



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

RUAN CELIO MARTINS COSTA

CONHECENDO E COMBATENDO A MÁ ADESÃO TERAPÊUTICA EM PACIENTES
IDOSOS HIPERTENSOS

SÃO PAULO
2020

RUAN CELIO MARTINS COSTA

CONHECENDO E COMBATENDO A MÁ ADESÃO TERAPÊUTICA EM PACIENTES
IDOSOS HIPERTENSOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: MONALISA LIMA SALVADOR

SÃO PAULO
2020

Resumo

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de caráter crônico, insidioso e, por vezes, assintomático, altamente prevalente na população brasileira, notadamente em idosos, que tem importância significativa para a saúde pública por evoluir silenciosamente para complicações graves, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, as principais causas de morte no Brasil. Dessa forma, é válido conhecer o perfil do público que mais é acometido pela doença, e conhecer os motivos que levam a, nem sempre, estes aderirem a terapia proposta pela equipe multidisciplinar. Dentre os vários motivos da má adesão, destacam-se a falta de conhecimento sobre a sua própria doença e suas possíveis complicações, a falta de oferta de intervenções educativas pela UBS ou pouco engajamento dos hipertensos idosos, o nível de escolaridade e a farmacocinética, no contexto da polifarmácia e das interações medicamentosas deletérias. A partir disso, é necessário traçar um plano de intervenção focado no autocuidado, medidas educativas, apoio multidisciplinar e continuidade no tratamento.

Palavra-chave

Idoso. Hipertensão. Adesão ao Tratamento.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Altos índices de pacientes acima de 65 anos com mal controle pressórico e baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo na Unidade Básica de Saúde Vila Nova, no município de São Miguel Arcanjo, interior de São Paulo.

ESTUDO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica muito importante do ponto de vista de saúde pública brasileira, pois é um fator de risco independente para aumento da morbimortalidade cardiovascular, que constitui a principal causa de mortalidade no Brasil (notadamente cardio e cerebrovasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral), (BRASIL, 2013).

A falha na adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um problema comum na faixa etária dos idosos e provavelmente se constitui no maior desafio que os profissionais de saúde enfrentam para o controle adequado da hipertensão arterial, de um modo geral. (MIRANDA, 2002). "Apenas 30% dos pacientes com hipertensão conseguem atingir a sua meta de pressão sanguínea, enquanto nos demais há descontrole" (PUCCI, 2012, p. 323).

Os pacientes podem deixar de aderir à terapia anti-hipertensiva prescrita por diversos fatores. Dentre eles, pode-se citar a falta de sintomas que sejam relacionados à hipertensão, complexidade dos esquemas de tratamento medicamentoso ou custo da terapia farmacológica. Outra explicação para a elevada taxa de má adesão é que muitos pacientes não compreendem corretamente a sua doença e a sua medicação, não entendem os riscos que a falta de tratamento pode acarretar a sua saúde. O curso assintomático da hipertensão pode contribuir para essa falta de entendimento e, assim, muitos pacientes acabam acreditando que a hipertensão é uma doença intermitente e que pode ser tratada apenas com terapias não farmacológicas, simplesmente com alívio do estresse ou remédios caseiros, por exemplo chás e misturas sem nenhuma comprovação científica, ou até mesmo com o "poder da mente" (PUCCI, 2012).

Em um estudo realizado com uma amostra de 260 pacientes idosos hipertensos de longa data, um questionário baseado no teste de Morisky e Green foi aplicado aos integrantes, mostrando que 57,7% apresentaram pontuação baixa, sendo considerados não aderentes ao tratamento proposto. Motivos desse problema: 81% afirmaram que paravam de tomar os remédios por conta própria quando se sentiam mal e atribuíam isso ao efeito destes, enquanto 90% afirmaram que paravam de tomar os remédios quando estavam se sentindo melhor dos sintomas (PUCCI, 2012).

Foi visto que o conhecimento sobre o fato de que o tratamento da hipertensão deve ser contínuo apresentou associação forte com a adesão ao tratamento. Assim, o indivíduo que entende que a hipertensão é para toda a vida tem mais probabilidade de aderir ao tratamento, expressando importância estatística com a adesão. (PUCCI 2012).

Um ponto deve ser ressaltado, que é sobre a adesão do paciente à terapêutica. Esta está relacionada ao número de medicações utilizadas ao mesmo tempo pelo paciente. No estudo realizado, foi verificado que o número de medicamentos anti-hipertensivos utilizados pelos pacientes influenciou de forma significativa na adesão, pois a polifarmácia é muito prevalente nos idosos com doenças crônicas. Assim, é necessário simplificar o esquema terapêutico ofertado a esse público (PUCCI, 2012).

Somam-se a isso a alta frequência de comorbidades, que são tratadas de forma paralela à hipertensão e são muito importantes também, o que leva ao uso de vários medicamentos diferentes e ao maior risco de interações medicamentosas e efeitos adversos na população

geriátrica. (MIRANDA, 2002).

Segundo estudo de BARBOSA (2012), 78% dos pacientes entrevistados disseram não entender direito o que o médico escreveu na receita, revelando problemas na compreensão da prescrição médica, e por causa disso não faziam uso do medicamento conforme prescrito. No mesmo estudo, foi vista a interação medicamentosa em mais da metade dos casos, que os levou a interromper o uso dos anti-hipertensivos por conta própria, pois diziam que eles causavam efeitos adversos e sem usá-los se sentiam melhor. Enquanto isso, quase metade disse que frequentemente se esqueciam de tomar uma das medicações prescritas.

Sobre a influência dos níveis de escolaridade, um estudo realizado em Campinas - São Paulo revelou que a maioria dos idosos hipertensos analisados visitava o médico regularmente para acompanhamento da hipertensão, e um número ainda maior de idosos fazia uso regular de medicamento anti-hipertensivo, sem diferenças estatisticamente significantes entre os de maior e menor escolaridade. Todavia, foi apreendido que os idosos de maior nível reconhecem mais a prática de atividade física e o uso de dietas como estratégias eficientes e incorporam essas atividades nas suas práticas de controle da doença. Portanto, foi aventada a hipótese de que as desigualdades sociais se manifestam mais claramente nas práticas relacionadas aos comportamentos saudáveis e estilo de vida. Infelizmente, mesmo no grupo de maior nível, essas práticas saudáveis eram realizadas pela menor parcela dos hipertensos. (ZAITUNE, 2006)

Percebe-se ainda que pouca parcela dos idosos analisados (cerca de apenas 2,4%) referiram ter frequentado grupos de discussão sobre controle da pressão arterial, o que evidencia poucas oportunidades oferecidas por alguns serviços de saúde para as intervenções educativas. Esses resultados indicariam que os serviços não estariam oferecendo nem incentivando as práticas de promoção de hábitos saudáveis de vida como recomendam vários órgãos de saúde. Para consolidar mudanças nos hábitos de vida, alguns estudos demonstram a necessidade de aumentar a intensidade e constância das intervenções educativas, de forma a impactar positivamente na adesão terapêutica.

Dessa forma, considerando os impactos negativos a longo prazo e a evolução insidiosa e assintomática da Hipertensão, além de sua alta prevalência na população assistida, é válido propor medidas de intervenção na UBS Vila Nova, tendo em vista o controle pressórico e a adesão terapêutica dos pacientes idosos hipertensos acompanhados na atenção básica.

AÇÕES

Uma intervenção educativa pode melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, então esse tipo de estratégia deve ser implementado na linha de cuidado ao hipertenso. Dessa forma, torna-se imprescindível que a equipe de saúde seja capaz de detectar problemas no eixo de cuidado que justifiquem a falha na adesão terapêutica desses pacientes e proponha medidas de intervenção. Atenção especial deve ser voltada para os subgrupos mais vulneráveis, nas quais a hipertensão é mais prevalente, como nos idosos de menor escolaridade, migrantes e com sobrepeso ou obesidade, por meio de ações de prevenção, controle da hipertensão e promoção de saúde.

Partindo desse ponto, é levantada a necessidade de propor estratégias que garantam ou facilitem a adesão terapêutica, tendo em vista controlar a evolução destas para complicações agudas e crônicas diversas e graves que aumentam sobremaneira a morbimortalidade dessas doenças e prejudicam a qualidade de vida dos pacientes assistidos. Entendendo os fluxogramas na atenção básica e a necessidade de trabalho em equipe, aliados à experiência na UBS Vila Nova, levanta-se a ideia de que a intervenção deva ser pautada inicialmente nos momentos que procedem ao diagnóstico inicial de hipertensão. Deve ser seguido o que demonstra a Linha de Cuidado da HAS para fortalecer e qualificar a atenção da pessoa portadora de HAS por meio da integralidade e longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos da atenção (BRASIL, 2013).

Logo após o diagnóstico, o primeiro passo deve ser a construção de um projeto terapêutico singular (PTS) para o paciente, mediante a formação de uma equipe multiprofissional, que consiga enxergar a perspectiva da pessoa do hipertenso de vários pontos de vista. Após isso, devem ser estabelecidas metas possíveis e monitoráveis. Estas devem estar focadas em aderência medicamentosa, prática regular de atividades físicas, ajuste da dieta, cessação do tabagismo.

É importante que todas as decisões tomadas sejam compartilhadas com a paciente, para que se consiga estabelecer uma relação de vínculo e que suas preferências sejam respeitadas. Isso é muito importante para que haja adesão à terapêutica. Algumas sugestões podem ser adequadas de acordo com cada realidade, dando preferência a perguntas mais abertas:

- “O que você acha de descer do ônibus uma parada antes, e ir caminhando um pouco pela manhã?”
- “Como poderíamos melhorar sua alimentação?”
- “O que poderíamos fazer para reduzir o cigarro?”
- “Você está se dando bem com esses remédios?”
- “O que está dificultando para você tomar seus remédios?”

É importante que seja feito um plano de Auto Cuidado Apoiado, que é uma ferramenta que promove melhor a adesão às mudanças necessárias para conseguirmos melhorar a qualidade de vida. Ela serve para capacitar os pacientes para tomarem conta de sua própria saúde, fornecendo

conhecimento sobre sua condição crônica e treinamento de habilidades específicas relacionadas com sua doença. Assim, o paciente deve ser treinado para manejar sua própria doença, com mecanismo de corresponsabilização. Ela parte do pressuposto de que quanto mais aquele paciente entende sobre sua doença, mais apto e motivado ele estará para mudar comportamentos e aderir às orientações da equipe de saúde.

Na educação em saúde, é vital: manter uma comunicação clara e concisa, adequada ao nível de escolaridade (o médico deve desenvolver habilidades linguísticas); fornecer orientações na dose certa, para evitar o excesso; verificar o que o paciente entende sobre sua doença e como ele acha que pode melhorar; perguntar o que ele entendeu do que foi conversado e o que ele deverá fazer para mudar sua situação; utilizar imagens que ilustrem o que está sendo explicado; simular situações práticas; usar materiais complementares e audiovisuais para sedimentar melhor; a equipe pode desenvolver campanhas semestrais sobre a importância do controle pressórico, entregando folhetos e divulgando amplamente com cartazes e banners.

Deverá ser traçado um Plano de Ação eficaz e individual, que seja simples, objetivo e adequado ao grau de alfabetização, incluindo orientações sobre autocuidado diário, medicações básicas, como identificar e lidar com exacerbações, como identificar sintomas de alarme e traçar metas terapêuticas e de mudanças de estilo de vida.

Acerca da gestão e acompanhamento dos hipertensos, é útil fazer um levantamento do número de hipertensos adscritos no território de ação, para sabermos o tamanho da população alvo de nossas estratégias e se a assistência está abrangendo a todos. Após, deve ser feito o cadastro de todos esses pacientes, com todos os seus dados. Ademais, deve sempre ser estratificado o risco cardiovascular de cada paciente, em cada consulta, por meio de ferramentas simples, disponibilizadas amplamente nos meios virtuais (calculadoras de risco digitais, aplicativos ou escore de Framingham - baixo, moderado ou alto) para que a equipe tenha subsídios práticos para propor uma intervenção específica, ajustar a periodicidade das consultas, solicitar exames necessários encaminhar para apoio do especialista, utilizando parâmetros clínicos e laboratoriais a depender do caso e da gravidade.

Uma forma de acompanhar esse hipertenso, mediante o risco que apresenta e a má adesão à terapia, que eu enxergo como adequada para minha região, seria: risco baixo pode ter consulta anual com médico, enfermeiro e odontólogo; risco moderado, anual com médico e odontólogo e semestral com enfermeira; alto, trimestral com médico e enfermeiro, e anual com odontólogo. É visto que os pacientes com má adesão devem ser priorizados no cuidado até que obtenham controle pressórico adequado e devem ser tratados com risco cardiovascular muito alto. Se necessário, deve ser feita uma busca ativa deles, para que compareçam a atendimento médico, além de consultas mais frequentes e com horários flexíveis, adequados para o contexto do paciente.

Percebe-se que a hipertensão, por ter evolução insidiosa e por vezes assintomática, pode não ser o motivo principal que leva o paciente a procurar atendimento. Assim, por motivos outros quaisquer, o paciente pode ser levado a procurar auxílio na UBS. Nesses casos, toda a equipe da UBS deve estar atenta para receber e acolher esse paciente, considerando não só a queixa que apresenta e que ele quer que se resolva, mas atentando-se para o fato de que ele é um portador de hipertensão e que a adesão terapêutica pode não estar sendo atendida. Então, deve haver a cobrança de que esse paciente realize os exames propostos, tome seus medicamentos, venha buscar suas receitas, e alertar dos perigos que uma pressão mal controlada pode acarretar para

sua saúde, mesmo sem sintomas aparentes.

É importante que a ação dos agentes comunitários seja valorizada. Estes podem realizar visitas domiciliares mensais e repassar as impressões para o resto da equipe, para ajudar a reconhecer padrões que possam justificar a falha na adesão terapêutica e fortalecer a tomada conjunta de decisões.

Acerca do tratamento medicamentoso, a escolha do anti-hipertensivo deve ser cuidadosa, atentando-se para o número de tomadas diárias, interação medicamentosa e especialmente para os outros problemas de saúde do idoso, como cardiopatias, incontinência urinária e hipotensão ortostática. O medicamento proposto deve ser individualizado para caso, devendo ser tolerado por via oral, ser iniciado com as menores doses efetivas, no menor número de tomadas diárias, admita possibilidade de associação e ter demonstrado capacidade clínica de reduzir a mortalidade cardiovascular.

O paciente deve ser incentivado a sempre trazer os remédios para as consultas, e deve ser questionado como ele está ingerindo, conferindo na receita se a posologia está correta. O médico deve estar apto a reconhecer quadros clínicos concomitantes que podem piorar a adesão, como depressão, ansiedade, ataques de pânico, e cada quadro detectado deve ser manejado em particular. Caso haja falha no esquema terapêutico, mesmo com boa aderência, pode-se trocar o esquema, certificando com o paciente se ele concorda com a tomada de decisão e se, da forma sugerida, será possível continuar a tomar os remédios normalmente.

Caso não seja possível o controle pressórico na atenção básica, pode ser feito o encaminhamento do paciente para os cuidados do especialista ambulatorialmente, a depender de cada gravidade. Mesmo assim, é necessário seguir a linha de cuidado, integrando a paciente nos serviços educativos propostos na UBS. A paciente deve continuar indo para a UBS e participando dos grupos educativos e retornando para as consultas programadas.

Uma ação que pode facilitar a adesão, principalmente na população geriátrica que tem poli farmácia, é a simplificação do regime terapêutico, com uso de fármacos em combinações de doses fixas em uma só apresentação e com menor número de tomadas diárias, de preferência em dose única. O uso da terapia farmacológica combinada (duas drogas no mesmo comprimido) é uma necessidade para os idosos, melhorando a aderência e a eficácia anti-hipertensiva e diminuindo os efeitos colaterais. (MIRANDA, 2002).

Segue abaixo um checklist de perguntas e respostas (o "TOP 10") que pode ser útil para ajudar o paciente a entender melhor sua doença e melhorar a adesão e o autocuidado nos hipertensos idosos:

Doutor, que doença é essa?

- Trata-se de uma doença chamada Hipertensão Arterial, em que a pressão do sangue sobre as veias e artérias do corpo fica maior do que o normal. Finja que o coração é uma caixa d'água e as veias e artérias são tubulações de água. Significa que a pressão dentro desses tubos (vasos) está muito alta, e nós temos que baixar para não sobrecarregar a bomba da caixa d'água (coração). Fazendo isso, facilita de a água (sangue) escorrer nos tubos e ir para todo o sistema (corpo).

Essa “pressão alta” tem cura?

- Não existe cura para essa doença, mas podemos controlar para que ela não piore e maltrate o coração e as artérias do coração, cérebro, rins. Por isso é muito importante que você não pare de tomar seus remédios, mesmo sem sentir nada, pois precisamos controlar sempre sua pressão.

Doutor, mas antes de começar a tomar o remédio eu não sentia nada. Por que preciso desses remédios?

- Essa é uma doença que trabalha de forma silenciosa, sem causar nenhum sintoma. Mas, quando ela ataca, você pode ter infarto ou AVC, podendo até causar sequelas irreversíveis e até morte. Por isso, continue tomando esses remédios e vindo para suas consultas de forma regular.

Doutor, acho que minha pressão só dá alta nos finais de semana, que é quando sinto muita dor de cabeça. Posso tomar os remédios só quando sentir que a pressão tá alta?

- É importante que você faça a aferição da pressão quando não está com sintomas, pois muito provavelmente também estará alta. Você verá que a pressão não fica alta só quando tem sintomas, e ataca seu corpo de forma silenciosa. Você deve tomar os remédios todos os dias, conforme orientei.

Doutor, não estou me dando bem com esses remédios. Quando eu paro de tomar, me sinto melhor.

- Você não pode parar de tomar seus remédios. Podemos trocar o remédio que está causando esses sintomas em você, para que se sinta melhor e continue o tratamento. Aqui no posto você pode pegar vários tipos de remédios, que são muito bons.

Doutor, eu fico em casa pela manhã, mas de tarde eu vou para a ginástica e para o grupo de idosos, aí sempre esqueço de tomar os da tarde e da noite.

- Vamos ajustar e colocar seus remédios para você tomar durante a manhã. Assim fica melhor para você, e poderá ir para suas atividades com tranquilidade.

Doutor, tenho pressão alta faz vários anos e tomava esse remédio aqui, mas estou desempregado e não tenho mais dinheiro para comprar.

- Temos outros bons remédios aqui no posto. Podemos trocar esse seu remédio por outro parecido que tenha aqui, que você poderá pegar de graça.

Doutor, esse paciente idoso veio sozinho ao posto, tem pressão alta descontrolada porque não usa os remédios da forma correta, e não sabe dizer quais remédios usa, como podemos resolver?

- É importante que tenha um familiar ou responsável que o ajude a tomar seus remédios nos horários corretos. Se possível, entre em contato com alguém da família para que compareça a consulta e eu possa fornecer as orientações e os remédios.

Doutor, basta eu tomar esses remédios aqui que ficarei bom?

- O tratamento dessa doença é feito com os medicamentos e com práticas saudáveis de estilo de vida. Isso quer dizer que você precisa se alimentar melhor, comer menos sal, e fazer atividades físicas regularmente. Temos uma nutricionista e um educador físico que podem te ajudar, você quer falar com eles?

Doutor, eu não consegui entender essa letra aqui, nessa receita, e por isso não consegui tomar os remédios da forma certa e acho que tem muitos remédios aí, sempre me confundo e acabo tomando o errado, sem falar que fico esquecendo de tomar, acredita?

- Acredito. Farei uma nova receita, dessa vez com uma letra mais legível, e com desenhos para ajudar você a identificar os horários do dia. Primeiro colocarei um “sol” e do lado os medicamentos e os horários dos remédios que você tomará no turno da manhã e tarde. Segundo, colocarei uma “lua” e do lado os medicamentos e os horários dos remédios que você tomará no turno da noite, antes de dormir. Assim, você certamente conseguirá tomar seus remédios. Também irei trocar esses dois aqui por um só, para reduzir o número de remédios. Caso se esqueça, coloque um despertador no celular, ou peça para sua filha te ajudar. Você pode colar essa receita na geladeira, assim fica mais fácil de lembrar.

Na UBS Vila Nova, é fundamental a ação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiper Dia), realizando o cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial atendidos na rede ambulatorial do SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de remédios de maneira regular aos pacientes cadastrados no programa, garantindo identificação única do usuário do SUS. Isso facilita com que esses pacientes sejam identificados, acompanhados e tratados de forma regular, evitando falta de medicamentos e atrasos no atendimento, uma vez que a adesão ao tratamento está diretamente ligada à participação nesses grupos, à confiança nas informações recebidas e consequentemente à formação de vínculo entre os profissionais e os pacientes.

Portanto, é imprescindível que cada profissional identifique, em seus pacientes, quais são as variáveis envolvidas e associadas ao abandono do tratamento ou ao não cumprimento das recomendações terapêuticas. Os pacientes devem ser continuamente educados em relação à doença durante as consultas médicas e, sempre que possível, em grupos com assistência

multiprofissional. Podemos obter melhor controle das tomadas dos remédios e avaliação da aderência com a realização de retornos ambulatoriais frequentes e periódicos (MIRANDA, 2002).

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que, ao alcançar uma melhor adesão ao tratamento, seja alcançada uma redução significativa nos índices de eventos cardiovasculares e, por conseguinte, melhora na qualidade de vida. Tanto o tratamento medicamentoso como o não-farmacológico devem ser empregados, sempre considerando o indivíduo com suas comorbidades e expectativas. As modificações de estilo de vida podem ter ótima aderência, desde que bem orientadas, especialmente através de equipe multidisciplinar.

Segundo JAMA, 1991, em um estudo realizado com pessoas com 60 anos ou mais de idade que tinham hipertensão, o tratamento medicamentoso anti-hipertensivo com doses baixas de remédio reduziu a incidência de AVC total em 36%, com benefício absoluto de 30 anos em 30 eventos por 1.000 participantes. Os principais eventos cardiovasculares foram reduzidos.

Considerando que a população estimada da cidade de São Miguel Arcanjo, no último censo pelo IBGE, foi de 31.450 habitantes, dos quais 2.416 são idosos (idade superior a 65 anos), totalizando 7,68% da população. É esperado que, com a implementação de medidas educativas e integrativas, seja possível aumentar o número de idosos hipertensos que obtêm boa adesão terapêutica em termos de controle pressórico no contexto do acompanhamento na atenção básica.

Com o apoio da equipe de autocuidado, espera-se reduzir a necessidade de consultas médicas, a quantidade de atendimentos em urgências e emergências, e as internações hospitalares, faltas relacionadas ao trabalho e utilização de medicamentos desnecessários e deletérios.

Além disso, ao instituir uma linha de cuidado voltada para os pacientes hipertensos, é esperado que se crie uma rede ampla e comunitária de cuidado, no qual os pacientes possam compartilhar entre si seus resultados e se motivarem a conquistar cada vez mais benefícios pessoais.

REFERÊNCIAS

ALVES, B.A., CALIXTO, A.A.T.F. **Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista.** Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, Campinas-SP, Brasil. Recebido em 17 de novembro de 2011. Aceito em 2 de abril de 2012. J Health Sci Inst. 2012; 30 (3): 255-60.

BASTOS-BARBOSA, R. G. et al. **Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, s.l., v. 99, n. 1, p. 636-641, jul. 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão Arterial Sistêmica.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Brasília - DF, 2013, p.22-23.

IBGE, Censo de 2010. Brasil, São Paulo, São Miguel Arcanjo. Código do Município: 3550209. **Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-miguel-arcanjo/panorama>.** Acesso feito em 04/05/2020 às 17h30min.

MIRANDA, R.D., PERROTTI, T.C., BELLINAZZI, V.R., NOBREGA, T.M., CENDOROGLIO, M.S., NETO, J.T. **Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento.** Revista Brasileira de Hipertensão: 293-300, 2002. Recebido: 16/04/02 - Aceito: 22/06/02.

SHEP Cooperative Research Group. **Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP).** JAMA 1991; 265: 3255-64. Publicada em JAMA. 26 de junho de 1991; 265 (24): 3255-64. PMID: 2046107.

PUCCI, N et al. **Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos.** Revista Brasileira de Cardiologia. Artigo Original. V. 25, n. 4, pg. 322-329, julho/agosto de 2012.

ZAITUNE, M.P., BARROS, M.B., CÉSAR, C.L., CARANDINA, L., GOLDBAUM, M. **Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Publica. 2006;22(2):285-94