

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI  
CAMPUS SENADOR HELVIDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

GABRIELA DA SILVA ROSA

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E QUALIDADE DE VIDA  
ENTRE HIPERTENSOS**

PICOS- PIAUÍ

2017

GABRIELA DA SILVA ROSA

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E QUALIDADE DE VIDA  
ENTRE HIPERTENSOS**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, no período de 2017.2, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Roberta Vilarouca da Silva.

PICOS- PIAUÍ

2017

## FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

**R788a** Rosa, Gabriela da Silva

Adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida entre hipertensos /  
Gabriela da Silva Rosa. Picos – 2017.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (69 f.)

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade  
Federal do Piauí, Picos, 2018.

Orientador(A): Profa. Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva

1 .Hipertensão Arterial. 2.Tratamento Medicamentoso. 3.Qualidade de  
vida. 4. Unidade Básica de Saúde. I. Título.

**CDD 616.132**

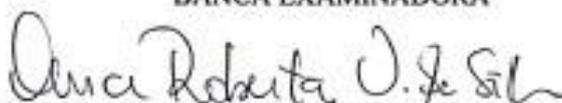
GABRIELA DA SILVA ROSA

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E QUALIDADE DE VIDA  
ENTRE HIPERTENSOS**

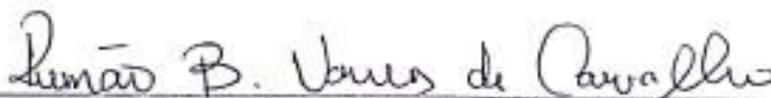
Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem, do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Data da aprovação: 06 / 12 / 2017

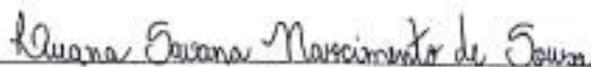
**BANCA EXAMINADORA**



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Roberta Vilarouca da Silva (Orientadora)  
Universidade Federal do Piauí- UFPI  
Presidente da Banca



Prof.<sup>a</sup> Ms. Rumão Batista Nunes de Carvalho  
Universidade Federal do Piauí- UFPI  
1º Examinador



Esp. Luana Savana Nascimento Sousa  
Mestranda pela Universidade Federal do Piauí-UFPI  
2º Examinador

Dedico a conclusão desse trabalho a **DEUS** por ser minha fonte divina de fé e perseverança, por acalantar meu coração em momentos de apuro e pela sabedoria que me destes para lidar com as dificuldades. Aos meus **pais, irmãos e sobrinhos** que são minha fonte de amor mais segura, essa vitória é nossa! Aos meus **amigos** pelo apoio, carinho e palavras de acalento principalmente quando mais necessitei; e aos meus **mestres** a quem devo eterna gratidão por todos os ensinamentos, e por contribuírem na realização desse sonho. Muito obrigada!

## AGRADECIMENTOS

Chegar até esse exato momento, escrevendo essas palavras pra mim é mais do que a finalização de um curso, e sim a concretização de um sonho, um sonho no qual não sonhei só, um sonho no qual duvidaram, e que alegremente irei concretizá-lo. Ao longo dessa grande caminhada sofri, chorei, sorri; um caminho difícil atrelado ao aprendizado, ansiedade, medo, dedicação, perseverança e acima de tudo FÉ. Devo grande parte dessa vitória a muitas pessoas que tornaram meu caminho menos árduo e que me ajudaram a alcançar meu fiel objetivo.

Dessa forma, agradeço ao meu bom Deus, pelo vida e por me agraciar com tudo que já tenho vivido até hoje, e ainda por iluminar os meus passos e por nunca ter me deixado desistir quando nos momentos de dificuldade me vi em apuros, obrigada por todo conforto de luz e fé que entregastes a mim.

Inicialmente agradeço aos **meus pais** Antônio Vieira Rosa e Teresa Pereira da Silva Rosa por se esforçarem para que nada me faltasse, por serem minha fonte de inspiração e amor eterno, por me ensinarem preceitos fundamentais de FÉ, amor, humildade e perseverança além de sempre me apoiarem em todas as minhas decisões. Eu amo vocês. Essa vitória é nossa!

Aos **meus irmãos**, Ivan, Iram, Ceicinha, Fatinha, Antônia, Luiz Paulo por sempre torcerem pela minha felicidade, buscando sempre o meu bem, com palavras e conselhos que me confortassem e me alegrassem em meio as dificuldades. Em especial gostaria de agradecer ao meu irmão IVAN por ser o responsável oficial pela conclusão desse sonho, sem ele eu não estaria aqui agora escrevendo essas palavras, obrigada meu irmão por ter confiado e acreditado em mim e por nunca ter me deixado desistir. MUITO OBRIGADA!

Aos **meus avós** Pedro Rosa (*in memoriam*), Antonieta Pereira (*in memoriam*), Constantino Pereira (*in memoriam*), e por toda a família (ROSA e PEREIRA) por serem pessoas exemplares em minha vida e por me ensinarem lições de vida que me ajudaram a crescer como pessoa e se hoje sou a pessoa que me tornei devo isso a base familiar que tenho. Em especial, meus sobrinhos Sarah, Guilherme, Maria Cecília, Heitor e Débora por fazer florescer em mim o amor mais puro e verdadeiro que poderia sentir, durante esse longo tempo pensei incansavelmente em vocês, o que me deu muita força para seguir em frente.

As minhas amigas de longas datas **Ana Rita (Ritona), Alice e Leidinha** por sempre estarem comigo apesar das situações me dando palavras de apoio e conselhos regado

de boas risadas, pelo amor, carinho e, sobretudo cumplicidade, agradeço a Deus por ter me enviado anjos como vocês que considero mais que amigas e sim IRMÃS.

As minhas amigas e eternas “FIAS” Érica Fernanda, Kadija Barbosa, Miriane Mota, Luma Oliveira e Camila Hanna por terem sido minhas companheiras durante essa longa jornada, juntas conseguimos apaziguar as angústias, medos e ansiedades, fomos companheiras de sala, de estágios, de seminários e de muitos e muitos trabalhos (rs), Deus me abençoou com vocês em minha vida e quero vocês nela pra sempre, com vocês tudo se tornou mais fácil e simples, mesmo em meio a tantas dificuldades nunca abandonamos umas as outras, difícil expressar toda gratidão que tenho a vocês. Obrigadaaa por tudo minhas guerreiras, muito sucesso pra nós!

Em especial, gostaria de agradecer a minha companheira de curso e de Apartamento Érica Fernanda por todo companheirismo ao longo desses anos morando juntas, pelos conselhos, pelas risadas, pelos cafés da manhã, almoços e jantas, noites em claros, pelo compartilhamento de conhecimentos, por me ajudar quando precisei, por me aguentar (rs). A ti desejo todo sucesso do mundo, sei que é esforçada e o quanto merece realizar todos os seus sonhos. Muito obrigada minha amiga por me ajudar na concretização desse sonho. Guardarei pra sempre comigo.

Aos amigos que tive a satisfação de conquistar durante a graduação: Luís Eduardo, Muriel, Laryssa, Ana Carolina, Miriane, Érica Fernanda, Kadija Barbosa, Eilen Tainá, Clóvis a tão querida “**COLIGAÇÃO**”, com vocês vivenciei aqui os momentos mais felizes, acredito que Deus caprichou na hora de colocar vocês em meu caminho, ele me abençoou com nossa amizade. Não acredito em acaso, acredito que tudo isso estava escrito! Não tenho palavras para expressar o quanto vocês são especiais pra mim, não é fácil pensar em despedida, mas vou orar e pedir a Deus que ilumine os passos de cada um. Obrigada pelos almoços, pelas diversões, risadas sem fim, pelas festas mais animadas, pelos conselhos, pelas brigas, tudo isso só fortaleceu nossa amizade, quero levar cada um no meu coração pra sempre.

A todos os profissionais que compõem o corpo docente da UFPI/CSHNB, queria agradecer imensamente pelas contribuições durante a minha trajetória acadêmica, todos os ensinamentos repassados foram de grande importância para me tornar quem sou hoje. Muito obrigada! Em especial, gostaria de agradecer a enfermeira Luana Savana e Ionara Holanda por me ajudarem nesses últimos meses com tanto apreço em cada etapa desse trabalho, não tenho palavras suficientes para expressar tamanha gratidão. Que Deus guie os passos de cada uma.

Aos profissionais que me deparei ao longo da graduação, em aulas práticas e estágios, gostaria de agradecer imensamente pelo tempo que a mim foi dedicado para ensinar, corrigir e colaborar de alguma forma, vocês foram essenciais na minha formação profissional e pessoal. Em especial queria agradecer a enfermeira Seryneli e as Agentes de Saúde do posto Belinha Nunes 1 por se disponibilizarem nas coletas de dados, sem vocês eu não teria conseguido. Desejo que Deus abençoe cada uma.

Um agradecimento especial a minha professora, tutora e orientadora **Dr.<sup>a</sup> Ana Roberta Vilarouca da Silva** pela dedicação, paciência, conhecimentos repassados e pelo dom que tens para ensinar. Obrigada por contribuir grandemente no meu crescimento pessoal e profissional durante a graduação. Tenho a senhora como exemplo de pessoa responsável, dedicada, perseverante e sonhadora, que sempre quer o melhor para todos. Obrigada por fazer eu me tornar quem sou hoje e pela concretização desse trabalho, sem a senhora não teria conseguido.

Ao **Programa de Educação Tutorial – PET** Cidade, Saúde e Justiça, minha segunda casa por ter me proporcionado inúmeras oportunidades de crescimento pessoal e profissional dentro da universidade, creio que foi a decisão mais bem tomada que fiz na graduação: SER PETIANA! Agradeço, também, aos PETianos e PETianas Tatiana Moura, Açucena Leal, Érika Moura, Dinah Alencar que contribuíram na realização desse sonho, nas eternas e quase infinitas coletas(rs), sempre ajudando umas as outras, nos momentos de dificuldade e nas gargalhadas tornando tudo ainda mais fácil, espero que nossa amizade perdure além da universidade. Cresci grandemente fazendo parte dessa família, muito do que aprendi devo ao PET e a toda família PETiana. Obrigada a todos!

Aos membros da banca examinadora, por terem dedicado tempo à leitura deste trabalho e enriquecerem com suas considerações e conhecimentos de forma tão fascinante.

Por fim, agradeço imensamente a todos aqueles que contribuíram para a realização deste sonho. Que Deus abençoe a todos. Muito Obrigada!

*“Não dá pra saber qual o dia será o mais importante da sua vida. Os dias que você pensa serem importantes nunca atingem a proporção imaginada. São os dias normais, os que começam normalmente que acabam se tornando o mais importantes”.*

(Grey's Anatomy)

## RESUMO

Apesar dos avanços nas práticas de promoção da saúde, prevenção de agravos e novas tecnologias, as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis ainda são de grande prevalência nas diferentes populações. Todavia, a Hipertensão Arterial, é a mais evidente, e considera-se importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e renais, entre adultos e idosos. Por conseguinte, a não adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo é um fator condicionante para o descontrole da pressão arterial e determinante para as complicações na saúde do paciente. Dessa forma influenciando diretamente na Qualidade de Vida desses usuários. Assim, objetivou-se analisar a adesão ao tratamento medicamentoso e a qualidade de vida em hipertensos atendidos na Estratégia de Saúde da Família, na cidade de Picos-PI. Trata-se de um estudo descritivo e transversal com amostra de 105 hipertensos, realizado em uma Unidade Básica de Saúde. Os dados foram coletados no período de setembro a outubro de 2017. O convite para participar foi realizado por meio de visita domiciliar a cada hipertenso ou quando encontrados durante atendimento na Unidade de Saúde. O formulário contém dados de identificação, socioeconômicos, avaliação de adesão ao tratamento medicamentoso, adesão/vínculo e Qualidade de Vida. Para associar as variáveis qualitativas foi utilizada a razão de verossimilhança e foi considerada a significância estatística de  $p < 0.05$ . O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Piauí, sob o Parecer nº 2.244.618. Dentre os hipertensos avaliados 70,5 % eram do sexo feminino com idade  $>60$  anos, as idades variaram de 35 a 92 anos, com média de  $65,3 \pm 13,1$ . A cor autorreferida predominante foi a negra (31,4%). Quanto a renda familiar, 49,5% referiram receber de entre dois a três salários mínimos. Acerca da classe econômica, 40,0%, pertenciam a classe C2. Quanto à situação conjugal, 43,8% eram casados e destes 54,3% moravam com familiares. Os hipertensos, 59% tinham Hipertensão Arterial entre 1 a 10 anos. No que se refere adesão ao tratamento medicamentoso, 46,7% tinham baixa adesão e relacionados a adesão/vínculo, 88,6% dos pacientes possuem vínculo satisfatório. Sobre a Qualidade de Vida, os domínios com melhor avaliação média foram o Físico (64,4) e o das Relações Sociais (63,0), já os que apresentaram pior cálculo médio foram o Psicológico (61,1) e o meio ambiente (60,7). Na Avaliação Global, 68,6% dos participantes estavam na região de indefinição e 27,6%, na região de sucesso. Quando verificado a relação da adesão medicamentosa com a qualidade de vida, na região de sucesso 41,4% se encontravam com alta adesão, porém não houve significância estatística ( $p > 0,05$ ). Nessa perspectiva, é importante que o enfermeiro saiba identificar fatores dispostos a não adesão dos hipertensos e assim buscar conhecer como essa população está propensa ao desenvolvimento de problemas de saúde mais graves, tentando juntamente com a equipe realizar a busca desses usuários por meio de ações que viabilizam a confiança e se estabeleça o vínculo e estratégias eficazes que transformem o indivíduo como ser ativo e participativo no seu processo de saúde.

**Palavras-chave:** Hipertensão arterial. Tratamento medicamentoso. Qualidade de vida. Unidade básica de saúde.

## ABSTRACT

Despite the advances in the practice of health promotion, prevention of diseases and new technologies, the non-transmissible chronic diseases are still of great prevalence in different populations. However, the Arterial Hypertension is the most evident, and is considered an important risk factor for the development of cerebrovascular diseases, cardiovascular and renal complications, among adults and the elderly. Therefore, the non-adherence to anti-hypertensive drug treatment is a determining factor for the lack of blood pressure and determinant for complications in the patient's health, thereby directly influencing the quality of life of those users. Thus, this study aimed to analyze adherence to drug treatment and quality of life in hypertensive patients in the Family Health Strategy, in the city of Picos-PI. It is a descriptive and cross-sectional study with a sample of 105 hypertensive patients, carried out in a Basic Health Unit during the period from March 1996 to December 2017. The data were collected in the period from September to October 2017. The invitation to participate was carried out by means of visits to each hypertension or when found during treatment at the Health Unit. The form contains identification data, socioeconomic, evaluation of adherence to drug treatment adherence/bond and quality of life. To associate the qualitative variables was used the likelihood ratio and was considered the statistical significance of  $p < 0.05$ . The Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí approved the study with an opinion number of 2,244.618. 70.5% of hypertensive patients were female with age  $>60$  years, ages ranged from 35 to 92 years, with an average of  $65.3 \pm 13.1$ . The self-reported color black was the predominant (31.4%). Regarding family income, 49.5% reported receiving of between two to three minimum wages. About the economic class, 40.0% belonged to class C2. Regarding marital status, 43.8% were married and 54.3% lived with her family. The hypertensive, 59% had Arterial hypertension between 1 to 10 years. As regards adherence to drug treatment, 46.7% had low adherence and related to accession/bond, 88.6% of the patients have satisfactory bond. About the quality of life, the areas with the best average rating were physical (64.4) and the social relations (63.0), has already presented the worst average calculation were the psychological (61.1) and the environment (60.7). In the overall evaluation, 68.6% of the participants were in the region of vagueness and 27.6%, in the region of success. When checked the relationship of medication adherence with the quality of life in the region of success (41.4%) were with high adherence level, but there was no statistical significance ( $p > 0.05$ ). From this perspective, it is important that nurses learn to identify predisposing factors for non-adherence of the hypertensives and thus seek to know how this population is prone to the development of more serious health problems, trying together with the team to perform the search of these users by means of actions that enable the trust and establishing the bond and effective strategies that transform the individual as being active and participative in their process of health.

**Keywords:** Arterial hypertension. Drug treatment. Quality of life. Basic Health Unit.

## LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1-	Pontos de corte para Classificação Econômica no Brasil.	29
Quadro 2-	Domínios e facetas do WHOQOL-Bref	32
Gráfico 1-	Descrição da auto avaliação da qualidade de vida evidenciada hipertensos de uma Estratégia Saúde da Família. Picos-PI, dez. 2017. (n=105).	38
Gráfico 2-	Descrição do grau de satisfação com a própria saúde relatada pelos hipertensos de uma Estratégia Saúde da Família. Picos-PI, dez. 2017. (n=105)	39
Gráfico 3-	Estratificação da Qualidade de Vida em relação à adesão medicamentosa. Picos-PI, dez. 2017. (n=105)	41

## LISTAS DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização da amostra quanto às variáveis socioeconômicas. Picos-PI. 2017. (n=105)	36
Tabela 2-	Tipificação da amostra quanto as variáveis de adesão medicamentosa e vínculo. Picos-PI, dez. 2017. (n=105)	37
Tabela 3-	Descrição da amostra quanto as variável de qualidade de vida. Picos-PI, 2017. (n=105)	40
Tabela 4-	Descrição da amostra quanto as variável de qualidade de vida. Picos-PI, dez. 2017. (n=105)	40

## LISTA DE SIGLAS ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitária de Saúde
ABEP	Associação Brasileira de Empresas e pesquisas
ANEP	Associação Nacional de Empresas de Pesquisa
APS	Atenção Primária em Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
DAP	Doença Arterial Periférica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DM	Diabetes Mellitus
DNC	Crônicas Não-Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão arterial
IC	Insuficiência Cardíaca
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
QV	Qualidade de Vida
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
WHOQOL-bref	Versão abreviada do <i>World Health Organization Quality of Life</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	19
2.1	Geral.....	19
2.2	Específicos.....	19
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	20
3.1	Hipertensão arterial.....	20
3.2	Adesão medicamentosa ao tratamento anti-hipertensivo.....	21
3.3	Qualidade de vida dos pacientes hipertensos.....	25
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	27
4.1	Tipo de estudo.....	27
4.2	Local e período de estudo.....	27
4.3	População e amostra.....	28
4.4	Variáveis de estudo.....	29
4.4.1	Variáveis socioeconômicas.....	29
4.4.2	Variáveis de adesão.....	30
4.4.3	Variáveis de qualidade de vida.....	31
4.5	Coleta de dados.....	33
4.6	Análises dos dados.....	34
4.7	Aspectos éticos e legais.....	34
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	36
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	42
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	47
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	49
	<b>APÊNDICES</b> .....	55
	APÊNDICE A- Formulário.....	56
	APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	58
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>60</b>
	ANEXO A- Questionário de adesão e vínculo.....	61
	ANEXO B- Questionário o World Health Organization Quality of Life Bref.....	63
	ANEXO C- Equações para Obtenção dos Escores.....	67
	ANEXO D- Parecer consubstanciado do CEP.....	68

## 1 INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços nas práticas de promoção da saúde, prevenção de agravos e novas tecnologias, as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) ainda são de grande prevalência nas diferentes populações. A Hipertensão Arterial (HA) é a mais evidente, e considera-se importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e renais, entre adultos e idosos. Nesse contexto, a HA é uma das maiores causas de morbimortalidade, tornando-se um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

A probabilidade de incidência da hipertensão arterial é influenciada por condições multifatoriais como o sexo, raça, idade, hereditariedade que certamente não podem sofrer intervenção e pode ser determinado também por alguns fatores plenamente modificáveis, como sobrepeso, ingestão excessiva de sal, sedentarismo, consumo de álcool, tabagismo, condições socioeconômicas, dislipidemias, baixa escolaridade e dentre outras, podendo levar ao desenvolvimento de incapacidades (RABELO et al., 2010).

Em conformidade, dados Norte-Americanos de 2015 revelaram que HA estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), 77% de Acidente Vascular Encefálico (AVE), 75% com Insuficiência Cardíaca (IC) e 60% com Doença Arterial Periférica (DAP) (MOZAFFARIAN et al., 2015). Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de Doenças Cardiovasculares (DCV), e dentre a principal causa de morte no país 13,8% é decorrente de Doenças Hipertensivas (DH) (MALACHIAS et al., 2016).

Desta maneira, sabe-se que a principal porta de entrada para identificação de condicionantes para a HA é a Atenção Primária em Saúde (APS) com destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF), que vem expandindo cada vez mais no âmbito da saúde, e assim, acaba possibilitando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência e acompanhamento longitudinal dos usuários e a distribuição de formas gratuitas de medicamentos para hipertensão e outras doenças crônicas, permitindo assim a melhora na qualidade da assistência e conseqüentemente impacto significativo no tratamento de doenças como a HA (SILVA et al., 2013). Porém, a adesão adequada ao tratamento farmacológico ainda é uma das grandes dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde.

Nesse contexto, a abordagem da HA, para ser efetiva, exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade, sendo notável a contribuição do acesso, vínculo e acolhimento nesses casos, assim, é necessário compreender que a resolutividade da atenção às

para pessoas hipertensas consiste não apenas no uso de medicamento e na instituição de medidas reguladoras, mas na consideração da pessoa em sua totalidade, e conseqüentemente, articular a equipe e a população por meio do estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado e da assistência aos usuários hipertensos (GIRÃO; FREITAS, 2016; LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Especialmente no caso de doenças como a HA o vínculo se constitui de uma ferramenta eficaz na democratização das práticas de cuidado, favorecendo a negociação entre trabalhadores e usuários, tornando os sujeitos autônomos no tratamento, possibilitando a construção de planos terapêuticos corresponsabilizados, prevenindo comorbidades associadas e promovendo saúde de forma eficaz (GIRÃO; FREITAS, 2016).

Por conseguinte, a não adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo é um fator condicionante para o descontrole da pressão arterial e determinante para as complicações na saúde do paciente, dessa forma influenciando diretamente na Qualidade de Vida (QV) desses usuários (KIM et al., 2014).

A adesão ao tratamento medicamentoso pode ser entendida como a coincidência existente entre o conhecimento adquirido e conduta dos pacientes com as orientações e prescrições repassadas pelo enfermeiro e/ou o médico e a falta de adesão é justificada pela suspensão completa ou parcial, como também por irregularidades durante o tratamento. Assim, é importante que o profissional considere a adesão ao tratamento como fator influenciador na qualidade da assistência.

Dessa forma, é importante salientar que diversos fatores têm sido associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso, dentre eles estão: o regime terapêutico; a natureza assintomática da doença; os aspectos socioeconômicos e demográficos; a relação com os serviços e profissionais de saúde; desatenção/delicadeza; aspectos psicossociais e culturais; e apoio familiar e social (SOARES et al., 2012).

Ante o exposto, vale ressaltar que a hipertensão arterial e a qualidade de vida, estão diretamente associadas à adesão ao tratamento medicamentoso. Contudo, a baixa adesão farmacológica pode proporcionar uma pior QV (KROUSEL-WOOD et al., 2010). Visto que, as mudanças impostas pelas doenças crônicas podem refletir diretamente no bem-estar das pessoas de forma negativa (AZEVEDO et al., 2013).

Entretanto, uma boa adesão não se limita apenas ao comparecimento a consultas ou ao uso correto da medicação prescrita, mas transcende a adoção de hábitos de vida de uma

maneira isolada. Assim, o vínculo deve ser considerado mais do que a adstrição a um serviço ou inscrição formal em um programa (LESSA, 2006).

Conforme os dados que foram encontrados, evidenciou-se a necessidade local em trabalhar com pesquisas voltadas para essa realidade, na tentativa de verificar o vínculo dos hipertensos com a unidade de saúde e a adesão medicamentosa destes. Além de existir ainda poucos estudos que analisem a relação entre essa adesão medicamentosa e a qualidade de vida dos hipertensos, assim, é importante que sejam realizados estudos voltados pra essa temática na tentativa de evidenciar se os pacientes estão ou não aderindo ao tratamento medicamentoso e como isso influencia na qualidade de vida desses pacientes, com o objetivo de buscar alternativas por meio da modificação dos fatores que estão influenciando a não adesão, e assim, melhorar o acompanhamento desses usuários e a efetividade das políticas públicas de saúde.

Desta forma, compreende-se que os hipertensos possuem dificuldades intrínsecas e extrínsecas que influenciam na adesão ao tratamento medicamentoso, assim sendo de grande importância avaliar o nível de adesão bem como isso contribui negativamente na qualidade de vida desses hipertensos. Diante desta problemática, é possível realizar a seguinte indagação: Qual o nível de adesão ao tratamento medicamentoso em hipertensos e como essa adesão interfere na qualidade de vida?

Por fim, acredita-se que a identificação precoce pela equipe da ESF de como os hipertensos estão aderindo ao tratamento medicamentoso, é de fundamental importância na assistência a saúde dos hipertensos, pois permite a ampliação da capacidade de atendimento, maior resolubilidade do cuidado e melhor acompanhamento, além de controlar a HA, por meio de intervenções específicas e planejadas com base em achados contundentes. Assim, cabe enfatizar que o estudo contribuirá com a literatura, como também, na adequação de estratégias pelos profissionais da saúde para melhoria da adesão medicamentosa, com a finalidade de melhorar a QV, e assim, reduzir agravos e a mortalidade por complicações da patologia.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral

Investigar a adesão ao tratamento medicamentoso e a qualidade de vida em hipertensos atendidos em uma Estratégia de Saúde da Família, na cidade de Picos-PI.

### 2.2 Específicos

- Caracterizar a população quanto às variáveis socioeconômicas;
- Descrever a adesão medicamentosa e vínculo dos hipertensos aos serviços de saúde;
- Verificar a associação entre a adesão medicamentosa e a qualidade de vida dos hipertensos.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

O controle diário da Pressão Arterial (PA) está intimamente relacionado à saúde de um indivíduo com hipertensão arterial, visto que, quando não controlados aos parâmetros exigidos contribuem para o aumento de risco a saúde do indivíduo assim como, o surgimento de outras doenças e consequentemente déficit significativo na qualidade de vida dessa população.

#### 3.1 Hipertensão Arterial

A HA representa atualmente uma das doenças mais prevalentes no Brasil e no mundo. É considerado, um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Além do número de internações, a hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, como acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva. Devido ao elevado número de morbidade e mortalidade e dos custos hospitalares a adesão do paciente ao tratamento adequado é de essencial importância (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Nessa perspectiva, a HA caracteriza-se como uma condição clínica multifatorial que tem como características os níveis elevados e apoiados de Pressão Arterial (PA  $\geq$ 140mmHg X 90mmHg). Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Alguns estudos estimam que a prevalência global da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo. Ressaltando que, a prevalência global em 2025 poderá aumentar em 24% nos países desenvolvidos e 80% em países em desenvolvimento (CHOBANIAN, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Destarte, entre os fatores associados ao seu desenvolvimento estão: Idade, gênero, etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão excessiva de sal e de álcool, sedentarismo, hereditariedade, fatores socioeconômicos e ambiente estressor que segundo alguns estudos podem promover aumento de valores pressóricos ao indivíduo (ANDRADE; FERNANDES, 2016).

Estudos de base populacional realizados no Brasil têm apontado a HA como uma doença comum, encontrando-se prevalências variando em torno de 20%. Todavia, a maior parte dos indivíduos apresenta hipertensão arterial de forma assintomática, já que é definida como uma doença silenciosa, muda ou surda, e por esse motivo há dificuldades na detecção da doença dificultando os indivíduos a procurarem a assistência e conseqüentemente adesão ao tratamento (MASCARENHAS; OLIVEIRA; SOUZA, 2016).

As pessoas com hipertensão podem estar assintomáticas e permanecer assim durante muitos anos. No entanto, quando os sinais e sintomas específicos sobrevêm, elas geralmente indicam a lesão vascular, com manifestações específicas relacionada com os órgãos servidos pelos vasos afetados. A cardiopatia coronariana com angina ou infarto do miocárdio é uma consequência comum da hipertensão. A hipertrofia ventricular esquerda acontece em resposta à carga de trabalho aumentada colocada sobre o ventrículo, quando ele se contrai contra a pressão sistêmica mais elevada (SMELTZER; BARE, 2005).

Em consoante, apesar da ausência de sintomas, a HA é o fator de risco principal para as Doenças Cardiovasculares (DCV), pois está intimamente relacionada a diversas complicações, como insuficiência renal crônica, acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana e doença vascular periférica. Assim, sabe-se que a HA é a complicação responsável por 65% de mortes decorrentes de problemas cerebrovasculares como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (NOBREGA; CASTRO; SOUZA, 2007; SOUZA et al., 2008; WHO, 2011).

Segundo Rodrigues et al. (2013), dos fatores de risco cardiovascular em pacientes diagnosticados com AVC, foram detectados dentre eles casos de hipertensão em 68,8%; sedentarismo em 65,6%; diabetes mellitus tipo II em 20,3%; tabagismo em 9,4% e sedentarismo associado à hipertensão em 75,7% dos indivíduos.

O estilo de vida apresenta um papel crítico na determinação da pressão arterial dos indivíduos e na prevalência da hipertensão nas populações. A manifestação da doença não pode ser explicada apenas por relação de causa e efeito, mas pelo contexto social e pelo estilo de vida que o indivíduo, como ser biológico e psicológico, se encontra inserido (FEIJÃO et al., 2005; TEIXEIRA et al., 2006).

### 3.2 Adesão medicamentosa ao tratamento anti-hipertensivo

Apesar de ser um sério problema de saúde pública e ter tido inúmeros avanços de tratamento o sucesso no controle da HA, na prática, é limitado (BASTOS et al., 2012).

Segundo Dal (2005) a adesão ao tratamento é a extensão pela qual o comportamento de uma pessoa reflete mudanças significativas no comportamento e esta diretamente associada ao cumprimento de ações como mudanças de hábitos de vida e roteiro de administração de medicamentos, conforme as recomendações feitas pelo profissional. Em contrapartida, a não adesão medicamentosa esta relacionada não somente ao ato de ingerir o medicamento prescrito, mas na forma como o paciente conduz o tratamento, sendo influenciada por varias dimensões (GUSMÃO; MION, 2006).

Para Giroto et al. (2013), são muitos 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.

Dentre outros fatores para não adesão dos hipertensos ao tratamento medicamentoso, encontram-se a falta de conhecimento sobre a doença e motivação para tratar uma doença crônica; o baixo nível socioeconômico; aspectos culturais; baixa autoestima; relacionamento ineficaz com a equipe de saúde; tempo prolongado de atendimento; dificuldades no acesso aos serviços de saúde (consultas); custo dos medicamentos, bem como seus efeitos indesejáveis, os quais interferem na adesão ao tratamento e conseqüentemente, na qualidade de vida (COSTA et al., 2008).

A adesão à farmacoterapia é um aspecto complexo e primordial para o alcance dos resultados clínicos desejados. Entretanto, a não adesão é considerada um dos maiores problemas de saúde pública, ainda que, vários estudos já comprovam que a redução da pressão arterial por meio da adesão ao tratamento medicamentoso pode reduzir a ocorrência de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Porém, estima-se que 50% dos pacientes portadores de doenças crônicas em países desenvolvidos sejam não aderentes a terapias medicamentosas, sendo esta taxa superior nos países em desenvolvimento (SABATÉ, 2003; NETO; VIEIRA; CUMAN, 2011).

Dados alarmantes são evidenciados em estudos como o realizado em Rio Preto em que, foram investigados 68 pacientes do qual 86,93% não aderiram ao tratamento medicamentoso evidenciando de forma preocupante a lacuna ainda existente na atribuição do profissional sob a ótica da promoção da saúde à população hipertensa (DOSSE et al., 2009).

Deste modo, a falta de adesão ao tratamento de HÁ resulta na morte de 400 mil brasileiros hipertensos. Também acarretando graves complicações, evoluindo para

hospitalizações, agravos sociais, elevados custos com internações de longa permanência, invalidez, e aposentadoria precoce (CALIXTO, 2010).

Assim, para poder intervir de forma adequada na adesão ao tratamento, e de acordo com as necessidades de cada paciente, é preciso, fundamentalmente, entender que a forma de aderir é própria de cada um deles. Os muitos aspectos da adequada adesão envolvem diversas características próprias do cotidiano dos pacientes que precisam ser consideradas. Em vista disso, é importante que os hipertensos estejam sensibilizados para aderir ao tratamento, já que vários fatores têm sido associados com a adesão ao tratamento (DOSSE et al., 2009; RIBEIRO et al., 2015).

A prevenção e o tratamento de doenças como a hipertensão é um processo lento e na maioria das vezes difícil, pois é necessário ensinar a população a cuidar da própria saúde participando ativamente do processo saúde, enfatizando em campanhas e ações educativas a mudança do estilo de vida, aceitação e adesão ao tratamento, seja ele farmacológico ou não farmacológico. Visto que, necessita de intervenções baseada nos recursos tecnológicos, educativos e comportamentais da população e do serviço de saúde, onde por meio de ações grupais ou individuais busca-se construir esse ensinamento junto à população hipertensa, estabelecendo vínculo (BORGES; PINHEIRO; SOUZA, 2012; PALOTA, 2010; SANTA, 2010).

Observa-se, nas pesquisas realizadas com hipertensos, que pacientes que participam de programas de acompanhamento coletivo obtém redução nos níveis tensoriais e maior controle da doença, uma vez que participam frequentemente de encontros que propiciam níveis pressóricos estáveis, e ajustes terapêuticos por meio da possibilidade de efeitos colaterais dos medicamentos e mais acesso às informações a cerca do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, servindo de base para o cumprimento dessas orientações, mudança efetiva no estilo de vida e bem estar dos pacientes (DOSSE et al., 2009).

Nesse contexto, a atuação da equipe de Saúde da Família é indispensável. Seu papel consiste em favorecer a adesão completa do paciente ao tratamento, orientando e conscientizando o mesmo quanto ao benefício e surgimento de reações adversas ou desconforto, monitorando e certificando-se do uso dos medicamentos corretamente, por meio de seus principais objetivos: a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde (MIRANZI et al., 2008).

Vale salientar que o vínculo dos usuários aos serviços de saúde contribuiu no desenvolvimento positivo das políticas de saúde por meio do fortalecimento da relação com

os profissionais, pois amplia a efetividade das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço, propiciando o exercício do seu papel de cidadão, autonomia, respeito aos direitos de fala, argumentação e escolha e permite sua integração na manutenção de sua saúde e redução dos agravos (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

Dessa forma, a existência de profissionais que buscam assegurar a criação de vínculos efetivos, bem como o estabelecimento de relações de troca e confiança contribuirá significativamente para a corresponsabilização dos usuários e da família no cuidado com a saúde, assim refletindo no seguimento correto de orientações que são repassadas no serviço reduzindo assim pequenos agravos a saúde (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

É importante que os profissionais estejam buscando o desenvolvimento de técnicas que façam com que os usuários se sintam a vontade tais como o acolhimento, escuta sensível, entre outros, na tentativa de potencializar esse vínculo entre profissionais e usuários, possibilitando abertura para produção do cuidado em que se consideram as subjetividades presentes, superando o distanciamento muitas vezes ocasionado pela presença maciça das tecnologias duras e leve duras (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

Dentre a equipe multidisciplinar, a relação do paciente com o ACS é outro fator importante, pois a natureza do trabalho do agente dentro da equipe de saúde consiste na construção do elo entre a unidade e a comunidade, promovendo a saúde, convidando o paciente para frequentar a unidade e conseqüentemente o seguimento do plano terapêutico (REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014).

Em conformidade, a criação de políticas de saúde, bem como programas de prevenção da HA não garantem que a população vá aderir ao tratamento indicado. Essa depende de muitos fatores relacionados ao cliente, bem como o comprometimento com a terapêutica, sendo o principal desafio para o profissional de enfermagem informar não somente, mas também convencer o paciente e todos os familiares e amigos influenciadores culturais que tratar a HA não são apenas utilizar medicamentos constantemente, mas que também controlar os fatores de risco pela mudança dos estilos de vida (CARVALHO et al., 2012).

O diagnóstico correto e a persistência no acompanhamento são fatores relevantes para atingir a meta no tratamento e reduzir a morbimortalidade cardiovascular. Nesse contexto, ressalta-se que a não adesão ao tratamento tem sido identificada como a causa principal da pressão arterial sistêmica não controlada (BASTOS et al., 2012).

Portanto, os serviços de saúde devem desenvolver ações e estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, o que pode influenciar positivamente nas condições de saúde da população, na redução da morbimortalidade causada por essa patologia e conseqüentemente, a melhoria da sua qualidade de vida. Nessa premissa, para que essas intervenções sejam desenvolvidas, torna-se premente a identificação precoce dos usuários não aderentes para a oferta de melhor qualidade de vida (MEDEIROS et al., 2014).

### 3.3 Qualidade de Vida dos Pacientes Hipertensos

A OMS conceitua qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A qualidade de vida serve como indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas e avalia o impacto físico e psicossocial que as enfermidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento acerca do paciente e de sua adaptação à condição de estar doente (CARVALHO et al., 2012).

A HA é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) de maior relevância clínica e a maior causadora de eventos cardíacos agudos, que pelo seu caráter crônico, podem afetar diretamente a qualidade e o estilo de vida destes usuários. O estilo de vida de pessoas acometidas por HA deve ser alvo de modificações de caráter não apenas curativo, mas também de modo a prevenir outras patologias. Desta forma, é importante controlar os níveis da Pressão Arterial (PA) podendo assim diminuir a mortalidade cardiovascular. Entre as principais recomendações para prevenção e controle da HA está a alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo, e em associação ao uso correto da medicação prescrita (BRASIL, 2011; RIBEIRO, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Contribuindo significativamente para modificações na QV das pessoas por interferir na aptidão física, emocional, interação social, atividade intelectual, desempenho profissional e outras atividades do dia-a-dia. Além disso, é possível afirmar que pacientes que aderem ao tratamento são menos acometidos por outras doenças crônicas, que podem influenciar no domínio físico e posteriormente no domínio psicológico, uma vez que múltiplas morbidades associadas podem limitar a funcionalidade assim contribuindo negativamente na QV. Sob outra perspectiva, efeitos indesejáveis das drogas anti-hipertensivas também podem interferir na qualidade de vida dos pacientes e levar a uma

limitada adesão terapêutica (DUARTE et al., 2014; RABELO et al., 2011; TAVARES et al., 2015).

Um estudo de base populacional, realizado com 1.467 indivíduos coreanos avaliou o impacto da hipertensão arterial na QV dos idosos. Os resultados mostraram impactos extremamente negativos, sendo que idosos com mais de uma comorbidade associada tinham qualidade de vida pior em relação àqueles que tinham apenas uma morbidade, visto que, pacientes com hipertensão possuem maior propensão ao desenvolvimento de doenças como a Diabetes Mellitus (DM) e dentre outras. Todos os aspectos físicos avaliados como: mobilidade, dor, desconforto, auto cuidado, apresentaram alterações negativas relacionadas à associação das comorbidades. Os piores impactos foram observados nas condições psicológicas dos indivíduos, que apresentam elevadas taxas de ansiedade e depressão devido a associação das doenças (CHIN et al., 2014)

Estudos também comprovam que os efeitos secundários do tratamento da HA estão associados a menor aderência e a abandono do tratamento medicamentoso, podendo interferir na Qualidade de Vida (QV) desses pacientes (CARVALHO et al., 2012).

São necessários mais estudos relacionados a esta temática, no intuito de avaliar fatores que influenciem a qualidade de vida desses hipertensos na tentativa de buscar dados contundentes que sirvam como base para o desenvolvimento de estratégias educativas qualificadas.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal. As pesquisas descritivas têm como propósito definir as características de determinada população ou fenômeno, além do estabelecimento de relações entre variáveis. Estudos como esses possuem particularidades significativas como a utilização de técnicas padronizadas e coleta de dados, assim como, buscam ir além da simples identificação da existência de relações entre as variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação (GIL, 2012).

Estudos transversais possibilitam o primeiro momento de análise de uma associação. Identificados dentro de uma população os desfechos existentes, podemos elencar fatores que podem ou não estar associados a esses desfechos em diferentes graus de associação (COUTINHO et al., 2008). Para Polit e Beck (2011), é adequado para descrever a situação, o status do fenômeno e/ou a relação entre eles em um ponto fixo.

### 4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Picos-Piauí, no período de março a dezembro de 2017. O município conta com 36 estratégias, sendo 25 na zona urbana e 11 na zona rural. As equipes multiprofissionais compreendem: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A escolha da referida UBS, ocorreu devido o maior quantitativo de hipertenso na área adstrita entre as 25 unidades de saúde existente na zona urbana. Essas informações foram obtidas por meio dos dados da secretaria de saúde do município.

Segundo os dados da Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, no ano de 2013 a cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família em Picos foi de 99,26%, o que corresponde a 75.481 habitantes com 20 equipes de saúde da família. Em 2012 a cobertura populacional foi de 100%, correspondendo a 74.967 habitantes, o número de equipes de saúde da família foi de 30. A cobertura populacional por equipes de saúde da família em Picos – PI têm apresentado crescimento ao logo do tempo, o aumento da cobertura

tem acompanhado o crescimento populacional e nota-se que a cobertura se aproxima de 100%, segundo dados parciais de 2014 (NESP,2016).

#### 4.3 População e amostra

A população foi constituída por 227 hipertensos que estão cadastrados na Estratégia de Saúde da Família escolhida, a partir dos dados obtidos.

Para o cálculo do tamanho da amostra, a variável **“Adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida”**, como desfecho com um percentual de 50% (P=50% e Q=50%), haja vista que esse valor proporciona um tamanho máximo de amostra, quando fixados o nível de significância ( $\alpha=0,05$ ) e o erro amostral relativo de 8% (erro absoluto=4%),  $O^2 5\% = 1,96$ . Tendo em vista que a população considerada é finita (POCOCK, 1989), aplicou-se a fórmula a seguir:

$$n = \frac{O^2 \times P \times Q \times N}{e^2(N - 1) + O^2 \times P \times Q}$$

Após o cálculo, a amostra correspondeu a 143 hipertensos da referida UBS. Considerando para a amostra, como critério de elegibilidade, foram escolhidos os seguintes critérios de inclusão:

- Indivíduos de ambos os sexos com diagnóstico de HA que estão registrados e são acompanhados na UBS escolhida;
- Ter idade acima de 18 anos, para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Presença no domicílio pelo menos uma vez dentre as três tentativas de visita.

E os seguintes critérios de exclusão:

- Apresentar qualquer impedimento para responder aos instrumentos de coleta de dados como, por exemplo, deficiência auditiva.

Aplicados os critérios de inclusão e exclusão foram entrevistados apenas 105 hipertensos.

#### 4.4 Variáveis de estudo

As variáveis abordadas nesta pesquisa foram agrupadas em: socioeconômicas; relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso; e qualidade de vida. As mesmas serão coletadas em um formulário (APÊNDICE A; ANEXO A e ANEXO B).

##### 4.4.1 Variáveis socioeconômicas

**Idade:** Foi computada em anos.

**Cor:** Foi considerada a cor da pele auto-referida, sendo elas: negra, branca, amarela ou parda.

**Renda familiar:** Foi considerado o valor bruto, em reais, dos vencimentos mensais da família do pesquisado.

**Classe econômica:** A classificação econômica foi determinada a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) elaborado pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP). Ele tem como objetivo determinar o poder aquisitivo das pessoas e famílias, utilizando a denominação “classes econômicas” (ABEP, 2016).

O CCEB utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de itens domiciliares de conforto e grau de escolaridade do (a) chefe da família) para diferenciar a população. O critério atribui uma pontuação e realiza uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica, definidos por: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E como descrito no Quadro 1 (ABEP, 2016).

Quadro 1 - Pontos de corte para Classificação Econômica no Brasil.

CLASSE	PONTOS
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0-16

Fonte: Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas(ABEP) (2016).

**Situação conjugal:** Foram consideradas as seguintes opções: Solteiro (a); casado (a); união estável; viúvo (a); divorciado (a).

**Com quem mora:** Foram computadas as seguintes respostas: pais; familiares; amigos; companheiro (a); sozinho (a).

#### 4.4.2 Variável de adesão

##### 4.4.2.1 Adesão ao tratamento medicamentoso

No que se refere ao tratamento medicamentoso, foi utilizado o questionário com escala desenvolvida por Morisky Green e Levine (1986) chamado de teste de Morisky Green (APÊNDICE A) que consiste em quatro perguntas, com respostas sim ou não, que avaliam a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito, que tem sido utilizado há mais de 20 anos e é um meio de avaliação indireta de adesão, onde a coleta de informações com profissionais da saúde ou com o paciente é utilizada, é um método de baixo custo e de fácil aplicação (KRIPALANI et al., 2009).

Dessa forma, para este estudo foram adicionadas quatro questões para complementar o teste de Morisky-Green, que compreendeu uma Escala Modificada. A cada resposta “sim” atribui-se pontuação 0 (zero), e a cada resposta “não” pontuação 1 (um). Um total de respostas “sim” equivale a não adesão. Assim, a avaliação do escore é classificada em níveis de adesão: 1-alta adesão (escore = 8, se o paciente respondeu “não” a todas as questões), 2- média adesão (escore = 7 ou 6, se o paciente respondeu “sim” a uma ou duas questões respectivamente) e 3-baixa adesão (escore= menor ou igual 5, se o paciente respondeu “sim” em três ou mais questões)(MORISKY; GREE; LEVINE et al.,1986). As questões do teste de Morisky-Green, compreendem as questões de 7 a 10, no formulário.

Na décima questão do teste de Morisky-Green, quando o paciente respondeu que “sim” o mesmo foi questionado, e se o paciente respondeu que o motivo foi hipotensão, a pesquisadora anotou no teste desse paciente “não”, pois parte-se do princípio que a adesão é quando o paciente segue as orientações do profissional da saúde, e nesse caso a omissão da dose é adequada.

Dessa forma, considera-se: para as questões 7, 8, 11, 12 e 13, avaliam-se o esquecimento e descuido, considerados como indicativos de motivação (ou sua falta) e, conseqüentemente, os aspectos de motivação de intenção de adesão. E para questões 9,10, 14, mede-se a continuidade do uso de medicamentos e compreensão dos benefícios em longo

prazo da terapia, são consideradas indicativas de conhecimento (ou sua falta) e, conseqüentemente, os aspectos do conhecimento de intenção de adesão (BONIFÁCIO, 2013).

#### 4.4.2.2 Adesão e vínculo

Foi utilizado o questionário elaborado por Ribeiro et al., (2013) acerca da adesão e vínculo dos serviços de saúde e hipertensos, de forma adaptada para este estudo ( ANEXO A). Assim, foi testada a hipótese que a ausência da dimensão Adesão/Vínculo (unidade de saúde, profissionais e família), pode influenciar negativamente na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Estas dimensões foram compostas de perguntas que identifica o relacionamento do hipertenso com o serviço de saúde, o profissional e a família, com respostas correspondentes a uma escala de possibilidades pré-estabelecidas (Escala de Likert), atribuindo-se valores entre um e cinco para as respostas “1-nunca”, “2-quase nunca”, “3-às vezes”, “4-quase sempre” e “5- sempre”, para captar todas as possibilidades. No caso da questão 25 do seguinte questionário foi analisada como afirmação negativa assim considerando-se escores invertidos, sendo dessa forma “5-nunca”. “4-quase nunca”, “3-Às vezes”, “2-quase sempre”, “1-sempre”.

Assim determinou-se a média de pontos com o escore que varia de 10 (10 itens multiplicados pelo valor 1 se assinalar nunca) a 50 (10 itens multiplicado pelo valor 5, se assinalar sempre). Os pontos obtidos na escala foram considerados como variáveis quantitativas e utilizaram faixas de pontos associados a termos linguísticos para a obtenção o dos dados dos questionários indexados por meio da seguinte interpretação: 1- Insatisfatório (10 a 20) 2-conflitante (21 a 30) e 3-satisfatório (31 a 50).

#### 4.4.3 Variáveis de qualidade de vida

A avaliação da qualidade de vida foi realizada por meio de um instrumento: o World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-BREF) (ANEXO B) versão abreviada e curta do WHOQOL-100 com a necessidade de instrumentos que demandassem pouco tempo, mas com características psicométricas e satisfatórias criada pelo Grupo de Qualidade de vida da OMS, o qual possui 26 questões; duas são gerais, sendo que a 1ª refere-se à vida e a 2ª é relacionada à saúde (não estão incluídas nas equações para análise dos resultados). Conforme descrito no quadro 2 as demais 24 questões compõem os quatros

domínios de QV: I, II, III e IV e suas respectivas facetas (FLECK ET al., 2000). As respostas seguem uma escala de Likert (1 a 5) onde quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. Foram atribuídos valores entre um e cinco para as respostas “nada”, “muito pouco”, “médio”, “muito” e “completamente”; “muito ruim”, “ruim”, “nem ruim nem boa”, “boa”, “muito boa”; “muito satisfeito”, “insatisfeito”, “nem satisfeito nem insatisfeito”, “satisfeito”, “muito satisfeito”; “nada”, “muito pouco”, “mais ou menos”, “bastante”, “extremamente” além das opções “nunca”, “algumas vezes”, “frequentemente”, “muito frequentemente” e “sempre”.

Quadro 2- Domínios e facetas do WHOQOL-Bref

Domínio I - Domínio Físico	1. Dor e desconforto
	2. Energia e fadiga
	3. Sono e repouso
	9. Mobilidade
	10. Atividades da vida cotidiana
	11. Dependência de medicação ou de tratamentos
	12. Capacidade de trabalho
Domínio II - Domínio Psicológico	4. Sentimentos positivos
	5. Pensar, aprender, memória e concentração
	6. Autoestima
	7. Imagem corporal e aparência
	8. Sentimentos negativos
	24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio III - Relações Sociais	13. Relações pessoais
	14. Suporte (apoio) social
	15. Atividade sexual
Domínio IV- Ambiente	16. Segurança física de proteção
	17. Ambiente no lar
	18. Recursos financeiros

Quadro 2- Domínios e facetas do WHOQOL-Bref. (Continuação)

	19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade.
	20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	21. Participação em oportunidades de recreação/lazer
	22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
	23. Transporte

FONTE: FLECK, et al., 2000

Os dados das variáveis da Qualidade de Vida foram analisados conforme modelo estatístico proposto pelo WHOQOL GROUP (1998) - Escore Bruto (EB) e os Escores Transformados 4-20 (ET4-20) e 0-100 (ET0-100) (ANEXO C). As questões 1 – Como você avalia sua qualidade de vida? (opções para resposta: muito ruim, ruim, nem ruim nem boa, boa, muito boa) e 2 – Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde? (opções para resposta: muito insatisfeito, insatisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, satisfeito, muito satisfeito) como não estão incluídas nas equações, foram analisadas separadamente.

Embora a metodologia WHOQOL utilize um único intervalo de 0 (zero) a 5 (cinco) para a Escala Likert, a nomenclatura não contempla essa unicidade. Em virtude dessa diversidade, para conhecer a qualidade de vida, optou-se pela utilização de outra escala adaptada (SPÍNOLA; PEREIRA, 1976), que permite a apresentação uniforme dos dados, favorecendo a análise comparativa em termos de desempenho de cada um dos domínios e dando maior visibilidade aos resultados.

Segundo Saupe et al. (2004), essa escala adaptada é representada por um número real compreendido no intervalo 0 (zero) – 100 (cem), o Escore Transformado 0-100, que corresponde aos valores resultantes ao final da aplicação de todas as equações para obtenção dos escores. Além disso, classifica a Qualidade de Vida, pois considera os valores entre 0 (zero) e 40 (quarenta) como '*1-região de fracasso*'; de 41 (quarenta e um) a 70 (setenta), correspondendo a '*2-região de indefinição*'; e acima de 71 (setenta e um) como tendo atingido a '*3-região de sucesso*'.

#### 4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de setembro a outubro de 2017. O convite para participar foi realizado por meio de visita domiciliar de cada hipertenso ou quando encontrados durante atendimento na referida UBS. Na mesma ocasião, foi explicado que se

tratava de uma pesquisa e que o mesmo teria que responder a um formulário contendo no total 51 questões fechadas relacionado ao perfil socioeconômico, dificuldades na adesão do medicamento anti-hipertensivo e qualidade de vida, quais eram os critérios de inclusão e que teriam que assinar um termo de consentimento de participação voluntária (APÊNDICE B) e em seguida responder a um formulário (APÊNDICE A; ANEXO A; ANEXO B). Os hipertensos que manifestaram resposta positiva para participar da pesquisa assim iniciava-se a entrevista no mesmo instante à aceitação.

Por fim, ressalta-se, que a pesquisa será disponibilizada para a enfermeira e exposta nos murais da unidade, visando à informação e o conhecimento dos profissionais e população adstrita à unidade. Assim como, um relatório para a Secretaria Municipal de Saúde, para divulgação dos resultados encontrados.

#### 4.6 Análise dos dados

Todos os dados foram organizados por meio do *software Excel 8.0* e processados no programa estatístico *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.0. As variáveis quantitativas foram resumidas em média, mediana e desvio padrão além dos valores mínimo e máximo. As variáveis qualitativas foram resumidas em termos de frequência simples e relativa. Para associar as variáveis qualitativas foi utilizada a razão de verossimilhança e foi considerada a significância estatística de  $p < 0.05$ .

Os resultados obtidos foram expostos em forma de gráficos e tabelas, para a melhor compreensão dos resultados e, conseguinte, discutidos com a bibliografia vigente.

#### 4.7 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado no dia 27 de Agosto de 2017 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Federal do Piauí- UFPI conforme parecer n° 2.244.618 (ANEXO D), respeitando os aspectos éticos dos estudos envolvendo seres humanos.

Seguindo os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, foram obedecidas as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016). Aos participantes foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE

B) e, ainda, foi informado que o estudo não traria nenhum prejuízo e risco a integridade física dos indivíduos e, a liberdade para desistir do mesmo a qualquer momento não implicando em prejuízo de qualquer tipo para os pacientes. Todas as informações coletadas foram mantidas em sigilo total e somente usadas para os fins a que se destina o referido estudo.

## 5 RESULTADOS

De acordo com a tabela 1, dos hipertensos entrevistados 70,5 % eram do sexo feminino. A idade mínima encontrada foi de 35 e a máxima de 92 anos com média de  $65,3 \pm 13,1$  sendo que a maior parte da amostra estava compreendida na faixa etária com idade acima de 60 anos. Com relação a cor da pele (auto referida) pelos entrevistados, foi predominante a cor negra, com 31,4%.

A renda familiar dos hipertensos teve maior frequência entre dois a três salários mínimos (49,5%); os valores mínimo e máximo alcançados para esta variável foram de 120 e 3.748 reais, respectivamente e com média de  $1507 \pm 700,4$ . Além disto, com 40,0%, a classe econômica predominante foi a C2.

Quanto à situação conjugal, 43,8% dos participantes afirmaram ser casados; bem como, 54,3% afirmaram morar com familiares. Ademais, dentre os hipertensos entrevistados foram identificados que 59% dos pacientes tinham HA entre 1 a 10 anos com média de  $1,5 \pm 0,7$ .

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto às variáveis socioeconômicas. Picos-PI. 2017. (n=105).

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Sexo</b>		
Masculino	31	29,5
Feminino	74	70,5
<b>Faixa etária</b>		
31- 45	7	6,7
46-60	25	23,8
>60	73	69,5
<b>Cor</b>		
Branca	31	29,5
Negra	33	31,4
Amarela	13	12,4
Parda	28	26,7
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro	15	14,3
Casado	46	43,8
União estável	1	1
Viúvo	38	36,2
Divorciado	5	4,8
<b>Com quem mora</b>		
Pais	4	3,8
Familiares	57	54,3
Amigos	-	-
Companheiro	31	29,5
Sozinho	13	12,4

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto às variáveis socioeconômicas. Picos-PI. 2017. (n=105). (Continuação).

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Renda familiar</b>		
Até 1 salário	50	47,6
2 a 3 salários	52	49,5
>4 salários	3	2,9
<b>Classe econômica</b>		
A	-	-
B1	1	1
B2	15	14,3
C1	35	33,3
C2	42	40,0
D-E	12	11,4
<b>Tempo de HA (em anos)</b>		
1 a 10 anos	62	59
11 a 20 anos	32	30,5
21 a 30 anos	7	6,7
>31 anos	4	3,8

FONTE: dados da pesquisa

Levando em consideração o Salário Mínimo no Brasil em 2017 = R\$ 937,00.

No que se refere a adesão ao tratamento medicamentoso, 46,7% dos hipertensos entrevistados encontravam-se na classificação de baixa adesão e relacionados a adesão/vínculo com a unidade de saúde, 88,6% dos pacientes possuem vínculo satisfatório com a Estratégia de Saúde da Família avaliada (Tabela 2).

Tabela 2 - Tipificação da amostra quanto as variáveis de adesão medicamentosa e vínculo. Picos-PI, dez. 2017. (n=105).

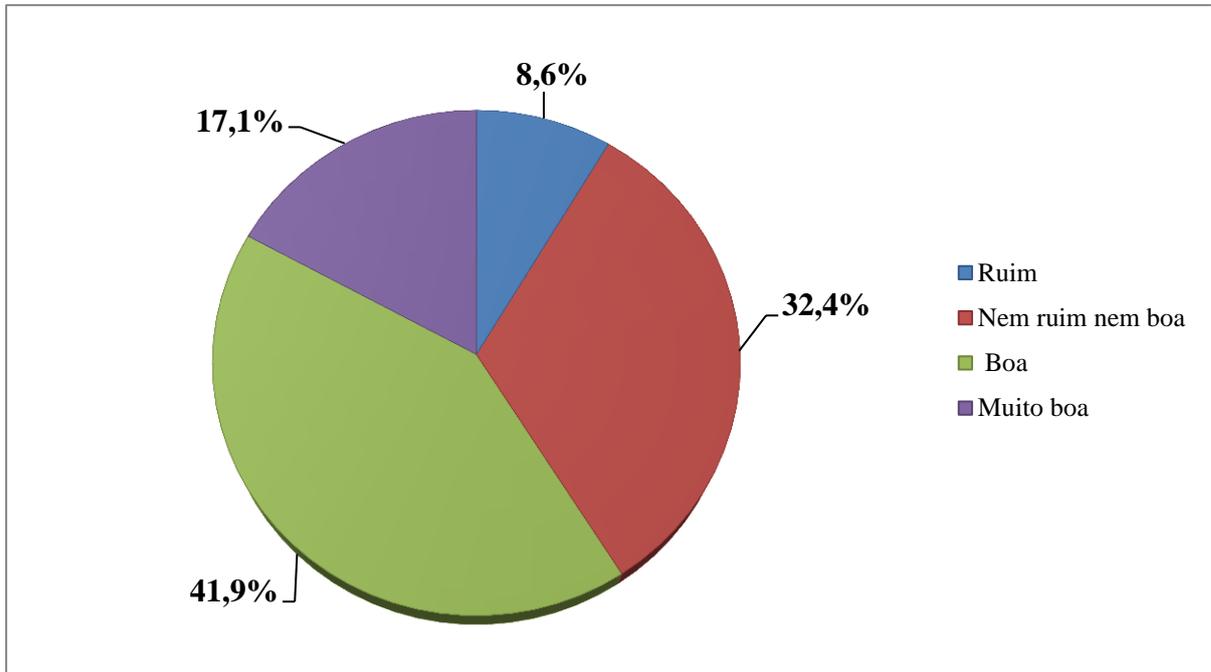
<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>1. Adesão medicamentosa</b>		
Alta adesão	28	26,7
Média adesão	28	26,7
Baixa adesão	49	46,7
<b>2. Adesão Vínculo</b>		
Insatisfatório	2	1,9
Conflitante	10	9,5
Satisfatório	93	88,6

FONTE: dados da pesquisa

A respeito da qualidade de vida, inicialmente apresenta-se os resultados referentes às duas primeiras questões do instrumento WHOQOL-Bref, uma vez que estas não foram incluídas nos cálculos dos escores.

O gráfico 1 apresenta como o entrevistado avalia sua própria qualidade de vida nas duas últimas semanas. Entre os hipertensos, verificou-se que 41,9% classificaram sua QV como boa e 32,4%, como nem ruim nem boa.

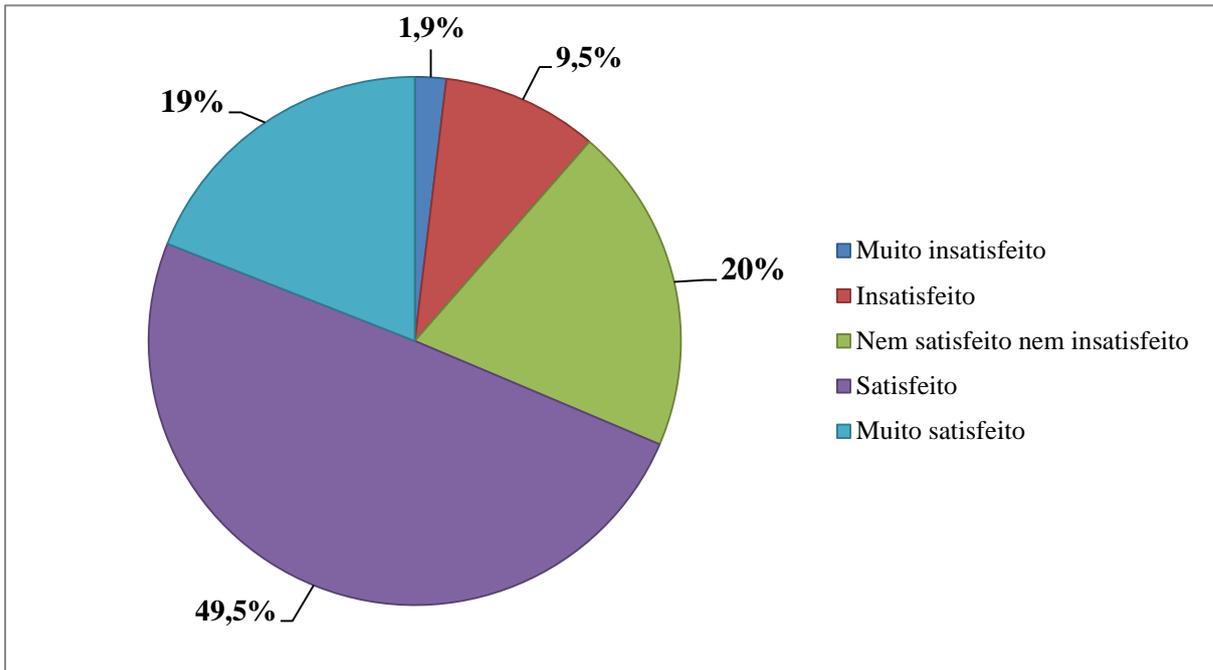
Gráfico 1- Descrição da auto avaliação da qualidade de vida evidenciada pelos hipertensos de uma Estratégia Saúde da Família. Picos-PI, dez. 2017. (n=105).



FONTE: dados da pesquisa

O gráfico 2 revela como o participante qualifica sua própria condição de saúde nos últimos quinze dias. Entre a amostra investigada, verificou-se que dos hipertensos 49,5% consideravam satisfeitos e 20%, nem satisfeitos nem insatisfeitos.

Gráfico 2- Descrição do grau de satisfação com a própria saúde relatada pelos hipertensos de uma Estratégia Saúde da Família. Picos-PI, dez. 2017. (n=105).



FONTE: dados da pesquisa

Em seguida, serão demonstradas as classificações atribuídas para cada domínio da Qualidade de Vida, conforme o Escore Transformado 0-100, e a Avaliação Global, resultado da média aritmética dos valores obtidos pelos quatro domínios.

Ao se analisar o nível de qualidade de vida com base na avaliação global por meio de cada domínio entre os hipertensos, percebeu-se que no domínio III- Relações sociais obteve menor e maior valor do escore de ET0-100. E com relação às médias dos escores o domínio I- Físico obteve maior valor 64,4 ( $\pm 18,3$ ), já os valores mais baixos foram encontrados no domínio IV- Meio Ambiente 60,7( $\pm 16,2$ ) e no Domínio II- Psicológico 61,1( $\pm 14,6$ ). No geral, constatou-se que os valores das médias dos domínios e da avaliação global foram semelhantes (Tabela 3).

Tabela 3 - Descrição da amostra quanto as variável de qualidade de vida. Picos-PI, 2017. (n=105).

Qualidade de Vida	Mínimo	Máximo	Média $\pm$ DP*
Domínio I- Físico	13,4	96,4	64,4 $\pm$ 18,3
Domínio II- Psicológico	25,0	95,8	61,1 $\pm$ 14,6
Domínio III- R. Sociais	0	100	63,0 $\pm$ 19,2
Domínio IV- Ambiente	6,3	93,8	60,7 $\pm$ 16,2

Tabela 3 - Descrição da amostra quanto as variável de qualidade de vida. Picos-PI, 2017. (n=105). (Continuação)

<b>Qualidade de Vida</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média±DP*</b>
Avaliação Global	15,0	91,9	62,6±13,3

FONTE: dados da pesquisa

\*Desvio Padrão

A Tabela 4 descreve a Qualidade de Vida usando o questionário Whoqol Bref demonstrado pelos valores obtidos para a avaliação global.

Tabela 4- Descrição da amostra quanto as variável de qualidade de vida. Picos-PI, dez. 2017. (n=105).

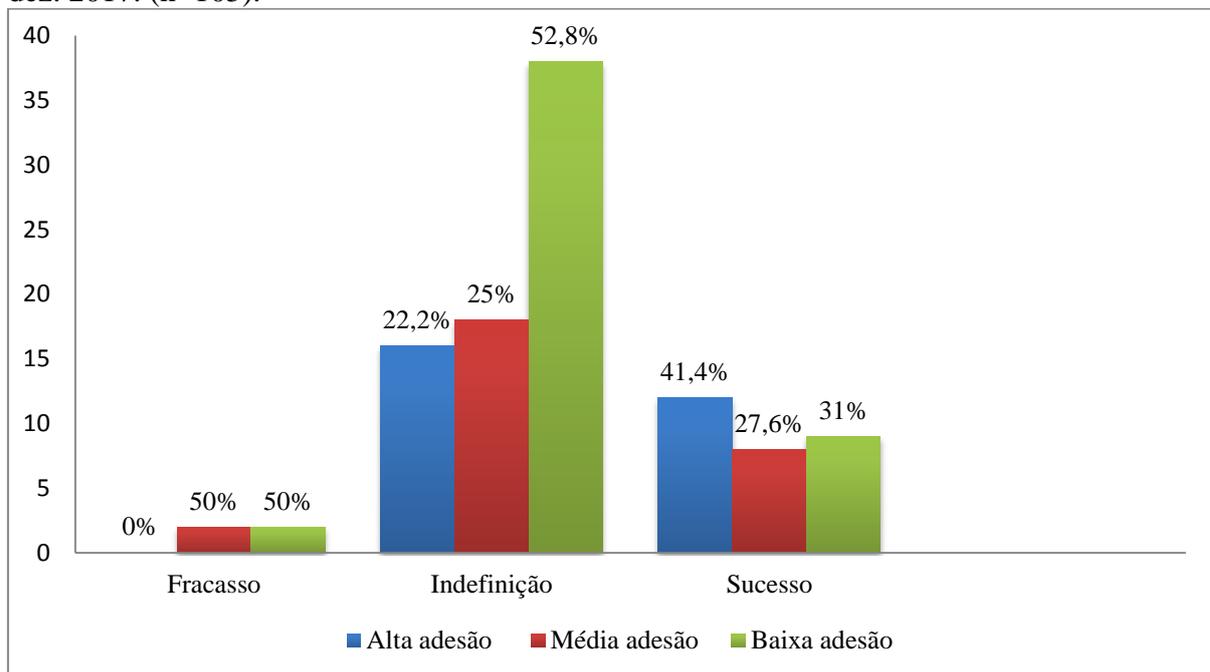
<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Região fracasso	4	3,8
Região indefinição	72	68,6
Região sucesso	29	27,6

FONTE: dados da pesquisa

Observou-se que 68,9% dos hipertensos se encontram na região de indefinição e apenas 3,8% na região de fracasso.

Por último, foi verificada a relação da variável adesão medicamentosa com a qualidade de vida (em sua avaliação global). Analisando a variável qualidade de vida como variável dependente constatou-se que, na região de sucesso (41,4%) dos hipertensos se encontravam com alto nível do escore de adesão medicamentosa (alta adesão), já na região de fracasso não houve hipertensos com alta adesão medicamentosa e na região de indefinição (52,8%) estavam com baixo nível de escore de adesão (baixa adesão) (Gráfico 3).

Gráfico 3- Estratificação da Qualidade de Vida em relação à adesão medicamentosa. Picos-PI, dez. 2017. (n=105).



FONTE: Dados da pesquisa

Embora tais resultados possam sugerir associação entre a adesão ao tratamento medicamentoso e a qualidade de vida quando utilizado a razão de verossimilhança não foi encontrado significância estatística ( $p=1,02$ ).

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo analisou o grau de adesão medicamentosa e adesão e vínculo, bem como investigou a relação entre a adesão e a qualidade de vida em hipertensos com diagnóstico de HA e devidamente cadastrados em uma UBS. Os dados, anteriormente mencionados nos resultados, serão discutidos com o objetivo de compará-los com a literatura nacional e/ou internacional, previamente investigada.

Os resultados revelaram a predominância de pessoas do sexo feminino, com média de idade de 65,3 anos, casadas, de cor negra, pertencentes a classe C2 com renda de 2 a 3 salários mínimos. De maneira semelhante, em análise realizada por Ribeiro (2015) com 92 hipertensos de uma UBS do município de Jequié- BA, sendo que, desses hipertensos a maioria foi do sexo feminino (72,8%), com média de idade de 63,0 anos ( $\pm 12,1$ ), com valores, mínimo e máximo, respectivamente, 34 e 86 anos e com estado civil de casadas (47,8%).

De acordo com dados do VIGITEL (2016) No conjunto das 27 cidades, a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 25,7%, sendo maior em mulheres (27,5%) do que em homens (23,6%). Em ambos os sexos, a frequência de diagnóstico aumentou com a idade e foi particularmente elevada entre os indivíduos com menor nível de escolaridade (0 a 8 anos de estudo).

Segundo dados do DATASUS, no município de Picos, entre janeiro de 2012 e abril de 2013, foram cadastradas 288 pessoas com HAS para acompanhamento no HIPERDIA; desse total, 189 eram mulheres. Há de se considerar que os homens quase não buscam os serviços de saúde, principalmente a atenção básica, pois se consideram invulneráveis, por vergonha de frequentar o serviço, visto que, as mulheres apresentam maior tendência para o autocuidado e buscam mais assistência médica do que os homens, o que tenderia a aumentar a probabilidade de ter a HA diagnosticada, esses dados podem também está diretamente relacionado à predominância de mulheres, pois há maior parcela de mulheres na população, principalmente na terceira idade (BRASIL, 2017; BRASIL, 2010; SIQUEIRA et al., 2014; ZAITUNE et al., 2006).

A predominância HA em pessoas com idade superior a 60 anos está associada ao fato de que esse é um dos principais fatores para o aumento da pressão sistólica principalmente quando associado a outros fatores de risco.

Quanto a variável renda familiar, estudo similar foi encontrado em um pesquisa realizada por Santos et al. (2013) com 400 hipertensos em Fortaleza-CE em que 49,7% informaram renda mensal de um a dois salários mínimos, e quanto a variável cor da pele em

um estudo desenvolvido por Reiners et al. (2012) realizado com 54 hipertensos de uma unidade de Estratégia Saúde da Família do município de Cuiabá - MT identificou a cor referida negra (76%) como predominante.

O fato dos hipertensos avaliados receberem de dois a três salários mínimos pode está relacionado com a idade e a situação conjugal, visto que a maioria são idosos e recebem o salário da aposentadoria.

Com relação a predominância da cor negra esses achados corroboram com dados de incidência demográfica onde afirmam a maior ocorrência de HA em pessoas de pele negra, e isso pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Desta forma havendo compatibilidade com as características sociodemográficas de hipertensos mais frequentemente relatadas nos estudos sobre a HA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Dos hipertensos avaliados, na maioria (59%) a HA foi diagnosticada entre 1-10 anos. No mesmo estudo de Santos et al. (2013) foi encontrado respostas divergentes já que (40,5%) dos pacientes foram diagnosticados  $\geq 11$  anos.

A respeito da adesão medicamentosa, do total dos hipertensos, 46,7% estavam classificados na região de baixa adesão. Uma investigação realizada com 90 indivíduos em uma das cinco unidades de saúde do município de Novo Horizonte- SP, em que, dos hipertensos avaliados pelo Teste de Morisky-Green identificou que 72,2% não aderiam ao tratamento anti-hipertensivo (EID et al., 2013). Entretanto, outros trabalhos utilizando o mesmo instrumento apresentaram resultados divergentes (TAVARES et al., 2015; SANTOS et al., 2013; SILVA et al., 2014).

Estas contraposições podem estar relacionadas aos métodos empregados na medida da adesão e na população de estudo, a qual pode apresentar características singulares que melhorem ou prejudiquem a adesão ao tratamento medicamentoso interferindo assim na obtenção de resultados convergentes.

Quanto a adesão/vínculo 88,6% dos usuários avaliados estavam na zona de satisfação com relação ao vínculo com a unidade de saúde. Estudo similar foi analisado por Silva et al. (2013) com 340 hipertensos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa – PB onde verificou-se que 89,1% dos hipertensos apresentaram adesão satisfatória. Uma adesão/vínculo satisfatória pode está diretamente relacionada a implementação de ações da instituição de saúde com objetivo de alcançar a eficácia das políticas de saúde voltada aos hipertensos.

Entretanto, o vínculo deve ser considerado mais do que a adstrição a um serviço ou inscrição formal em um programa, pois significa o estabelecimento de uma relação

continua no tempo, pessoal, intransferível e que promove o encontro de subjetividades, promovendo o estabelecimento de ações positivas e concretas (LESSA, 2006).

Ademais, foi verificado que na primeira questão onde o entrevistado avalia sua própria qualidade de vida nas duas últimas semanas, a maior parte dos hipertensos classificaram-na como boa. Em um estudo realizado no município de Uberaba-MG grupos de hipertensos aderentes e não aderentes identificou-se que o maior percentual avaliou sua QV como boa (50,4% dos aderentes e 48,3% entre os não aderentes) e referente à segunda questão para avaliar o grau de satisfação com a própria saúde relatada pelos hipertensos, grande parte respondeu estarem satisfeitos com a própria condição de saúde das duas últimas semanas vividas, sendo 48,9% dos aderentes e 36,6% dos não aderentes (TAVARES et al., 2015).

No que concerne à auto avaliação mais positiva da QV pode ser decorrente de desenvolverem estratégias de compensação emocional mesmo quando acometido por doenças crônicas, e pelo fato de que a QV pode ser influenciada por múltiplos fatores. Já a auto avaliação da saúde entre os hipertensos não impossibilita a satisfação com a QV, visto que, apesar de serem portadores de doenças crônicas que interferem no cotidiano, esta parece não influenciar na satisfação com a saúde dos hipertensos estudados (SANTOS 2014; RABELO, 2010).

Em se tratando de cada campo da QV, observou-se que os domínios Físico e Relações Sociais obtiveram melhores resultados e os domínios Psicológicos e Meio Ambiente demonstraram valores menores com relação às médias dos escores. Em conformidade dados divergentes foram encontrados com 432 hipertensos cadastrados em sistema informatizado público federal acompanhados em regionais de saúde em Criciúma (SC), em que, a qualidade de vida avaliada através do WHOQOL-BREF, revelou os escores mais baixos nos domínio físico  $61,84(\pm 18,06)$ . Já os escores mais altos foram encontrados no domínio psicológico  $67,89(\pm 15,32)$  e social  $75,33(\pm 13,20)$ , assim, corroborando apenas com os achados relacionados ao domínio das relações sociais (HANUS et al., 2015).

Em outro estudo desenvolvido por Vitorino et al. (2015) em uma unidade básica de saúde na cidade do Recife- PE, em que, foram analisados 60 hipertensas onde o domínio meio ambiente teve pior análise com valor de 60,70.

Nos domínios avaliados pelo WHOQOL-BREF, o maior escore para o domínio físico pode estar associado ao nível de atividade física desses hipertensos que melhora significativamente aspectos com sono e repouso, energia, dor e fadiga assim enfatizando o fato de que a qualidade de vida está diretamente relacionada a diversos fatores.

Relacionado a maior média do escore no domínio relações sociais pode ser justificado devido a possível relação satisfatória estabelecida e construída com familiares, amigos e profissionais de saúde ao longo da vida, principalmente valorizada nessa fase da velhice, já que a maioria dos hipertensos analisados eram idosos (REINERS et al., 2012).

Os piores escores de QV evidenciados no domínio “meio ambiente” podem estar relacionados ao fato de os hipertensos não se sentirem seguros e protegidos em seu ambiente doméstico, principalmente por se tratar de uma região de periferia com elevados índices de violência o que põe em risco a segurança física dos usuários, além das características dessas regiões, como ruas, saneamento básico e coleta seletiva de lixo onde fatores como estes interferem diretamente na QV desses usuários, já que pessoas que vivem em ambientes como estes tendem a viver isoladamente e inseguros por constituir regiões de insalubridade.

Com relação à Avaliação Global atingida pelo conjunto amostral, (68,6%) esteve enquadrada na região de indefinição para a QV. Desta maneira, em um estudo com características semelhantes conforme os valores obtidos pelos domínios observou-se que o escore global mostrou uma QV regular pelas hipertensas avaliadas (VITORINO et al., 2015). Há ainda escassez de literatura nacional que aborde a qualidade de vida com o questionário WHOQOL-BREF por meio da classificação da avaliação global a partir dos domínios.

No tocante à estratificação da qualidade de vida dos hipertensos com a adesão medicamentosa ficou notório que a região de sucesso (altos escores) foi dominante para o grupo dos hipertensos com alta adesão medicamentosa. Em um estudo desenvolvido por Hanus et al. (2015) determinou que os indivíduos que possuíam adesão extrema ao tratamento anti-hipertensivo apresentaram escores mais altos na avaliação da qualidade de vida em comparação com indivíduos classificados como não adesão extrema ao tratamento anti-hipertensivo.

Em outro inquérito realizado por Holt et al. (2010) entre 14 hipertensos foi possível verificar que os escores médios de QV foram maiores entre os participantes com alta adesão à medicação e menor entre aqueles com baixa adesão à medicação.

Segundo Zygmuntowicz et al. (2012) a QV dos indivíduos hipertensos acaba sendo pior quando comparada aos indivíduos saudáveis e é dependente dos níveis da pressão arterial, e dentre outros fatores como, danos aos órgãos, comorbidades (incluindo obesidade) e tratamento (tanto farmacológico e não farmacológico) que quando não realizado ou realizado de forma errônea provoca descontrole da PA e aumento do risco de complicações, e assim podendo agravar mais ainda a QV.

Assim, a investigação determinada acerca da qualidade de vida em relação a adesão ao tratamento anti-hipertensivo possibilita traçar estratégias para ampliar os programas e políticas assistenciais, visando melhorar a adesão e a qualidade de vida desses indivíduos buscando atingir adequadas metas de controle da doença e assim diminuir a incidência de problemas, cerebrovasculares, cardiovasculares e renais, aumentando a longevidade de pessoas acometidas com a HA (HA et al., 2014).

## 7 CONCLUSÃO

O grau de adesão medicamentosa nos hipertensos evidenciaram dados preocupantes, já que a maioria estava classificado com baixo nível para a adesão medicamentosa (baixa adesão) e com relação a qualidade de vida os hipertensos estiveram mais presente na região de indefinição (média qualidade de vida), seguido da região de sucesso. Os domínios mais afetados foram o psicológico e o meio ambiente.

Ao ser comparado a adesão medicamentosa com a qualidade de vida houve uma provável associação entre as variáveis, pois os hipertensos que se encontravam classificado na região de sucesso sua maioria tinham uma alta adesão ao medicamento anti-hipertensivo, porém, quando realizada a análise estatística não foi encontrado significância.

Diante da obtenção dos dados preocupantes, é fundamental que haja um monitoramento frequente desses pacientes verificando com estão aderindo ao tratamento e como essa variável esta influenciando diretamente a QV dos hipertensos, buscando identificar quem está com risco elevado ao desenvolvimento de doenças associadas, assim buscando a promoção de ações específicas e estratégias educativas em saúde, visto que são pacientes com grande propensão ao desenvolvimento de comorbidades.

Como limitações que dificultaram na investigação do estudo, destaca-se o caráter transversal, pois dificulta a relação temporal entre a exposição e a doença, tal como a carência de estudos relacionados principalmente em relação a classificação da avaliação global da QV de pacientes hipertensos.

As dificuldades encontradas foram diversas, dentre elas estão a dificuldade em encontrar os hipertensos no domicilio, a conciliação de horário para coletar com as ACS, já que elas que ajudavam nas visitas domiciliárias, resistências de alguns hipertensos, visto que, a maioria eram idosos e ficavam apreensivos pois a maioria não entende o verdadeiro significado da pesquisa de campo.

Os resultados encontrados possibilitam a identificação precoce dos hipertensos que não estão aderindo ao tratamento medicamentoso, e assim viabiliza a identificação dos fatores que estão influenciando nessa adesão, e assim desenvolver métodos que solucionem os conflitos que estão provocando declínio significativo na qualidade de vida dos mesmos, fornecendo ações que ofertem melhorias ao ambiente, físico, emocional e psicológico dos hipertensos.

Nessa perspectiva, é importante que o enfermeiro saiba identificar fatores disponentes a não adesão dos hipertensos e assim buscar conhecer como essa população está

propensa ao desenvolvimento de problemas de saúde mais graves, tentando juntamente com a equipe da ESF realizar a busca desses usuários por meio de ações que viabilizam a confiança e se estabeleça o vínculo.

Além disso, os profissionais da UBS devem buscar o desenvolvimento de técnicas de acolhimento e escuta, procurando transformar a relação do paciente com a unidade duradoura e confiante, deixando de ser um ambiente onde apenas se trata ou acompanha enfermidades, assim, indo além de cadastro em sistemas, transformando a unidade em um local acolhedor e propício a transformar o indivíduo como ser ativo e participativo no seu processo de saúde.

Dessa forma, busca-se a eficácia de estratégias que melhorem significativamente o bem-estar dos hipertensos, pois é prudente atentar-se para o fato de que a qualidade de vida pode ser influenciada por diversos fatores, sendo importante levá-los em consideração.

Ainda, estudos de caráter interventivos em um longo período de tempo auxiliariam para avaliar mais profundamente a dificuldade em aderir às medicações anti-hipertensivas, propiciando assim contato prolongado com esses usuários e reconhecimento fidedigno de fatores intrínsecos e extrínsecos que estejam impedindo uma boa QV e a forma como esse hipertenso adere ao tratamento.

Assim, é de responsabilidade da ESF a busca pela promoção, prevenção e recuperação da saúde dos pacientes de sua área adstrita, pois assim diminui o impacto no âmbito da saúde relacionado à comorbidades advindas do descontrole da PA.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. C. V.; FERNANDES, R. C. P. Hipertensão arterial e trabalho: fatores de risco. **Rev. bras. med. trab.**, v. 14, n. 3, p. 252-261, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de classificação econômica Brasil**. 2016. Disponível em: <file:///D:/Downloads/01\_cceb\_2016\_11\_04\_16\_final.pdf>. Acesso: 20 abril. 2017

AZEVEDO A. L. S. et al. **Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde**. 2012. 50f. Dissertação (Mestrado em saúde e comportamento)- Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2012.

BASTOS, B. R. G. et al. Treatment adherence and blood pressure control in older individuals with hypertension. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 99, n. 1, p. 636-641, 2012.

BONIFÁCIO, A.C.R. **Impacto da intervenção farmacêutica na adesão ao tratamento medicamentoso do paciente idoso diabético seguido em unidade distrital de saúde**. Dissertação (Mestrado em saúde na comunidade). Universidade de São Paulo, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. **População residente – Região Nordeste**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?hiperdia/cnv/hdPI.def>>. Acesso em: 2 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. **População residente – Região Nordeste**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?hiperdia/cnv/hdba.def>>. Acesso em: 11 de jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução 510/17 regulamenta os procedimentos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 152 p.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR)**; 2011 [acesso em: 03 nov 2017]. Censo 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>.

CALIXTO, A. A. T. F. **Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado do interior paulista [tese de doutorado]** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2010.

CARVALHO, M. A. N. et al. Qualidade de Vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. **Arq. Bras. Cardiol**, vol.98, n.5, pp.442-451.v, 2012.

CHIN, Y.R. Effects of hypertension, diabetes, and/or cardiovascular disease on health-related quality of life in elderly Korean individuals: a population-based cross-sectional survey. **Asian nursing research**, v. 8, n. 4, p. 267-273, 2014.

CHOBANIAN, A. V. (Org). **The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure**. Washington D.C.: National Institutes of health: 2004. 88 p.

COELHO, E. B. et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arq bras cardiol**, v. 85, n. 3, p. 157-61, 2005.

COSTA, M. E. D. et al. As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 4, p. 500-507, 2008.

COUTINHO, et al. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6. 2008.

DAL, F, A. L. Adherence to long term therapies: evidence for action. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1297-1298, 2005.

DOSSE, C. et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 201-206, 2009.

DUARTE, S. D et al. PERSYVE-Design and validation of a questionnaire about adverse effects of antihypertensive drugs. **Pharmacy practice**, v. 12, n. 2, 2014.

EID, L. P. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de *Morisky-Green*. **Rev. Eletr. Enf**, v. 1, n. 2, p. 362-7, 2013.

FEIJÃO, A. M. M. et al. Prevalência de Excesso de Peso e Hipertensão Arterial, em População Urbana de Baixa Renda. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.84, n.1, 2005.

FLECK, M. et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo; Atlas, 2012. 197 p.

GIRÃO, A. L. A; FREITAS, C. H. A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Rev Gaúcha Enferm**, v.37, n.2, 2016.

GIROTTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

GUSMÃO, J. L.; MION J. D. Adesão ao tratamento—conceitos. **Rev Bras Hipertens vol**, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HA, N. T. et al. Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. **BMC Public Health**, v.11, n.14, p.833,2014.

HANUS, J. S. et al. Associação entre a qualidade de vida e adesão à medicação de indivíduos hipertensos. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 4, p. 381-7, 2015.

HOLT, E.W. et al. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. **Age and Ageing**, v. 9, n. 4, p. 481-7. 2010.

KIM, J. H. et al. Psychometric properties of a short self-reported measure of medication adherence among patients with hypertension treated in a busy clinical setting in Korea. **Journal of Epidemiology**, v. 24, n. 2, p. 132-140. 2014.

KROUSEL-WOOD, M. et al. Association of depression with antihypertensive medication adherence in older adults: cross-sectional and longitudinal findings from CoSMO. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 40, n. 3, p. 248-257, ago., 2010. Disponível em:<  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s12160-010-9217-1>> Acesso: 3 mar. 2017

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v.13, n.1,p. 31-46, 2006.

LESSA,I. Impacto social da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v.13, n.1, p.31-46, 2006.

LIMA, L. L; MOREIRA, T. M. M; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev Bras Enferm**, v.66,n.4, p.514-22, 2013.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 107, n. 3, p. 1-83, 2016.

MASCARENHAS, C. H. M; OLIVEIRA, M. M. L; SOUZA, M. S. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do bairro Joaquim Romão-Jequié/BA. **Saúde. com**, v. 2, n. 1, p. 30-38 2016.

MEDEIROS, A. R. C et al. Modelo de suporte à decisão aplicado à identificação de indivíduos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. **Saúde debate**, v. 38, n. 100, p. 104-118, 2014.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da Abreu, W. A; Portela, N. L. C. R. **Interd.** v. 8, n. 3, p. 50-60, jul. ago. set. 2015. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, 2008.

MONTEIRO, M. M; FIGUEIREDO, V. P; MACHADO, M. F. A. S. Bonding to implement the Family Health Program at a basic health unit. **Rev Esc Enferm USP**, v.43,n.2, p.358-64, 2009.

MORISKY, D. E.; GREE, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. **Medical Care, Philadelphia**, v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.

MOZAFFARIAN, D. et al. **AHA statistical Update**. *Heart Dis. stroke*, v. 132, 2015.

NETO, P. R. O; VIEIRA, J. C; CUMAN, R. K. N. Impacto da atenção farmacêutica no uso racional de antimicrobianos em uma unidade básica de saúde no interior do Estado de São Paulo. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 33, n. 2, p. 159-164, 2011.

NOBREGA, A. C. L; CASTRO, R. R. T; SOUZA, A. C. Estresse mental e hipertensão arterial sistêmica. **Rev Bras Hipertens vol**, v. 14, n. 2, p. 94-97, 2007.

NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE PÚBLICA. **NESP- CEAM/UnB**, Brasília, 2017. Disponível em: < [http://www.nesp.unb.br/saudelgbt/images/arquivos/Perfil\\_Picos.pdf](http://www.nesp.unb.br/saudelgbt/images/arquivos/Perfil_Picos.pdf)> Acesso: 11 mar. 2017.

PALOTA, L. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista** [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2010.

POCOCK, S. J. **Clinical trials** – a practical approach. Great Britain: Jonh Wiley & Sons, 1989.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. Disponível em: < [https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=2AKpDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=fundamento+da+pesquisa&ots=9xOQSPv9L3&sig=FWsWL5c4VwKdVJbOB\\_zg5qMnVn4#v=onepage&q=fundamento%20da%20pesquisa&f=true](https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=2AKpDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=fundamento+da+pesquisa&ots=9xOQSPv9L3&sig=FWsWL5c4VwKdVJbOB_zg5qMnVn4#v=onepage&q=fundamento%20da%20pesquisa&f=true)> Acesso: 10 mar. 2017

RABELO, D. F et al. Qualidade de vida, condições e auto percepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. **Revista Kairós Gerontologia**, v.13, n.2, p. 115-130, 2010.

RABELO, D.R. Qualidade de vida, condições e auto percepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. **RKG**, v. 13, n.2, p.115-30, 2010.

REINERS, A. A. O. et al. Adesão ao tratamento de hipertensos na atenção básica. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 3, p. 581-587, 2012.

REMONDI, F. A; CABRERA, M. A.; SOUZA, R. K. Non-adherence to continuous treatment and associated factors: prevalence and determinants in adults 40 years and older. **Cad Saude Publica**, v. 30, n. 1, p. 126-36, 2014.

RIBEIRO, I. J. S et al. Qualidade de Vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 432-440, 2015.

RIBEIRO, I. J. S. et al. Prevalência e fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes com hipertensão arterial. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 250, 2015.

RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. Avaliação da adesão e vínculo aos serviços de Saúde de hipertensos acometidos por acidente vascular cerebral em municípios da Paraíba. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, p. 25-34, 2013.

RODRIGUES, E. S. R. et al Fatores de risco cardiovascular em pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista Amazônia Science & Health**, v. 1, n. 2, p. 21-28, 2013.

SABATÉ, E. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. World Health Organization, 2003.

SANTA, H. E.T. et al. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010.

SANTOS, C. C. N. **Qualidade de vida de idosos portadores de hipertensão arterial: Estratégia de Saúde da Família, Ribeirão Preto, SP**. 2014. 77 f. Tese (Mestrado em saúde da comunidade)- Faculdade de medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SANTOS, F. P. A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.1, p.107-14, 2013.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. Adesão do usuário hipertenso à terapêutica medicamentosa. **Rev Rene**, v. 14, n.1, p.11-22, 2013.

SAUPE, R. et al. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 636-42, 2004.

SILVA, C. S. et al. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.3, p. 584-90, 2013.

SILVA, L.F.R.S et al. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos na atenção primária. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**,v.35,n. 2, p.271-278, 2014.

SIQUEIRA, B. P. J. et al. Men and health care in the social representations of health professionals. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 690-696, 2014.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. B. S. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOARES, M. M. et al. Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 144-150, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras de Cardiol**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SOUZA, W. A. Avaliação da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos e humanísticos na investigação da hipertensão arterial resistente. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2008.

SPÍNOLA, M. R. P.; PEREIRA, E. M. Avaliação de programa: uma metodologia. **Projeção**. v. 1, n. 7, p. 26-32, 1976.

TAVARES, D. M. S. et al. Quality of life and access to the pharmacological treatment among elderly hypertensive. **Rev Bras Enfermagem**, v.69, n.1, p. 134-41, 2015.

TEIXEIRA E.R et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial. *Esc Anna Nery R Enferm*, v.10, n.3, p. 378 -84, 2006.

TRIVEDI, R.B. et al. The association of emotional well-being and marital status with treatment adherence among patients with hypertension. **Journal of behavioral medicine**, v. 31, n. 6, p. 489-497, 2008.

VIGITEL BRASIL 2016. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

VITORINO, G. F. A. et al. Health profile and quality of life of elderly with hypertension. **Rev Rene**, v.16, n.6, p.900-7, 2015.

WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment. **Psychol Med**, v. 28, p. 551-8, 1998a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO; 2011.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.22,n.3, p. 77-90, 2006.

ZYGMUNTOWICZ, M et al. Comorbidities and the quality of life in hypertensive patients. **Pol Arch Med Wewn**,v.122, n. 7-8, p. 333-40. 2012;

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A - FORMULÁRIO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS

Nº do formulário: \_\_\_\_\_

ESF: \_\_\_\_\_

**I DADOS SOCIOECONÔMICOS**

1. Idade (anos): \_\_\_\_\_

2. Sexo: 1. ( ) Masculino 2. ( ) Feminino

3. Cor (autorreferida): 1. ( ) Branca 2. ( ) negra 3. ( ) amarela 4. ( ) parda

4. Situação conjugal: 1. ( ) Solteiro(a) 2. ( ) Casado(a) 3. ( ) União estável 4. ( ) Viúvo(a) 5. ( ) Divorciado(a)

5. Com quem mora: 1. ( ) Pais 2. ( ) familiares 3. ( ) amigos 4. ( ) companheiro(a) 5. ( ) sozinho(a)

6. A quanto tempo você tem hipertensão arterial? \_\_\_\_\_

6. Qual a renda familiar (somatório mensal dos rendimentos da família) R\$: \_\_\_\_\_

POSSE DE ITENS	QUANTIDADE DE ITENS				
	0	1	2	3	4 ou +
Produtos/serviços	0	1	2	3	4
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada doméstica	0	3	4	4	4
Máquina de lavar roupa	0	2	2	2	2
Vídeocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
PONTUAÇÃO	Total=				
<b>Grau de instrução do chefe ou Responsável pela família</b>	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto (0) Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto (1) Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto (2) Médio Completo/ Superior Incompleto (4) Superior completo (8)				
<b>Serviços públicos</b>	Água encanada	Não ( 0 )		Sim ( 4 )	
	Rua pavimentada	Não ( 0 )		Sim ( 4 )	
PONTUAÇÃO (Preenchida pelo pesquisador)	Total=				
PONTUAÇÃO FINAL (Preenchida pelo pesquisador)	Total final=				

Fonte: Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (2016).

7. Classe econômica (**Preenchida pelo pesquisador**):

1. ( ) A (45 - 100)      4. ( ) C1 (23 - 28)  
2. ( ) B1 (38 - 44)      5. ( ) C2 (17 - 22)  
3. ( ) B2 (29 - 37)      6. ( ) D-E (0 - 16)

**II - AVALIAÇÃO DE ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**  
(MORISKY GREEN; LEVINE, 1986).

8. Você, alguma vez, esqueceu-se de tomar o seu remédio?  
1. ( ) SIM      2. ( ) NÃO
9. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o remédio?  
1. ( ) SIM      2. ( ) NÃO
10. Quando você se sente bem, algumas vezes, você deixa de tomar o remédio?  
1. ( ) SIM      2. ( ) NÃO
11. Quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?  
1. ( ) SIM      2. ( ) NÃO

**QUESTÕES DO AUTOR:**

12. Às vezes você esquece de repor seus remédios prescritos em tempo?  
1. ( ) SIM      2. ( ) NÃO
13. Às vezes você esquece os benefícios em longo prazo, de tomar seus remédios conforme dito pelo seu médico, farmacêutico ou enfermeiro?  
1. ( ) SIM      2. ( ) NÃO
14. Deixou de tomar algum dos remédios para a pressão nos últimos dias?  
1. ( ) SIM      2. ( ) NÃO
15. Você deixa de tomar os remédios quando ingere bebida alcoólica?  
1. ( ) SIM      2. ( ) NÃO

## APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do projeto:** Adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida entre hipertensos

**Pesquisador(a) responsável:** Ana Roberta Vilarouca da Silva

**Telefone para contato (inclusive a cobrar):** (89) 9972-8446.

**Pesquisador(a) participante:** Gabriela da Silva Rosa

**Telefone para contato (inclusive a cobrar):** (89) 9 9411-4473 (99) 9 8816-1594

**E-mail:** gabryelarosa07@hotmail.com

**Instituição/Departamento:** UFPI/CSHNB/Picos

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Estou realizando uma pesquisa sobre e Adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida entre hipertensos. A não adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo é um fator condicionante para o descontrole da pressão arterial e determinante para as complicações na saúde do paciente, dessa forma influenciando diretamente na Qualidade de Vida (QV) dos hipertensos, com isso, é importante conhecer os fatores que podem está influenciando na adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão.

Participando você poderá descobrir quais são esses fatores. Caso você aceite o convite, deverá responder um formulário com algumas questões.

Devo esclarecer que a pesquisa poderá lhe proporcionar constrangimento, mas a coleta dos dados será feita de forma individual e em local reservado e que a mesma lhe trará benefícios de conhecimento, asseguro também que sua identidade será mantida em segredo e que você poderá retirar seu consentimento da pesquisa em qualquer momento, bem como obter outras informações se lhe interessar. Além disso, sua participação não envolverá nenhum custo para você.

**Consentimento da participação da pessoa como sujeito**

Eu, \_\_\_\_\_, RG/

CPF/ \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar

do estudo \_\_\_\_\_, como sujeito.

Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida entre hipertensos”. Eu discuti com a pesquisadora Gabriela da Sila Rosa sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento nesta escola.

Local e data \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

\_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar**

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável

**Observações complementares**

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga

Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI

tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

**ANEXOS**

## ANEXO A – Questionário de adesão e vínculo

**III – AVALIAÇÃO DO ADESÃO/VÍNCULO (RIBEIRO et al., 2012).**

16. Você recebe apoio da sua família?

- ( 1 ) nunca
- ( 2 ) quase nunca
- ( 3 ) às vezes
- ( 4 ) quase sempre
- ( 5 ) sempre

17. Quando você vai à unidade de saúde para consulta de HAS, é atendido pelo mesmo profissional?

- ( 1 ) nunca
- ( 2 ) quase nunca
- ( 3 ) às vezes
- ( 4 ) quase sempre
- ( 5 ) sempre

18. Quando você faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?

- ( 1 ) nunca
- ( 2 ) quase nunca
- ( 3 ) às vezes
- ( 4 ) quase sempre
- ( 5 ) sempre

19. O profissional de saúde da unidade que você está fazendo o tratamento responde as perguntas de maneira clara?

- ( 1 ) nunca
- ( 2 ) quase nunca
- ( 3 ) às vezes
- ( 4 ) quase sempre
- ( 5 ) sempre

20. O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que você fale suas dúvidas ou preocupações?

- ( 1 ) nunca
- ( 2 ) quase nunca
- ( 3 ) às vezes
- ( 4 ) quase sempre
- ( 5 ) sempre

21. Quando você se consulta na unidade de saúde o profissional conversa sobre outros problemas de saúde?

- ( 1 ) nunca
- ( 2 ) quase nunca
- ( 3 ) às vezes
- ( 4 ) quase sempre

( 5 ) sempre

22. O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento para controle da HAS?

( 1 ) nunca

( 2 ) quase nunca

( 3 ) às vezes

( 4 ) quase sempre

( 5 ) sempre

23. O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o você está utilizando?

( 1 ) nunca

( 2 ) quase nunca

( 3 ) às vezes

( 4 ) quase sempre

( 5 ) sempre

24. Você possui uma boa relação com os profissionais da unidade de saúde que fornecem seu medicamento?

( 1 ) nunca

( 2 ) quase nunca

( 3 ) às vezes

( 4 ) quase sempre

( 5 ) sempre

25. Você já foi a sua unidade de saúde buscar o medicamento e estava em falta?

( 1 ) nunca

( 2 ) quase nunca

( 3 ) às vezes

( 4 ) quase sempre

( 5 ) sempre

ANEXO B – Questionário o World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-BREF)

**IV DADOS DE QUALIDADE DE VIDA – Módulo WHOQOL-BREF**

**INSTRUÇÕES**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

- **Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
01	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
02	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

- As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas **últimas duas semanas**

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
03	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
04	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
05	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5

06	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
07	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
08	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
09	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

- As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas **últimas duas semanas**.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

- As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas **últimas duas semanas**.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão					

	satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais(amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

- As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas **últimas duas semanas**.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

## ANEXO C - Equações para Obtenção dos Escores

**PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
GENEBRA**

Para verificação do **Escore Bruto (EB)**, aplica-se as seguintes equações:

$$\text{Domínio I} = (6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$$

$$\text{Domínio II} = Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$$

$$\text{Domínio III} = Q20 + Q21 + Q22$$

$$\text{Domínio IV} = Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$$

Para verificação do **Escore Transformado 4.20 (ET4.20)** temos a seguinte equação a ser aplicada a cada um dos domínios:

$$ET4.20 = EB/NQ = n \times 4 = ET4.20, \text{ correspondendo:}$$

$$\left[ \begin{array}{l} ET4.20 = \text{Escore Transformado 4.20;} \\ EB = \text{Escore Bruto (de cada Domínio)} \\ NQ = \text{Número de Questões do Domínio} \\ N = \text{média} \end{array} \right.$$

Para verificação do **Escore Transformado 0-100 (ET0-100)** temos a seguinte equação a ser aplicada a cada um dos domínios:

$$ET0-100 = (ET4.20 - 4) \times (100/16)$$

## ANEXO D - Parecer consubstanciado do CEP

UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
SENADOR HELVÍDIO NUNES



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E QUALIDADE DE VIDA ENTRE HIPERTENSOS

**Pesquisador:** Ana Roberta Vilarouca da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 68557617.4.0000.8057

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Piauí Campus CSHNB, Picos

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.244.618

**Apresentação do Projeto:**

O projeto intitulado "ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E QUALIDADE DE VIDA ENTRE HIPERTENSOS", tem como objetivo analisar os fatores influenciadores na adesão ao tratamento medicamentoso e a qualidade de vida em hipertensos atendidos na Estratégia de Saúde da Família, na cidade de Picos-PI. Trata-se de um estudo descritivo e transversal com amostra de 143 hipertensos, que será realizado em Estratégia de saúde da família na cidade de Picos-PI. A coleta de dados ocorrerá no período de agosto a outubro de 2017 por meio do preenchimento do formulário na própria unidade de saúde e/ou residência do hipertenso. O formulário contém dados de identificação, socioeconômicos, avaliação de adesão ao tratamento medicamentoso e adesão/vínculo e qualidade de vida. Para a realização da coleta de dados o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Piauí.

**Endereço:** CICERO DUARTE 905

**Bairro:** JUNCO

**CEP:** 64.607-670

**UF:** PI

**Município:** PICOS

**Telefone:** (88)3422-3007

**E-mail:** cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
SENADOR HELVÍDIO NUNES



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E QUALIDADE DE VIDA ENTRE HIPERTENSOS

**Pesquisador:** Ana Roberta Vilarouca da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.244.818

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar os fatores influenciadores na adesão ao tratamento medicamentoso e a qualidade de vida em hipertensos atendidos na Estratégia de Saúde da Família, na cidade de Picos-PI.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** A pesquisa em questão poderá causar constrangimento, mas a coleta dos dados será feita de forma individual e em local reservado.

**Benefícios:** Terá como benefício indireto a ampliação do conhecimento sobre a temática

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta o embasamento necessário ao seu entendimento com descrição clara dos aspectos éticos envolvidos, assegurando a segurança dos participantes

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios foram apresentados

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Os ajustes solicitados foram realizados. Projeto aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_919220.pdf	22/08/2017 10:28:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.docx	22/08/2017 10:28:02	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito

UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
SENADOR HELVÍDIO NUNES



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E QUALIDADE DE VIDA ENTRE HIPERTENSOS

**Pesquisador:** Ana Roberta Vilarouca da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.244.818

Outros	instrumentosdecoleta.docx	15/05/2017 09:50:50	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	15/05/2017 09:49:20	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Outros	carta.pdf	15/05/2017 09:49:04	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	15/05/2017 09:48:07	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Cronograma	ORcAMENTO.docx	11/05/2017 11:01:10	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	11/05/2017 10:57:49	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PICOS, 29 de Agosto de 2017

---

**Assinado por:**  
**LUIZA HELENA DE OLIVEIRA LIMA**  
(Coordenador)



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA  
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"**

**Identificação do Tipo de Documento**

- ( ) Tese  
 ( ) Dissertação  
 (X) Monografia  
 ( ) Artigo

Eu, Gabriela da Silva Rosa,  
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação Aderção ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida entre hipertensos de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 12 de Março de 2018.

Gabriela da Silva Rosa  
Assinatura

Gabriela da Silva Rosa  
Assinatura