



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**BEATRIZ DA SILVA LIMA**

**INFLUÊNCIA DO SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA NA ADESÃO AO  
TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO**

**FORTALEZA**

**2018**

BEATRIZ DA SILVA LIMA

INFLUÊNCIA DO SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA NA ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTI-HIPERTENSIVO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

L696i Lima, Beatriz da Silva.  
Influência do sentimento de impotência na adesão ao tratamento anti-hipertensivo / Beatriz da Silva  
Lima. – 2018.  
70 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e  
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo.

1. Hipertensão. 2. Cooperação do Paciente. 3. Saúde Mental. 4. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

---

BEATRIZ DA SILVA LIMA

INFLUÊNCIA DO SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA NA ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTI-HIPERTENSIVO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo  
Universidade Federal do Ceará (UFC)  
(PRESIDENTE)

---

Prof. Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)  
(MEMBRO EFETIVO)

---

Prof. Dr. Paulo César de Almeida  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)  
(MEMBRO EFETIVO)

---

Prof. Dra. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira  
Universidade Federal do Piauí (UFPI)  
(MEMBRO SUPLENTE)

A Deus.

“Luz que me ilumina o caminho

E que me ajuda a seguir.”

(Roberto Carlos)

## RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a influência do sentimento de impotência na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Estudo descritivo e transversal realizado no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão, em Fortaleza, nos meses de outubro e novembro de 2017. Foi utilizado um instrumento com variáveis sociodemográficas, clínicas e sobre o tratamento anti-hipertensivo; Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial (QATHAS) e o Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência. Para a análise de associação foram empregados os testes de Qui-Quadrado e de razão de verossimilhança. Foram incluídos 300 pacientes. Uma grande proporção (45,7%) deixou de tomar a medicação nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por mês; e reduziram à metade o sal, gordura e doces, e bebidas com açúcar. Apenas 7,3% não deixaram de tomar a medicação para hipertensão, comiam praticamente sem sal e seguiam o tratamento não medicamentoso rotineiramente. As opções do Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência “nunca apresenta o sentimento de impotência” e “raramente apresenta o sentimento de impotência” foram bastante citadas, 45 e 41,6%, respectivamente. Apresentaram associação com o sentimento de impotência as variáveis “alguma vez deixou de tomar a medicação” ( $p=0,040$ ), “faz uso do medicamento para o tratamento da hipertensão arterial somente quando apresenta algum sintoma” ( $p=0,041$ ), “ao iniciar o tratamento diminuiu o sal da alimentação” ( $p=0,042$ ), “passou a preferir o consumo de carnes brancas” ( $p=0,023$ ); “seguir o tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial tornou-se uma rotina em sua vida” ( $p=0,002$ ); e “número de consultas para controle da hipertensão arterial no último ano” ( $p=0,047$ ). No entanto, não houve associação significativa entre o sentimento de impotência e o nível de adesão obtido com o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial. Conclui-se que a análise do sentimento de impotência deve ser realizada em outros grupos e contextos pela sua importância nas práticas de autocuidado.

**Palavras-chave:** Hipertensão; Cooperação do Paciente; Saúde Mental; Enfermagem.

## ABSTRACT

This research aimed to analyze the influence of the feeling of impotence on adherence to antihypertensive treatment. Descriptive cross-sectional study carried out at the Integrated Center for Diabetes and Hypertension in Fortaleza, during the months of October and November 2017. Measures included an instrument with sociodemographic, clinical and antihypertensive treatment variables; the Questionnaire on Adherence to Treatment of Systemic Hypertension and the Instrument of Measure of the Feeling of Impotence. For association analysis Chi-square and likelihood ratio were performed. A sample of 300 patients were recruited. A large proportion (4.7%) of the participants neglected medication intake at the established time, at least once a month; and have reduced salt, fat and sweets and sugary drink consumption by half. Only 7.3% have never neglected medication intake to hypertension, consume practically no salt and routinely followed non-pharmacological treatment. The items of the Measure of the Feeling of Impotence Instrument “ever presents feeling of impotence” and “rarely presents feeling of impotence” were frequently cited, 45 and 41.6%, respectively. The variables “neglected medication intake at some point”(p=0.040), “take medication for the treatment of systemic hypertension only when had symptoms”(p=0.041); “when started the treatment reduced the salt intake in diet”(p=0.042), “have started to prefer consuming white meats”(p=0.023); “to follow the non-pharmacological treatment to systemic hypertension became a routine in your life”(p=0.002); and “number of doctor appointments to control hypertension in the last year”(p=0.047) were associated with the feeling of impotence. However, there was no significant association between feeling of impotence and level of adherence obtained in the Questionnaire on Adherence to Treatment of Systemic Hypertension. In conclusion, analysis of feeling of impotence should be measured in other groups and contexts given their importance in self management practices.

**Keywords:** Hypertension; Patient Compliance; Mental Health; Nursing.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Questionário de adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.....

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Caracterização dos participantes, segundo as variáveis sociodemográficas.....
- Tabela 2 - Caracterização dos participantes, segundo as variáveis clínicas.....
- Tabela 3 - Caracterização dos participantes, segundo as variáveis de tratamento.....
- Tabela 4 - Caracterização do nível de adesão ao tratamento pelos participantes, segundo o QATHAS...
- Tabela 5 - Associação entre o sentimento de impotência e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo conforme as variáveis do QATHAS.....
- Tabela 6 - Associação entre o sentimento de impotência e as variáveis sociodemográficas.....
- Tabela 7 - Associação entre o sentimento de impotência e as variáveis clínicas.....
- Tabela 8 - Associação entre o sentimento de impotência e as variáveis sobre o tratamento anti-hipertensivo.....
- Tabela 9 - Associação entre o sentimento de impotência e o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo medido pelo QATHAS.....

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BMQ	Breve Questionário de Medicamentos
CIDH	Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão
DAC	Doença Arterial Coronariana
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MAT	Medida de Adesão ao Tratamento
MMAS-8	Escala de Adesão aos Medicamentos de Morisky
NANDA- I	Diagnósticos de Enfermagem da Nanda Internacional
QAM-Q –QUALIAIDS	Questionário de Adesão a Medicamentos – Qualiaids
QATHAS	Questionário de adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica
SMAQ	Teste de Aderência

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>22</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>22</b>
<b>4.2</b>	<b>Local e período do estudo.....</b>	<b>22</b>
<b>4.3</b>	<b>População e amostra.....</b>	<b>22</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>23</b>
<b>4.4.1</b>	<b><i>Instrumentos da pesquisa.....</i></b>	<b>23</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise de dados.....</b>	<b>25</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>25</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>49</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>
	<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>60</b>
	<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>62</b>
	<b>ANEXO A.....</b>	<b>66</b>
	<b>ANEXO B.....</b>	<b>67</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil apontam-se 36 milhões (32,5%) de adultos com hipertensão arterial e a doença está presente em mais de 60% dos idosos (SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015). Dados autorreferidos indicam maior prevalência entre os indivíduos com 18 anos ou mais na Região Sudeste (23,3%) e 19,44% no Nordeste (BRASIL, 2015).

A cronicidade da doença é marcada pela necessidade de adaptações e mudanças em hábitos e estilos de vida, como uso contínuo e permanente de medicamentos, seus efeitos indesejáveis e posologias complexas, além das comorbidades associadas, como a Diabetes Mellitus (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016). Neste caso, há maior grau de resistência à insulina, pois os medicamentos anti-hipertensivos complicam o processo e tornam os pacientes três vezes mais propensos a desenvolver diabetes e aumenta o risco de complicações (BRUNO; PEREIRA; ALMEIDA, 2014).

O controle da doença e a prevenção de complicações estão associados à adesão ao tratamento, compreendida como concordância da prescrição com o comportamento do indivíduo em relação à terapêutica e ao comparecimento às consultas, o que demonstra conhecimento e participação nas decisões (BECCARIA *et al.*, 2014). A adesão é um desafio para a saúde pública e a enfermagem, pois depende do comportamento humano, estrutura de vida individual e composição dos programas de assistência direcionada aos indicadores de qualidade para o tratamento de condições crônicas (MARTINS *et al.*, 2014).

A adesão está relacionada também à efetividade do sistema de saúde, por isso, as intervenções devem buscar associação entre as práticas baseadas em evidências, prescrições, adequada classificação de risco, solicitação de exames complementares, melhoria do controle pressórico e satisfação do paciente. O apoio, monitoramento constante e, principalmente, a informação oportuna aumentam o conhecimento dos pacientes e, conseqüentemente, a adesão. Dessa forma, as complicações são reduzidas, há melhoria na qualidade de vida dos pacientes e a equipe é estimulada para a continuidade do cuidado (SILVA *et al.*, 2016b).

Fatores psicossociais influenciam as mudanças no estilo de vida necessárias à adaptação e ao seguimento terapêutico, como falta de motivação, influência social, crenças, e sentimentos de autoeficácia. Pesquisa evidenciou que os pacientes que não conseguiram seguir a terapia apontaram causas como a não aceitação da não adesão, esquecimento, desapontamento, alterações na rotina, doenças agudas concomitantes (MARIN; SANTOS; MORO, 2016), ausência de sintomas, efeitos colaterais e fatores econômicos (MAGNABOSCO *et al.*, 2015).

A adesão ao tratamento é comprometida pelo envolvimento da experiência de vida e percepção do indivíduo no processo saúde/doença, os quais influenciam o modo de pensar e a tomada de decisão (FAVA *et al.*, 2014). No entanto, as pesquisas sobre a relação dos aspectos subjetivos com a adesão à terapêutica são limitadas. Tomando como exemplo de um aspecto subjetivo pouco investigado com relação à adesão, tem-se o sentimento de impotência. Este sentimento pode ser induzido pelo fato de a doença, especialmente quando crônica, ser demarcada como um período de mudanças, aceitação e adaptação, os quais poderão influenciar na produtividade, identidade e vivência do indivíduo (TOUSO *et al.*, 2016).

Além disso, a busca por fenômenos pouco pesquisados sobre as dificuldades das pessoas com hipertensão arterial na adesão ao tratamento é objeto de interesse para a área temática na qual a pesquisadora está inserida, atuante em pesquisas desde a graduação com a iniciação científica. A temática cardiovascular é interessante por sua proximidade com a realidade, visto que todos são suscetíveis a problemas desta natureza e conhecem alguém próximo que já os tem. A escolha da hipertensão arterial foi pela sua prevalência elevada e maior conhecimento e proximidade da pesquisadora, dentre outras doenças cardiovasculares. A investigação na literatura evidenciou estudos sobre saúde mental e doenças crônicas com uso de escalas e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, embora bastante estudada, ainda não havia sido investigada sua relação com o sentimento de impotência, considerando-o como possível fator de influência para o tratamento.

Assim, frente a um comportamento multideterminado, é importante investigar os fatores que podem influenciar na adesão e o enfermeiro é um importante profissional neste processo, pois deve conhecer as características, potencialidades, dificuldades e reais necessidades para elaborar e implementar estratégias de intervenção que favoreçam a adesão ao tratamento com o controle dos níveis tensionais (BARRETO *et al.*, 2015b). Estudos que abordem as influências do comportamento humano e outros fatores na adesão ao tratamento anti-hipertensivo são importantes para subsidiar intervenções efetivas, ordenar programas e políticas públicas, assim como estabelecer indicadores confiáveis (MARTINS *et al.*, 2014).

Os aspectos subjetivos como o enfrentamento, as crenças de saúde, experiências e a percepção de si e da doença impactam na decisão de aderir ou não à terapêutica, e ainda são pouco mensurados, descritos e/ou associados ao processo saúde/doença. Neste sentido, é possível destacar o sentimento de impotência, definido pelos Diagnósticos de Enfermagem da Nanda Internacional (NANDA-I), domínio 9, classe 2, página 339, como “experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam de forma significativa um resultado” (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

O sentimento de impotência é um fenômeno pouco explorado na literatura, porém evidenciado por Moura *et al.* (2014) como um dos diagnósticos das pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes. Há registro do sentimento de impotência em indivíduos com úlcera venosa (ALVES *et al.*, 2013), e em mais da metade das pessoas com diabetes e com pé ulcerado (SALOMÉ *et al.*, 2013). Ambos os estudos enfocam as condições crônicas e suas complicações causadoras de alterações na perspectiva de vida e cuidado.

Estudo sobre a qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial evidenciou menor desempenho no domínio psicológico, necessidade de melhorar sentimentos negativos, cuidados de saúde e aspectos sociais (VITORINO *et al.*, 2015). Neste sentido, avaliações nas áreas psicoemocional e rede de apoio social são úteis para identificar elementos que influenciam o desencadeamento e a manutenção da doença (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016).

Entre os fatores que interferem no descontrole da pressão arterial estão os psicossociais, como demonstrado no estudo de Moura *et al.* (2016). As atitudes positivas são relacionadas com a melhor adesão ao tratamento por influenciarem em determinantes do compromisso de seguir ou interromper a terapêutica, sejam eles cognitivos, motivacionais ou emocionais, portanto, determinam assunto de interesse para pesquisas sobre mensuração e mudanças de comportamento (TOUSO *et al.*, 2016).

Estudo comparativo entre pacientes que aderiram e aqueles que não aderiram ao tratamento farmacológico evidenciou o comprometimento nos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente relacionados à não adesão ao tratamento. Os resultados sugerem que a alteração do estado emocional pode interferir no autocuidado e tratamento, portanto, a equipe de saúde deve verificar precocemente as necessidades psicossociais, a fim de minimizar agravos à saúde, identificar redes de apoio e acompanhamento psicológico (TAVARES *et al.*, 2016).

Em virtude das considerações anteriores foi formulada a seguinte questão de pesquisa: O sentimento de impotência poderia influenciar na adesão ao tratamento anti-hipertensivo?

A adesão e o controle da doença são os grandes desafios do tratamento anti-hipertensivo e, dessa forma, o enfermeiro pode utilizar a consulta de enfermagem como ferramenta de promoção da saúde para identificar os fatores intervenientes no processo, atender as reais necessidades de cada sujeito e proporcionar o adequado seguimento da terapêutica proposta (PIERIN *et al.*, 2016). As estratégias em saúde envolvem também o apoio e o acompanhamento psicológico junto à equipe interdisciplinar (TAVARES *et al.*, 2015).

A construção do conhecimento sobre a hipertensão arterial colabora com o investimento em estratégias de promoção da saúde considerando a complexidade do processo

saúde/doença (BERARDINELLI *et al.*, 2014). No campo da saúde, é uma tecnologia leve-dura formulada a partir das experiências cotidianas de modo a torná-la uma abordagem científica e pode contribuir nas habilidades, mudanças ou aquisição de novas atitudes pelos indivíduos (NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014).

Os investimentos para estudos sobre as tecnologias em saúde são relevantes para ampliar o arcabouço teórico e as práticas nos serviços. Neste contexto, a enfermagem pode se destacar na expansão e incorporação de conhecimentos que contribuam para a compreensão da importância deste processo nas ações de saúde (SILVA; FERREIRA, 2014).

Portanto, esta pesquisa teve como finalidade principal analisar a influência do sentimento de impotência na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, buscando contribuir para o conhecimento e domínio dos aspectos que influenciam na adesão ao tratamento pela comunidade científica e profissionais de saúde. Pode, também, subsidiar ações para a promoção da saúde e prevenção de agravos, com informação e sensibilização da população sobre a importância de aderir corretamente ao tratamento anti-hipertensivo.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

As mudanças e o crescimento demográfico acarretam alterações no perfil epidemiológico marcado por doenças crônicas não transmissíveis, principalmente em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, entre as quais as cardiovasculares que ocasionam índices consideráveis de mortalidade. Por isso, é importante considerar estratégias para conhecer os fatores de risco destas doenças e elementos que influenciam na detecção e tratamento adequado. Estudo nacional evidenciou que as ações de prevenção primária e secundária, cuidado e acompanhamento de doenças cardiovasculares estão relacionadas à redução da morbidade e mortalidade (RASELLA *et al.*, 2014).

Estima-se que em 2012 tenham ocorrido cerca de 17,5 milhões de mortes no mundo por doenças cardiovasculares, o que corresponde a 31% de todas as mortes globais. Mais de três quartos destes episódios aconteceram em países de baixa e média renda, assim como, das 16 milhões de mortes antes dos 70 anos devido a doenças não transmissíveis, 82% foram verificadas neste cenário e 37% causadas por doenças cardiovasculares (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Nas Américas, mais de 75% das causas de mortes são por doenças não transmissíveis, com mais de 1,5 milhão de pessoas com menos de 70 anos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE 2014) e, no Brasil, 50% das mortes são por doenças cardiovasculares (SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015).

Neste contexto, a hipertensão arterial é um importante problema de saúde pública e o seu agravamento pode acarretar lesões em órgãos-alvo com problemas ainda mais complexos, como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência renal e até a morte (JAMES *et al.*, 2014), o que demonstra seu papel deletério sobre o organismo e indica maior gravidade clínica (COLÓSIMO *et al.*, 2015). A prevenção das complicações exige o controle continuado por meio de ações individuais e coletivas. Além disso, a doença acarreta impacto econômico ao sistema social e de saúde com repercussão na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (PEREIRA, 2015). Os custos econômicos e fiscais das doenças crônicas são elevados e apresentam tendência crescente e, no Sistema Único de Saúde, são responsáveis pelos maiores gastos médicos (SOTO *et al.*, 2015).

A hipertensão arterial caracteriza-se por nível pressórico elevado e persistente igual ou superior a 140/90 mmHg. Seu tratamento consiste na terapêutica medicamentosa e não medicamentosa com controle ponderal, nutrição adequada, atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O perfil crônico e complexo demanda a implementação de cuidados diferenciados pelos serviços de saúde com atenção especializada às especificidades e necessidades individuais das pessoas com hipertensão arterial (PIMENTA *et al.*, 2015). A utilização da medicação, por exemplo, apresenta problemas relacionados ao uso inadequado e depende de diferentes fatores, como o satisfatório nível de informação e o interesse do paciente em realizar o plano terapêutico (MARIN; SANTOS; MORO, 2016). O medicamento pode constituir importante ferramenta terapêutica, no entanto, se utilizado de forma incorreta, pode também acarretar sérios riscos para a saúde e ocasionar desperdício de recursos (MENDES; LUIZA; CAMPOS *et al.*, 2014).

O caráter assintomático da hipertensão arterial contribui para a manutenção de comportamentos inadequados, como a busca pela assistência em saúde apenas quando algum desconforto identificado compromete as atividades diárias. Os enfermeiros são importantes na detecção precoce de alterações pressóricas, levantamento dos fatores de risco e orientações para a melhoria da qualidade de vida a fim de direcionar os cuidados e evitar complicações (MORAIS *et al.*, 2015).

O controle dos níveis da pressão arterial está diretamente relacionado à adesão ao tratamento, a qual apresenta característica multifatorial e coincidente com os atributos de risco para a hipertensão arterial. A busca por associação da adesão com aspectos além dos explorados constantemente em consensos e guias é importante para ampliar o conhecimento e as possibilidades de alcançar melhores níveis de controle da doença e evitar o abandono ao tratamento (RAYMUNDO; PIERIN, 2014). A Falta de adesão é reconhecida pela NANDA-I como um diagnóstico de enfermagem e definido como

Comportamento da pessoa e/ou do cuidador que deixa de coincidir com um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado entre a pessoa (e/ou família e/ou comunidade) e o profissional de saúde. Na presença de um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado, o comportamento da pessoa ou do cuidador é total ou parcialmente não aderente e pode levar a resultados clinicamente não efetivos ou parcialmente efetivos (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

A adesão ao tratamento pode ser definida pela concordância do comportamento, estilo de vida e dos hábitos da pessoa com a proposta terapêutica. Os seus problemas não são fáceis de serem detectados e solucionados, pois as mudanças são determinadas por aspectos cognitivos e afetivos, crenças, valores e barreiras, o que implica a importância das ações de saúde bem direcionadas (PIERIN *et al.*, 2016) e abordagem do indivíduo, comunidade, equipe de saúde e gestão. As políticas públicas devem se basear nos parâmetros estabelecidos para

estratégias de promoção, prevenção e controle, a fim de minimizar ou evitar complicações decorrentes da doença não controlada (RAYMUNDO; PIERIN, 2014).

As mudanças nas práticas assistenciais direcionadas à construção da promoção da saúde podem e devem estar presentes em todos os níveis de atenção como rede de assistência integrada de cuidados. Em relação às doenças cardiovasculares, o foco é a melhoria da morbimortalidade e diminuição e/ou eliminação das repercussões negativas na vida do paciente (CUSTÓDIO, 2015). A promoção da saúde possibilita o estabelecimento de metas e avanços por meio da problematização de questões relevantes para explorar e ampliar as abordagens do processo saúde/doença e da vulnerabilidade de determinados grupos (MAGALHÃES, 2016).

Os enfermeiros são profissionais fundamentais na promoção do tratamento para a hipertensão arterial e responsáveis por capacitar os pacientes quanto ao conhecimento, concordância e seguimento da terapêutica anti-hipertensiva, sendo importante o acompanhamento regular para o esclarecimento de dúvidas, a investigação de barreiras à adesão e a caracterização dos indivíduos não aderentes (BARRETO; RAINERS; MARCON, 2014). As estratégias de controle da doença dependem dos indicadores associados à adesão para direcionar as ações em saúde, recursos terapêuticos e avaliar o alcance e a efetividade das práticas de cuidar em saúde (PORTELA *et al.*, 2016).

Neste contexto, são muitas as pesquisas que buscam descrever e associar a adesão com fatores sociodemográficos, clínicos e de tratamento, o que demonstra a magnitude do problema (PIERIN *et al.*, 2016). Entre eles destacam-se sexo (BARRETO *et al.*, 2015b; DIAS *et al.*, 2016); idade (BARRETO *et al.*, 2015b; LIMA *et al.*, 2018); anos de estudo; ocupação; renda (BARRETO *et al.*, 2015b; DIAS *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2016a); estado civil (BARRETO *et al.*, 2015b; BARRETO; MARCON, 2014); rede de apoio das pessoas que residem na casa (BARRETO; MARCON, 2014; SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016); tempo de diagnóstico (SOUZA *et al.*, 2014; MAGNABOSCO *et al.*, 2015); outros diagnósticos associados, como Diabetes Mellitus (MENDES *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2014), AVC, IAM, doença arterial coronariana (DAC) (RAYMUNDO; PIERIN, 2014; LIMA *et al.*, 2016), insuficiência renal aguda ou crônica; internações (RAYMUNDO; PIERIN, 2014; PINHO; OLIVEIRA; PIERIN, 2015); crises de hipertensão arterial (SIQUEIRA *et al.*, 2015; RÊGO; RADOVANOVIC, 2018); tempo de tratamento; complexidade da terapêutica medicamentosa (BARRETO *et al.*, 2014; BARRETO, 2015b); e número de consultas para controle da hipertensão arterial (MENDES; LUIZA; CAMPOS *et al.*, 2014; BARRETO *et al.*, 2015b).

Para auxiliar e complementar as investigações sobre os elementos que interferem na adesão são desenvolvidos instrumentos para medir o nível de adesão dos indivíduos ao tratamento anti-hipertensivo, como por exemplo: Teste de Haynes e Sackett; Teste de Batalla; Teste de Morisky, Green e Levine; Teste de Hermes; Breve Questionário de Medicamentos (BMQ); Medida de Adesão ao Tratamento (MAT); Teste de Herrera Caranza; Teste de Aderência (SMAQ); Questionário de Adesão a Medicamentos - Qualiaids (QAM-Q – QUALIAIDS); e Escala de Adesão aos Medicamentos de Morisky (MMAS-8). Não existe um método padrão totalmente abrangente, prático e de baixo custo. Os indiretos baseados em entrevistas clínicas são mais utilizados e para fazê-las de maneira favorável ao paciente é preciso que o entrevistador seja hábil nas perguntas e na identificação das necessidades dos indivíduos para intervir com eficácia (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015).

A busca e necessidade de materiais que contemplassem satisfatoriamente a adesão com a avaliação dos fatores farmacológicos e não farmacológicos e do comparecimento às consultas levaram à elaboração e desenvolvimento de um instrumento validado no Brasil com 1.000 pessoas: o Questionário de adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (QATHAS). Esse instrumento possui número de itens satisfatórios para uma avaliação hábil, sua análise permite diferenciar os indivíduos com alta e baixa adesão e sua utilização possibilita traçar um plano de melhorias individual. A adequação foi evidenciada pelo coeficiente de alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach de 0,81 (RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE, 2014) e aplicabilidade em mais estudos, como o de Machado (2015) sobre o efeito do círculo de cultura na adesão ao tratamento e no letramento em saúde de idosos hipertensos.

As doenças crônicas afetam os aspectos físicos e emocionais, interferem no desempenho das atividades diárias e trabalho e na diminuição da qualidade de vida relacionada à capacidade psicossocial (SARAIVA *et al.*, 2015). As adaptações necessárias às mudanças psicológicas, fisiológicas e comportamentais oriundas da vivência de doenças crônicas, como a hipertensão arterial, podem propiciar maior risco de desenvolvimento do sentimento de impotência. Por isso, o cuidado de saúde, em especial do enfermeiro como profissional constante no acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial, deve buscar uma abordagem ampla tão quanto possível, dando importante atenção aos aspectos de ordem psicossocial (BRAGA; CRUZ, 2003).

Ao estudarem o sentimento de impotência como um diagnóstico de enfermagem, Braga e Cruz (2003) chamaram a atenção para a escassez, na literatura, de pesquisas que discutissem este diagnóstico em relação aos aspectos sociodemográficos e clínicos que poderiam influenciá-lo. As autoras encontraram o sentimento de impotência em 58,7% dos

pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, mas a escassez de publicações interferiu na discussão dos resultados. É possível citar o estudo de Alves *et al.* (2013) como um avanço nesta abordagem, uma vez que relacionaram o sentimento de impotência a fatores como sexo, idade e tempo de diagnóstico, sendo estes aspectos também explorados em estudos de adesão, como supramencionado.

Foi encontrado na literatura um Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência construído e validado por Braga (2004) por meio dos preceitos teóricos, empíricos e analíticos da psicometria de Pasquali. A autora concluiu que os pacientes integrantes da pesquisa ficaram satisfeitos por compartilharem suas perspectivas subjetivas e psicossociais. Ainda segundo ela, a utilização do material pode contribuir para a compreensão do conceito do sentimento de impotência, refinamento do diagnóstico de enfermagem correspondente e avaliação deste comportamento na assistência à saúde.

As pesquisas com a utilização deste instrumento ainda são escassas, portanto, a sua aplicação em novos contextos é válida. Os estudos de Alves *et al.* (2013), Salomé *et al.* (2013) e Porto e Silva *et al.* (2016) estão entre os poucos que realizaram suas investigações com o Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência.

Apesar disso, a frequência de sentimento de impotência não é desprezível e sua acurada identificação é imprescindível na clínica. No entanto, por seu caráter subjetivo e complexo tem alto grau de abstração e, além disso, compartilha seus indicadores com outras respostas humanas (BRAGA; CRUZ, 2005). Por isso, é importante que o sentimento de impotência seja pesquisado no contexto de diferentes morbidades.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar a influência do sentimento de impotência na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Averiguar o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Verificar a existência de associação entre o sentimento de impotência e as variáveis: nível de adesão, condições sociodemográficas, clínicas e tratamento anti-hipertensivo.

## 4 MÉTODO

### 4.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo e transversal, no qual todas as medições são feitas em uma única ocasião ou durante um curto período de tempo. Os delineamentos transversais são úteis para descrever variáveis e seus padrões de distribuição dentro da amostra, além de possibilitarem examinar associações (HULLEY *et al.*, 2015).

### 4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado de outubro a novembro de 2017 no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH), unidade da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará referência na prevenção e tratamento de pacientes com hipertensão e diabetes localizada em Fortaleza. A equipe de atendimento no local é multidisciplinar e especializada nas áreas de Cardiologia, Endocrinologia e Metabologia, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Psicologia e Odontologia. São oferecidos também serviços laboratoriais, dispensação de fármacos e leito-dia. Os pacientes acompanhados no local são encaminhados pelos serviços da Atenção Primária à Saúde.

### 4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta pelos pacientes que realizavam acompanhamento no CIDH e atendiam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. De acordo com as informações obtidas na própria instituição (ANEXO A), no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2017, foram atendidos 5.569 pacientes com hipertensão arterial associada ou não ao diabetes. Desta forma, a população em dois meses foi de 858 pacientes.

O tamanho da amostra foi calculado pela fórmula para estudos transversais com populações finitas. Foi fixado o coeficiente de confiança de 95% ( $z_{5\%} = 1,96$ ), a prevalência da hipertensão arterial em 32,5% (SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015), o erro amostral absoluto ( $e=4,3\%$ ) e a população (N) de 858 pacientes. Com estes valores aplicados na fórmula a seguir, encontrou-se  $n=300$ .

$$n = z^2_{5\%} \times P \times Q \times N \div [(e^2(N-1) + z^2_{5\%} \times P \times Q)] \text{ (SCHEAFFER; MENDENHALL; OTT, 2007)}$$

A amostragem foi por conveniência, com sujeitos acessíveis que atendiam aos critérios de seleção estabelecidos (HULLEY *et al.*, 2015).

Como critérios de inclusão foram estabelecidos: diagnóstico médico de hipertensão arterial, associada ou não a Diabetes Mellitus, de ambos os sexos e idade igual ou superior a 18 anos. Os critérios de exclusão foram: participantes atendidos como primeira consulta no programa de tratamento de hipertensão arterial e demonstração de constrangimento mediante crise de choro ou mutismo antes ou durante a coleta de dados.

#### **4.4 Coleta de dados**

Na primeira abordagem ao paciente, foram apresentados os objetivos do estudo, respondidas as dúvidas porventura apresentadas e o participante, caso aceitasse o convite, assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). A coleta de dados foi realizada em local reservado diretamente com a fonte primária.

Como integrante do Projeto Ações Integradas em Saúde Cardiovascular da Universidade Federal do Ceará, a pesquisadora recebeu auxílio de outros participantes na coleta, os quais eram estudantes de Graduação em Enfermagem, bolsistas de iniciação em pesquisa. Para serem colaboradores no estudo, os alunos foram devidamente treinados pela pesquisadora e orientadora sobre os propósitos da pesquisa e princípios da entrevista para a coleta de dados, com aplicação dos instrumentos adotados, a fim de padronizar o preenchimento e evitar interpretações equivocadas dos achados.

##### ***4.4.1 Instrumentos da pesquisa***

Os dados foram coletados com uso de um instrumento (APÊNDICE B) constituído de três partes. Na primeira, foram registradas as informações referentes às variáveis sociodemográficas: sexo; idade; escolaridade, considerando o último nível completo; ocupação; renda mensal; estado civil; número de pessoas que residem na casa, sem contar com o entrevistado; e religião. Como variáveis clínicas foram registradas: grupos (pessoas com hipertensão e pessoas com hipertensão e diabetes); tempo de diagnóstico da hipertensão arterial (ano); presença de outros diagnósticos, como IAM, AVC, DAC, insuficiência renal aguda ou crônica; ocorrência de crises de hipertensão arterial; e número de internações por qualquer motivo no último ano. Também foram coletadas informações sobre o tratamento anti-hipertensivo: tempo de tratamento (ano); número de medicamentos de uso diário; número de

medicamentos anti-hipertensivos de uso diário; e número de consultas para controle da hipertensão arterial durante o último ano.

A segunda parte do instrumento de coleta de dados foi o QATHAS (RODRIGUES, 2012). Ele apresenta 12 itens relacionados ao tratamento farmacológico, não farmacológico (dieta e exercício físico) e comparecimento às consultas. Seu resultado permite diferenciar os indivíduos com alta adesão daqueles com baixa adesão. É disponibilizado em endereço eletrônico livre e gratuito, com acesso ao instrumento e ao resultado (<http://www.qathas.com.br/>), o qual foi utilizado para digitar as respostas dos participantes e visualizar o nível da escala (Quadro 1) no qual está situado. O nível de adesão varia de 60 a 110, ou seja, pessoas com menor adesão atingem 60, enquanto que as mais aderentes se situam no nível 110 (RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE, 2014).

**Quadro 1 - Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. Fortaleza, CE, 2012**

Nível da Escala	Descrição
60	Neste nível, os hipertensos não tomam o anti-hipertensivo, ao menos uma vez por semana. E também não o tomam na dose prescrita, ao menos uma vez por semana.
70	Os hipertensos posicionados neste nível deixam de tomar a medicação para hipertensão nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por semana, e comparecem às consultas agendadas.
80	Ao atingirem este nível, os hipertensos deixam de tomar a medicação, conforme a dose prescrita, ao menos uma vez por mês, e fazem uso da medicação independentemente de apresentar algum sintoma, seguem o tratamento medicamentoso rotineiramente e reduzem a terça parte do sal, da gordura, e de doces e bebidas com açúcar.
90	Os hipertensos localizados neste nível deixam de tomar a medicação, nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por mês; reduzem à metade o sal, gordura e doces, e bebidas com açúcar.
100	Neste nível, os hipertensos deixam de tomar a medicação para hipertensão, ao menos uma vez por ano, e praticamente não consomem gordura, doces e bebidas com açúcar.
110	A partir deste nível, os hipertensos não deixam de tomar a medicação para hipertensão, comem praticamente sem sal e seguem o tratamento não medicamentoso rotineiramente.

Fonte: Rodrigues, Moreira e Andrade (2014).

O Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência constituiu a terceira parte do instrumento de coleta de dados. Ele contém 12 itens distribuídos em três domínios: capacidade de realizar comportamentos; percepção da capacidade de tomar decisões; e resposta emocional ao controle das situações. No primeiro domínio encontram-se seis itens positivos,

ou seja, desfavoráveis ao sentimento de impotência, e a partir dos quais se pode inferir que a capacidade de dirigir uma ação no contexto situacional seja importante para não se sentir impotente. O segundo domínio contém três itens relativos a expectativas de resultados para comportamentos por meio da percepção de perda de controle em relação a aspectos de decisão (realizar ações, emitir opiniões, contribuir ou executar escolhas) e interpretação de eventos. Os três itens que abordam o aspecto emocional ou afetivo desencadeado pela situação formam o terceiro domínio (BRAGA, 2004).

Os itens são pontuados em escala tipo Likert indo até cinco pontos, variando de nunca a sempre. A pontuação a seguir é atribuída para a presença de sentimento de impotência: 1= nunca; 2= raramente; 3= às vezes, 4= frequentemente; 5= sempre. Os itens com significado de ausência do sentimento de impotência possuem valores invertidos: nunca=5; raramente=4; às vezes=3; frequentemente=2; sempre=1. Para a interpretação dos resultados, os seus escores podem ser somados por domínios e no total, com atenção ao número diferente de itens em cada domínio. Não há pontos de corte e isso permite inferir que, quanto maior o escore, mais intenso o sentimento de impotência (BRAGA; CRUZ, 2009).

#### **4.5 Análise de dados**

Os dados do instrumento foram tabulados no Microsoft Excel®. Para minimizar erros de transcrição foi realizada a técnica de dupla digitação, sendo os resultados apresentados em tabelas com as frequências simples, percentuais e os respectivos valores de p, em se tratando de tabelas de associações entre duas variáveis. Para tal análise de associação foram empregados os testes de Qui-Quadrado e de razão de verossimilhança.

Para todas as análises inferenciais foram consideradas estatisticamente significantes aquelas com  $p < 0,05$ . Os dados foram processados no SPSS 20.0, licença número 10101131007.

#### **4.6 Aspectos éticos**

A pesquisadora solicitou autorização na instituição de saúde para realizar o estudo e submeteu o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, o qual foi aprovado sob o parecer nº 2.266.771 (ANEXO B). As condições propostas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitadas.

Os participantes tiveram direito à privacidade, manutenção do anonimato, acesso aos dados e liberdade de continuar ou encerrar sua participação no estudo, por meio da

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sem qualquer prejuízo à sua saúde e ao seu atendimento na instituição.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 300 pacientes que estavam em acompanhamento no serviço de referência ao atendimento de hipertensão arterial escolhido para a pesquisa.

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos participantes.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes, segundo as variáveis sociodemográficas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	90 (30,0)
Feminino	210 (70,0)
<b>Idade (ano)</b>	
≥ 18 ≤ 59	84 (28,0)
≥ 60	216 (72,0)
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto/Alfabetizado	37 (12,3)
Fundamental	172 (57,3)
Médio/Técnico	71 (27,3)
Superior/Pós	20 (6,7)
<b>Ocupação</b>	
Empregado	42 (14,0)
Desempregado	12 (4,0)
Do lar	36 (12,0)
Aposentado	177 (59,0)
Outros	33 (11,0)
<b>Renda mensal</b>	
<1,0	32 (10,7)
1,0	144 (48,0)
>1,1-2,0	76 (25,3)
≥2,1	48 (16,0)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro	42 (14,0)
Casado/União estável	164 (54,7)
Separado/Divorciado	30 (10,0)
Viúvo	64 (21,3)
<b>Número de pessoas que residem em sua casa</b>	
Mora sozinho (a)	42 (14,0)
1-3	188 (62,7)
4-6	59 (19,7)
≥7	11 (3,7)
<b>Religião</b>	
Católica	192 (64,0)
Cristã Protestante	88 (29,3)
Agnóstico/Ateu/Crê	10 (3,0)
Outra	10 (3,0)

Fonte: elaborada pela autora.

n = 300; Renda mensal baseada no valor do salário mínimo à época da pesquisa (R\$ 937,00)

A maioria dos participantes era do sexo feminino (70,0%); tinha 60 anos ou mais (72,0%); apresentava nível fundamental de escolaridade (57,3%); era aposentada (59,0%); possuía renda de um salário mínimo (48,0%); tinha estado civil casado/união estável (54,7%); residia com uma a três pessoas (62,7%); e era católica (64,0%).

A Tabela 2 mostra a caracterização clínica dos participantes.

Tabela 2 - Caracterização dos participantes, segundo as variáveis clínicas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Grupos</b>	
Hipertensão Arterial	58 (19,3)
Hipertensão Arterial + Diabetes Mellitus	242 (80,7)
<b>Diagnósticos associados</b>	
Não	211 (70,3)
Sim	89 (29,7) <sup>(1)</sup>
Infarto Agudo do Miocárdio	50 (16,7)
Acidente Vascular Cerebral	34 (11,3)
Doença Arterial Coronariana	28 (9,3)
Insuficiência Renal Aguda / Insuficiência Renal Crônica	22 (7,3)
<b>Tempo de diagnóstico da Hipertensão Arterial (ano)</b>	
<1	9 (3,0)
1-10	99 (33,3)
11-20	108 (36,0)
≥21	84 (28,0)
<b>Crises de Hipertensão Arterial (último ano)</b>	
Nenhuma	133 (44,3)
1-10	151 (50,3)
≥11	16 (5,3)
<b>Internações (último ano)</b>	
Nenhuma	215 (71,7)
1-10	85 (28,3)

Fonte: elaborada pela autora.

n = 300; <sup>(1)</sup> Mais de um diagnóstico

Além da presença da hipertensão arterial, a maioria dos participantes também apresentava Diabetes Mellitus (80,7%); não possuía diagnósticos associados (70,3%) e, entre os que apresentaram, a maioria teve IAM (16,7%); havia recebido o diagnóstico de hipertensão arterial há, no mínimo, 11 e, no máximo, 20 anos (36,0%); teve uma a 10 crises de hipertensão arterial (50,3%) e não foi internada (71,7%) no último ano.

Os motivos mencionados para os internamentos foram hipoglicemia, hiperglicemia, hipotensão, hipertensão, glicemia e pressão alteradas, crise hipertensiva, cirurgia, câncer, inflamação, infecção, tontura/síncope, complicações cardiovasculares, complicações neurológicas, complicações respiratórias, complicações hidroeletrólíticas, chikungunya, queda, pé diabético, ferimento, síndrome do túnel do carpo e abuso de álcool.

A Tabela 3 evidencia a caracterização do tratamento realizado pelos participantes.

Tabela 3 - Caracterização dos participantes, segundo as variáveis de tratamento. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Tempo de tratamento (ano)</b>	
<1	11 (3,7)
1-10	107 (35,7)
11-20	105 (35,0)
≥21	77 (25,7)
<b>Número de medicamentos de uso diário (n=298)</b>	
1-10	265 (88,3)
11-20	33 (11,0)
<b>Número de medicamentos anti-hipertensivos (n=299)</b>	
1-10	298 (99,3)
11-20	1 (0,3)
<b>Número de consultas (último ano)</b>	
Nenhuma	4 (1,3)
1-4	281 (93,7)
5-10	9 (3,0)
≥11	6 (2,0)

Fonte: elaborada pela autora.

É interessante observar que apesar de a maioria ter o diagnóstico médico de hipertensão arterial há pelo menos 11 anos, o início do tratamento informado foi bem inferior: no mínimo, um ano e, no máximo, 10 anos (35,7%). O tratamento medicamentoso é feito por 88,3% dos pacientes com o uso de 1 a 10 comprimidos diários, incluindo os anti-hipertensivos, e, no último ano, 93,7% dos pacientes compareceram de uma a quatro consultas para controle da hipertensão arterial.

A Tabela 4 mostra o nível de adesão ao tratamento dos participantes com a utilização do instrumento aplicado neste estudo.

Tabela 4 – Caracterização do nível de adesão ao tratamento pelos participantes, segundo o QATHAS. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.

<b>Nível de adesão</b>	<b>n (%)</b>
80	33 (11,0)
90	137 (45,7)
100	108 (36,0)
110	22 (7,3)

Fonte: elaborada pela autora.

n = 300

Entre os participantes, a maioria apresentou nível 90 de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (45,7%), ou seja, deixa de tomar a medicação, nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por mês; e reduz à metade o sal, gordura e doces, e bebidas com açúcar. Apenas

7,3% alcançaram o nível satisfatório máximo de adesão (110), assim, não deixava de tomar a medicação para hipertensão, comia praticamente sem sal e seguia o tratamento não medicamentoso rotineiramente.

A Tabela 5 mostra a associação entre o sentimento de impotência e as variáveis do QATHAS.

Tabela 5 – Associação entre o sentimento de impotência e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo conforme as variáveis do QATHAS. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.

Variáveis	Sentimento de impotência n (%)				P
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	
<b>Deixou de tomar a medicação</b>					<b>0,040**</b>
Não	68(57,1)	40(33,6)	9(7,6)	2(1,7)	
1/dia	2(18,2)	8(72,7)	1(9,1)	-	
1/semana	12(26,7)	23(51,1)	7(15,6)	3(6,7)	
1/mês	17(41,5)	18(43,9)	5(12,2)	1(2,4)	
1/ano	36(42,9)	36(42,9)	11(13,1)	1(1,2)	
<b>Deixou de tomar a dose prescrita</b>					0,296**
1/dia	4(36,4)	7(63,6)	-	-	
1/semana	7(24,1)	17(58,6)	4(13,8)	1(3,4)	
1/mês	9(39,1)	8(34,8)	5(21,7)	1(4,3)	
1/ano ou nunca	115(48,7)	92(39,0)	24(10,2)	5(2,1)	
<b>Não tomou a medicação no horário</b>					0,550**
1/dia	7(30,4)	11(47,8)	4(17,4)	1(4,3)	
1/semana	32(39,0)	37(45,1)	11(13,4)	2(2,4)	
1/mês	20(42,6)	20(42,6)	7(14,9)	-	
1/ano ou nunca	76(51,7)	56(38,1)	11(7,5)	4(2,7)	
<b>Usa a medicação apenas com sintomas</b>					<b>0,041*</b>
Não	132(47,1)	113(40,4)	29(10,4)	6(2,1)	
Sim	3(15,0)	12(60,0)	4(20,0)	1(5,0)	
<b>Tratamento medicamentoso</b>					0,115*
Não	2(16,7)	9(75,0)	1(8,3)	-	
Sim	133(46,2)	116(40,3)	32(11,1)	7(2,4)	
<b>Diminuiu o sal</b>					<b>0,042**</b>
Não	4(12,9)	20(64,5)	7(22,6)	-	
Reduzi à terça parte	22(48,9)	16(35,6)	6(13,3)	1(2,2)	
Reduzi à metade	38(51,4)	29(39,2)	6(8,1)	1(1,4)	
Praticamente ensosso	63(46,7)	53(39,3)	14(10,4)	5(3,7)	
Pobre em sal	8(53,3)	7(46,7)	-	-	

<b>Diminuiu a gordura</b>					0,121**
Não	13(44,8)	11(37,9)	5(17,2)	-	
Reduzi à terça parte	27(45,8)	27(45,8)	5(8,5)	-	
Reduzi à metade	15(26,8)	32(57,1)	7(12,5)	2(3,6)	
Praticamente sem	67(49,6)	51(37,8)	13(9,6)	4(3,0)	
Pobre em gordura	13(61,9)	4(19,0)	3(14,3)	1(4,8)	
<b>Consumo de carnes brancas (vezes/semana)</b>					<b>0,023**</b>
Não	8(38,1)	6(28,6)	4(19,0)	3(14,3)	
≤3	43(46,7)	35(38,0)	12(13,0)	2(2,2)	
≥4	58(43,3)	63(47,0)	12(9,0)	1(0,7)	
Sempre no mínimo 4	26(49,1)	21(39,6)	5(9,4)	1(1,9)	
<b>Diminuiu doces e bebidas com açúcar</b>					0,126**
Não	24(47,1)	22(43,1)	4(7,8)	1(2,0)	
Reduzi à terça parte	20(37,0)	23(42,6)	10(18,5)	1(1,9)	
Reduzi à metade	21(38,2)	29(52,7)	4(7,3)	1(1,8)	
Praticamente sem	51(44,7)	48(42,1)	12(10,5)	3(2,6)	
Pobre	19(73,1)	3(11,5)	3(11,5)	1(3,8)	
<b>Faz exercício físico (vezes/semana)</b>					0,418**
Não	76(41,1)	79(42,7)	25(13,5)	5(2,7)	
<3	17(40,5)	19(45,2)	5(11,9)	1(2,4)	
3-5	26(54,2)	20(41,7)	2(4,2)	-	
>5	11(57,9)	6(31,6)	1(5,3)	1(5,3)	
Sempre ≥3	5(83,3)	1(16,7)	-	-	
<b>Tratamento não medicamentoso</b>					<b>0,002*</b>
Não	39(34,2)	52(45,6)	21(18,4)	2(1,8)	
Sim	96(51,6)	73(39,2)	12(6,5)	5(2,7)	
<b>Comparece às consultas</b>					0,120*
Não	6(26,1)	12(52,2)	5(21,7)	-	
Sim	129(46,6)	113(40,8)	28(10,1)	7(2,5)	

Fonte: elaborada pela autora.

n = 300; \*Teste Qui-quadrado; \*\*Teste de Razão de Verossimilhança

As variáveis do QATHAS “alguma vez deixou de tomar a medicação” ( $p=0,040$ ), “faz uso do medicamento para o tratamento da HAS somente quando apresenta algum sintoma” ( $p=0,041$ ), “ao iniciar o tratamento diminuiu o sal da alimentação” ( $p=0,042$ ), “passou a preferir o consumo de carnes brancas” ( $p=0,023$ ) e “seguir o tratamento não medicamentoso da HAS tornou-se uma rotina em sua vida” ( $p=0,002$ ), apresentaram associação significativa com o sentimento de impotência.

A Tabela 6 evidencia a associação entre o sentimento de impotência e as variáveis sociodemográficas.

Tabela 6 – Associação entre o sentimento de impotência e as variáveis sociodemográficas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017 (continua)

Variáveis	Sentimento de impotência n (%)				P
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	
<b>Sexo</b>					0,251*
Masculino	48(53,3)	33(36,7)	8(8,9)	1(1,1)	
Feminino	87(41,4)	92(43,8)	25(11,9)	6(2,9)	
<b>Idade (ano)</b>					0,474*
≥18 ≤59	37(44,0)	32(38,1)	13(15,5)	2(2,4)	
≥60	98(45,4)	93(43,1)	20(9,3)	5(2,3)	
<b>Escolaridade</b>					0,051**
Analfabeto/Alfabetizado	13(35,1)	17(45,9)	4(10,8)	3(8,1)	
Fundamental	74(43,0)	80(46,5)	15(8,7)	3(1,7)	
Médio/Técnico	41(57,7)	20(28,2)	9(12,7)	1(1,4)	
Superior/Pós	7(35,0)	8(40,0)	5(25,0)	-	
<b>Ocupação</b>					0,751**
Empregado	21(50,0)	17(40,5)	4(9,5)	-	
Desempregado	5(41,7)	5(41,7)	1(8,3)	1(8,3)	
Do lar	16(44,4)	15(41,7)	4(11,1)	1(2,8)	
Aposentado	78(44,1)	77(43,5)	17(9,6)	5(2,8)	
Outros	15(45,5)	11(33,3)	7(21,2)	-	
<b>Renda mensal</b>					0,113**
<1,0	12(37,5)	13(40,6)	5(15,6)	2(6,3)	
1,0	55(38,2)	66(45,8)	19(13,2)	4(2,8)	
>1,0-2,0	38(50,0)	30(39,5)	7(9,2)	1(1,3)	
≥2,1	30(62,5)	16(33,3)	2(4,2)	-	
<b>Estado Civil</b>					0,370**
Solteiro	13(31,0)	23(54,8)	4(9,5)	2(4,8)	
Casado/União estável	75(45,7)	69(42,1)	16(9,8)	4(2,4)	
Separado/Divorciado	18(60,0)	8(26,7)	4(13,3)	-	
Viúvo	29(45,3)	25(39,1)	9(14,1)	1(1,6)	

Tabela 6 – Associação entre o sentimento de impotência e as variáveis sociodemográficas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017 (conclusão)

Variáveis	Sentimento de impotência n (%)				p
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	
<b>Número de pessoas que residem em sua casa</b>					0,331**
Mora sozinho (a)	23(54,8)	16(38,1)	3(7,1)	-	
1-3	86(45,7)	79(42,0)	19(10,1)	4(2,1)	
4-6	24(40,7)	25(42,4)	8(13,6)	2(3,4)	
≥ 7	2(18,2)	5(45,5)	3(27,3)	1(9,1)	
<b>Religião</b>					0,549**
Católica	88(45,8)	79(41,1)	19(9,9)	6(3,1)	
Cristã Protestante	39(44,3)	37(42,0)	12(13,6)	-	
Agnóstico/Ateu/Crê	3(30,0)	6(60,0)	1(10,0)	-	
Outra	5(50,0)	3(30,0)	1(10,0)	1(10,0)	

Fonte: elaborada pela autora.

n = 300; Renda mensal baseada no valor do salário mínimo à época da pesquisa (R\$ 937,00); \*Teste Qui-quadrado; \*\*Teste de Razão de Verossimilhança

Não houve associação significativa entre o sentimento de impotência e as variáveis sociodemográficas: sexo ( $p=0,251$ ); idade ( $p=0,474$ ); escolaridade ( $p=0,051$ ); ocupação ( $p=0,751$ ); renda mensal ( $p=0,113$ ); estado civil ( $p=0,370$ ); números de pessoas que residem em sua casa ( $p=0,331$ ); e religião ( $p=0,549$ ).

A Tabela 7 mostra a associação entre o sentimento de impotência e as variáveis clínicas.

Tabela 7 – Associação entre o sentimento de impotência e as variáveis clínicas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	Sentimento de impotência n (%)				p
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	
<b>Grupos</b>					0,263*
Hipertensão Arterial	31(53,4)	23(39,7)	4(6,9)	-	
Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	104(43,0)	102(42,1)	29(12,0)	7(2,9)	
<b>Tempo de diagnóstico da Hipertensão Arterial (ano)</b>					0,592**
<1	4(44,4)	5(55,6)	-	-	
1-10	50(50,5)	38(38,4)	9(9,1)	2(2,0)	
11-20	47(43,5)	48(44,4)	12(11,1)	1(0,9)	
≥21	34(40,5)	34(40,5)	12(14,3)	4(4,8)	
<b>Diagnósticos associados</b>					0,110*
Não	96(45,5)	89(42,2)	24(11,4)	2(0,9)	
Sim	39(43,8)	36(40,4)	9(10,1)	5(5,6)	
Infarto Agudo do Miocárdio	24(48,0)	17(34,0)	7(14,0)	2(4,0)	0,538*
Acidente Vascular Cerebral	14(41,2)	12(35,3)	6(17,6)	2(5,9)	0,250*
Doença Arterial Coronariana	10(35,7)	12(42,9)	5(17,9)	1(3,6)	0,547*
Insuficiência Renal Aguda / Insuficiência Renal Crônica	11(50,0)	6(27,3)	1(4,5)	4(18,2)	0,000*
<b>Tempo de diagnóstico da Hipertensão Arterial (ano)</b>					0,592**
<1	4(44,4)	5(55,6)	-	-	
1-10	50(50,5)	38(38,4)	9(9,1)	2(2,0)	
11-20	47(43,5)	48(44,4)	12(11,1)	1(0,9)	
≥21	34(40,5)	34(40,5)	12(14,3)	4(4,8)	
<b>Internações (último ano)</b>					0,143*
Nenhuma	103(47,9)	88(40,9)	21(9,8)	3(1,4)	
1-10	32(37,6)	37(43,5)	12(14,1)	4(4,7)	

Fonte: elaborada pela autora.

n = 300; \*Teste Qui-quadrado; \*\*Teste de Razão de Verossimilhança

Não se encontrou associação entre o sentimento de impotência e as variáveis clínicas: grupos ( $p=0,263$ ); apresenta diagnósticos associados ( $p=0,110$ ); tempo de diagnóstico da hipertensão arterial ( $p=0,592$ ); no último ano, quantas crises de hipertensão arterial você apresentou ( $p=0,008$ ); e no último ano, quantas internações ocorreram ( $p=0,143$ ).

Os motivos mencionados para os internamentos foram hipoglicemia, hiperglicemia, hipotensão, hipertensão, glicemia e pressão alteradas, crise hipertensiva, cirurgia, câncer, inflamação, infecção, tontura/síncope, complicações cardiovasculares, complicações neurológicas, complicações respiratórias, complicações hidroeletrolíticas, chikungunya, queda, pé diabético, ferimento, síndrome do túnel do carpo e abuso de álcool.

A Tabela 8 apresenta a associação entre o sentimento de impotência e as variáveis do tratamento da hipertensão arterial.

Tabela 8 – Associação entre o sentimento de impotência e as variáveis sobre o tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	Sentimento de impotência n (%)				P
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	
<b>Tempo de tratamento (ano)</b>					0,653**
<1	5(45,5)	6(54,5)	-	-	
1-10	54(50,5)	42(39,3)	9(8,4)	2(1,9)	
11-20	47(44,8)	44(41,9)	12(11,4)	2(1,9)	
≥21	29(37,7)	33(42,9)	12(15,6)	3(3,9)	
<b>Número de medicamentos de uso diário (n = 298)</b>					0,176*
1-10	126(47,5)	107(40,4)	26(9,8)	6(2,3)	
11-20	9(27,3)	18(54,5)	5(15,2)	1(3,0)	
<b>Número de medicamentos anti-hipertensivos (n=299)</b>					0,748*
1-10	134(45,0)	125(41,9)	32(10,7)	7(2,3)	
11-20	1(100,0)	-	-	-	
<b>Consultas (último ano)</b>					<b>0,047**</b>
Nenhuma	-	3(75,0)	1(25,0)	-	
1-4	127(45,2)	118(42,0)	30(10,7)	6(2,1)	
5-10	7(77,8)	2(22,2)	-	-	
≥11	1(16,7)	2(33,3)	2(33,3)	1(16,7)	

Fonte: elaborada pela autora.

n = 300; \*Teste Qui-quadrado; \*\*Teste de Razão de Verossimilhança

Ao se associar os resultados do Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência com as variáveis do tratamento da hipertensão arterial, apenas a variável “número de consultas para controle da hipertensão arterial no último ano” apresentou associação significativa com o sentimento de impotência ( $p=0,047$ ).

A Tabela 9 apresenta a associação entre o sentimento de impotência e o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

**Tabela 9** - Associação entre o sentimento de impotência e o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo medido pelo QATHAS. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.

Variável	Sentimento de impotência n (%)				p
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	
Nível de adesão					0,999
80	14 (42,4)	14 (42,4)	4 (12,1)	1 (3,0)	
90	60 (43,8)	58 (42,3)	16 (11,7)	3 (2,2)	
100	51 (47,2)	44 (40,7)	11 (10,2)	2 (1,9)	
110	10 (45,5)	9 (40,9)	2 (9,1)	1 (4,5)	

Fonte: elaborada pela autora.

n = 300

Teste de razão de verossimilhança

Não houve associação significativa entre o sentimento de impotência e o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo ( $p=0,999$ ). As opções do Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência “nunca apresenta o sentimento” e “raramente apresenta o sentimento” foram bastante citadas, 45 e 41,6%, respectivamente, e nenhum participante informou apresentar “sempre” o sentimento de impotência.

## DISCUSSÃO

O estudo contou com maior número de pacientes do sexo feminino, refletindo uma situação comum a outras pesquisas desenvolvidas em cenários similares, sugerindo que a prevalência do sexo feminino nos espaços de tratamento pode estar vinculada à relação mais próxima das mulheres com os cuidados de saúde, como aponta o estudo de Raymundo e Pierin (2014). Conforme Souza *et al.* (2014), este gênero busca mais assistência e isso é um incentivo às estratégias de cuidado com grupos menos representativos no sistema de saúde.

Considerando que a maioria dos participantes tinha 60 anos ou mais, Colósimo *et al.* (2015) apontam que o avançar da idade pode aumentar em 10% a chance do desenvolvimento da hipertensão arterial. Estudos como o de Barreto *et al.* (2015b) e Pimenta *et al.* (2015) corroboram a predominância desta faixa etária e consideram a prevalência aumentada das doenças crônicas neste público em paralelo ao envelhecimento populacional brasileiro.

Assim como encontrado nesta pesquisa, estudos realizados com pessoas com hipertensão arterial evidenciaram que a maioria estudou até o ensino fundamental (SOUZA *et al.*, 2014; MOURA *et al.*, 2016). Lima *et al.* (2017) referem que os indivíduos com baixa escolaridade apresentam maior probabilidade para o desenvolvimento das doenças crônicas e Pierin *et al.* (2016) apontam a relação entre a baixa escolaridade e a hipertensão arterial. É possível que a baixa escolaridade também esteja associada à faixa etária predominante, considerando que o trabalho era o foco destas pessoas na época em que eram jovens. As mulheres, categoria prevalente nesta pesquisa, possivelmente eram mais direcionadas ao cuidado do lar e da família.

Em relação à ocupação, o estudo de Moura *et al.* (2016) sobre os fatores da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo e o de Pimenta *et al.* (2015) acerca dos fatores associados a doenças crônicas em idosos, apresentaram maioria de aposentados, assim como nesta investigação. Neste último, relata-se que a aposentadoria como fonte de renda é uma característica dos países em desenvolvimento, como o Brasil. A predominância de pessoas com 60 anos ou mais neste estudo também pode ser relacionada à prevalência dos aposentados.

Nesta pesquisa, predominou a baixa renda familiar, a qual é relacionada à hipertensão arterial por Pierin *et al.* (2016). Na dimensão socioeconômica, a falta de dinheiro para compra de medicamentos reforça o achado da associação do controle dos níveis pressóricos com menor renda. Tais dados são irrefutáveis em demonstrar a associação relevante entre contexto socioeconômico e fatores de risco cardiovasculares, como a hipertensão arterial.

A baixa renda pode estar vinculada ao predomínio dos aposentados nesta pesquisa, situação indutora de disparidades socioeconômicas entre os idosos, os quais apresentam mais doenças e maior consumo de medicamentos, segundo Pimenta *et al.* (2015). Ademais, este achado pode ser vinculado ao fato de a instituição da pesquisa ser pública, com predomínio de pessoas com renda e escolaridade mais baixas.

A maioria dos participantes não morava sozinho, semelhante aos sujeitos da pesquisa de Moura *et al.* (2016) e de Muniz *et al.* (2017), e predominou o estado civil casado/união estável, assim como no estudo de Barreto, Reinnens e Marcon (2014) acerca dos conhecimentos sobre a hipertensão arterial. O vínculo familiar é apontado em outras investigações como um possível fator de apoio no cuidado à saúde pelas pessoas com hipertensão arterial (BARRETO; MARCON, 2014; SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016).

Assim como encontrado entre os participantes deste estudo, outras investigações apresentaram maioria católica (HANUS *et al.*, 2015; ARAGÃO *et al.*, 2017; MUNIZ *et al.*, 2017). A religião católica é a mais prevalente no país.

A maioria dos participantes deste estudo tinha hipertensão arterial associada à diabetes mellitus, semelhante aos participantes do estudo de Martins *et al.* (2015) sobre o estilo de vida de pessoas com hipertensão arterial. A associação da hipertensão com outros diagnósticos, além da diabetes mellitus, foi menos referida, diferente do estudo de Barreto, Reinnens e Marcon (2014), no qual mais da metade das pessoas tinha menos de dez anos de diagnóstico e apresentava comorbidades associadas, e da pesquisa de Tavares *et al.* (2015), na qual foram encontrados doenças autoimunes, problemas circulatórios e renais, por exemplo. No estudo de Campos, Pierin e Pinho (2017), o IAM, diagnóstico associado mais encontrado nesta investigação, foi uma das comorbidades e complicações mais referidas, o que retrata um perfil agravante das condições de saúde.

Outra pesquisa com pacientes com hipertensão arterial verificou o IAM como a segunda complicação cardiovascular mais prevalente e alta prevalência de complicações cardiovasculares, o que pode ser explicado pelo estilo de vida ocidental comum entre os brasileiros (LIMA *et al.*, 2016). Além disso, Silva, Oliveira e Pierin (2016) apontam que as comorbidades são mais frequentes na sexta década de vida, grupo etário predominante neste estudo.

Os participantes com o tempo diagnóstico de hipertensão arterial entre 11 e 20 anos foram maioria, semelhante ao encontrado no estudo de Hanus *et al.* (2015). O conhecimento do diagnóstico pode beneficiar o acesso as orientações e aos cuidados à saúde com consequente

controle da doença (MENEZES *et al.*, 2016). Possivelmente este tempo de diagnóstico tenha relação direta com a maior prevalência de pessoas com 60 anos ou mais.

Dilélio *et al.* (2014) consideram que as pessoas com doenças crônicas utilizam mais os serviços de saúde, em especial, em situações de descontrole. As crises hipertensivas fizeram parte da realidade dos participantes entrevistados e, segundo Sena *et al.* (2014), são causas cada vez mais frequentes de idas não agendadas ao serviço de saúde. Apesar das causas de internação dos pacientes deste estudo não ter sido somente relacionada às doenças crônicas, Souza *et al.* (2014) evidenciaram a internação de pacientes por hipertensão arterial ou situação a ela relacionada, sendo estes episódios duas ou mais vezes relatados.

Segundo Gerhardt *et al.* (2016), é importante o incentivo aos cuidados para manutenção do controle dos valores da pressão arterial por meio da adesão ao tratamento para evitar as crises hipertensivas, resultantes do descontrole da pressão arterial, e as complicações que levam aos internamentos. Além disso, Barreto *et al.* (2018) esclarecem que o ambiente hospitalar é indutor de mudanças e instabilidade emocional e o estudo de Souza *et al.* (2015) evidencia que os pacientes definiriam a hipertensão arterial e suas complicações clínicas como motivadoras da hospitalização.

Semelhante ao encontrado neste estudo, a maioria das pessoas com hipertensão arterial na investigação de Mendes *et al.* (2016) realizava o tratamento há, no máximo, dez anos. O uso de um a 10 medicamentos diários foi predominante, assim como a utilização de um a 10 anti-hipertensivos, como evidenciado também no estudo de Hanus *et al.* (2015). Sobre a prática do autocuidado de pacientes com hipertensão arterial, Mendes *et al.* (2016) afirmam que, apesar dos longos anos de diagnóstico e tratamento, há predomínio da terapêutica medicamentosa e polifarmácia, como corroboram os estudos de Raymundo e Pierin (2014) e Barreto *et al.* (2015b). A indicação de tratamento com medicamentos é alta e isso pode ser reflexo do diagnóstico tardio, da resistência à implementação de mudanças no estilo de vida ou da maior adesão de pessoas de maior idade ao tratamento farmacológico (Mengue *et al.*, 2016), as quais foram maioria nesta investigação, o que pode estar relacionado também ao tempo de tratamento encontrado.

Pesquisas sobre a terapêutica da hipertensão arterial apresentam o comparecimento às consultas como característica da maioria dos participantes (MENDES; LUIZA; CAMPOS *et al.*, 2014; MENDES *et al.*, 2016), assim como evidenciado neste estudo. O serviço realizado pela instituição na qual a pesquisa foi realizada pode também influenciar este achado, visto que dispõe de profissionais especializados e ações direcionadas, o que atrai o público e fortalece o comprometimento com o atendimento.

As questões sociodemográficas, clínicas e de tratamento impactam no acesso ao sistema de saúde, grau de informação, compreensão do problema e cuidados à saúde (LIMA *et al.*, 2016). Por exemplo, Menezes *et al.* (2016), com base em outros estudos, concluíram que as doenças cardiovasculares são mais frequentes em classes econômicas mais baixas, portanto, tais questões devem ser consideradas para o planejamento das intervenções de controle das doenças conforme o perfil do público-alvo.

As crenças e o conhecimento das pessoas com hipertensão arterial sobre a doença e o tratamento refletem na adesão ao tratamento, de forma contínua e permanente com terapêutica medicamentosa e não medicamentosa (PIERIN *et al.*, 2016). Nesta pesquisa, a maioria dos participantes apresentou dificuldade de tomar a medicação nos horários estabelecidos, ao menos uma vez no mês, e a redução apenas pela metade do sal, gordura, doces e bebidas com açúcar, ou seja, ainda persistem práticas que podem prejudicar o alcance total dos benefícios proporcionados pelo cuidado adequado.

Foi encontrado resultado semelhante no estudo de Rodrigues (2012), autora do instrumento de medida de adesão utilizado nesta pesquisa, e na investigação de Machado *et al.* (2017) que consideram o esquecimento da tomada da medicação como a principal dificuldade para aderir ao tratamento, o qual deve ser contínuo e independente dos sintomas, seguido da redução do consumo de sal, gordura e doces. Estudo de Barreto *et al.* (2015b) encontrou quase metade das pessoas com hipertensão arterial não aderentes à medicação, o que pode desencadear complicações imediatas e tardias. Segundo Rajpura *et al.* (2014), tais evidências são importantes para direcionar as ações conforme os aspectos de adesão a serem melhorados.

Pesquisa realizada com idosos também não encontrou níveis ideais de adesão ao tratamento da hipertensão arterial, por isso, refere a importância de intervenções nos pontos de maior fragilidade para a sensibilização e reflexão crítica das práticas de saúde (MACHADO *et al.*, 2017). Estudo com idosos sobre a qualidade de vida e o acesso ao tratamento farmacológico mostrou que os motivos mais frequentes de inadequação ao seguimento da terapêutica entre os aderentes foram: achar que estava curado, não sentir nada e não sentir necessidade de se tratar (TAVARES *et al.*, 2016). O acompanhamento adequado favorece o controle dos níveis pressóricos e reflete na adesão ao tratamento em sua totalidade (BARRETO *et al.*, 2018).

Sobre a redução pela metade de sal, doces e bebidas com açúcar, Macedo *et al.* (2017) apontam que o excesso de sal é prejudicial à saúde, mas esta informação é muitas vezes negligenciada, e a falta de sabor decorrente da ausência de sal e as preferências e intolerâncias individuais a alguns alimentos são fatores que interferem na adesão à dieta hipossódica. Ainda, o aconselhamento nutricional e as orientações sobre a importância das mudanças do estilo de

vida como tratamento primário ou coadjuvante da hipertensão são insuficientes. No estudo de Mendes *et al.* (2016) foi encontrada aderência à dieta hipossódica, mesmo que metade tenha afirmado utilizar temperos artificiais, os quais possivelmente são fontes de sódio. Isso permite inferir a necessidade e a importância de uma adequada orientação nutricional com relação às fontes de sal ingerido.

Entre as variáveis do questionário de adesão que apresentaram associação com o sentimento de impotência estão as relacionadas ao tratamento medicamentoso: “alguma vez deixou de tomar a medicação” e “faz uso do medicamento para o tratamento da HAS somente quando apresenta algum sintoma”. Pesquisas com pessoas com hipertensão arterial elencaram motivos para a não aderência à medicação: não sentir nada; acreditar que deveria tomar o medicamento apenas quando se sentia mal; esquecimento (TAVARES *et al.*, 2016); os efeitos indesejáveis; vários medicamentos; não saber como tomá-los; e tratamento complicado (BARRETO, 2015a). Conforme Barreto *et al.* (2014), as pessoas com farmacoterapia complexa apresentam mais chances de não aderir ao tratamento, portanto, é importante observar que os participantes desta pesquisa utilizavam até dez medicamentos diariamente.

Ademais, os participantes apresentaram associação entre itens da terapia não medicamentosa e o sentimento de impotência: “ao iniciar o tratamento diminuiu o sal da alimentação”, “passou a preferir o consumo de carnes brancas” e “seguir o tratamento não medicamentoso da HAS tornou-se uma rotina em sua vida”. Para James *et al.* (2014), a dieta saudável, o controle de peso e os exercícios, componentes do tratamento não medicamentoso, beneficiam o controle da pressão arterial e podem reduzir a necessidade de medicação, assim como, segundo SENA *et al.* (2014), previnem as complicações, o que minimiza as crises hipertensivas, causas cada vez mais frequentes da ida fora das consultas previamente agendadas ao serviço de saúde.

Laissaoui e Allem (2016) verificaram que as principais inadequações na alimentação dos pacientes com diabetes mellitus são a sobrecarga de açúcar e os alimentos com alto índice glicêmico. A pesquisa de Souza *et al.* (2015) evidenciou falhas no autocuidado relacionadas ao consumo de comida salgada e gordurosa e, segundo Machado *et al.* (2017), os padrões culturais favorecem a aquisição e o consumo de alimentos gordurosos que impactam na elevação na pressão arterial.

Estudo sobre a alimentação de crianças e adolescentes encontrou associação entre a obesidade e o consumo de doces e bebidas açucaradas (PAYAB *et al.*, 2015) e a pesquisa de Silveira, Vieira e Souza (2018) evidenciou que a obesidade está associada à presença de outras morbidades, como as doenças cardiovasculares, entre elas, a hipertensão arterial. As

inadequações dos padrões alimentares comprometem o cuidado da doença e podem impactar também na qualidade de vida e autoestima, como no caso da obesidade.

Alves *et al.* (2013) acreditam que as pessoas impotentes sentem medo e frustração, o que pode se agravar em períodos de instabilidade e alterações do quadro clínico, o que compromete o seguimento dos cuidados. Por isso, a possibilidade da influência do sentimento de impotência na adesão ao tratamento anti-hipertensivo foi considerada, pois exige mudanças e adaptações, há oscilação dos níveis da pressão arterial e possibilidade de hábitos não saudáveis que ocasionam complicações. Isso pode interferir na capacidade de realizar o cuidado, controlar a doença e estabilidade emocional, os quais são fatores relacionados ao sentimento de impotência.

Apesar do receio de desenvolvimento de complicações, as pessoas ainda têm resistência de se cuidar e não conseguem fazê-lo como gostariam. O autocuidado é um processo longo e complexo, o qual necessita de incentivo e acompanhamento constante, com equilíbrio entre os aspectos psicossociais e os fatores positivos e negativos a fim de que a percepção sobre saúde não culmine em um cuidar contraproducente (CECILIO *et al.*, 2016). Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, como destaque nas abordagens de promoção da saúde e prevenção de complicações, deve atuar junto aos indivíduos com doenças crônicas a favor da qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2015) e das práticas de saúde que favorecem a capacidade de se cuidar e controlar a doença, minimizando as complicações, dúvidas e, porventura, a percepção de falta de controle e inutilidade das suas ações.

Independente das variáveis sociodemográficas, os participantes desta pesquisa não se sentiram impotentes, pois não houve associação entre tais elementos. Em contrapartida, o estudo de Alves *et al.* (2013) sobre o sentimento de impotência em pacientes com úlcera venosa encontrou resultado distinto e concluiu que fatores com o sexo masculino e a idade entre 50 e 59 anos foram significantes para caracterizar os seus participantes como impotentes. Sobre o sexo, afirmam que apesar das mulheres serem mais acometidas pela doença, os homens apresentam mais alteração emocional e psicológica. A pesquisa de Braga e Cruz (2003) também relacionou a idade ao sentimento de impotência, no caso, os idosos.

Quanto aos aspectos clínicos, não houve associação das variáveis correspondentes com o sentimento de impotência. No entanto, de acordo com Braga e Cruz (2003), as doenças crônicas impõem um longo período de adaptação e aumento do risco de sentimento de impotência, pois o paciente pode experimentar alterações no estado de saúde relacionadas à deterioração, aos procedimentos diagnósticos e aos tratamentos invasivos, eventos que podem alterar a si e a seu estilo de vida.

Esta pesquisa aponta que o número de consultas para controle da hipertensão arterial no último ano, variável do tratamento anti-hipertensivo, está associado ao sentimento de impotência. Para Barreto *et al.* (2018), os indivíduos não assíduos nos atendimentos configuram importante questão de saúde pública, apresentam maiores chances de não adesão e descontrole pressórico, portanto, devem ser orientados sobre a importância do acompanhamento das condições de saúde. Isso pode acontecer por falhas na assistência oferecida, a qual pode ser pouco esclarecedora, ou por diversos fatores pessoais interferem na busca pelo atendimento e devem ser investigados pela equipe de saúde.

A exemplo dessa situação, foram apontados motivos do não comparecimento às consultas como a necessidade de faltar ao trabalho para ir, distância do local de atendimento, falta de médico, tempo de espera longo, não se dar bem com a equipe e horário de atendimento inconveniente. Sujeitos motivados e mais ativos nas atividades assistenciais apresentam maior redução da pressão arterial, pois podem expressar seus medos e expectativas, compartilhar experiência e discutir soluções para os problemas, favorecendo a adesão ao tratamento (SILVA *et al.*, 2016b) e minimizando o risco de percepção da impotência. Essa também pode desmotivar quanto ao comparecimento às consultas, prejudicar o tratamento e dificultar a investigação dos fatores da falha terapêutica, assim como a orientação para superá-los, entre os quais estão os aspectos psicossociais.

Outro estudo semelhante aponta que os atendimentos organizados e esclarecedores valorizam o paciente, promovem a compreensão da doença com estímulo à adaptação para o tratamento e favorecem a adesão (BARRETO *et al.*, 2015a). O cuidado deve ser voltado às necessidades de cada sujeito, pois a periodicidade da consulta varia e depende do controle da doença (SILVA *et al.*, 2016b) e a assiduidade nas consultas gera motivação determinante para o controle da hipertensão (MAGNABOSCO *et al.*, 2015).

A hipertensão arterial é uma doença silenciosa e relacionada aos valores pressóricos para a determinação do seu diagnóstico e das situações de descontrole. Portanto, conforme salientam Pierin *et al.* (2016), a falta de sintomas aparentes pode influenciar ainda mais o grau de importância, ou não, que as pessoas com hipertensão atribuem à doença e à necessidade de tratamento. Isso por estar relacionado ao fato de o sentimento de impotência não ter sido associado ao nível de adesão neste estudo, além de sua ausência entre os participantes.

Ainda assim, a pesquisa de Knebel e Marin (2018) retrata o impacto das questões psicológicas no adoecimento e em outros fatores de risco para as doenças cardiovasculares e Moura *et al.* (2016) consideram que entre os fatores pessoais relacionados ao controle da

pressão arterial estão os psicológicos, tais como o sentimento de impotência e as dificuldades de adaptação às modificações no estilo de vida.

No estudo, já referido, de Alves *et al.* (2013) foi identificado o sentimento de impotência nos pacientes com úlcera venosa. Esta condição clínica também se caracteriza pela cronicidade, levando a alteração do estilo de vida e, portanto, necessitando de suporte emocional. E, independentemente do diagnóstico, Braga e Cruz (2003) afirmam que o sentimento de impotência, o medo e a frustração estão entre os sentimentos percebidos durante o adoecimento.

Para Cecilio *et al.* (2016), a avaliação das condições psicossociais precisa ser etapa constituinte e permanente das consultas a pacientes com doenças crônicas, pois impactam na habilidade em incorporar as práticas do autocuidado e na mudança de comportamento relacionado à saúde. Por exemplo, o estudo de Tavares *et al.* (2016) sobre a adesão de pacientes com hipertensão evidenciou que os idosos não aderentes obtiveram escores significativamente inferiores nos domínios psicológico e relações sociais, o que pode também interferir no estímulo ao autocuidado e comprometimento com o tratamento. É importante identificar os componentes envolvidos para proporcionar apoio e acompanhamento interdisciplinar a fim de melhorar a adesão, mesmo que o serviço de saúde não conte com a ação de um psicólogo.

De acordo com a investigação de Silva *et al.* (2017), os estudos sobre o sentimento de impotência estão sendo produzidos por médicos e enfermeiros e mostram que tal padrão de comportamento é uma resposta disfuncional afetiva, comportamental ou emocional, além de um fenômeno da prática de enfermagem, sobre o qual devem ser reconhecidos os sinais e sintomas e estabelecer mecanismos de adaptação. Assim, este estudo reforça a aplicabilidade da temática para os enfermeiros e os seus resultados podem incentivar o estudo do sentimento de impotência na hipertensão arterial ou em outras condições de saúde, além de contribuir para a assistência às pessoas com hipertensão arterial e as práticas do autocuidado.

O estudo apresentou limitações relacionadas à utilização do Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência, o qual não foi de fácil compreensão para os participantes, possivelmente pela linguagem dos itens estar direcionada ao cenário hospitalar, mas as questões foram explicadas pelos pesquisadores dentro do contexto do adoecimento pela hipertensão arterial. Ademais, o sentimento de impotência não é muito explorado na literatura, o que dificultou a discussão dos resultados.

## CONCLUSÃO

A investigação sobre a influência do sentimento de impotência no comportamento de adesão ao tratamento da hipertensão arterial envolveu entrevistas com 300 pacientes acompanhados no serviço de referência ao atendimento de hipertensão arterial escolhido para a pesquisa. A aplicação de um instrumento que incorporou dois diferentes questionários: o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial (QATHAS) e o Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência, possibilitou a descrição da caracterização sociodemográfica, clínica e de tratamento e sua associação com o sentimento de impotência; a determinação do nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo; e a verificação da influência do sentimento de impotência na adesão encontrada, a fim de responder aos objetivos propostos.

Entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e de tratamento anteriormente mencionadas, apenas o número de consultas para controle da hipertensão arterial no último ano apresentou associação significativa com o sentimento de impotência. Uma grande proporção (45,7%) deixou de tomar a medicação, nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por mês; e reduziram à metade o sal, gordura e doces, e bebidas com açúcar. Apenas 7,3% não deixou de tomar a medicação para hipertensão, comem praticamente sem sal e seguem o tratamento não medicamentoso rotineiramente. As opções do Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência “nunca apresenta o sentimento de impotência” e “raramente apresenta o sentimento de impotência” foram bastante citadas, 45 e 41,6%, respectivamente.

O sentimento de impotência não influenciou a adesão ao tratamento anti-hipertensivo adesão obtido com o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial. No entanto, as variáveis “alguma vez deixou de tomar a medicação” ( $p=0,040$ ), “faz uso do medicamento para o tratamento da HAS somente quando apresenta algum sintoma” ( $p=0,041$ ), “ao iniciar o tratamento diminuiu o sal da alimentação” ( $p=0,042$ ), “passou a preferir o consumo de carnes brancas” ( $p=0,023$ ); “seguir o tratamento não medicamentoso da HAS tornou-se uma rotina em sua vida” ( $p=0,002$ ); e “número de consultas para controle da hipertensão arterial no último ano” ( $p=0,047$ ) apresentaram associação significativa com o sentimento de impotência.

Recomenda-se a realização de mais investigações desta natureza em outros grupos e contextos, pela sua importância nas práticas de autocuidado, inclusive relacionadas à hipertensão arterial, pois são limitados os estudos que relacionem diretamente a doença ao sentimento de impotência. A análise da influência do sentimento de impotência na adesão ao tratamento anti-hipertensivo foi uma abordagem inovadora.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, S.G.; GARDONA, R.G.B.; REIS, B.C.; VILELA, L.H.R.; SALOMÉ, G.M. Association of sociodemographic effects and injury to feelings of powerlessness and hope in individuals with venous ulcers. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v.28, n.4, p. 671-678, 2013. Available from: <<http://www.rbc.org.br/details/1466/en-US/association-of-sociodemographic-effects-and-injury-to-feelings-of-powerlessness-and-hope-in-individuals-with-venous-ulcers>>. Access in: 15 jan. 2017.
- ARAGÃO, E.I.S.; PORTUGAL, F.B.; CAMPOS, M.R.; LOPES, C.S.; FORTES, S.L.C.L. Different patterns of social support perceived and their association with physical (hypertension, diabetes) or mental diseases in the context of primary health care. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p.2367-2374, 2017. Available from: <<http://go-galegroup.ez11.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE|A502352322&v=2.1&u=cap&it=r&p=AONE&sw=w>>. Access in: 17 jun. 2018
- BARRETO, M.S.; GANASSIN, G.S.; MATSUDA, L.M.; MARCON, S.S. Dissatisfaction with the Health Service and Non-Adherence to Antihypertensive Medication Treatment in Brazil. **Open J. Nursing**, v.5, n.1, p.49-57, 2015a. Available from: <[http://file.scirp.org/Html/6-1440401\\_53331.htm](http://file.scirp.org/Html/6-1440401_53331.htm)>. Access in: 31 maio 2018.
- BARRETO, M.S.; MENDONÇA, R.D.; PIMENTA, A.M.; GARCIA-VIVAR, C.; MARCON, S.S. Non-use of primary care routine consultations for individuals with hypertension. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.795-804, 2018. Available from: <[http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/en\\_1413-8123-csc-23-03-0795.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/en_1413-8123-csc-23-03-0795.pdf)>. Access in: 18 jun. 2018.
- BARRETO, M.S.; MARCON, S.S. Patient perspectives on family participation in the treatment of hypertension. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.23, n.1, p.38-46, 2014. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000100038](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100038)>. Access in: 20 dec. 2016.
- BARRETO, M.S.; REINERS, A.A.O.; MARCON, S.S. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.22, n. 3, p. 491-498, 2014. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000300491](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300491)>. Access in: 20 dec. 2016.
- BARRETO, M.S.; CREMONESE, I.Z.; JANEIRO, V.; MATSUDA, L.M.; MARCON, S.S. Prevalence of non-adherence to antihypertensive pharmacotherapy and associated factors. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.68, n.1, p.54-60, 2015b. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672015000100060&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672015000100060&script=sci_arttext&tlng=en)>. Access in: 15 jan. 2017.
- BECCARIA, L.M.; RIBEIRO, R.C.H.M.; CESARINO, C.B.; PINTO, M.H.; SOUZA, A.P.D. Patient's adherence to medication in clinical trials. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v.8, n.4, p. 987-993, 2014. Available from: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4221>>. Access in: 15 jan. 2017.

BERARDINELLI, L.M.M.; GUEDES, N.A.C.; RAMOS, J.P.; SILVA, M.G.N. Educational technology as a strategy for the empowerment of people with chronic illnesses. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p. 603-609, 2014. Available from: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15509/12234>>. Access in: 15 jan. 2017.

BRAGA, C.G.; CRUZ, D.A.L.M. A resposta psicossocial de impotência em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.37, n.1, p. 26-35, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342003000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000100004)>. Acesso em: 17 jan. 2017.

BRAGA, C.G. **Construção e validação de um instrumento para avaliação do “sentimento de impotência”**. 2004. 241 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-25042006-141140/pt-br.php>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BRAGA, C.G.; CRUZ, D.A.L.M. Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.39, n.3, p.350-357, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342005000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300014)>. Acesso em: 17 jan. 2017.

BRAGA, C.G.; CRUZ, D.A.L.M. Powerlessness assessment tool for adult patients. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.43, n. spe, p.1062-1069, 2009. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342009000500010&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342009000500010&script=sci_arttext&tlng=en)>. Access in: 15 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2015.

BRUNO, A.; PEREIRA, L.R.; ALMEIDA, H.S. Evaluation of the prevalence of risk factors for development of type 2 diabetes mellitus in patients at the Unesc Clinic. **Demetra**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 661-680, 2014. Available from: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/viewFile/10659/12439>>. Access in: 31 maio 2018.

CAMPOS, C.L.; PIERIN, A.M.G., PINHO, N.A. Hypertension in patients admitted to clinical units at university hospital: post-discharge evaluation rated by telephone. **Einstein**, São Paulo, 2017 v. 15, n.1, p;45–49, 2017. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082017000100045&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082017000100045&lng=en&nrm=iso&tlng=en)> Access in: 17 jun. 2018.

CECILIO, S.G.; BRASIL, C.L.G.B.; VILAÇA, C.P.; SILVA, S.M.F.; VARGAS, E.C.; TORRES, H.C. Aspectos psicossociais do viver com diabetes Mellitus na promoção do autocuidado. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.17, n.1, p.44-51, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2604/pdf>>. Acesso em: 23 maio 2018.

COLÓSIMO, F.C.; SOUSA, A.G.; SILVA, G.S. DA; PIOTTO, R.F.; PIERIN, A.M.G. Arterial hypertension and associated factors in patients submitted to myocardial revascularization. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.49, n.2, p.201-207, 2015. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/0080-6234-reeusp-49-02-0201.pdf>>. Access in: 23 maio 2018.

CUSTÓDIO, I.L.; OLIVEIRA, S.K.P.; LIMA, F.E.T.; QUEIROZ, A.P.O.; LAVINA, M.C.; GALVÃO, M.T.G. Health promotion actions to patients with cardiovascular diseases: integrative review. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v.9, n.7, p.8583-8592, 2015. Available from: <<http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10631/11630>>. Access in: 20 jan. 2017.

DIAS, J.A.A.; OLIVEIRA, R.F.; CASTRO, M.L.; NERY, P.I.G. Challenges experienced by patients with hypertesion for accession to the dietary treatment. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v.10, n.10, p.3825-3832, 2016. Available from: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/8911>>. Access in: 20 jan. 2017.

DILÉLIO, A.S.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.C.V.; PICCINI, R.X. Padrões de utilização de atendimento médico ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.12, p.2594-2606, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2014001202594&lng=pt&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001202594&lng=pt&tlng=en)>. Acesso em: 17 jun. 2018

FAVA, S.M.C.L.; TERAOKA, E.C.; OLIVEIRA, A.S.; CALIXTO, A.A.T.F.; EID, L.P.; VEIGA, E.V. Factors related to adherence to treatment for systemic hypertension. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.15, n.2, p.354-361, 2014. Available from: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3168/2431>>. Access in: 20 jan. 2017.

FREITAS, J.G.; NIELSON, S.E.; PORTO, C.C. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v.3, n.1, p.75-84, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4782.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

GERHARDT, P.C.; BORGHI, A.C.; FERNANDES, C.A.M.; MATHIAS, T.A.F.; CARREIRA, L. Trends in hospitalization for diabetes mellitus and systemic arterial hypertension in the elderly. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.21, n.4, p.01-09, 2016. Available from: <[https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44912/pdf\\_en](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44912/pdf_en)>. Access in: 17 jun. 2018

HANUS, J.S.; AMBONI, G.; ROSA, M.I.; CERETTA, L.B.; TUON, L. The quality and characteristics of sleep of hypertensive patients. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.49, n. 4, p. 596-602, 2015. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/0080-6234-reeusp-49-04-0596.pdf>>. Access in: 18 aug. 2018.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017** [NANDA International]. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.G. **Delineando a pesquisa clínica**. 4ª ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2015.

JAMES, P.A.; OPARIL, S.; BARRY, L.C.; CUSHMAN, W.C.; CHERYL, D.; HANDLER, J.; LACKLAND, D.T.; LEFEVRE, M.L.; MACKENZIE, T.D.; OGEDEGBE, O.; SMITH JR, S.C.; SVETKEY, L.P.; TALER, S.J.; TOWNSEND, R.R.; WRIGHT JR, J.T.; NARVA, A.S.; ORTIZ, E. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). **JAMA**, Chicago, v.311, n.5, p.507–20, 2014. Available from: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1791497>>. Access in: 31 maio 2018.

KNEBEL, I.L.; MARIN, A.H. Fatores psicossociais associados à doença cardíaca e manejo clínico psicológico: percepção de psicólogos e pacientes. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 112-131, 2018. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v21n1/v21n1a07.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

LAISSAOUI, A.; ALLEM, R. The eating habits of patients with Type 2 diabetes in Algeria. **Pak. J. Med. Sci.**, Saddar, v.32, n.2, p.289-293, 2016. Available from: <<https://www.pjms.com.pk/index.php/pjms/article/view/9266/4130>>. Access in: 18 aug. 2018.

LIMA, M.A.C.; CUNHA, G.H.; GALVÃO, M.T.G.; ROCHA, R.P.; FRANCO, K.B.; Fontenele, M.S.M. Systemic Arterial Hypertension in people living with HIV/AIDS: integrative review. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.70, n.6, p.1309-1317, 2017. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/0034-7167-reben-70-06-1309.pdf>>. Access in: 31 maio 2018.

LIMA, C.L.J.; FERREIRA, T.M.C.; OLIVEIRA, P.S.; FERREIRA, J.D.L.; SILVA, E.C.; COSTA, M.M.L. Characterization of users at risk of developing diabetes: a cross-sectional study. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.71, Suppl 1, p.475-482, 2018. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/0034-7167-reben-71-s1-0475.pdf>>. Access in: 31 maio 2018.

LIMA, D.B.S.; MOREIRA, T.M.M.; BORGES, J.W.P.; RODRIGUES, M.T.P. Association between treatment compliance and different types of cardiovascular complications in arterial hypertension patients. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 01-09, 2016. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000300302](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300302)>. Access in: 5 fev. 2017.

MACHADO, A.L.G. **Efeito do círculo de cultura na adesão ao tratamento e no letramento em saúde de idosos hipertensos**. 2015.135 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/14608>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

MACHADO A.L.G.; GUEDES I.H.; COSTA, K.M.; BORGES, F.M.; SILVA, A.Z.S.; VIEIRA, N.F.C. Clinical and epidemiological profile and adhesion to the treatment of elderly hypertension. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v.11, n.12, p.4906-4912, 2017. Available from:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22996/25302>>. Access in: 18 aug. 2018.

MAGALHÃES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n. 6, p. 1767-1775, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000601767](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601767)>. Acesso em: 5 fev. 2017.

MAGNABOSCO, P.; TERAOKA, E.C.; OLIVEIRA, E.M.; FELIPE, E.A.; FREITAS, D.; MARCHI-ALVES, L.M. Comparative analysis of non-adherence to medication treatment for systemic arterial hypertension in urban and rural populations. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.23, n.1, p.20-27, 2015. Available from: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/100026/98616>>. Access in: 23 maio 2018.

MARIN, N.S.; SANTOS, M.F.; MORO, A.S. Perception of hypertensive patients about their non-adherence to the use of medication. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.50, n.esp, p.061-067, 2016. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v50nspe/0080-6234-reusp-50-esp-0061.pdf>>. Access in: 23 maio 2018.

MARTINS, A.G.; CHAVAGLIA, S.R.R.; OHL, R.I.B.; MARTINS, I.M.L.; GAMBA, M.A. Compliance with outpatient clinical treatment of hypertension. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.24, n. 3, p. 266-272, 2014. Available from: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/en\\_1982-0194-ape-027-003-0266.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/en_1982-0194-ape-027-003-0266.pdf)>. Access in: 17 jan. 2017.

MARTINS, L.C.G.; LOPES, M.V.O.; GUEDES, N.F.; NUNES, M.M.; DINIZ, C.M.; CARVALHO, P.M.O. Sedentary lifestyle in individuals with hypertension. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.68, n. 6, p; 697-704, 2015. Available from: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/en\\_0034-7167-reben-68-06-1005.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/en_0034-7167-reben-68-06-1005.pdf)>. Access in: 23 maio 2018.

MENDES, L.V.P.; LUIZA, V.L.; CAMPOS, M.R. Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 6, p.1673-1684, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01673.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2018.

MENDES, C.R.S.; MIRANDA, M.D.C.; LIMA, F.E.T.; BRITO, E.A.W.; FREITAS, I.; MATIAS, E.O. Self-care practice of patients with arterial hypertension in primary health care. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.17, n.1, p.52-9, 2016. Available from: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2638/2025>>. Access in: 28 maio 2018.

MENEZES, T.N.; OLIVEIRA, E.C.T.; FISCHER, M.A.T.S.; ESTEVES, G.H. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. **Rev. Port. Saúde Pública**, Lisboa, v.34, n.2, p.117-124, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v34n2/v34n2a03.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

MENGUE, S.S.; BERTOLD, A.D.; RAMOS, L.R.; FARIAS, M.R.; OLIVEIRA, M.A., TAVARES, N.U.L.; ARRAIS, P.S.D.; LUIZA, V.L.; PIZZOL, T.S.D. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.50, supl

2, 8s, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt\\_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006154.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006154.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2018.

MORAIS, P.C.A.; MOREIRA, R.P.; LIMA, P.A.; SILVA, M.G.F.; FERREIRA, J.D.F.; ROUBERTE, E.S.C. Blood pressure, heart diseases and lifestyles of elderly. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.16, n.5, p.722-730, 2015. Available from: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2840/2205>>. Access in: 23 maio 2018.

MOURA, P.C.; BRAGA, L.M.; DOMINGOS, C.S.; RODRIGUES, N.V.; CORREIA, M.D.L.; OLIVEIRA, L.V.A. Diagnoses and nursing Interventions in hypertensive and diabetic individuals according to Orem's Theory. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.15, n.6, p.1039-1046, 2014. Available from: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1820>>. Access in: 17 jan 2017.

MOURA, A.A.; GODOY, S.; CESARINO, C.B.; MENDES, I.A.C. Factors determining non-adherence to hypertension treatment. **Enfermería Global**, Murcia, v.15, n.3, p.27-38, 2016. Available from: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/219601/193461>>. Access in: 15 jan. 2017.

MUNIZ, E.C.S.; GOULART, F.C.; LAZARINI, C.A.; MARIN, M.J.S. Analysis of medication use by elderly persons with supplemental health in surance plans. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2017; v.20, n.3, p.374-386, 2017. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n3/1809-9823-rbagg-20-03-00374.pdf>>. Access in: 17 jun. 2018.

NIETSCHE, E.A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do/a enfermeiro**. 1ª ed. Porto Alegre (RS): Moriá, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Plano estratégico da Organização Pan Americana de Saúde, 2014 – 2019**. Washington, DC: OPAS, 2014.

PAYAB, M.; KELISHADI R.; QORBANI, M.; MOTLAGH, M.E.; RANJBAR, S.H.; ARDALAN, G.; ZAHEDI, H.; CHINIAN, M.; ASAYESH, H.; LARIJANI, B.; HESHMAT, R. Association of junk food consumption with high blood pressure and obesity in Iranian children and adolescents: the Caspian IV study. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 91, n.2, p. 196-205, 2015. Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755714001570>>. Access in: 18 aug. 2018.

PEREIRA, IMO. Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Liph Science**, Uberaba, v.2, n.2, p.21-40, 2015. Disponível em: <<http://www.liphscience.com/submissoes/6xG7xU61o2FeJ6es.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2018.

PIERIN, A.M.G.; SILVA, S.S.B.E.; COLÓSIMO, F.C.; TOMA, G.A.; SERAFIM, T.S.; MENEGHIN, P. Chronic and asymptomatic diseases influence the control of hypertension treatment in primary care. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v.50, n.5, p.763-770, 2016.

Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v50n5/0080-6234-reusp-50-05-0764.pdf>>. Access in: 23 maio 2018.

PINHO, N.A.; OLIVEIRA, R.C.B.; PIERIN, A.M.G. Hypertensive patients with and without kidney disease: assessment of risk factors. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. esp, p.99-106, 2015. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000700101&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000700101&script=sci_arttext&tlng=en)>. Access in: 15 fev. 2017.

PIMENTA, F.B.; PINHO, L.; SILVEIRA, M.F.; BOTELHO, A.C.C. Factors associated with chronic diseases among the elderly receiving treatment under the Family Health Strategy. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.8, p.2489-2498, 2015. Available from: <[http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/en\\_1413-8123-csc-20-08-2489.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/en_1413-8123-csc-20-08-2489.pdf)>. Access in: 31 maio 2018.

PORTELA, P.P.; MUSSI, F.C.; GAMA, G.G.G.; SANTOS, C.A.S.T. Factors associated with lack of blood pressure control in men. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.29, n.3, p. 307-15, 2016. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000300307&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000300307&script=sci_arttext&tlng=en)>. Access in: 5 fev. 2017.

PORTO e SILVA, M.C.; SALOMÉ, G.M.; MIGUEL, P.; BERNARDINO, C.; EUFRÁSIO, C.; FERREIRA, L.M. Evaluation of feelings helplessness and body image in patients with burns. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 10, n.6, p.2134-2140, 2016. Available from: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/8492>>. Access in: 15 jan. 2017.

RAJPURA, J.; NAYAK, R. Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. **J. Manag. Care. Pharm.**, Alexandria, v.20, n.1, p.58-65, 2014. Available from: <<https://www.jmcp.org/doi/pdf/10.18553/jmcp.2014.20.1.58>>. Access in: 23 maio 2018.

RASELLA, D.; HARHAY, M.O.; PAMPONET, M.L.; AQUINO, R.; BARRETO, M.L. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nation wide analysis of longitudinal data. **BMJ**, Reino Unido, 348:g4014, 2014. Available from: <<https://www.bmj.com/content/bmj/349/bmj.g4014.full.pdf>>. Access in: 23 maio 2018.

RAYMUNDO, A.C.N.; PIERIN, A.M.G. Adherence to anti-hypertensive treatment within a chronic disease management program: A longitudinal, retrospective study. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.48, n.5, p.809-817, 2014. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000500811](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500811)>. Access in: 6 fev. 2017.

RÊGO, A.S.; RADOVANOVIC, C.A.T. Adherence of hypertension patients in the Brazil's Family Health Strategy. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.71, n.3, p.1030-1037, 2018. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000200257](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200257)>. Access in: 19 jun. 2018

RODRIGUES, M.T.P. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: desenvolvimento de um instrumento avaliativo com base na Teoria da Resposta ao Item (TRI)**. 2012. 163 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR, Fortaleza, 2012.

RODRIGUES, M.T.P.; MOREIRA, T.M.M.; ANDRADE, D.F. Elaboration and validation of instrument to assess adherence to hypertension treatment. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.2, p. 1-9, 2014. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102014000200232&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102014000200232&script=sci_arttext&tlng=en)>. Access in: 15 jan. 2017.

SALOMÉ, G.M., ALVES, S.G.; COSTA, V.F.; PEREIRA, V.R.; FERREIRA, L.M. Feelings of powerlessness and hope for cure in patients with chronic lower-limb ulcers. **J. Wound Care**, Londres, v.22, n.6, p. 300-302, 2013.

SARAIVA, L.E.F.; MEDEIROS, L.P.; MELO, M.D.M.; TIBURCIO, M.P.; COSTA, I.K.F.; TORRES, G.V. Chronic health conditions related to quality of life for federal civil servants. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.36, n.2, p. 35-41, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000200035](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000200035)>. Access in: 23 jan. 2017.

SCALA, L.C.; MAGALHÃES, L.B.; MACHADO, A. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica**. In: MOREIRA, S.M.; PAOLA, A.V.; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2015.

SCHEAFFER, R.L.; MENDENHALL, W.; OTT, L. **Elementos de Muestreo**. 6ª Edición, Madrid, 2007.

SENA, A.J.; GUGICK, J.F.B.; RADOVANOVIC, C.A.T.; BARRETO, M.S. Blood Pressure Elevation in Patients Assisted in an Emergency Unit: cross-sectional study. **Online Braz. J. Nurs.**, Niterói, v.13, n.4, p. 568-578, 2014. Available from: <[https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4627/pdf\\_329](https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4627/pdf_329)>. Access in: 17 jun. 2018

SILVA, A.P.; AVELINO, F.V.S.D.; SOUSA, C.L.A.; VALLE, A.R.M.C.; FIGUEIREDO, M.L.F. Factors associated with non-adherence to treatment of hypertension: an integrative review. **J. res.: fundam. care. online**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.4047-4055, 2016a. Available from: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5019/pdf\\_1833](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5019/pdf_1833)>. Access in: 17 jan. 2017.

SILVA, R.L.D.T.; BARRETO, M.S.; ARRUDA, G.O.; MARCON, S.S. Evaluation of the care program implementation to people with high blood pressure. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.69, n.1, p.79-87, 2016b. Available from: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en\\_0034-7167-reben-69-01-0079.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0079.pdf)>. Access in: 31 maio 2018.

SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.67, n.1, p.111-118, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672014000100111&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000100111&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 6 fev. 2017.

SILVA, R.A.; MARTINS, A.K.L.; CASTRO, N.B.C.; VIANA, A.V.; BUTCHER, H.K.; SILVA, V.M. Analysis of the concept of powerlessness in individuals with stroke. **Invest.**

**Educ. Enferm.**, Medellín, v.35, n.3, p.306-319, 2017. Available from: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105254406007>>. Access in: 18 aug. 2018.

SILVA, J.V.M.; MANTOVANI, M.F.; KALINKE, L.P.; ULBRICH, E.M. Hypertension and Diabetes Mellitus Program evaluation on user's view. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.68, n.4, p.626-32, 2015. Available from: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/en\\_0034-7167-reben-68-04-0626.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/en_0034-7167-reben-68-04-0626.pdf)>. Access in: 23 maio 2018.

SILVA, S.S.B.E.; OLIVEIRA, S.F.S.B.; PIERIN, A.M.G. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v.50, n.1, p.50-58, 2016. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/0080-6234-reeusp-50-01-0050.pdf>>. Access in: 23 maio 2018.

SILVEIRA, E.A.; VIEIRA, L.L.; SOUZA, J.D. Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 903-912, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0903.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

SIQUEIRA, D.S.; RIEGEL, F.; TAVARES, J.P.; CROSSETTI, M.G.O.; GOES, M.G.O.; ARRUDA, L.S. Characterisation of patients with hypertensive crisis admitted to an emergency hospital. **Rev. Enferm. Referência**, Coimbra, série IV, n.5, p.27-36, 2015. Available from: <[file:///C:/Users/beatr/Downloads/3\\_Rev.\\_Enf.\\_Ref.\\_RIV14057\\_english.pdf](file:///C:/Users/beatr/Downloads/3_Rev._Enf._Ref._RIV14057_english.pdf)>. Access in: 19 jun. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. v.107, n.3, supl.3, 2016.

SOTO, P.H.T.; RAITZ, G.M.; BOLSONI, L.L.; COSTA, C.K.F.; YAMAGUCHI, M.U.; MASSUDA, E.M. Morbidity and hospitalization costs of chronic diseases for the Unified National Health System. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.16, n.4, p.567-575, 2015. Available from: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2731/2115>>. Access in: 23 maio 2018.

SOUZA, N.P.G.; OLIVEIRA, Y.M.O.; GIRÃO, A.L.A.; SOUZA, L.M.S.; MANIVA, S.J.C.F.; FREITAS, C.H.A. Adoecimento por hipertensão arterial e Diabetes Mellitus: concepções de um grupo de pacientes hospitalizados. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p. 52-57, 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a09.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

SOUZA, C.S.; STEIN, A.T.; BASTOS, G.A.N.; PELLANDA, L.C. Blood Pressure Control in Hypertensive Patients in the "Hiperdia Program": A Territory-Based Study. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.102, n.6, p.571-578, 2014. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4079021/pdf/abc-102-06-0571.pdf>>. Access in: 31 maio 2018.

TAVARES, D.M.S.; GUIMARÃES, M.O.; FERREIRA, P.C.S.; DIAS, F.A.; MARTINS, N.P.F.; RODRIGUES, L.R. Quality of life and accession to the pharmacological treatment among elderly hypertensive. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.69, n.1, p.122-129, 2016.

Available from: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en\\_0034-7167-reben-69-01-0134.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0134.pdf)>. Access in: 23 maio 2018.

TOUSO, M.F.S.; GONÇALVES, N.E.X.M.; FERRAUDO, A.S.; VASSIMON, H.S. Emotional and psychological difficulties of individuals with diabetes mellitus. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v.10, n.2, p.524-530, 2016. Available from: <<http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10985/12330>>. Access in: 23 jan 2017.

VITORINO, G.F.A.; OLIVEIRA, M.I.; ARAÚJO, H.V.S.; BELO, R.M.O.; FIGUEIRÊDO, T.R.; BEZERRA, S.M.M.S. Health profile and quality of life of elderly with hypertension. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.16, n.6, p.900-907, 2015. Available from: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2887/2249>>. Access in: 23 maio 2018.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cardiovascular Diseases (CVDs)**, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>>. Acesso em: 20 dez. 2016

## **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**Você está sendo convidado por Beatriz da Silva Lima como participante da pesquisa intitulada “Influência do sentimento de impotência na adesão ao tratamento anti-hipertensivo”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.**

Nesta pesquisa serão coletadas informações sobre você, o seu tratamento e como se sente quanto à sua capacidade para segui-lo. As informações serão coletadas em sala reservada no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH) por meio de 41 perguntas, durante 15 minutos aproximadamente, com autorização do responsável pela instituição.

Comprometo-me a garantir o seu direito de não ser identificado por meio dos dados fornecidos, exceto aos responsáveis pela pesquisa; de acesso às informações coletadas; e à liberdade de continuar ou encerrar sua participação no estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sem qualquer prejuízo à sua saúde e ao seu atendimento nesta instituição. Não será oferecido nenhum pagamento ou gratificação pela participação na pesquisa.

Como as informações serão coletadas em entrevista, os riscos serão mínimos e, caso se detecte situações de constrangimento com crise de choro ou recusa para falar, a coleta será interrompida e o paciente receberá apoio da pesquisadora. A pesquisa não trará prejuízos para a instituição e beneficiará a melhoria do cuidado oferecido às pessoas com hipertensão arterial.

Os resultados serão apresentados ao Curso de Mestrado e divulgados em publicações de artigos científicos e eventos para profissionais estudiosos do assunto.

Espero contar com sua cooperação e agradeço pela atenção. Estou à disposição nos seguintes contatos: e-mail: [beatrizsl@hotmail.com](mailto:beatrizsl@hotmail.com) / Tel: (85) 996259899.

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

**Nome: Beatriz da Silva Lima**

**Instituição: Departamento de Enfermagem – Universidade Federal do Ceará**

**Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo.**

**Telefones para contato: (85) 9 96259899**

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ anos, RG: \_\_\_\_\_, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

	____/____/____	
Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura

Beatriz da Silva Lima	____/____/____	
Nome da pesquisadora	Data	Assinatura

	____/____/____	
Nome da testemunha	Data	
Assinatura		
(se o participante não souber ler)		

	____/____/____	
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**  
**PRIMEIRA PARTE – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS**

<b>VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	
1. Sexo: 1Masculino 2Feminino	1_____
2. Idade: 1>18 anos 2≥60 anos 2_____	
3. Escolaridade: 0nenhum/analfabeto 6nível técnico incompleto 3_____ 1alfabetizado 7nível técnico completo 2ensino fundamental incompleto 8ensino superior incompleto 3ensino fundamental completo 9ensino superior completo 4ensino médio incompleto 10pós-graduação incompleta 5ensino médio completo 11pós-graduação completa	
4. Ocupação: 1empregado4Outros 7autônomo 4_____ 2desempregado5aposentado por invalidez 3do lar6aposentado/pensionista	
5. Renda mensal R\$:0 sem renda (dependente de parentes)3>1 a 2 salários mínimos 5_____ 1<1 salário mínimo 4>2 salários mínimos 2 1 salário mínimo	
6. Estado civil: 1solteiro, s/ relacionamento fixo 6_____ 2solteiro, c/ relacionamento fixo 3casado 4união estável 5separado ou divorciado, mas namorando ou se relacionando com alguém 6separado ou divorciado, mas sem namorar ou se relacionar com alguém 7viúvo(a)	
7. N° de pessoas que residem em sua casa: 1 mora sozinho(a) 4 7 a 9 7_____ 2 1 a 3 5>10 3 4 a 6	
8. Religião 1 Católica 6 Umbanda, quimbanda ou candomblé 8_____ 2 Cristã protestante 7 Budismo 3 Mórmon 8 Agnóstico 4 Testemunha de Jeová 9 Não tem religião, mas acredita na existência de Deus 5 Espírita 10 Ateu	
<b>VARIÁVEIS CLÍNICAS</b>	
9. Grupos 1Pessoas c/ hipertensão 2Pessoas c/ hipertensão e diabetes 9____	
10. Apresenta diagnósticos associados? 10_____ 10.1_____ 10.2_____ 10.3_____ 10.4_____ 0não 1sim 10.1( ) Infarto agudo do miocárdio 10.3( ) Doença arterial coronariana 10.2( ) Acidente vascular cerebral 10.4( ) Insuficiência renal aguda ou crônica	
11. Tempo de diagnóstico da hipertensão arterial (em anos): 11_____ 1 <1 ano 3 11 a 20 anos 2 1 a 10 anos 4 >20 anos	
12. No último ano quantas crises de hipertensão arterial você apresentou? 12_____ 0 nenhuma 2 11 a 20 crises 1 1 a 10 crises 3 >20 crises	
13. No último ano quantas internações ocorreram? 13_____ 0 nenhuma 2 11 a 20 internações 1 1 a 10 internações 3 >20 internações	

<b>14. Se ocorreu internação, qual o motivo?</b>		<b>14</b> _____
<b>0</b> não se aplica	<b>11</b> Tontura/síncope	
<b>1</b> Hipoglicemia	<b>12</b> Complicações cardiovasculares	
<b>2</b> Hiperglicemia	<b>13</b> Complicações neurológicas	
<b>3</b> Hipotensão	<b>14</b> Complicações respiratórias	
<b>4</b> Hipertensão	<b>15</b> Complicações hidroeletrolíticas	
<b>5</b> Glicemia e pressão alteradas	<b>16</b> Chikungunya	
<b>6</b> Crise hipertensiva	<b>17</b> Queda	
<b>7</b> Cirurgia	<b>17</b> Pé diabético	
<b>8</b> Câncer	<b>18</b> Ferimento	
<b>9</b> Inflamação	<b>19</b> Síndrome do túnel do carpo	
<b>10</b> Infecção	<b>20</b> Abuso de álcool	
<b>VARIÁVEIS SOBRE O TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO</b>		
<b>15. Tempo de tratamento (ano):</b>		<b>15</b> _____
<b>1</b> <1 ano	<b>3</b> 11 a 20 anos	
<b>2</b> 1 a 10 anos	<b>4</b> >20 anos	
<b>16. Número de medicamentos de uso diário:</b>		<b>16</b> _____
<b>0</b> não sabe/não está com a receita	<b>2</b> 11 a 20 medicamentos	
<b>1</b> 1 a 10 medicamentos	<b>3</b> >20 medicamentos	
<b>17. Número de medicamentos anti-hipertensivos de uso diário:</b>		<b>17</b> _____
<b>0</b> não sabe/não está com a receita	<b>2</b> 11 a 20 medicamentos	
<b>1</b> 1 a 10 medicamentos	<b>3</b> >20 medicamentos	
<b>18. Número de consultas para controle da hipertensão arterial no último ano:</b>		<b>18</b> _____
<b>0</b> nenhuma	<b>2</b> 5 a 10 consultas	
<b>1</b> 1 a 4 consultas	<b>3</b> >10 consultas	



**APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**  
**TERCEIRA PARTE – INSTRUMENTO DE MEDIDA DO SENTIMENTO DE**  
**IMPOTÊNCIA**

	<b>AFIRMATIVA</b>	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1	As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.					
2	Sinto-me em condições de alcançar o meu objetivo.					
3	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.					
4	Sinto que tenho disposição para participar do meu cuidado					
5	Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.					
6	Nada que eu fizer pode mudar a situação em que me encontro.					
7	Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada					
8	Sinto que as minhas opiniões podem contribuir nas decisões sobre minha saúde.					
9	Sinto-me capaz de cuidar de mim.					
10	Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.					
11	Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.					
12	Meu corpo ainda obedece ao meu comando.					

Fonte: BRAGA, C.G. **Construção e validação de um instrumento para avaliação do “sentimento de impotência”**. 2004. 241 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-25042006-141140/pt-br.php>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

## ANEXO A

---

Solicitação de dados - hipertensão (Marília) Entrada x

---

 **beatrizslima@gmail.com** 24 de jan ☆  
Marília, como conversamos solicito número de pacientes hipertensos e hiperten...

---

 **Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão** <educidh@gmail.com> 24 de jan ☆  
para mim ▾

Boa tarde Beatriz!  
Segue sua solicitação:  
Pacientes hipertensos e hipertensos + diabéticos com prontuário aberto q receberam atendimento 02/01/2016 a 23/01/2017: 936 hipertensos  
4633 DM + HAS

Abç  
Marília

...

---

Em 24 de janeiro de 2017 10:07, <[beatrizslima@gmail.com](mailto:beatrizslima@gmail.com)> escreveu:

Marília, como conversamos solicito número de pacientes hipertensos e hipertensos com diabetes atendidos no centro no último ano (ou mais recente que você conseguir). Pode enviar discriminado nas duas categorias.

Agradeço a atenção.  
Bom dia.

---

## ANEXO B

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Influência do sentimento de impotência na adesão ao tratamento anti-hipertensivo

**Pesquisador:** BEATRIZ DA SILVA LIMA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 72456217.8.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.266.771

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de dissertação caracterizado por um estudo correlacional, preditivo, transversal a ser realizado no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH). A população do estudo será composta pelos pacientes que atendam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. São critérios de inclusão do estudo: apresentar diagnóstico médico de hipertensão arterial, associada ou não a Diabetes Mellitus; de ambos os sexos; e idade igual ou superior a 18 anos. Serão excluídos participantes que estejam sendo atendidos como primeira consulta em um programa de tratamento de hipertensão arterial e demonstrar constrangimento mediante crise de choro, mutismo ou mesmo recusa durante a apresentação do instrumento de coleta. A amostra será estratificada em dois grupos: 50 pessoas com hipertensão e 245 pessoas com hipertensão e diabetes. A coleta de dados será feita em local reservado diretamente com a fonte primária. A pesquisadora terá auxílio de outros participantes na coleta, os quais são alunos de Graduação em Enfermagem bolsistas de iniciação em pesquisa. Para serem colaboradores na pesquisa, os alunos de graduação serão devidamente treinados pela pesquisadora e pela orientadora sobre os propósitos da pesquisa e princípios da entrevista para coleta de dados, com aplicação dos instrumentos adotados, a fim de padronizar o preenchimento dos instrumentos e evitar interpretações equivocadas de seus achados. A coleta será com um instrumento constituído de

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE **Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.206.771

três partes: características sociodemográficas e clínicas, Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial - QATHAS e Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência. Para o estudo, serão realizadas análises descritiva e inferencial.

**Objetivo da Pesquisa:**

Primário: Analisar a influência do sentimento de impotência na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Específicos: Conhecer o sentimento de impotência. Averiguar o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Verificar a existência de associação entre sentimento de impotência e as características sociodemográficas, clínicas e de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: A pesquisa oferece risco mínimo aos participantes. Segundo o pesquisador principal, caso se detecte situações de constrangimento mediante crise de choro, mutismo ou mesmo recusa, a coleta será interrompida e o paciente receberá apoio da proponente.

Benefícios: Conhecimento que ajudará a aperfeiçoar o cuidado oferecido às pessoas com hipertensão arterial.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para área de enfermagem clínica. Objeto de pesquisa está bem descrito e os objetivos são claros e pertinentes. Metodologia com adequado detalhamento dos participantes, instrumentos e procedimento de coleta. Aspectos éticos informados e de acordo com a Resolução 466/12.

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

Todos os demais termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

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

A pesquisa não apresenta pendências éticas ou documentais.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

<b>Endereço:</b> Rua Cel. Nunes de Melo, 1000	<b>CEP:</b> 60.430-275
<b>Bairro:</b> Rodolfo Teófilo	
<b>UF:</b> CE	<b>Município:</b> FORTALEZA
<b>Telefone:</b> (85)3366-8344	<b>E-mail:</b> comape@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.266.771

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_929597.pdf	01/08/2017 20:30:28		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisadores_projeto.pdf	01/08/2017 20:28:53	BEATRIZ DA SILVA LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	01/08/2017 20:28:40	BEATRIZ DA SILVA LIMA	Aceito
Orçamento	Orcamento_projeto.pdf	01/08/2017 20:28:06	BEATRIZ DA SILVA LIMA	Aceito
Cronograma	Cronograma_projeto.pdf	01/08/2017 20:27:48	BEATRIZ DA SILVA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_.pdf	01/08/2017 20:27:07	BEATRIZ DA SILVA LIMA	Aceito
Outros	RESPONSABILIDADE.jpg	27/06/2017 21:32:43	BEATRIZ DA SILVA LIMA	Aceito
Outros	ENCAMINHAMENTO.jpg	27/06/2017 21:31:49	BEATRIZ DA SILVA LIMA	Aceito
Outros	Lattes_thelma.pdf	27/06/2017 21:30:09	BEATRIZ DA SILVA LIMA	Aceito
Outros	Lattes_Beatriz.pdf	27/06/2017 21:29:22	BEATRIZ DA SILVA LIMA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	27/06/2017 21:26:39	BEATRIZ DA SILVA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AUTORIZACAO.pdf	27/06/2017 21:17:19	BEATRIZ DA SILVA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANUENCIA.pdf	26/06/2017 18:23:33	BEATRIZ DA SILVA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DEPOSITARIO.pdf	26/06/2017 18:22:27	BEATRIZ DA SILVA LIMA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.266.771

FORTALEZA, 11 de Setembro de 2017

---

**Assinado por:**  
**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**CEP:** 60.430-275

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br