasiões, quando utilizados de forma incorreta podem desencadear sérias complicações. Além disso, muitos desses idosos fazem uso de vários medicamentos (polifarmácia) dificultando a sua correta utilização. A polifarmácia pode ser considerada uma terapêutica personalizada, desde que o médico prescreva somente medicamentos necessários para a doença apresentada pelo idoso. Isto, além de evitar os efeitos colaterais de componentes desnecessários, reduz o custo do tratamento (SIMÕES; MARQUES, 2005).

“O uso correto da medicação entre essa população, e medidas que visem à melhoria das suas condições de vida representam uma necessidade” (MARIN *et al.* 2010, p. 48). Além disso, para tornar o controle da hipertensão mais eficaz, torna-se indispensável, além do seu tratamento, também o controle de seus fatores de risco (GIROTTI *et al.*, 2013).

Assim, verifica-se que a vivência com as doenças crônicas faz com que os idosos utilizem com frequência os serviços de saúde, pois são eles consumidores de grande número de medicamentos. A população idosa apresenta peculiaridades em relação ao uso de medicamentos, uma vez que as alterações decorrentes do próprio envelhecimento interferem na farmacocinética e na farmacodinâmica dos medicamentos. A maioria dos idosos apresenta dificuldades para fazer o uso correto de medicamentos, em decorrência de alterações



fisiológicas inerentes a sua faixa etária, ou por falta de um cuidador para orientá-lo no manuseio das medicações.

A idade interfere na função cognitiva dos idosos, sendo que a dificuldade de lembrar-se de tomar a medicação em horário e dosagem correta torna-se um fato comum nessa população (BLANSKI; LENARDT, 2005).

Henriques (2009) diz que muitas vezes os idosos não têm uma boa adesão ao regime terapêutico devido a reações adversas, falhas na comunicação ou receberem poucas instruções. Comunicação esta que pode dar-se escrita ou oralmente, uma vez que fazer uma prescrição legível e com informações claras para o cliente e toda a equipe é um compromisso ético do profissional médico (SILVA *et al.*, 2007). Podemos, também, estender esse compromisso a todos os profissionais de saúde, visto que as prescrições de medicamentosas e/ou de cuidados não são realizadas exclusivamente pelos médicos.

Muitos são os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Em estudo realizado por Dourado *et al.* (2011) dentre os principais motivos para a não adesão ao tratamento medicamentoso referido pelos Pesquisados foram: 10 por esquecimento; 8 por ausência de sintomas; 7 por desmotivação; 2 por falta de recursos financeiros; 2 por quantidade excessiva e 1 por conta dos efeitos colaterais.

Muitos estudos têm sido realizados sobre adesão, no entanto, ainda não foi encontrada uma estratégia para fidelizar o paciente ao tratamento (OSHIRO; CASTRO; CYMROT, 2010).

As mudanças de comportamentos necessárias para o controle da pressão arterial são desafiadoras para hipertensos e serviços de saúde. Estudos que identifiquem as prevalências de adesão às diferentes modalidades de tratamento e os grupos populacionais mais vulneráveis a não adesão são importantes para direcionar ações individuais e coletivas de atenção à saúde (GIROTTO *et al.*, 2013).

Cotta *et al.* (2009) colocam que as metas da educação em saúde para o indivíduo portador de hipertensão devem incluir a apropriação de meios para o desenvolvimento de seu autocuidado e autonomia, a ampliação de seu nível de conhecimento e apreensão sobre os processos de saúde-doença e o desenvolvimento de estratégias para seu empoderamento e libertação.

Oshiro, Castro e Cymrot (2010) afirmam ue a manutenção dos níveis pressóricos normais exige não somente, participação individual, mas também acompanhamento da equipe de saúde, dentro de um programa eficiente de controle da hipertensão. A adesão ao tratamento é uma meta primordial no direcionamento das ações da equipe de saúde (DOURADO *et al.*, 2011).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Após a realização da revisão da literatura, pode-se dar início ao desenvolvimento das ações, que têm como finalidade atuar em cada um dos nós críticos identificados:

**Quadro 1 Desenho das Operações**

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>
<b>Consumo elevado de sal</b>	Mudança nos hábitos alimentares	Redução no consumo de sal	Campanhas informativas realizadas na unidade de saúde e cartazes
<b>Sedentarismo</b>	Estimular a prática de exercícios físicos	Diminuir o índice de sedentarismo	Caminhada orientada/ Atividades desenvolvidas por educador físico
<b>Hábitos alimentares inadequados</b>	Mudança nos hábitos alimentares	Aumento na ingestão de frutas e verduras, com diminuição de carboidratos	Desenvolvimento de horta comunitária/ Campanhas educativas
<b>Obesidade</b>	Dietas específicas	Redução do IMC	Plano de dieta desenvolvido por nutricionistas/ Atividades desenvolvidas por educador físico/ Campanhas educativas
<b>Consumo de álcool e tabaco</b>	Implementar tratamentos específicos	Diminuição dos usuários de álcool e tabaco	Campanhas educativas/ Tratamento medicamentoso
<b>Estresse</b>	Realizar atividades de lazer	Melhorar a qualidade de vida	Criação de áreas de lazer/ Desenvolvimento de atividades físicas
<b>Doença assintomática</b>	Informação sobre as consequências da doença não tratada	População mais informada sobre a doença	Campanhas educativas/ Capacitação dos ACS
<b>Horários frequentes de uso da</b>	Aumentar o intervalo entre as medicações	Diminuição do esquecimento de tomar	Revisão dos medicamentos utilizados/ Diminuição no número de doses

<b>medicação</b>		o medicamento	
<b>Polifarmácia</b>	Tentar obter níveis ideais de PA com o menor número possível de medicações	Facilitar o adequado uso da medicação	Revisão dos medicamentos utilizados/ Diminuição do número de medicamentos
<b>Efeitos adversos das medicações</b>	Utilizar a menor dose possível ou trocar o medicamento	Diminuir o abandono do tratamento	Revisão dos medicamentos utilizados/ troca de medicamentos/ Diminuição das doses
<b>Analfabetismo</b>	Aumentar o nível de alfabetização da população	Saber qual medicamento deve ser utilizado em cada horário do dia	Campanhas para alfabetização da população/ Medidas alternativas para identificação das medicações

Para o desenvolvimento das operações, é necessária a disponibilização de diversos recursos, que podem variar de acordo com cada ação a ser desenvolvida, como exposto a seguir:

- Mudança nos hábitos alimentares: Recurso cognitivo (informação para a população por parte dos profissionais de saúde), financeiro (confecção de cartazes informativos) e organizacional (disponibilização de áreas para desenvolvimento de horta comunitária).
- Estimular a prática de exercícios físicos: Recurso cognitivo (informações para a população por parte dos profissionais de saúde sobre a importância do exercício físico) e político (disponibilizar educadores físicos para desenvolvimento das atividades).
- Dietas específicas: Recurso político e organizacional (disponibilizar profissionais especializados -nutricionistas- para adequação da dieta).
- Implementar tratamentos específicos para desestimular o consumo de álcool e tabaco: Recursos cognitivo (campanhas educativas e conhecimento técnico do médico para o tratamento medicamentoso) e financeiro (fornecimento da medicação para o tratamento).
- Realizar atividades de lazer: Recursos organizacional e financeiro (criação de áreas de lazer para a população).

- Informação sobre as consequências da doença não tratada: Recurso cognitivo (informação para a população por parte dos profissionais de saúde e campanhas educativas)
- Aumentar o intervalo entre as medicações: Recurso cognitivo (conhecimento técnico do médico para diminuir o número de doses do medicamento).
- Tentar obter níveis ideais de PA com o menor número possível de medicações: Recurso cognitivo (conhecimento técnico do médico para rever a medicação utilizada pelo paciente, utilizando o menor número possível de medicamentos).
- Utilizar a menor dose possível ou trocar o medicamento para evitar os efeitos adversos: Recurso cognitivo (conhecimento técnico do médico para reconhecer os efeitos colaterais da medicação, tentando evita-los ou minimizá-los).
- Aumentar o nível de alfabetização da população: Recurso político (disponibilizar profissionais de educação para alfabetização da população).

Várias pessoas e setores públicos estão envolvidos na realização do projeto de intervenção, cada um apresentando uma posição favorável ou indiferente na realização do plano de intervenção:

#### **Quadro 2 Análise da Viabilidade do Plano:**

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>	<b>Ator que Controla</b>	<b>Motivação</b>
Mudança nos hábitos alimentares	Cognitivo Financeiro Organizacional	Profissionais da ESF Secretaria de Saúde Secretaria de Planejamento	Favorável Favorável Indiferente
Estimular a prática de exercícios físicos	Cognitivo Político	Profissionais da ESF Secretaria de Saúde	Favorável Indiferente
Dietas específicas	Político Organizacional	Secretaria de Saúde	Indiferente
Implementar tratamentos específicos para tabagismo e etilismo	Cognitivo Financeiro	Profissionais da ESF Secretaria de Saúde	Favorável Favorável
Realizar atividades de lazer	Organizacional Financeiro	Secretaria de Planejamento Secretaria de Cultura e Lazer	Indiferente Indiferente
Informação sobre as		Profissionais da ESF	Favorável

consequências da doença não tratada	Cognitivo		
Aumentar o intervalo entre as medicações	Cognitivo	Profissionais da ESF (médico)	Favorável
Tentar obter níveis ideais de PA com o menor número possível de medicações	Cognitivo	Profissionais da ESF (médico)	Favorável
Utilizar a menor dose possível ou trocar o medicamento	Cognitivo	Profissionais da ESF (médico)	Favorável
Aumentar o nível de alfabetização da população	Político	Secretaria de Educação	Indiferente

Para realizar o plano de intervenção, foram elaboradas ações estratégicas para desenvolver cada operação, sendo designados os responsáveis para cada uma, bem como o prazo para sua realização:

### Quadro 3 Elaboração do Plano Operativo:

<b>Operação</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Ação estratégica</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Mudanças nos hábitos alimentares</b>	Aumento na ingestão de frutas e verduras, com diminuição de carboidratos . Redução no consumo de sal	Campanhas informativas realizadas na unidade de saúde e cartazes/ Desenvolvimento de horta comunitária	Apresentação do projeto/ Reuniões com a comunidade/ Identificar uma área para desenvolver a horta comunitária	Médica Enfermeira Agentes comunitários de saúde	Um mês para apresentar o projeto / Início imediato das reuniões com a comunidade / Dois meses para início da horta comunitária
<b>Estimular</b>	Diminuir o	Caminhada	Apresentação do projeto (mostrar para a secretaria	Médica	Dois meses para apresentação

<b>a prática de exercícios físicos</b>	índice de sedentarismo	orientada/ Atividades desenvolvidas por educador físico	de saúde os benefícios da disponibilização do educador físico) / Reuniões com a comunidade	Enfermeira Agentes comunitários de saúde	o do projeto / Início das atividades em quatro meses / Início imediato das reuniões com a comunidade
<b>Dietas específicas</b>	Redução do IMC	Plano de dieta desenvolvido por nutricionistas / Atividades desenvolvidas por educador físico/ Campanhas educativas	Apresentação do projeto (mostrar para a secretaria de saúde os benefícios da disponibilização de nutricionista e educador físico) / Reuniões com a comunidade	Médica Enfermeira	Dois meses para apresentação do projeto / Início das atividades em quatro meses / Início imediato das reuniões com a comunidade
<b>Implementar tratamentos específicos para tabagismo e etilismo</b>	Diminuição dos usuários de álcool e tabaco	Campanhas educativas/ Tratamento medicamentoso	Apresentação do projeto (solicitar junto à secretaria de saúde os medicamentos necessários) / Reuniões com a comunidade	Médica Enfermeira	Um mês para apresentação do projeto / Início das atividades em três meses
<b>Realizar atividades de lazer</b>	Melhorar a qualidade de vida	Criação de áreas de lazer/ Desenvolvimento de atividades físicas	Apresentação do projeto (solicitar a criação de áreas de lazer para a população)	Médica Enfermeira Agentes comunitários de saúde	Dois meses para apresentação do projeto / Quatro meses para início das atividades
<b>Informação sobre as consequências da</b>	População mais informada sobre a doença	Campanhas educativas/ Capacitação dos ACS	Apresentação do projeto / Reuniões com a comunidade	Médica Enfermeira	Início imediato das campanhas educativas e capacitação

<b>doença não tratada</b>					dos agentes comunitários de saúde
<b>Aumentar o intervalo entre as medicações</b>	Diminuição do esquecimento de tomar o medicamento	Revisão dos medicamentos utilizados/ Diminuição no número de doses	Reformular a terapia medicamentosa do paciente / Informar o paciente sobre os benefícios da doença controlada	Médica	Início imediato
<b>Tentar obter níveis ideais de PA com o menor número possível de medicações</b>	Facilitar o adequado uso da medicação	Revisão dos medicamentos utilizados/ Diminuição do número de medicamentos	Reformular a terapia medicamentosa do paciente / Informar o paciente sobre os benefícios da doença controlada	Médica	Início imediato
<b>Utilizar a menor dose possível ou trocar o medicamento</b>	Diminuir o abandono do tratamento	Revisão dos medicamentos utilizados/ troca de medicamentos/ Diminuição das doses	Reformular a terapia medicamentosa do paciente / Informar o paciente sobre os benefícios da doença controlada	Médica	Início imediato
<b>Aumentar o nível de alfabetização da população</b>	Saber qual medicamento deve ser utilizado em cada horário do dia	Campanhas para alfabetização da população/ Medidas alternativas para identificação das medicações	Apresentação do projeto à secretaria de educação / Demonstrar os benefícios da alfabetização da população / Reuniões com a comunidade	Médica Enfermeira	Dois meses para apresentação do projeto / Início das atividades em quatro meses



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que a dificuldade em controlar a hipertensão arterial é muito grande, pois muitos são os fatores que influenciam na adesão dos pacientes ao tratamento. Sendo que a baixa adesão ao tratamento da hipertensão é um grande desafio para os que trabalham e investigam esta área.

Para que a ESF possa prevenir a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, seja ele medicamentoso ou não, é preciso adotar algumas medidas, tais como: obtenção de informações adequadas sobre os doentes quanto à residência e local de trabalho; busca ativa sistemática dos pacientes que não comparecerem por longo tempo ao programa; ênfase nas práticas educativas, principalmente para as pessoas com baixa escolaridade.

Em sintonia com os princípios das ESF, é importante que essas ajam de forma preventiva, pois a melhora na adesão é um importante investimento no caso de doenças crônicas e requer esforço do sistema de saúde para encontrar novas soluções para o problema da adesão.

Vale ressaltar que essa situação é um problema que deve ser enfrentado por todos os envolvidos na situação: o paciente, sua família, a comunidade, as instituições e as equipes de saúde.

## REFERÊNCIAS

BLANSKI, C.R.K; LENARDT, M.H. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre, v. 26, n. 2, 2005.

BRASIL. **Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

BRASIL. Estatuto do idoso: **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata**. 5. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.17, n. 1, janeiro/março 2010b.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CARVALHO FILHA, F.S.S.C; NOGUEIRA, L.T; VIANA, L.M.M. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Rene**, v. 12, n. esp. p. 930 - 936, 2011.

COTTA, R.M.M *et al.* Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família - Município de Teixeira - MG. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, 2009.

DANIEL, A.C.Q.G; VEIGA, E.V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein**, v. 11, n. 3, 2013.

DOURADO, C.S *et al.* Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 33, n.1, 2011.

GIROTTI, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, 2013.

HENRIQUES, M.A.P. Adesão ao regime terapêutico em idosos- revisão sistemática. **Escola superior de enfermagem de Lisboa**. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Tendências demográficas: uma análise dos resultados da amostra do censo demográfico 2000. 2004

LEITE, S.N; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, 2003.

LEOPARDI, MT. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2 ed. Florianópolis: Ed. UFSC, 2002.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, 2006.

MARIN, M.J.S *et al.* Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. **Revista da escola de enfermagem da USP**. v. 44, n. 1, 2010.

MARTINEZ, C.B. Cumprimiento terapêutico e hipertensión arterial. **Atenção Primaria**, v. 34, n. 8, 2004.

OSHIRO, M.L; CASTRO, L.L.C; CYMROT, R. Fatores para a não adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 1, 2010.

RELATÓRIO Anual de Gestão. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=31&codTpRel=01>>. Acesso em: 30 mar. 2013.

RIBEIRO, A.G *et al.* Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Revista de Nutrição**, v. 25, n. 2, 2012. p. 271-282.

RIBEIRO, A.Q *et al.* Inquérito sobre o uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. **Revista de saúde pública**. v. 42, n. 4, 2008.

SANTA-HELENA, E.T; NEMES, M.I.B; NETO, J.E. Fatores associados à não-adesão ao tratamento anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010.

SILVA, A.E.B.C *et al.* Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta paulista de enfermagem.** v. 20, n. 3, 2007.

SIMÕES, M.J.S; MARQUES, A.C. Consumo de medicamentos por idosos segundo prescrição médica em Jaú- SP. **Revista de ciências farmacêuticas básica e aplicada.** v. 26, n. 2, 2005.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA- SIAB. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 29 mar. 2013.

SOUZA, L.M; MORAIS, E.P; BARTH, Q.C.M. Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um Programa de Saúde da Família de Porto Alegre, Brasil. **Revista latino-americana de enfermagem.** v. 14, n. 6, 2006.