

IDOSOS COM DIABETES MELLITUS E/OU HIPERTENSÃO ARTERIAL: ADESÃO À MEDICAÇÃO

Resumo: O estudo objetivou descrever as características sociodemográficas e clínicas de idosos com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial em acompanhamento pela Estratégia de Saúde da Família e relacionar com a adesão terapêutica. Estudo transversal, realizado com 99 idosos que possuíam diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial em tratamento medicamentoso. A coleta de dados ocorreu nas Estratégias de Saúde da Família de um município do Extremo Oeste de Santa Catarina. Foi utilizado um questionário de caracterização e a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky. Quanto à caracterização, a maioria dos idosos eram do sexo feminino, possuíam 1º grau incompleto, renda mensal de até 2 salários mínimos, consideravam sua alimentação saudável e não fumavam. Quanto à adesão terapêutica, 71 foram aderentes e 28 não aderentes. Maiores níveis de adesão terapêutica para a hipertensão arterial e/ou diabetes estão relacionados a ter algum estudo formal, alimentação saudável e não fumar ou conviver com alguém que fuma. **Descritores:** Diabetes Mellitus, Hipertensão, Adesão à Medicação, Idoso, Estratégia Saúde da Família.

Elderly with mellitus diabetes and/or arterial hypertension: adherence to treatment

Abstract: The study aimed to describe sociodemographic and clinical characteristics of elderly with mellitus diabetes and/or arterial hypertension in the District Health Strategy follow-up and its relation to therapy adherence. Cross-sectional study developed with 99 elderly with mellitus diabetes and/or arterial hypertension in drug treatment. Data collection occurred in District Health Strategies in a city in the Extreme West of Santa Catarina. A characterization questionnaire and Morisky's Therapeutic Adherence Scale were used. As for the characterization, most of the elderly were female, completed elementary school, received up to 2 minimum wage, considered their healthy eating and did not smoke. As for therapeutic adherence, 71 were adherent and 28 non adherent. Greater levels of therapeutic adherence to arterial hypertension and/or diabetes are related to having a formal study level, healthy eating and non-smokers and those who did not live with someone who smoked.

Descriptors: Diabetes Mellitus, Hypertension, Medication Adherence; old Man, Family Health Strategy.

Anciano con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial: adherencia a la medicación

Resumen: El estudio tuvo como objetivo describir las características sociodemográficas y clínicas de las personas de edad avanzada con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial monitoreadas por la Estrategia de Salud Familiar y relacionadas con la adherencia terapéutica. Estudio transversal, realizado con 99 personas mayores con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial sometidas a tratamiento farmacológico. La recopilación de datos se produjo en las Estrategias de salud familiar de un municipio en el extremo oeste de Santa Catarina. Se utilizó un cuestionario de caracterización y la Escala de Adherencia Terapéutica Morisky. En cuanto a la caracterización, la mayoría de los ancianos eran mujeres, tenían educación primaria incompleta, ingresos mensuales de hasta 2 salarios mínimos, consideraban que su dieta era saludable y no fumaban. En cuanto a la adherencia terapéutica, 71 eran adherentes y 28 no adherentes. Los niveles más altos de adherencia terapéutica para la presión arterial alta y/o diabetes están relacionados con tener un estudio formal, comer sano y no fumar o vivir con alguien que fuma.

Descriptoros: Diabetes Mellitus, Hipertensión, Adherencia a la Medicación, Anciano, Estrategia de Salud Familiar.

Danieli Covalski

Enfermeira. Graduada pela Universidade do Oeste de Santa Catarina - Unoesc, Campus de São Miguel do Oeste.

E-mail: dani_covalski@hotmail.com

Marcelo Ribeiro Primeira

Mestre em Enfermagem. Discente do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGEnf/UFSM.

E-mail: mrp_sm@hotmail.com

Samuel Spiegelberg Züge

Doutor em Enfermagem. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó/SC.

E-mail: samuelzue@gmail.com

Érika Eberlline Pacheco dos Santos

Mestra em Enfermagem. Discente do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGEnf/UFSM.

E-mail: erikaeberlline@live.com

Submissão: 07/07/2020

Aprovação: 28/12/2020

Como citar este artigo:

Covalski D, Primeira MR, Züge SS, Santos EEP. Idosos com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial: adesão à medicação. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(33):360-369.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.33.360-369>

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem-se como as principais causas de morte no mundo¹. Nestas, incluem-se as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas, correspondendo a aproximadamente 38 milhões de mortes anuais, sendo que cerca de 28 milhões ocorrem em países de baixa e média renda². No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das causas de mortalidade, atingindo mais fortemente grupos vulneráveis, tais como idosos e as camadas pobres da população, trazendo gastos e problemas à saúde pública, exigindo esforços e investimentos em monitoramento e investigação³.

Dentre as principais DCNT que atingem a população brasileira estão o diabetes mellitus (DM), com aproximadamente 16 milhões de brasileiros e crescimento de 61,8% nos últimos 10 anos, e a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que acomete 30 milhões de pessoas no país⁴⁻⁵. É na população idosa, na faixa etária dos 65 aos 74 anos, que estas doenças apresentam a sua maior proporção, sendo que 19,9% dos idosos têm DM e 52,7% HAS⁶.

Ressalta-se que a população idosa demonstra dificuldades para seguir o tratamento destas doenças por conta de fatores como necessidade de mudança de hábitos, esquecimento, desmotivação, acesso aos serviços de saúde e conhecimento insuficiente com relação à DM e HAS⁷. Outra dificuldade encontrada por essa população é a baixa adesão ao uso de medicações que se constitui como um dos principais obstáculos para o controle dessas DCNT⁸. A adesão pode ser definida como o grau de comprometimento de uma pessoa em relação às recomendações acordadas com o serviço de saúde, e se reflete em

comportamentos como procurar atendimento médico, tomar medicamentos adequadamente, realizar as imunizações indicadas, participar de consultas e realizar modificações nos hábitos de vida⁹⁻¹⁰.

Dentre os serviços de saúde, considera-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tenha como prioridades ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos. Dessa forma, o acompanhamento do idoso com DM e HAS, pela ESF, possibilita atenção especial à saúde, contribuindo para a melhora da adesão¹¹. Porém, a descontinuidade ao acesso no serviço, a dificuldade de obter os medicamentos e o elevado número de doses diárias, são fatores associados à não adesão¹². Entre principais dificuldades para aderir ao tratamento de DM e HAS estão a baixa escolaridade e renda, autopercepção de saúde frágil, quantidade de medicamentos utilizados e associação entre doenças crônicas⁸.

Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento dos fatores que interferem no tratamento para DM e HAS, na população de abrangência de seus serviços.

Objetivo

Descrever as características sociodemográficas e clínicas de idosos com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial em acompanhamento pela Estratégia de Saúde da Família e relacionar com a adesão terapêutica.

Material e Método

Trata-se de um estudo transversal. Os locais de coleta de dados foram três ESFs de um município de médio porte do Extremo Oeste de Santa Catarina. Como critérios de inclusão, foram considerados indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que possuíam DM e/ou HAS e que

realizavam tratamento medicamentoso para estas doenças nas ESFs.

A amostragem foi por conveniência, por representar uma maior facilidade operacional e baixo custo, e a seleção dos participantes ocorreu em dois momentos: 1) Nas ESFs, para os idosos com diabetes e/ou hipertensão que procuraram por atendimento, retirada de medicamentos, entre outras situações em que necessitaram comparecer ao serviço de saúde; 2) Por meio de visitas domiciliares, que foram programadas com os Agentes Comunitários de Saúde, através do contato e rastreamento de indivíduos que se enquadrassem nos critérios propostos pelo estudo junto às enfermeiras responsáveis por cada ESF.

A coleta de dados ocorreu no período de junho de 2017 a março de 2018. O instrumento utilizado foi composto por: questionário de caracterização sociodemográfico, econômico e perfil clínico e Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 itens (MMAS-8), que é composta por questões de adesão aos medicamentos. Nesta Escala o grau de adesão terapêutica é determinado de acordo com a pontuação resultante da soma de todas as respostas corretas, e varia de 0 a 8 pontos: Alta adesão (8 pontos); Média adesão (6 a 8 pontos) e Baixa adesão (menor de 6 pontos). Nesta pesquisa, a exemplo do estudo original de Morisky et al. (2008) (13), foram considerados como aderentes os indivíduos com alta e média adesão.

Os dados coletados foram digitados no programa *Epi Info*[®], versão 7, e após verificação de erros e inconsistências foram analisados estatisticamente no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Foram realizadas análises descritivas da

caracterização e da adesão ao tratamento medicamentoso. A associação entre as variáveis independentes e a adesão terapêutica foi realizada por meio da análise bivariada pelos testes Qui-Quadrado de Independência de Pearson e teste Exato de Fisher, ambos com nível de significância de 5% e intervalos de 95% de confiança.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina sob o parecer número 2.092.864, e respeitou os preceitos éticos conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. A participação no estudo foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

De forma a permitir maior compreensão acerca dos aspectos sociodemográficos da população estudada, variáveis dicotômicas serão apresentadas pelo resultado prevalente e variáveis múltiplas pelas duas categorias mais indicadas.

Dos 99 participantes da pesquisa, 31 (31,3%) tinham idade entre 66 e 70 anos, 66 (66,7%) eram do sexo feminino, 69 (69,7%) referiram 1º grau incompleto como grau de escolaridade, 64 (64,4%) relataram o convívio com esposo (a) ou companheiro e a renda mensal familiar prevalente foi de até dois salários mínimos para 46 (46,5%) dos idosos (Tabela 1).

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas dos idosos com HAS e DM atendidos pelas ESFs no Extremo Oeste de Santa Catarina, 2018.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
60 a 65 anos	22	22,2
66 a 70 anos	31	31,3
71 a 75 anos	18	18,2
76 a 80 anos	12	12,1
81 anos ou mais	16	16,2
Sexo		
Masculino	33	33,3
Feminino	66	66,7
Escolaridade		
Não estudou	10	10,1
1º grau incompleto	69	69,7
1º grau completo	10	10,1
2º grau incompleto	4	4,0
2º grau completo	4	4,0
Graduação	1	1,0
Pós-graduação	1	1,0
Situação de relacionamento		
Convive com esposo ou companheira	64	64,6
Solteiro	5	5,1
Separado, divorciado ou viúvo	30	30,3
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	23	23,2
Até 1 salário e meio	11	11,1
Até 2 salários mínimos	46	46,5
Acima de dois salários mínimos	19	19,2

Quanto aos hábitos de vida 67 (67,7%) não costumavam realizar atividades físicas regularmente, 62 (62,6%) consideravam sua alimentação como saudável, 82 (82,8%) não fumavam ou conviviam com alguém que fumava e 82 (82,8%) não costumavam ingerir bebidas alcoólicas. Com relação às características clínicas, 61 (61,6%) dos idosos apresentavam somente HAS, 12 (12,1%) apresentavam DM apenas e 26 (26,3%) HAS e DM. Além disso, 77 (77,8%) dos idosos afirmaram que os medicamentos que faziam uso eram fornecidos a eles pelas ESFs (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis clínicas e hábitos de vida dos idosos com HAS e DM atendidos pelas ESFs no Extremo Oeste de Santa Catarina, 2018.

Variáveis	N	%
Quais doenças crônicas não-transmissíveis você possui		
Hipertensão	61	61,6
Diabetes	12	12,1
Ambas	26	26,3
Medicamentos que você faz uso são fornecidos na ESF		
Sim	77	77,8
Não	22	22,2
Realiza alguma atividade física?		
Sim	32	32,3
Não	67	67,7
Como você considera sua alimentação?		
Saudável	62	62,6
Parcialmente Saudável	30	30,3
Não saudável	7	7,1
É fumante ou convive com alguém que fuma?		
Sim	17	17,2
Não	82	82,8
Ingere Bebidas alcoólicas?		
Todos os dias	17	17,2
Semanalmente	82	82,8

Em relação a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky, a distribuição da frequência de respostas de cada questão pode ser observada na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição da frequência de respostas da Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 itens, 2018.

Itens	N	
	Não	Sim
1 - Você às vezes esquece-se de tomar os seus remédios para a hipertensão e/ou diabetes?	70	29
2 - Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para a hipertensão e/ou diabetes?	86	13
3 - Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?	83	16
4 - Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece-se de levar seus medicamentos?	84	15
5 - Você tomou seus medicamentos para a hipertensão e/ou diabetes ontem?	96	3
6 - Quando sente que a hipertensão e/ou o diabetes está(ao) controlada(o)(os), você às vezes para de tomar seus medicamentos?	93	6
7 - Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para a hipertensão e/ou diabetes?	68	31
8 - Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para a hipertensão e/ou diabetes?	Nunca	47
	Quase nunca	10
	Às vezes	23
	Frequentemente	3
	Sempre	16

A avaliação do nível geral de adesão variou entre 2,5 e 8, sendo que 29 (29,3%) dos idosos foram classificados com alta adesão, 42 (42,4%) com média adesão e 28 (28,3%) com baixa adesão. Assim, do total de participantes, 71 (71,7%) foram considerados como aderentes a terapêutica e 28 (28,3%) como não aderentes (Tabela 4).

Tabela 4. Adesão a partir da Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 itens, 2018.

Adesão	N	%
Estratificada		
Baixa adesão	28	28,3
Media adesão	42	42,4
Alta adesão	29	29,3
Dicotômica		
Não adesão	28	28,3
Adesão	71	71,7

A relação entre a adesão terapêutica e caracterização sociodemográfica dos indivíduos participantes revelou resultados significativos no campo da escolaridade, alimentação e tabagismo (Tabela 5). Assim, pode se considerar que maiores níveis de adesão terapêutica estão relacionados a ter algum estudo formal, alimentação saudável e não fumar ou conviver com alguém que fuma. As demais variáveis não apresentaram relação significativa com a adesão, conforme observado na tabela 5.

Tabela 5. Relação entre adesão terapêutica e variáveis sociodemográficas de idosos com HAS e DM atendidos pelas ESFs no Extremo Oeste de Santa Catarina, 2018.

Variável preditora	Adesão	Não Adesão	Valor -p
Idade			
60 a 70 anos	35	18	0,178
71 anos ou mais	36	10	
Sexo			
Feminino	46	20	0,528
Masculino	25	8	
Escolaridade			
Teve algum estudo	68	21	0,005*
Não estudou	3	7	
Situação de relacionamento			
Vive com alguém	48	16	0,327
Vive sozinho	23	12	
Renda			
Acima de 1 salário mínimo	53	23	0,426
Até 1 salário mínimo	18	5	
Doença(s) que possui			
Hipertensão	45	16	0,365*
Diabetes	10	2	
Ambas	16	10	
Fornecimento dos medicamentos pela ESF			
Sim	56	21	0,676
Não	15	7	
Atividade física			
Sim	45	22	0,146
Não	26	6	
Alimentação			
Saudável	50	12	0,011
Não saudável	21	16	
Tabagismo			
Sim	8	9	0,013

Variável preditora	Adesão	Não Adesão	Valor -p
Não	63	19	
Ingestão de bebidas alcoólicas			
Sim	11	6	
Não	60	22	0,481

*Determinado por teste Exato de Fisher.

Discussão

Considerando a faixa etária dos participantes da pesquisa, a maioria eram idosos com predomínio de idade entre 66 e 70 anos. O mesmo pode ser observado em outros estudos nacionais, apontando que os idosos são os maiores portadores da HAS e DM¹⁴⁻¹⁵. Dessa forma, cabe ressaltar, que as condições crônicas tem crescente importância como causa de morte com o progredir da idade, contribuindo de forma elevada para a morbidade e mortalidade nacional e mundial¹⁶.

Quanto à escolaridade, nesta pesquisa, os idosos que tiveram algum estudo apresentaram níveis de adesão mais altos em comparação aos idosos que não estudaram. A baixa escolaridade é um fator que pode influenciar diretamente na adesão terapêutica à medida que é capaz de limitar o acesso ao conhecimento e a compreensão acerca das informações referentes ao processo saúde-doença recebidas dos profissionais de saúde, medicamentos prescritos e a importância dos hábitos saudáveis de vida¹⁷.

Nessa perspectiva, é necessário que os profissionais de saúde que atuam nas ESFs reconheçam a necessidade de intervir nesta problemática e se responsabilizem pelo desenvolvimento de ações educativas integradas entre pesquisadores, gestores e formuladores de políticas, a fim de buscar a promoção da saúde, compartilhamento de conhecimento, controle de

doenças e a melhor adesão ao tratamento das pessoas com baixa escolaridade^{8,12}.

As ações de educação em saúde por parte das ESFs, quando realizadas de modo adequado, considerando os múltiplos fatores que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso, afetam diretamente a compreensão da doença e a aceitação do tratamento. O processo de autocuidado deve ser estimulado mediante orientação, cuidado sistemático, visitas periódicas, averiguação de medicamentos e controle dos índices glicêmicos¹⁸.

As variáveis apresentadas por este estudo, referentes aos comportamentos não farmacológicos como: manter uma alimentação saudável e não ser tabagista, são diretamente associados a adesão terapêutica. Desta forma, entende-se que pessoas aderentes podem apresentar comportamentos não farmacológicos que contribuem para o controle das doenças e melhoria da qualidade de vida¹⁹.

A alimentação está relacionada a fatores que interferem na prevenção e controle de doenças crônicas e seus agravos, como por exemplo, excesso de peso, mau controle glicêmico, padrão alimentar com alto teor de gorduras saturadas e baixa quantidade de frutas e vegetais, dislipidemias, entre outras. Desta forma, as orientações e modificações alimentares são reconhecidas como importantes recursos para a redução de riscos e retardo de complicações associadas às DCNT^{20,21}.

Já o tabagismo é considerado como uma dependência química que expõe, não somente os seus usuários, mas também as pessoas que os cercam. Suas inúmeras substâncias tóxicas, são fatores de risco de seis das oito principais causas de mortalidade global^{22,23}. O efeito do tabagismo no organismo é considerável e vai além das consequências óbvias ao sistema respiratório. Ao sistema cardiovascular, por exemplo, é considerado um importante fator aterogênico, visto que provoca lesão direta ou indireta no sistema vascular, através de alterações como aumento da frequência cardíaca, perda de integridade da parede arterial, redução de oxigênio para os tecidos, aumento da adesividade e agregação plaquetárias²⁴.

Estima-se que o tabagismo, de forma isolada, aumente em duas a três vezes o risco de acidente vascular cerebral, além de ser um importante fator de risco para o infarto do miocárdio. Assim, a associação do tabagismo com o DM e a HAS, doenças que individualmente já causam alterações sistêmicas graves quando não controladas, tem o potencial de causar eventos alarmantes à saúde dos indivíduos^{23,24}.

Desta forma, pode-se afirmar que o estilo de vida é reconhecidamente um dos maiores responsáveis pela alta prevalência das DCNT, pelas morbidades a elas associadas, e seus fatores, como hábitos alimentares, tabagismo, atividade física e alcoolismo, podem interferir no estado de saúde físico e mental dos idosos e na adesão que estes estabelecem ao regime terapêutico proposto^{20-23,25}.

A utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas oferecem uma perspectiva de controle das DCNT. Apesar disso, quando não há adesão terapêutica surge a possibilidade da ocorrência de

efeitos prejudiciais ao indivíduo devido ao acometimento e deterioração dos órgãos-alvo e sistemas corporais, além da ocorrência de eventos agudos, que podem comprometer de forma importante o estado de saúde^{26,27}.

Além das consequências pessoais, há o impacto no setor de saúde, visto que o desenvolvimento de complicações pode implicar no aumento da demanda por serviços e insumos de baixa, média e alta complexidade e da utilização de recursos financeiros, humanos e tecnológicos, que poderiam ser reaplicados a outras situações²⁸. Na economia nacional, o impacto das DCNT, considerando mortes, absenteísmo e aposentadorias precoces, em 2015 representou 7,6 % do PIB do país, com projeção estimada em 8,7% em 2030²⁹.

No que se refere ao grau de adesão, 71,7% dos idosos foram considerados como aderentes à terapêutica, apresentando resultado acima da média quando comparado ao encontrado em outros estudos presentes na literatura com populações semelhantes^{29,30}. Mesmo com ausência de homogeneidade das metodologias e instrumentos adotados pelos autores, todos os estudos apresentam índices de adesão, em geral, inferiores aos desejáveis para a manutenção da adesão medicamentosa para DM e HAS.

Para intervir adequadamente no cenário da adesão é necessário avistá-la em uma perspectiva individual, considerando as diversas vertentes que compõem o cotidiano de cada pessoa. Em um contexto mais amplo, é preciso direcionar programas e políticas de saúde voltadas à atenção das DCNT. O planejamento e execução de atividades também são essenciais para modificar a realidade em saúde

vigente, refletindo diretamente na melhoria da qualidade de vida das pessoas²⁸.

Considerações Finais

Os resultados desta pesquisa apontaram que a maioria dos idosos que realizam tratamento medicamentoso para DM e/ou HAS nas ESFs eram do sexo feminino, com baixa renda mensal e escolaridade. Percebiam sua alimentação como sendo saudáveis e não fumavam. Do número total de participantes do estudo, a maioria foi considerada aderente à terapêutica medicamentosa. Além disso, a análise estatística revelou resultados significativos entre as variáveis escolaridade, alimentação, tabagismo e adesão.

O conhecimento acerca desses aspectos permite apontar caminhos para aprimorar os processos de atenção à saúde já realizados pelos profissionais nas ESFs, possibilitando adequar as ações com base nos atributos e necessidades apresentados pela população estudada, além de fortalecer condutas apropriadas e significativas, as quais pode-se destacar as consultas de enfermagem com ênfase na adesão terapêutica, grupos com atividades que fortaleçam e incentivem a adesão, sala de espera, entre outras atividades que também envolvam a equipe multiprofissional, buscando um cuidado integral e humanizado.

Referências

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003. Disponível em: <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1>.
2. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev Saúde Pública. 2017; 51(Suppl.1):4s.
3. Malta DC, Stopa SS, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC. A Vigilância e o Monitoramento das Principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol. 2015; 18(Supl.2):3-16.
4. Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Chueri PS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiol Serv Saúde. 2015; 24(2):297-304.
5. Oliveira JEP, Freitas-Foss MC, Montenegro Junior RM, Vencio S. (Org). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Ed Clannad. 2017.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE. 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>.
7. Resende A, Lira J, Prudêncio F, de-Sousa L, Brito J, Ribeiro J, Cardoso H. Difficulties of elderly people in accession to the treatment of blood hypertension. J Nursing UFPE Online. 2018; 12(10):2546-2554.
8. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. Rev Saúde Pública. 2016; 50(Supl 2):10s.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>.
10. Silva AB, Engroff P, Sgnaolin V, Ely LS, Gomes I. Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. Cad Saúde Colet. 2016; 24(3):308-316.
11. Ferreira ACZ, Borba LO, Capistrano FC, Czarnobay J, Maftum MA. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. REME - Rev Mineira Enferm. 2015; 19(2):150-156.

12. Abreu WA, Portela NLC. Fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Interdisciplinar*. 2015; 8(3):50-60.
13. Morisky D, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008; 10(5):348-354.
14. Sampaio FC, Oliveira PP, Mata LRF, Moraes JT, Fonseca DF, Vieira VAS. Perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas hipertensas e diabéticas. *Invest Educ Enferm*. 2017; 35(2):139-53.
15. Simão LTSS, Lages LP, Paiva MHP, Ribeiro NLS, Araújo ERM, Leão GM. Perfil dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis internados em unidade de terapia intensiva. *Enferm Foco*. 2019; 10(1):76-80.
16. Malachias MVB, Plavnik FL, Machado CA, Malta D, Scala LCN, Fuchs S. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. *Arq Bras Cardiol*. 2016; 107(Suppl.3):1-6.
17. Rossi, VEC, Silva AL, Fonseca, GSS. Adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Enferm Centro Oeste Mineiro*. 2015; 5(3):1820-1830.
18. Barreto TMAC, Rodrigues LJS, Maciel JC, Sampaio DM, Barreto F. Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso por diabéticos no norte do Brasil. *Sobral: SANARE*. 2017; 16(2):22-30.
19. Abreu AM, Brandão NP, Estima SL, Assis MCS. Adesão ao tratamento na hipertensão e diabetes mellitus: revisão integrativa. *Rev Enferm UFSM*. 2016; 6(3):442-453.
20. Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24(2):257-265.
21. Massimo EAL, Souza HNF, Freitas MIF. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(3):679-688.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde. 2014. 162. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>.
23. Baumgartel C, Onofrei M, Grillo Luciane Peter, Lacerda LLV, Mezadri T. Fatores de risco e proteção de doenças crônicas em adultos: estudo de base populacional em uma cidade de médio porte no sul do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017; 11(38):1-13.
24. Maffei FHA, Yoshida WB, Rollo HA, Moura R, Sobrieira ML, Giannini M, et al. Doenças Vasculares Periféricas. 5ed. São Paulo: Guanabara Koogan. 2015.
25. Arruda DCJ, Eto FN, Velten APC, Morelato RL, Oliveira ERA. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015; 18(2):327-337.
26. Almeida RO, Santos SLF, Paiva CEQ, Barros KBNT, Arraes MLBM. Medidas não farmacológicas em hipertensão arterial. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2019; 21(2):95-97.
27. Raymundo ACN, Pierin, AMG. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(5):811-819.
28. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(6):1763-1772.
29. Catanante GV, Hirooka LB, Porto HS, Bava MCGGC. Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(12):3965-3974.
30. Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017; 20(1):116-127.