

ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DOS IDOSOS CADASTRADOS NO PROGRAMA DO FINATI

Fabio Luiz Oliveira De Carvalho¹ Dalmo De Moura Costa² Fabiana Lopes Martins³ Francielly Vieira Fraga⁴ Giovanna Costa De Paula Dos Santos⁵ Natália Rafaela Aparecida Pinto⁶ Carla Augusta Rossetti Barassa⁷ Luis Roque Guidi Junior⁸

¹Fisioterapeuta, professor e coordenador do curso de fisioterapia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- UniAGES. Email: prof.fabioages@hotmail.com

² Graduado em Engenharia agrônômica pela Universidade Estadual de Piauí e Licenciado em História pelo Centro Universitário Uniseb.

³ Docente no Colegiado de Enfermagem do Centro Universitário Amparense - UNIFIA

⁴ Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Ages, Coordenadora do Colegiado.

⁵ Enfermeira Graduada pelo Centro Universitário Amparense – UNIFIA

⁶ Enfermeira Graduada pelo Centro Universitário Amparense – UNIFIA

⁷ Docente no Colegiado Nutrição do Centro Universitário Amparense – UNIFIA

⁸ Docente no Colegiado de Enfermagem do Centro Universitário Amparense – UNIFIA

RESUMO

Esse trabalho é um estudo descritivo, exploratório, transversal, de campo, com abordagem quantitativa e qualitativa, teve por objetivo identificar a incidência de idosas hipertensas participantes do Projeto Faculdade Integrada da Terceira Idade (FINATI) existente na Universidade UniAGES, identificar os fatores de risco para o surgimento da HAS, verificar as variáveis que interferem na terapia medicamentosa, identificar o conhecimento das idosas frente à importância de aderir ao tratamento, os riscos da não adesão a terapêutica e a percepção dessas idosas quanto as características da doença e seus fatores de risco. A amostra constituiu-se de 30 idosas cadastrada no programa, cujos dados foram coletados por meio de questionários por meio do Termo de Consentimento Livre resguardando assim a identidade de cada idoso participante. As variáveis de interesse do estudo abordaram os aspectos sociodemográficos, estilo de vida, histórico pessoal, familiar, conhecimento sobre a doença, medidas adotadas para a adoção ao tratamento medicamentoso e fatores relevantes para a não adesão terapêutica frente à HAS.

Palavras-chave: Enfermagem, hipertensão arterial sistêmica, adesão, tratamento.

1- INTRODUÇÃO

Todo ser humano atravessa processos de modificações sendo que em cada etapa da vida ocorrem alterações das quais são vivenciadas de forma individualizada por cada indivíduo desde a infância ao envelhecer, onde o processo de envelhecimento se trata de um fenômeno complexo e extremamente influenciado por diversos fatores que irão caracterizar um evento saudável ou não, sendo esse marcado pelo decréscimo da função fisiológica, biológica, psicológica e socioeconômica influenciados pelos fatores intrínsecos e extrínsecos do idoso sempre relacionado ao meio em que se encontra inserido. Contudo, o processo de envelhecimento se trata de um evento sequencial, cumulativo, irreversível e inevitável que traz consigo diversas situações e mudanças.

2- DESENVOLVIMENTO

Todo ser humano atravessa processos de modificações sendo que em cada etapa da vida ocorrem alterações das quais são vivenciadas de forma individualizada por cada indivíduo desde a infância ao envelhecer, onde o processo de envelhecimento se trata de um fenômeno complexo e extremamente influenciado por diversos fatores que irão caracterizar um evento saudável ou não, sendo esse marcado pelo decréscimo da função fisiológica, biológica, psicológica e socioeconômica influenciados pelos fatores intrínsecos e extrínsecos do idoso sempre relacionado ao meio em que se encontra inserido. Contudo, o processo de envelhecimento se trata de um evento sequencial, cumulativo, irreversível e inevitável que traz consigo diversas situações e mudanças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Existem vários conceitos que irão nortear a forma do indivíduo enfrentar o processo de envelhecer bem como compreender todas as mudanças existentes durante esse evento. Desse modo o período em que se caracteriza o processo de envelhecimento será desmistificado por meio da compreensão sobre a diferença entre a senescência e a senilidade onde irá nortear exatamente de que forma o indivíduo estar envelhecendo e de que maneira o processo

patológico causará impacto nessa etapa da vida onde cada idoso apresenta seus aspectos biopsicossociais de forma individualizada requerendo tipos de assistências diferenciadas no que tange a sua individualidade (IC et. al, 2011)

É notável, através de revisões literárias, que nos últimos anos os aspectos sociodemográficos voltado à população idosa vêm apresentando um crescimento relevante em função da influência da diminuição das taxas de mortalidades em idosos, o aumento da expectativa de vida desses e principalmente em função do declínio das taxas de natalidade (BLOOM, 2011). Em função de tais justificativas o número de idoso com mais de 65 anos irá quadruplicar até 2060, passando de 14,9 milhões (7,4%) para 58,4 milhões (26,7%), o que por sua vez provoca mudanças não só na situação demográfica e estrutura etária dessa população como também promove mudanças na situação epidemiológica da população de idosos como um todo e uma série de desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) e Políticas Públicas frente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) uma vez que tais doenças são decorrentes do processo de decréscimo fisiológico, biológico, bioquímico e morfológico vivenciados pelo idoso (IBGE,2010), (IBGE, 2015), (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2011).

Como exemplo das doenças que acometem os idosos a alta prevalência da HAS vem se destacando. Essa condição se trata de um problema de Saúde Pública intimamente ligada às taxas de mortalidade decorrentes de doenças cardiovasculares influenciada pela HAS descompensada ou não tratadas adequadamente. Essas necessitam prioritariamente do desenvolvimento e atuação de Políticas Públicas de Saúde e processos de educação permanente proporcionadas pelas equipes de profissionais com o foco voltado a população idosa com problemas dessa natureza de modo a minimizar o surgimento de novos casos e problemas subsequentes (LIBERMAN, 2007)

Devido a sua alta prevalência e sua íntima relação com as doenças cardiovasculares, a HAS ainda se trata de uma situação modificável revelando-se uma necessidade emergente por parte dos idosos no que diz respeito à adesão do seu tratamento adequado de modo a minimizar e/ou erradicar danos subsequentes dos quais não somente atinge a população idosa como também as taxas orçamentárias do país referente aos gastos com hospitalizações de longas permanências e complexas em decorrência e consequência da Hipertensão Arterial Sistêmica não tratada adequadamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), (BOCCHI, 2012).

Vários estudos têm contribuído frente à reflexão acerca da prevenção de complicações advindas das HAS, sendo o acompanhamento medicamentoso concomitante a mudança no estilo de vida as condutas mais resolutivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Tais condutas

ascendem à necessidade do paciente tornar-se protagonista da sua saúde e aderir adequadamente ao tratamento anti-hipertensivo.

Mediante revisões bibliográficas e a pesquisa de campo da qual foi realizada frente ao processo de adesão a terapêutica anti-hipertensiva, observou que as queixas voltadas a não adesão adequada ao tratamento apresentou relevância frente ao esquecimento quanto à tomada das medicações e dificuldades das idosas associarem o horário da medicação com alguma atividade diária da qual caracteriza a dificuldade terapêutica sequencial o que de fato acaba por prejudicar o ciclo das medicações. Relatos sobre os altos preços das medicações juntamente a falta dos mesmos nos postos de saúde e farmácias populares se destacaram com relevância. As sintomatologia característica da HAS também se destacou como variável que impossibilita a adesão terapêutica de forma adequada, seguido da insatisfação do paciente para com o profissional que os atende em consultas muito rápidas.

Assim, este estudo tem por objetivos identificar as objetivo identificar a incidência de idosas hipertensas participantes do Projeto Faculdade Integrada da Terceira Idade (FINATI), bem como identificar os fatores de risco para o surgimento da HAS, verificar as variáveis que interferem na terapia medicamentosa, identificar o conhecimento das idosas frente à importância de aderir ao tratamento, os riscos da não adesão a terapêutica e a percepção dessas idosas quanto as características da doença e seus fatores de risco.

3- METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com características descritivas, exploratório, transversal, de campo com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado com 30 idosas cadastradas no Projeto FINATI que participaram do estudo sobre “Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica dos Idosos Cadastrados no Programa do FINATI” cujo objetivo geral foi analisar o entendimento e a percepção dos portadores de Hipertensão Arterial do Programa FINATI acerca da doença e da importância da sua adesão ao tratamento e os riscos da não adesão terapêutica; esse estudo foi realizado no Projeto Faculdade Integrada da Terceira Idade FINATI existente na Universidade UniAges localizada no Município de Paripiranga-Ba, aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição o que ofertou subsídios quanto a aplicabilidade da pesquisa. Colocar o numero do parecer do CEP e falta descrever o procedimento da coleta

A coleta de dados procedeu por meio de questionários onde apresentou variáveis selecionadas para o posterior desenvolvimento do estudo como: dados pessoais (idade, sexo,

etnia, escolaridade, estado civil, naturalidade e cidade onde mora); dados sobre o estilo de vida (ingestão de bebida alcoólica, hábito de fumar, prática de exercícios físicos e regularidades e hábitos alimentares); morbidades referidas em geral e direcionada a HAS; uso de medicamentos e sua frequência; vulnerabilidade ao estresse; avaliação quanto ao nível de conhecimento relacionado ao doença; razões de não adesão ao tratamento; atitudes para a tomada das medicações; frequência nas consultas médicas.

Os dados foram armazenados em bando de dados e confeccionados por meio de planilhas no Excel onde foram analisados quantitativamente e apresentados em forma de tabelas. Seria bom utilizar um programa de estatística.

4- RESULTADOS E DISCUSSÕES

Mediante a amostra estudada nota-se que todas são do sexo feminino (100%) de etnia branca (76,7%); apresentou faixa etária de 60-70 anos (66,7%) sendo a idade mínima 60 e a idade máxima 90 anos; para as idosas casadas ou amasiadas totalizou um percentil de (63,3%); na escolaridade foram identificadas (23,3%) para as analfabetas e (26,7%) para aquelas com nível primário completo.

Em relação aos hábitos e estilo de vida, (76,7%) referiu não fazer uso de bebida alcoólica; (66,7%) não possui o habito de fumar. Todas praticam exercícios físicos (100%) em até duas vezes por semana (63,3%), ressaltando que utilizam o FINATI como única modalidade para a prática da atividade física. Referente ao habito alimentar, (50%) relatam fazer uso de alimentos naturais concomitante ao alimento processado; sua forma de ingestão foi representado por (96,7%) para os alimentos cozidos; (87,7%) dessa amostra não adicionam o sal no preparo dos alimentos embora (60%) dessas utilizam o tempero industrializado no preparo doa alimentos do qual possui um percentual de sódio acima do que é permitido e recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, da qual recomenda-se apenas 6 g de sódio diariamente. Dosagem essa não atribuída aos alimentos processados dos quais possuem um volume maior na quantidade de sódio.

As idosas participantes do estudo classificaram o seu estado de como bom (23,3%); regular (76,7%). Tais variáveis se apresentam como essenciais para que o individuo possa estabelecer a sua auto percepção e procurar por assistência de saúde para a correção do que seja necessário.

Em relação ao total de participantes do estudo, das 30 idosas abordadas, (96,7%) possuem a HAS como patologia de base. Dessas, o tempo mínimo da presença dessa condição é de 5 anos em relação ao tempo máximo de 30 anos.

Dores nas costas (90%) e a presença de varizes (60%) foram as condições de saúde mais presentes no histórico pessoal dessas idosas além a HAS como já foi referido. A presença da HAS, IAM, AVC, DM e dislipidemias foram as doenças mais encontradas no histórico familiar dessas idosas o que se trata de fatores de risco para que essas idosas venham a desenvolver determinadas patologias em função do histórico familiar bem como por influencia dos agravos proporcionados pela HAS não tratada adequadamente.

O nível de conhecimento acerca da doença foi agrupado na Tabela 1.

Tabela 1.Distribuição dos idosos cadastrados no FINATI em relação ao conhecimento da doença.

VARIÁVEIS	N	%	N	%
Perguntas Sobre o Conhecimento da Doença.				
1. Pressão alta é para toda a vida?	18	60,0	12	40,0
2.Pressão alta é assintomática?	15	50,0	15	50,0
3.Pressão alta é 14 por 9?	26	86,7	4	13,3
4.Pressão alta traz complicações?	22	73,3	8	26,7
5.O tratamento é para a vida toda?	16	53,3	14	46,7
6.Pressão alta pode ser tratada?	13	43,3	17	56,7
7.Fazer exercícios físicos ajuda?	26	86,7	4	13,3
8.Perder peso ajuda a controlar a pressão arterial?	29	96,7	1	3,3
9.Diminuir o sal ajuda a controlara pressão?	30	100	...	...
10.Diminuir o nervosismo ajuda a controlar a pressão arterial?	23	76,7	7	23,3

Verificou-se aqui que o nível de conhecimento sobre a doença foi satisfatório nos pacientes participantes da pesquisa. O percentual de valores para as respostas verdadeiras são superiores aquelas com respostas negativas. Mediante a relação de perguntas verificou-se que grande parte das idosas entrevistadas possui um nível de conhecimento satisfatório em relação à doença, sua forma de tratamento e medidas para o seu controle, mas esse fato não determina que a adesão ao tratamento seja adequada.

Para justificar os motivos pela interrupção do tratamento, os dados foram agrupados na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos idosos cadastrados no FINATI frente às razões de não adesão ao tratamento.

VARIÁVEIS	N	%
Interrompeu o Tratamento		
Sim	23	79,3
Não	6	20,7
Motivos		
1. Remédios muito caros.	18	62,1
2. Não há na farmácia nem no hospital.	25	86,2
3. Ter que tomar várias vezes ao dia.	1	3,4
4. Não sente nada.	7	24,1
5. Não sente necessidade de tratar.	1	3,4
6. Acha que estar curado.	1	3,4
7. Hipertensão não é tão grave.	1	3,4
8. Tomar apenas quando sente-se mal.	3	10,3
9. Falta de orientação quanto ao uso dos medicamentos.		
10. Esquecimento	23	79,3

Dentre as 29 idosas hipertensas, (n=23; 79,3%) afirmam ter interrompido o tratamento em algum momento do curso terapêutico em contra partida das (n=6; 20,7%) que assumem não ter interrompido a dinâmica terapêutica; remédios muito caros (n=18; 62,1%);

indisponibilidade nas farmácias, UBS e hospitais (n=25; 86,2%); assintomatologia da doença (n=7; 24,1%) e esquecimento (n=23; 79,3%) foram as variáveis mais relevantes que justificou a interrupção do tratamento medicamento na população estudada o que de certo modo provoca prejuízos para o controle da HAS.

Tabela 3. Distribuição dos idosos cadastrados no FINATI frente às razões da falta nas consultas médicas.

VARIÁVEIS	N	%
Falta na Consulta Médica		
Sim	10	34,5
Não	19	65,5
Motivos		
1. Esquecimento		
2. Dinheiro para condução	3	10,3
3. Deixar os filhos		
4. Viagens	1	3,4
5. Sentia-se bem	4	13,8
6. Horário de atendimento	7	24,1
7. Necessidade de companhia		
8. Não gostou do médico	9	31,0
9. Distância		
10. Não viu necessidade de tratar.		
11. Tempo de espera.	9	31,0
12. Para não faltar ao trabalho.		
13. Mal informado quanto ao retorno.		
14. Consulta muito rápida.	12	41,4

Entre os motivos pelo qual as idosas tenham faltado às consultas médicas temos o horário de atendimento (n= 7; 24,1%), a insatisfação pelo profissional que as atende (n= 9; 31,0%), o tempo de espera pelas consultas (n= 9; 31,0%) e as consultas muito rápidas (n= 41,4%). Tais motivos se apresentaram como variáveis relevantes que justificou a não presença constante das idosas nas consultas médica da qual é representada por (n=10; 34,5%) do total da população estudada.

Tabela 4. Distribuição dos idosos cadastrados no FINATI frente à tomada de remédios.

VARIÁVEIS	N	%
1.Anota horário		
Sim	6	20,7
Não	23	79,3
2.Toma no mesmo horário		
Sim	7	24,1
Não	22	75,9
3.Associa com alguma atividade		
Sim	7	24,1
Não	22	75,9
4.Toma a medicação antes de sair de casa		
Sim	18	62,1
Não	11	37,9
5.Providencia outra caixa antes de acabar		
Sim	27	93,1
Não	2	6,9
6.Leva a medicação quando viaja		
Sim	29	100
Não		
7.Toma com a pressão controlada		
Sim	18	62,1
Não	11	37,9
8.Deixa de tomar quando ingere bebida alcoólica		
Sim	6	20,7
Não	23	79,3
9.Deixou de tomar nos últimos 30 dia		
Sim	16	55,2
Não	13	44,8
10.Faltou à consulta nos últimos 6 meses		
Sim	11	37,9
Não	18	62,1

Mediante a fidelidade quanto à tomada das medicações, nota-se um comportamento inadequado das idosas frente à dinâmica terapêutica. As situações mais referidas frente a tomada das medicações foram justificadas por (n=23; 79,3%) para o esquecimento das idosas quanto ao anotar o horário de ingeri-los; (n=22; 75,9%) não utilizam a medicação nos mesmos horários correspondente ao uso adequado, percentual essa que também representa a população que não associa os horários de uso com alguma atividade como forma de lembrete; (n=18; 62,1%) da população estudada tomam a medicação antes de sair de casa; (n=27; 93,1%) providencia outra caixa; (n=29; 100%) levam a medicação antes de sair de casa. Medida essa que não irá garantir que o seu uso será adequado; (n=18; 62,1%) dessa população faz uso das medicações mesmo quando esta se encontra controlada; (n=23; 79,3%) não deixam de usar a medicação quando ingere bebida alcoólica. Essa população que relata não deixar de usar a medicação é a mesma que informa durante a pesquisa, não fazer uso de bebidas alcoólicas. Dessa forma não tem por que suspender o uso da terapia medicamentosa; (n=16; 55,2%) deixou de tomar as medicações nos últimos 30 dias e (n=18; 62,1%) dessas relatou faltar nas consultas médicas nos últimos seis meses. Tais informações se tratam de respostas das idosas obtidas frente as suas atitudes em relação à tomada das medicações que por sua vez não demonstram fidelidade quanto à adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

5- CONCLUSÃO

Mediante os resultados obtidos pode-se concluir que o principal fator para a não adequada adesão ao tratamento anti-hipertensivo foi a sintomatologia da doença, as medicações muito caras e sua indisponibilidade em hospitais, farmácias populares e UBS, seus efeitos colaterais, o esquecimento quanto ao uso das medicações, a insatisfação frente ao profissional de saúde, o tempo de espera para as consultas periódicas, consultas muito rápidas e horários de atendimento.

Conclui-se então que o tratamento da HAS se trata de um processo complexo e que a participação ativa do paciente é fundamental para o plano terapêutico. Desse modo, fomenta-se a necessidade de uma consciência entre a prescrição médica e o comportamento adotado pelo paciente, o que não afasta a participação efetiva dos familiares e de toda a equipe de saúde frente às mudanças que serão necessárias no decorrer do plano terapêutico.

Por fim, cabe aos profissionais, mediante os programas federais voltados para saúde, criar estratégias assertivas de modo a proporcionar qualidade assistencial regado nos

princípios e diretrizes do SUS, favorecendo o atendimento de acordo as peculiaridades e necessidades dos pacientes ofertando assim a possibilidade de enfrentar o tratamento de maneira facilitada minimizando as adversidades existentes ao longo da vida do paciente.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.
2. SUELY IC, Elizabeth B, Maria FBNAC, Nelize GRN Juliana R, Rubia AA, Ana Carolina ALR. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. RevEscEnferm USP 2011; 45(Esp. 2):1763-8 . Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp>.
3. BLOOM, D. 7 Billion and counting. Science, v. 333, p. 562-569, 2011.
4. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um Panorama da Saúde no Brasil - Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro; 2010.
5. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População.Disponível <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 20 de Novembro 2015.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022. Brasília: 2011.
7. LIBERMAN A; Aspectos epidemiológicos e o impacto clinico da hipertensão no indivíduo idoso. Ver Bras Hiperten, 2007; 14:17-20.
8. BRASIL. Ministério da Saúdebgb. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
9. BOCCHI EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et. al. Sociedade Brasileira Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. ArqBrasCardiol 2012; 98(1 supl. 1): 1-33.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Vigitel Brasil 2009 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.

Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 150 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) ISBN

11. BANCO MUNDIAL. Envelhecendo em um Brasil mais velho. Washington DC: Banco Mundial, 2011.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

13. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília – DF, 2012.

14. SANTOS, Jenifa Calvacante dos. MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. Ver. Esc. Enferm. USP, 2012; 46(5) p. 1125-1132.

15. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras de Cardiol 2010; 95(Suppl I):1-51. Disponível em http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf.

16. SOARES M.M; Silva L.O.L, Dias C.A; Rodrigues S.M; Machado C.J; Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. CogitareEnferm. 2012 Jan/Mar; 17(1):144-50.

17. Mendes GS, Moraes CF, Gomes L, Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2014 Jul-Set; 9(32):273-278.

18. DOURADO CS, Macêdo-Costa KNF, Oliveira JS, Leadebal ODCP, Silvia GRFAdesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. Maringá, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.

19. ABREU, R.N.D.C.; MOREIRA, T.M.M. Fatores intervenientes na adesão ao tratamento anti-hipertensivo: avaliação dos periódicos de enfermagem de 1995 a 2005. Semana Universitária da Universidade Estadual do Ceará (UECE). 2007.

REFERÊNCIAS