

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TALITA RODRIGUES COSTA REIS

**A INDEPENDÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO EM IDOSOS EXERCE  
INFLUÊNCIA SOBRE SUA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO?**

PICOS

2012

TALITA RODRIGUES COSTA REIS

**A INDEPENDÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO EM IDOSOS EXERCE  
INFLUÊNCIA SOBRE SUA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO?**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira

PICOS

2012

---

TALITA RODRIGUES COSTA REIS

**A INDEPENDÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO EM IDOSOS EXERCE  
INFLUÊNCIA SOBRE SUA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO?**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Bacharelado em Enfermagem da  
Universidade Federal do Piauí como requisito  
parcial para obtenção do título de Bacharel em  
Enfermagem.

Aprovada em: 29/10/12

BANCA EXAMINADORA

Andressa Suelly Saturnino de Oliveira

Profª. Ms. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira (Orientadora)

Universidade Federal do Piauí - UFPI

Marília Braga Marques

Profª. Ms. Marília Braga Marques (1º Membro Efetivo)

Universidade Federal do Piauí - UFPI

Ana Larissa Gomes Machado

Profª. Ms. Ana Larissa Gomes Machado (2º Membro Efetivo)

Universidade Federal do Piauí - UFPI

## FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

R375i Reis, Talita Rodrigues Costa.

A Independência para o autocuidado em idoso exerce  
influência sobre sua adesão ao tratamento antihipertensivo?  
/ Talita Rodrigues Costa Reis. – 2012.

CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol. (59 p.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade  
Federal do Piauí, Picos, 2012.

Aos meus pais (Raimundo e Izaura), pelo amor incondicional, compreensão e preocupação. À minha orientadora, Profa. Ms. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira, por todos os ensinamentos e pela imensa paciência.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, companheiro de todas as horas, o meu agradecimento inicial e mais profundo, por me conceber a vida, por me dar a família mais preciosa que eu poderia ter e por permitir as escolhas da minha própria história.

À Prof<sup>a</sup>. Ms. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira, pela orientação segura, constante e paciente, como, também, pelas suas sugestões, repartindo comigo seus conhecimentos que foram fundamentais na transformação do meu ideal.

Aos meus queridos pais, por terem me mostrado o verdadeiro significado da palavra FAMILIA, ensinando valores que serão importantes por toda a minha vida. Mãe, obrigada pelas expressões de amor e aconchego, por me dar força quando pensei em desistir, por me fortalecer quando mais precisei, por ser simplesmente MÃE! Pai, tudo o que hoje sou devo ao senhor, homem trabalhador e de muita fé. Meu PAI, MEU HÉROI! O meu muito obrigada pelos sacrifícios que vocês fizeram em prol da minha educação.

Ao meu irmão Tiago Reis, pelo carinho e força. À minha grande amiga Karla Carvalho por estar presente nos momentos mais especiais da minha vida ao longo de tanto tempo, nossa amizade foi o que nos ajudou a suportar a saudade das pessoas que mais amamos nesse mundo.

Ao meu grande amigo e namorado, Elison Rego, pelos ensinamentos, por me ajudar a qualquer hora, deixando muitas vezes seus compromissos de lado, pela paciência e companheirismo ao longo desse tempo.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva - Saúde do Adulto e do Idoso, pelas múltiplas discussões e escutas, que foram muito importantes nessa caminhada.

Aos funcionários da ESF onde foi realizado o estudo, principalmente às ACS que me ajudaram na coleta de dados.

Agradeço a meus amigos, em especial Fabrizzio Calvante, Wellyda Jessyca e Tatiana Teles, minhas maiores conquistas. Por contribuírem na formação do quem sou hoje e por me darem esperança de um mundo melhor. Obrigada por vocês serem tão especiais.

Agradeço também aos companheiros do curso, que me acompanharam na fase da minha vida universitária.

## RESUMO

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos idosos mostra-se como um dos maiores desafios para os profissionais de saúde. Portanto, é necessário avaliar os fatores que dificultam essa adesão. As complicações acarretadas pela não adesão terapêutica dessa doença podem influenciar diretamente na autonomia e independência dos idosos e, conseqüentemente, na qualidade de vida, uma vez que geram incapacidades, levando à dependência funcional. Objetivou-se analisar a influência da (in)capacidade para realização das atividades de vida diária em idosos com hipertensão arterial. Trata-se de estudo analítico, transversal, quantitativo, realizado com 80 idosos de uma Unidade de Saúde da Família de Teresina-Piauí. A coleta de dados ocorreu de janeiro a abril de 2012, por meio de visita domiciliária, guiada por formulário, que continha o Índice de Katz para avaliação do grau de independência dos idosos para as atividades de vida diária e um instrumento para avaliação da adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética na Universidade Federal do Piauí, com parecer nº 0305.0.059.000-11. Os resultados apontaram que entre os idosos predominaram as mulheres, na faixa etária entre 61 e 69 anos, casadas, com escolaridade de 1 a 8 anos de estudo, com renda familiar de 2 salários mínimos, que residiam com uma mediana de 4 pessoas. Encontrou-se que a total independência para o autocuidado esteve associada à adesão ideal ou não adesão leve ao tratamento anti-hipertensivo ( $p=0,040$ ). Evidenciou-se que as notas de adesão foram maiores para os idosos que eram independentes para banhar-se ( $p<0,0001$ ) e usar o sanitário ( $p=0,025$ ), do que os idosos dependentes para as mesmas atividades. Atividades de vida diária que violam a intimidade do idoso (como banhar-se e usar o sanitário), estando entregues a outrem, podem fazer com que a dependência para o autocuidado seja muito grande e, por conseguinte, desestimulá-lo para a preocupação com a adesão ao tratamento. Neste estudo, pôde-se concluir que idosos independentes para essas atividades, em específico, apresentaram melhores níveis de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, por poderem ainda realizar as atividades que não expõem sua intimidade. Sendo assim, ainda se sentem confiantes para autocuidar-se e, portanto, aderir melhor ao tratamento, seja relacionado ao estilo de vida ou à medicação.

**Palavras chave:** Autocuidado. Avaliação geriátrica. Atividades cotidianas. Hipertensão. Cooperação do paciente.

## ABSTRACT

Adherence to antihypertensive treatment for the elderly shows up as one of the biggest challenges for health professionals. Therefore, it is necessary to evaluate the factors that hinder the accession. The complications brought about by non-adherence therapy of this disease can directly influence the autonomy and independence of older people and hence the quality of life, since they generate disability, leading to functional dependence. This study aimed to examine the association between self care and treatment adherence in elderly patients with hypertension. It is analytical, cross-sectional, quantitative, conducted with 80 elderly of a Family Health Unit of Teresina, Piauí. Data collection occurred from January to April 2012, through home visits, guided by form, which contained the Katz Index for assessing the degree of independence of seniors to activities of daily living and an instrument for assessing compliance of elderly to antihypertensive treatment. The study was approved by ethics committees at the Federal University of Piauí, with opinion No. 0305.0.059.000-11. The results showed that among the elderly were female, aged between 61 and 69 years old, married, with schooling 1-8 years of study, with a family income of two minimum wages, living with a median of 4 people. It was found that the total independence for self care was associated with optimal adherence or non-adherence leads to antihypertensive treatment ( $p = 0,040$ ). It was evident that the notes were greater adhesion to the elderly who were independent for bathing ( $p < 0,0001$ ) and using the toilet ( $p = 0,025$ ), the dependent for the same activities. Daily activities that violate the privacy of the elderly (such as bathing and using the toilet) being delivered to others, may cause addiction is very large and therefore discourage you for the concern with adherence to treatment. In this study, we concluded that these activities for independent seniors, in particular, had higher levels of adherence to antihypertensive treatment, because they can still carry out the activities that do not expose their intimacy. So still feel confident to take care of themselves and thus adhere better to treatment is related to lifestyle or medication.

**Keywords:** Self care. Geriatric assessment. Activities of daily living. Hypertension. Patient compliance.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Classificação dos valores do índice de massa corpórea .....	23
<b>Tabela 2</b>	Características sociodemográficas dos idosos com hipertensão arterial sistêmica. Teresina- PI, jan/abr., 2012 .....	25
<b>Tabela 3</b>	Características clínicas dos idosos com hipertensão arterial sistêmica. Teresina- PI, jan/abr., 2012 .....	26
<b>Tabela 4</b>	Médias das notas de adesão do tratamento anti-hipertensivo de acordo com a pressão arterial dos idosos. Teresina-PI, jan./abr., 2012 .....	30
<b>Tabela 5</b>	Média e desvio padrão das notas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos idosos de acordo com a (in) dependência para o autocuidado. Teresina-PI, jan./abr., 2012 .....	31

### FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Avaliação dos idosos quanto à (in) dependência para o autocuidado (realização de AVDs). Teresina-PI, jan./abr., 2012 .....	27
<b>Figura 2</b>	Classificação do índice de Katz para o grau de independência das atividades de autocuidado dos idosos com hipertensão arterial sistêmica. Teresina-PI, jan./abr., 2012 .....	28
<b>Figura 3</b>	Distribuição percentual dos idosos quanto ao grau de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Teresina-PI, jan./abr., 2012 .....	29
<b>Figura 4</b>	Independência para o autocuidado e adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo. Teresina-PI, jan./abr., 2012 .....	30

### QUADRO

<b>Quadro 1</b>	Classificação do grau de (in)dependência de acordo com a realização das AVDs .....	22
-----------------	--	----

## LISTA DE SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DC	Doenças Crônicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IESUS	Informe Epidemiológico do SUS
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PI	Piauí
PSF	Programa de Saúde da Família
SBEM	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
2.1 Geral.....	14
2.2 Específicos.....	14
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
3.1 O cuidado do enfermeiro ao idoso na atenção básica.....	15
3.2 A assistência de enfermagem ao idoso com hipertensão arterial sistêmica.....	16
3.3 Autocuidado de idosos hipertensos.....	18
3.4 Adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos idosos.....	19
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>21</b>
4.1 Tipo e natureza do estudo.....	21
4.2 Período e local do estudo .....	21
4.3 População e amostra do estudo.....	22
4.4 Coleta de dados.....	22
4.5 Análise dos dados.....	24
4.6 Aspectos éticos.....	25
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos .....	26
5.2 Avaliação dos idosos quanto ao autocuidado .....	28
5.3 Adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo .....	30
5.4 Independência para o autocuidado e adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos idosos	31
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>41</b>
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICES.....	50
ANEXOS.....	53

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo trata, preponderantemente, do autocuidado do idoso, abordando-o no controle de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), mais especificamente a hipertensão arterial sistêmica (HAS), enfermidade esta que representa um dos principais fatores de risco para complicações no aparelho cardiovascular.

Verifica-se que as investigações centradas na saúde do idoso, principalmente no autocuidado, têm se mostrado bastante frequentes (ALMEIDA et al., 2008; ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011; SILVA; SANTOS, 2010). Tal fato surge, inicialmente, em virtude do notável aumento da expectativa de vida da população e, por conseguinte, em decorrência da necessidade de aperfeiçoamento dos conhecimentos dos cuidadores (familiares e profissionais) na atenção aos idosos com doenças crônicas (DC), considerando que o cuidado aos idosos se apresenta como atividade constante no cotidiano dos serviços de saúde.

Discorrendo sobre o autocuidado, Celich e Bordin (2008) o descrevem como um conjunto de práticas que os indivíduos utilizam em benefício próprio para auxiliar na execução das atividades de vida diária (AVDs), com o intuito de manter o bem estar.

Embora o autocuidado dos idosos nas doenças associadas à HAS seja de suma importância, existem atualmente alguns entraves que impossibilitam a plenitude deste, ocasionando diminuição de seu alcance, seja no âmbito cultural, socioeconômico ou familiar.

Assim, dispõe Krometsek (2008) sobre a utilização de métodos que viabilizem o autocuidado, apontando as dificuldades encontradas no seu alcance pelo usuário, entre eles destaca-se o sistema de enfermagem totalmente compensatório, que, segundo Orem (1991), consiste na compensação da impossibilidade por parte do indivíduo, seja ela de locomoção autodirigida e controlada ou mesmo por prescrição médica, que inviabilize a execução de determinados tipos de atividades, impedindo que o paciente assuma um papel ativo e relevante no seu autocuidado. Tais usuários dependem, constantemente, do auxílio de outras pessoas para efetivarem a utilização do autocuidado no tratamento de suas enfermidades, como o HAS.

A utilização do autocuidado nos idosos como referencial teórico poderá: prolongar sua expectativa de vida; melhorar a qualidade de vida; diminuir sua permanência nos órgãos de serviço de saúde; minorar os gastos com esse tipo de indivíduo; remeter esses recursos para áreas mais deficientes ou inoperantes da saúde e garantir uma autonomia nas suas AVDs.

Em decorrência do exposto, a sociedade necessita rever seu ponto de vista sobre o envelhecimento, lutando pela fomentação sistemática de recursos para tratamento de enfermidades demasiadamente constantes em idosos, assim como se faz necessário ofertar serviços que atendam integralmente às necessidades desse grupo populacional, com o escopo de mantê-los em nosso meio com funcionalidade e autonomia.

Para que isso ocorra, é essencial que os profissionais de saúde, notadamente os enfermeiros, ofereçam subsídios ao desenvolvimento da competência do idoso para o autocuidado, competência esta que deve ser baseada na ação e atenção que o indivíduo deve ter em prol da sua saúde e bem-estar, com o intuito de preservar sua qualidade de vida e autonomia. Portanto, deve-se focar na prevenção e na educação para o autocuidado dos idosos, ações estas que podem promover significativa mudança no atual cenário.

Acredita-se que os idosos possam apresentar dificuldades de autocuidado em decorrência das fragilidades inerentes ao estágio da vida em que se encontram, associado ao acometimento de DCNTs, que neste estudo se trata da HAS, e que essas dificuldades podem interferir na adesão ao tratamento. Sendo assim, para este trabalho, questiona-se: como a (in) capacidade para realização da AVD pode interferir na adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos com HAS em Teresina-Piauí?

Sabe-se que com o aumento da idade, a prevalência das doenças cardiovasculares eleva o risco atribuível a determinado fator de risco, e o número de eventos que se devem a ele aumenta mais que nos jovens, como é o caso das complicações cardiovasculares associadas à HAS (LIBERMAN, 2007). Após a ocorrência de uma determinada complicação acarretada pelo descontrole da HAS, a pessoa necessita obrigatoriamente, aderir ao tratamento anti-hipertensivo proposto pelos profissionais de saúde, considerando que a HAS se caracteriza como o principal fator de risco para complicações no aparelho cardiovascular, que consiste, basicamente, em modificar hábitos de vida, tanto alimentares como físicos e emocionais.

Segundo Victor et al. (2007), as doenças cardiovasculares foram as causas mais frequentes de internações hospitalares, revertendo em gastos para o SUS, além disso, de acordo com dados do Informe Epidemiológico do SUS (IESUS), a mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi a primeira causa de morte entre os idosos brasileiros nas últimas décadas.

Tais mudanças podem gerar inquietude nos idosos, como praticar exercícios físicos regulares e incorporar hábitos alimentares saudáveis, mantendo equilíbrio entre

qualidade e quantidade. Seus hábitos alimentares podem se tornar moderados e os alimentos serem menos saborosos. Esse processo de mudança pode gerar alterações significativas na qualidade de vida dos idosos, tanto positivas como negativas, do ponto de vista pessoal (STUMM et al., 2009).

Segundo Lyra Júnior et al. (2006), a principal causa da deficiência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo entre os idosos tem relação direta com a falta de informação sobre a terapêutica. Destarte, o enfermeiro precisa motivar o portador a realizar o autocuidado, implementando estratégias de ensino-aprendizagem, estimulando a comunicação do usuário, a fim de que o mesmo verbalize seus problemas.

Assim, durante a experiência nos estágios curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), atentou-se para a necessidade de ressaltar, durante a consulta de enfermagem, a importância do autocuidado com a população idosa, principalmente aquela com HAS, pois tais usuários necessitam, impreterivelmente, de orientações acerca da sua patologia, assim como precisa ser discutida a existência de outros cuidados que podem realizar no dia a dia.

A utilização do conceito do autocuidado pode contribuir de forma significativa para a prática do cuidado de enfermagem a ser oferecido, minimizando os efeitos nocivos dessas patologias, assim como resultará na redução dos gastos efetuados no tratamento destes pacientes, que oneram demasiadamente o Sistema Único de Saúde (SUS). Contribuindo também na melhoria da qualidade de vida da população idosa.

Dessa forma, a relevância do presente estudo consiste em fornecer resultados que possam auxiliar na prática do cuidado de enfermagem, utilizando-se o autocuidado como referencial teórico, a fim de subsidiar o cuidado aos idosos com HAS no que diz respeito a adesão ao tratamento.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar a influência da (in)capacidade para realização das Atividades de Vida Diária e adesão ao tratamento em idosos com hipertensão arterial sistêmica.

### **2.2 Específicos**

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos idosos com hipertensão arterial sistêmica;
- Avaliar o autocuidado de idosos com hipertensão arterial sistêmica;
- Verificar o grau de adesão ao tratamento anti-hipertensivo nos idosos.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 O cuidado do enfermeiro ao idoso na atenção básica**

É cediço que um dos grandes desafios do século XXI é cuidar de uma população que chegará a mais de 32 milhões de idosos, a maioria em nível socioeconômico e educacional baixo, além de possuírem uma alta prevalência de DC (CAMACHO; COELHO, 2010). Tal situação contribui para o crescimento do número de idosos com declínio da capacidade funcional e em situação de dependência parcial ou total.

Reconhecendo-se a importância do envelhecimento populacional no Brasil, foi sancionada, em 4 de janeiro de 1994, a Lei N° 8842 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, considerando-os como aqueles com 60 anos de idade ou mais. Esta lei buscou criar e desenvolver condições para que fosse promovida: a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade. Numa tentativa de valorizar essa faixa etária que necessita de cuidados especiais em virtude da sua hipossuficiência em relação às demais faixas etárias (BRASIL, 1994).

Nessa perspectiva, visando implementar os princípios e diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde instituiu a Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. Tal estratégia tem como objetivo reorientar o modelo de atenção à saúde, estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade através da humanização, o que de certa forma não deixa de ser uma preocupação com a população idosa, que, até mesmo pela dificuldade de locomoção, torna-se parcela da população a ser amplamente atendida por este programa (OLIVEIRA; TAVARES 2010).

Vale ressaltar que os idosos utilizam mais os serviços de saúde, suas taxas de internação são bem mais elevadas e o tempo médio de ocupação do leito é muito maior quando comparados a qualquer outro grupo etário (BERLEZI et al., 2011). Assim, para atender às crescentes demandas da população que envelhece, implementou-se, em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que define que a atenção básica deve ser a porta de entrada para a atenção à saúde do idoso, assim como referência para a rede de serviços especializados de média e alta complexidade. Sucede que, de acordo com a seguinte política, a atenção básica deve estar voltada para o envelhecimento e a saúde da pessoa idosa, tendo como proposta colaborar para incentivar a independência e produtividade cada vez maior dos idosos (COSTA, 2009).



O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) menciona o fato de profissionais da área de saúde que atuam na atenção básica devem estar preparados para trabalhar com a interdisciplinaridade e a integração entre a rede básica e o sistema de referência, de forma que a facilitar o acesso do idoso aos diversos níveis de complexidade.

Corrobora-se e baseia-se tal afirmação nos comentários apontados por Costa e Ciosak (2010), ao relatarem que o idoso precisa de maior agilidade no sistema de saúde, porque o processo de envelhecimento traz como consequência menor expediente para que o mesmo procure os serviços de saúde e desloque-se nos diferentes níveis de atenção. Ressurgindo, assim, o enfoque para a visita domiciliária, que passa a ser estratégia que propicia para os enfermeiros uma maior aproximação com a realidade, constituindo uma oportunidade para alçar as necessidades básicas em cada idoso assistido.

Martins et al. (2009) inferiram, em sua pesquisa, que alguns idosos assumem uma atitude de conformismo em relação as suas necessidades de cuidado, refletida no fato de que, para alguns, a visita domiciliária seria um privilégio e isso mostra desconhecimento e descrença por parte dessa população para com seus direitos.

De acordo com Oliveira e Tavares (2010), no relato da consulta de enfermagem ao idoso na ESF, identificou-se que o número de idosos cadastrados em cada unidade, variou de 152 a 1.000 idosos, enquanto o número de atendimentos realizados aos idosos na ESF gerenciada pelos enfermeiros entrevistados variou de 70 a 500 atendimentos/mês. Em todas as entrevistas o número de atendimento/mês relatados pelos enfermeiros não atingiu o número de idosos cadastrados. Essa dificuldade, refletida na pesquisa, reafirma a necessidade de planejamento em saúde à população idosa e a sobrecarga do enfermeiro.

A Enfermagem, além de propor e implementar ações específicas de cuidado, deve estimular a autonomia e o desenvolvimento do autocuidado dessa população, conforme as necessidades e limitações de cada um, procurando, por meio da visita domiciliária, potencializar as forças existentes na unidade familiar.

### **3.2 Fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica e sua relação com a autonomia do idoso**

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas, mais especificamente a HAS, são encontradas frequentemente entre os idosos. Como comprovação, a literatura científica traz

que existe relação direta e linear da pressão arterial (PA) com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (CESARINO et al., 2008; SBC, 2010).

É importante destacar que a HAS possui etiologia multifatorial e compartilha fatores de riscos modificáveis como: o tabagismo, a obesidade, a dislipidemia, a inatividade física e a alimentação inadequada. Segundo Silva, Caritá e Moraes (2010), existem fatores de risco não modificáveis, que são aqueles que não podem sofrer influência pela ação do profissional de saúde, dessa forma, não podem ser modificados ou excluídos. Compreende-se entre eles: etnia, sexo, idade, história familiar e ocorrência da menopausa.

No tocante aos fatores de risco modificáveis, pesquisa realizada por Costa et al. (2009), que obteve uma amostra de idosos residentes em 27 cidades brasileiras, mostrou altas prevalências de fatores de risco modificáveis e de outros fatores de risco cardiovasculares entre idosos hipertensos e não hipertensos. À exceção do tabagismo, as prevalências dos fatores de risco modificáveis foram semelhantes entre aqueles que informaram diagnóstico prévio para HAS e entre os que negaram essa condição. Isso sugere que os comportamentos prejudiciais à saúde persistiram mesmo após o diagnóstico da doença.

Compara-se a afirmação acima ao relato de Montenegro Neto et al. (2008), que realizaram estudo visando verificar os hábitos de vida da população idosa, inferindo com relação ao estado nutricional que 57,2% dos idosos apresentavam sobrepeso ou obesidade, estas alterações somadas a HAS, representa risco adicional para morte por DC.

De acordo com Zaitune et al. (2006), idosos hipertensos de maior nível de escolaridade reconhecem mais que os de menor escolaridade que a prática de atividade física e o uso de dietas como estratégias de controle da HAS viabilizam melhor qualidade de vida. Justificando-se assim a necessidade de técnicas de prevenção voltadas para esse público em geral; portanto a ESF destaca-se como locus para trabalhar essas questões junto a comunidade.

Conforme estudo realizado por Alves et al. (2007), é indispensável investigar a influência das DCs na capacidade funcional dos idosos, demonstrando em sua pesquisa que a HAS foi a condição crônica mais frequente entre idosos (53,4%), averiguando sua forte influência na diminuição dessa capacidade, pois a presença de HAS aumenta em 39% a chance de o idoso ser dependente nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs).

A prevenção e o controle das DCs podem promover o bem estar dessa população, resultando na manutenção da capacidade funcional e mantendo o indivíduo na comunidade, desfrutando de independência até as idades mais avançadas.

### 3.3 Autocuidado de idosos hipertensos

A enfermagem vem tentando consolidar-se como ciência porque têm utilizado linguagem específica representada pelas teorias de enfermagem que são empregadas na prática do cuidado, ensino e pesquisa; sendo uma das teorias de enfermagem mais influentes no âmbito brasileiro a teoria geral de enfermagem proposta por Dorothea Orem (SANTOS; SARAT, 2008).

Essa teoria é constituída por três constructos teóricos imbricados – autocuidado, déficit de autocuidado e sistema de enfermagem. O autocuidado descreve e explica a prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma necessidade para manter a saúde e o bem estar. O déficit de autocuidado constitui a essência da Teoria Geral do Déficit de Autocuidado, por delinear a necessidade da assistência de enfermagem. E, por último, o sistema de enfermagem que se baseia nas necessidades e nas capacidades do indivíduo para a execução de autocuidado (BUB et al., 2006).

O enfermeiro deve conhecer o indivíduo do qual cuida, sua família em seu contexto de vida, conscientizando-se de suas práticas, crenças e valores. É importante diferenciar o termo “cuidar” de “cuidado”, pois cuidado tem a conotação de zelo e de responsabilidade, enquanto que cuidar significa uma ação dinâmica, pensada e refletida; representa uma atitude integrada pela formação pessoal e profissional (ROCHA et al., 2010).

Conforme a teoria do autocuidado proposta por Orem, o objetivo principal da enfermagem é buscar um envolvimento do ser humano com sua saúde de forma que ele promova o cuidado de si. Como exemplo, o cuidado com o controle da HAS, em especial entre os idosos, que tem constituído um desafio para os profissionais de saúde.

O tratamento da HAS envolve a participação ativa dos hipertensos no sentido de modificar alguns comportamentos prejudiciais à sua própria saúde e assimilar outros que beneficiem sua condição clínica. Em se tratando da população idosa, torna-se mais difícil essa participação devido a fatores culturais, econômicos, pouco conhecimento sobre a doença e tratamento, dentre outros fatores (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

Na prática, a importância do enfermeiro está ligada ao processo de educação, motivando o portador de HAS a realizar o autocuidado. Na maioria das vezes, os portadores de HAS, em particular os idosos, desejam não só esclarecimentos para suas dúvidas, mas, também, de alguém que amenize seus anseios (LYRA JUNIOR et al, 2006).

No estudo de revisão realizado por Schuarich e Crossetti (2010), que avaliou a produção do conhecimento científico de enfermagem, a Teoria do Autocuidado de Orem

esteve presente em 13,5% do total analisado. Acredita-se que a escolha desta teoria se deva por dois motivos: o fato deste referencial possibilitar o desenvolvimento de atitudes que facultem aos indivíduos o autocuidado e devido ao avanço das condições crônicas, o que têm exigido dos indivíduos: a utilização de tratamentos longos; uso de tecnologias no domicílio; reestruturação de estilos de vida, como formas de cuidado de si.

Compete aos profissionais de saúde, especialmente aos enfermeiros, unirem esforços para que se aperfeiçoem as formas de tratamento e autocuidado, considerando os aspectos singulares e culturais de seus clientes (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009).

Lyra Júnior et al. (2006) concluíram em sua revisão que a deficiência da adesão ao tratamento entre os idosos com HAS tem relação direta com diversos fatores associados à falta de informação sobre o tratamento. Nessa perspectiva, o enfermeiro deve programar práticas de cuidado capazes de auxiliar no controle da HAS, incentivando o idoso hipertenso a ter responsabilidade e zelo com seu tratamento, por meio da educação em saúde. Orem (1995) considera a educação para o autocuidado um processo dinâmico que depende da vontade do usuário e da percepção dele sobre sua condição clínica.

### **3.4 Adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos idosos**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), a adesão ao tratamento pode ser considerada como um fenômeno multidimensional, no qual podem estar envolvidos pelo menos 5 fatores: sistema de saúde/equipe de saúde; fatores socioeconômicos; fatores relacionados à terapêutica; fatores relacionados ao paciente; fatores relacionados à doença.

No presente estudo, utilizou-se como referencial teórico para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo o conceito de Araújo e Garcia (1996), frequentemente escolhido por autores de pesquisas em enfermagem com essa temática. Esse conceito traz que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um fenômeno que se evidencia pela participação ativa do paciente no plano terapêutico, considerada o atributo crítico do conceito, uma vez que o paciente não se constitui em um mero cumpridor de recomendações médicas; ao contrário, é visto como sujeito do processo, ou seja, como um ser que toma decisões e assume, juntamente com os profissionais que o assistem, a responsabilidade pelo tratamento.

A baixa adesão ao regime terapêutico afeta todas as faixas etárias. Entretanto, a prevalência do enfraquecimento funcional e cognitivo dos pacientes idosos aumenta o risco da baixa adesão. Múltiplas comorbidades, prescrições médicas complexas e alterações

farmacocinéticas e farmacodinâmicas relacionadas à idade, torna-os mais vulneráveis aos problemas resultantes da não adesão (OMS, 2003).

Em relação à faixa etária, Ungari (2007) mostrou que dentre os pacientes hipertensos que não aderiram ao tratamento, prevaleceram os hipertensos que possuíam idade superior a 60 anos. Corroborando tal informação, o estudo realizado por Helena *et al* (2008), apontou que dentre os pacientes que não aderiram ao tratamento, a prevalência para a não adesão se mostrou difundida na faixa etária entre 50 a 69 anos.

Romero et al. (2010) discorreram em sua pesquisa, com a participação de 57 pacientes idosos com HAS, que houve um índice de 96,5% que confessou seguir o tratamento medicamentoso. Ainda neste estudo, observou-se que o tabagismo e o etilismo não faziam parte do cotidiano dos investigados, além de que 51% dos pacientes entrevistados realizavam alguma atividade física.

Conforme estudo bibliográfico realizado por Lopes et al. (2008), a realização correta do tratamento medicamentoso, citada em cinco estudos, constitui um fator positivo e relevante. Um desses estudos identificou que o aumento do número de medicamentos a serem ingeridos é inversamente proporcional à adesão ao tratamento medicamentoso, ou seja, quanto maior o número de medicamentos usados para o controle da HAS, menor é a adesão a esta forma de tratamento.

Dentre as formas de tratamento, observa-se que a terapia farmacológica se mostra mais aderente entre os hipertensos, quando comparada às mudanças nos hábitos de vida, visto que o uso do medicamento não exige mudanças radicais na vida dos hipertensos e não demanda tempo, além de que, os medicamentos estão à disposição de forma gratuita na rede pública de saúde para o seguimento da terapêutica (PEREIRA, 2011).

Acredita-se que a adesão ao tratamento está atrelada ao papel educacional do profissional junto ao cliente, no que se refere à orientação do autocuidado, e essa relação enfermeiro-paciente, segundo Orem, é fundamental para que ocorram mudanças que colaborem na manutenção ou recuperação da saúde a partir do autocuidado (LEOPARDI, 2006).

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo e natureza do estudo**

O presente estudo é do tipo transversal, analítico, de natureza quantitativa, acerca da associação entre autocuidado e adesão ao tratamento em idosos com HAS.

O tipo de estudo transversal se mostrou apropriado, pois analisa dados em determinado ponto no tempo; isto é, os dados são coletados apenas em uma ocasião com os mesmos assuntos, sem período de seguimento dos participantes. Este tipo de estudo é adequado para descrever as características da amostra no que tange a determinadas variáveis e seus padrões de distribuição, bem como analisar as relações de causa e de efeito a partir das associações entre elas. Dessa forma, também se trata de estudo analítico, pois busca avaliar a existência de associação entre uma exposição (por meio da prática do autocuidado) e um efeito específico (adesão ao tratamento) (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Quanto à natureza quantitativa, caracteriza-se por assegurar a confiabilidade dos achados com quantificação dos dados, principalmente, quando há necessidade de comparação do evento (LEOPARDI, 2002). Segundo Rodriguez (2006), o estudo quantitativo está relacionado à quantificação, análise e interpretação de dados obtidos mediante pesquisa, ou seja, o enfoque da pesquisa está voltado para a análise e a interpretação dos resultados, utilizando-se da estatística. Portanto, empregam-se recursos e técnicas, como medidas de tendência central e testes estatísticos.

### **4.2 Período e local do estudo**

O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) que compõe o PSF do município de Teresina – Piauí, no período de agosto de 2011 a junho de 2012.

Atualmente, Teresina conta com 211 Equipes de Saúde da Família, sendo que destas, 190 estão localizadas na zona urbana e 21 na zona rural e são divididas em três regionais de saúde: centro-norte, leste-sudeste e sul. A unidade que foi pesquisada para realização do presente estudo encontra-se na zona urbana do município, em virtude de apresentar uma quantidade significativa de usuários com HAS cadastrados, além disto, trata-se de região de fácil acesso aos pesquisadores.

Estas unidades fornecem à população um conjunto de ações que abrangem a promoção e proteção da saúde, por meio de serviços de atendimento médico e de

enfermagem. Além destes, algumas unidades oferecem atendimento pelo nutricionista, fisioterapeuta e serviços odontológicos.

### **4.3 População e amostra do estudo**

A população foi composta por todos os idosos com HAS residentes em Teresina e a amostra correspondeu aos idosos com HAS moradores da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família selecionada. Dessa forma, trata-se de amostragem intencional.

Em contato anterior com a Fundação Municipal de Saúde de Teresina, descobriu-se que cada Equipe de Saúde da Família respondia por cerca de 150 idosos cadastrados com HAS, sendo assim, após sorteio da equipe, esperava-se que a amostra fosse composta por cerca de 150 idosos hipertensos. Não houve necessidade de cálculo da amostra, pois a população considerada era inferior a 200 pessoas. Ao final, a amostra foi constituída de 80 idosos elegidos conforme critérios a seguir.

Como critérios de inclusão dos participantes no estudo e para garantir a homogeneidade da amostra, estabeleceu-se que o participante deveria: ter idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, possuir diagnóstico de HAS, residir na área de abrangência da ESF escolhida para o estudo, apresentar-se orientado no tempo e no espaço.

Como critérios de exclusão, estabeleceu-se que seria excluído do estudo o participante que: residia em áreas de difícil acesso ou que oferecesse risco ao pesquisador durante a coleta de dados; estivesse em condições que dificultem a avaliação do índice de massa corpórea (IMC) (cadeirantes e acamados).

### **4.4 Coleta de dados**

No que tange à coleta de dados, ocorreu no período de fevereiro a abril de 2012. Foi realizada na casa dos idosos com HAS (visita domiciliária) que estavam cadastrados no HIPERDIA do município, na área de abrangência da ESF escolhida. Realizou-se aplicação de três formulários (APÊNDICE A, ANEXOS A e B), que algumas vezes, quando necessário, era respondido pelo cuidador/responsável pelo idoso. Segundo Marconi e Lakatos (2006), o formulário deve ser preenchido pelo investigador, consistindo na coleta de informações diretamente do entrevistado.

O primeiro formulário aplicado tratava da investigação das características sociodemográficas e clínicas dos idosos e foi elaborado pela autora do presente estudo (APÊNDICE A).

O segundo instrumento foi o Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária desenvolvido por Katz et al. (1963) (Índice de Katz), instrumento utilizado como referencial, para a classificação da dependência/independência dos idosos no desempenho das atividades relacionadas ao autocuidado (ANEXO A).

De acordo com Lebrão, Andrade e Duarte (2007), o Índice (ou Índice) de Katz consta de um instrumento de medida das AVDs hierarquicamente relacionado e organizado para avaliar a independência no desempenho de seis funções que envolvem: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se e manter controle sobre suas eliminações.

Desse modo o instrumento utiliza uma escala, visando classificar a independência/dependência dos idosos quanto às seis funções citadas anteriormente por meio de classificação alfabética, conforme Quadro 1.

**Quadro 1** - Classificação do grau de (in)dependência de acordo com a realização das AVDs

<b>Índice de AVDs (Katz)</b>	<b>Tipo de classificação</b>
<b>A</b>	Independente para todas as atividades.
<b>B</b>	Independente para todas as atividades menos uma.
<b>C</b>	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
<b>D</b>	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
<b>E</b>	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
<b>F</b>	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
<b>G</b>	Dependente para todas as atividades.
<b>H</b>	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E, e F.

Fonte: Katz et al. (1963)

O terceiro instrumento preenchido foi elaborado e validado por Moreira (2003), constituindo de uma escala a qual foi aplicada para avaliar a adesão ao tratamento da HAS por meio de dez variáveis que compõem o tratamento anti-hipertensivo medicamentoso e de mudança do estilo de vida (ANEXO B).

A pontuação da escala de Moreira (2003) possui valor mínimo de zero e valor máximo de dez, concernentes às seguintes variáveis: consumo adequado de sal; consumo adequado de gordura; IMC; abstinência do fumo; ausência de ingestão alcoólica; prática regular de exercícios físicos; enfrentamento eficaz do estresse; uso adequado do medicamento; comparecimento às consultas/período em que são marcadas na USF; controle da PA. Essa escala permite classificar, assim, a adesão terapêutica em paciente ideal, não adesão leve, não adesão moderada, não adesão grave e não adesão gravíssima.



A PA do participante foi aferida em dois momentos (a primeira aferição deu-se no início do encontro e a segunda ao final deste) com esfigmomanômetro da pesquisadora, previamente calibrado e atestado pelo INMETRO (obedecendo-se o tamanho do manguito adequado à circunferência do braço do participante) e estetoscópio biauricular de uso pessoal. A aferição da PA obedeceu às indicações das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, 2010) (ANEXO C).

Sendo a obesidade um dos principais fatores para a ocorrência de complicações para o sistema cardiovascular, durante a coleta de dados, foram aferidas medidas antropométricas a serem registradas no formulário como peso e altura, com o intuito de calcular IMC do participante, permitindo classificá-lo em indivíduo em baixo peso, peso normal, sobrepeso e obesidade. Utilizou-se a classificação proposta pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), para análise dos valores do IMC, conforme mostrado na Tabela 1.

**Tabela 1** - Classificação dos valores do índice de massa corpórea

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Classificação
< 18,5	Baixo peso
18,5 - 24,9	Normal
25,0 – 29,9	Sobrepeso
30,0 – 39,9	Obesidade
> 40,0	Obesidade Grave

O peso corporal foi aferido em balança digital portátil com capacidade de até 150kg (variação de 0,1kg), após instrução ao participante para se manter ereto, com calcanhares unidos e pés descalços. A estatura foi verificada por meio de fita antropométrica, inextensível (variação de 1mm). A partir de tais medidas foi possível calcular o IMC.

#### 4.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados e analisados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva: cálculo de frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central e de dispersão (média ou mediana e desvio padrão). Para as análises comparativas (associação), utilizou-se como recurso a estatística analítica realizada por meio do: teste Qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) (ou razão de verossimilhança) para variáveis categóricas; *t* de *Student* para verificar a associação entre médias relativas às variáveis

categóricas (dicotômicas). Todas as variáveis foram testadas quanto à sua normalidade por meio do teste *Kolmogorov-Sminorv*.

Ao final do tratamento dos dados, estes foram apresentados em tabelas e gráficos, cuja consolidação serviu para realização de inferências que foram discutidas com base na literatura científica pertinente sobre a temática em estudo.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI, após aprovação para execução junto à Fundação Municipal de Saúde de Teresina. O projeto foi aprovado com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) N° 0305.0.059.000-11 (ANEXO D). A pesquisa teve prosseguimento após cada paciente ter conhecimento acerca da metodologia do estudo e que assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), caso aceitasse participar da pesquisa (APÊNDICE B).

O desenvolvimento desta pesquisa seguiu os princípios a Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece os preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos. Segundo esta resolução, a ética da pesquisa implica em: consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes; ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantia de que os danos previsíveis serão evitados; e relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária (BRASIL, 1996).

## 5 RESULTADOS

Neste capítulo encontram-se apresentados os resultados das análises das variáveis contidas nos instrumentos respondidos pelos 80 idosos que participaram da pesquisa. Com o intuito de facilitar a compreensão das análises para o alcance de cada objetivo, as descrições foram divididas em quatro partes: 1) Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos; 2) Avaliação dos idosos quanto ao autocuidado; 3) Adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo; 4) Independência para o autocuidado e adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo.

### 5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos

Na Tabela 2 foram apresentados os resultados referentes às características sociodemográficas e econômicas dos idosos com HAS.

**Tabela 2** - Características sociodemográficas e econômicas dos idosos com hipertensão arterial sistêmica. Teresina-PI, jan./abr., 2012.

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>Média ± DP</b>	<b>Mediana</b>
<b>Sexo</b>				
Feminino	53	66,3		
Masculino	27	33,8		
<b>Faixa etária</b>				
61 – 69 anos	34	42,5	72,3 ± 8,6 anos	
70 – 79 anos	31	38,8		
80 – 89 anos	10	12,5		
90 – 95 anos	5	6,3		
<b>Estado civil</b>				
Casado	47	58,8		
Divorciado	4	5		
Solteiro	11	13,8		
Viúvo	18	22,5		
<b>Raça/cor da pele</b>				
Branca	47	58,8		
Negra	30	37,5		
Parda	3	3,8		
<b>Escolaridade</b>				
Não sabe ler/escrever	18	22,5		
1 - 8 anos de estudo	48	60,0		
> 8 anos de estudo	14	17,5		
<b>Renda familiar</b>				
1 SM	31	38,8		
2 SM	36	45,0		R\$ 1.244,00
3 SM	6	7,5		
4 SM	7	8,8		
<b>Quantidade de pessoas com quem reside</b>				4,0

DP: Desvio padrão; SM: Salário mínimo (valor vigente: R\$ 622,00)

No que concerne às características sociodemográficas dos 80 idosos incluídos na pesquisa, evidenciou-se que predominaram as mulheres (66,3%), correspondentes à faixa etária de 61 - 69 anos (42,5%), com média de idade de  $72,3 \pm 8,6$  anos, casadas (58,8%), brancas (58,8), com baixa escolaridade (60,0% da amostra possuía entre um e oito anos de estudo). A mediana de renda familiar dos idosos foi de dois salários mínimos, considerando o valor vigente. Os idosos residiam no mínimo com uma e no máximo com dez pessoas, com mediana de 4,0 pessoas.

A Tabela 3 contém as variáveis correspondentes às características clínicas dos idosos com HAS (realização de exercício físico, tabagismo, avaliação da PA e do IMC).

**Tabela 3** - Características clínicas dos idosos com hipertensão arterial sistêmica. Teresina-PI, jan./abr., 2012.

Variáveis	<i>f</i>	%	Média ± DP
<b>Exercícios físicos</b>			
Sim	7	8,8	
Não	73	91,3	
<b>Tabagismo</b>			
Fumante	12	15,0	
Ex-fumante	26	32,5	
Nunca fumou	42	52,5	
<b>Pressão arterial</b>			
PA normal	6	7,5	
PA limítrofe	11	13,8	
HAS estágio 1	24	30,0	PAS = $151,8 \pm 20,6$ mmHg
HAS estágio 2	22	27,5	PAD = $92,2 \pm 10,5$ mmHg
HAS estágio 3	12	15,0	
Hipertensão sistólica isolada	5	6,3	
<b>Índice de massa corporal</b>			
Normal	23	28,8	
Sobrepeso	24	30,0	$28,8 \pm 5,8$ kg/m <sup>2</sup>
Obesidade	33	41,3	

DP: desvio padrão; HAS: hipertensão arterial sistêmica; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica

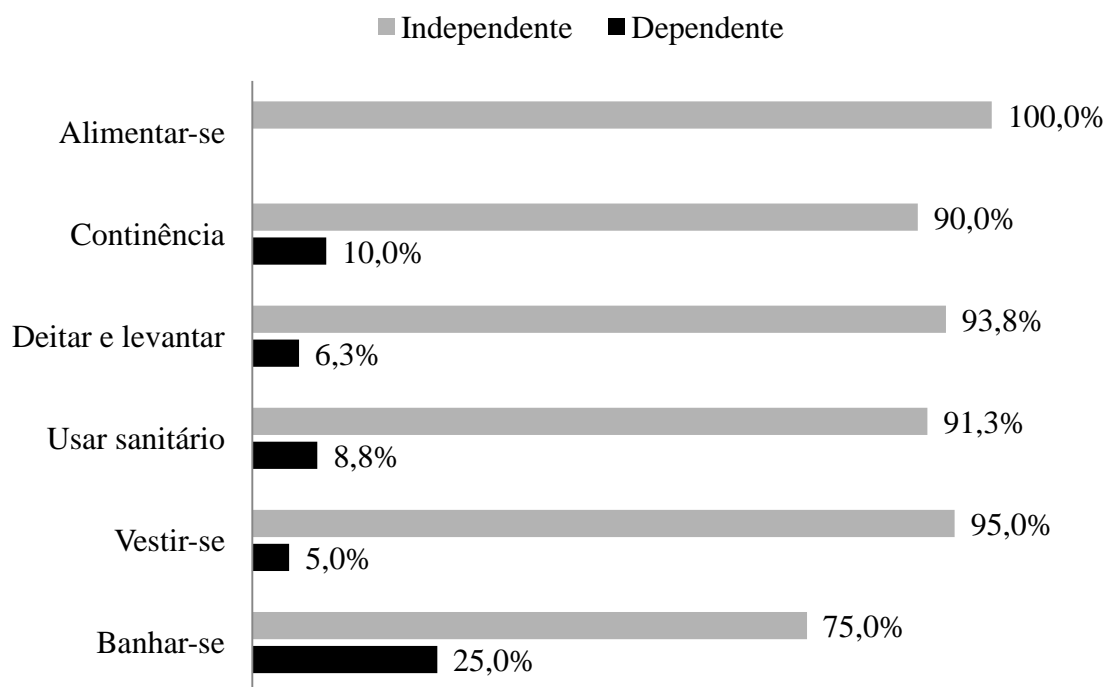
A quase totalidade dos pesquisados (91,3%) não praticava exercícios físicos, em contrapartida, 52,5% nunca fumaram. No que tange à classificação da PA, a aferição no momento da coleta de dados indicou que 30,0% dos idosos estavam com HAS estágio 1. A

média da PA sistólica correspondeu a  $151,8 \pm 20,6$  mmHg e a da PA diastólica foi de  $92,2 \pm 10,5$  mmHg. O sobrepeso/obesidade foi avaliado por meio do IMC e a maioria dos idosos (71,3%) tinha IMC indicativo de sobrepeso/obesidade; a média de IMC foi de  $28,8 \pm 5,8$  kg/m<sup>2</sup>.

## 5.2 Avaliação dos idosos quanto ao autocuidado

Conforme descrito no capítulo anterior, a avaliação do autocuidado foi realizada por meio do Índice de Katz, que avalia a funcionalidade do idoso de acordo com sua capacidade para execução das AVDs.

Dessa forma, o consolidado dessa avaliação foi apresentado na Figura 1, com classificação dos idosos em (in)dependentes para as AVDs.

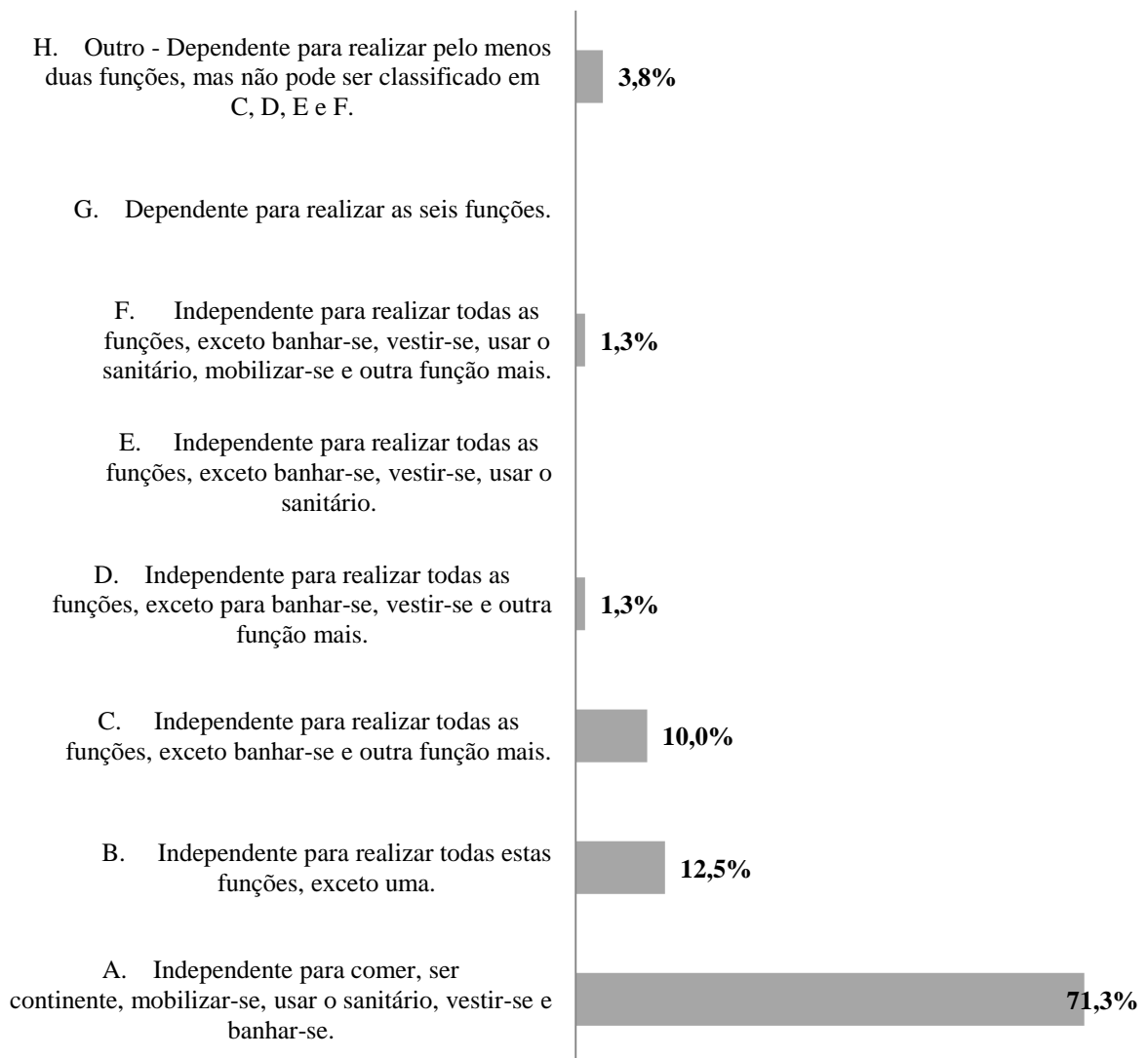


**Figura 1** – Avaliação dos idosos quanto à (in) dependência para o autocuidado (realização de AVDs). Teresina-PI, jan./abr., 2012.

Foi possível constatar que os idosos eram independentes, com maior frequência, para quase todas as funções avaliadas. Dessa forma, verificou-se que no item “alimentar-se”

todos os idosos eram independentes. A AVD que apresentou maior percentual de dependentes foi “banhar-se”, com um quarto dos idosos.

A classificação do grau de independência de acordo com o índice de Katz é realizada contabilizando a quantidade de AVDs para as quais os idosos são independentes. O quantitativo de idosos classificados de acordo com o sistema proposto pelo índice (letras do alfabeto de A a H) foi apresentado na Figura 2.

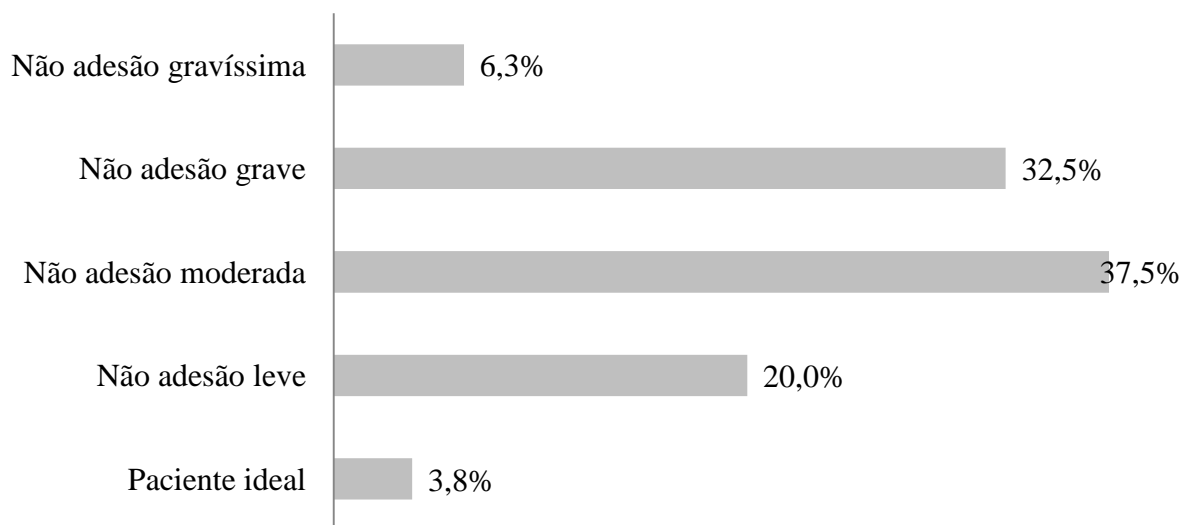


**Figura 2** – Classificação do índice de Katz para o grau de independência das atividades de autocuidado dos idosos com hipertensão arterial sistêmica. Teresina-PI, jan./abr., 2012.

Evidenciou-se que 71,3% foram independentes para o autocuidado, ou seja, de acordo com a classificação do Índice de Katz houve uma predominância do grupo A, que inclui idosos independentes para todas as AVDs avaliadas.

### 5.3 Adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo

Conforme descrito, foram investigadas variáveis clínicas que pudessem auxiliar na classificação do grau de adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo, apresentado na Figura 3.



**Figura 3** – Distribuição percentual dos idosos quanto ao grau de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Teresina-PI, jan./abr., 2012.

Referente à avaliação do grau de adesão ao tratamento dos idosos com HAS, pouco mais de um terço dos participantes (37,5%) apresentou não adesão moderada ao tratamento anti-hipertensivo, bem como percentual semelhante apresentou não adesão grave. Apenas 3,8% dos idosos puderam ser classificados com adesão ideal ao tratamento.

A fim de estabelecer uma associação entre a PA dos idosos e a nota de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, elaborou-se a Tabela 4, na qual pôde-se visualizar a média das notas de adesão em relação à classificação da PA dos idosos.

**Tabela 4** – Médias das notas de adesão do tratamento anti-hipertensivo de acordo com a pressão arterial dos idosos. Teresina-PI, jan./abr., 2012.

Pressão arterial	<i>f</i>	%	Média ± DP	Estatística*
Normal	17	21,3	7,7 ± 1,5	<i>t</i> = 6,303
Alterada	63	78,8	5,0 ± 1,5	<i>p</i> = 0,000

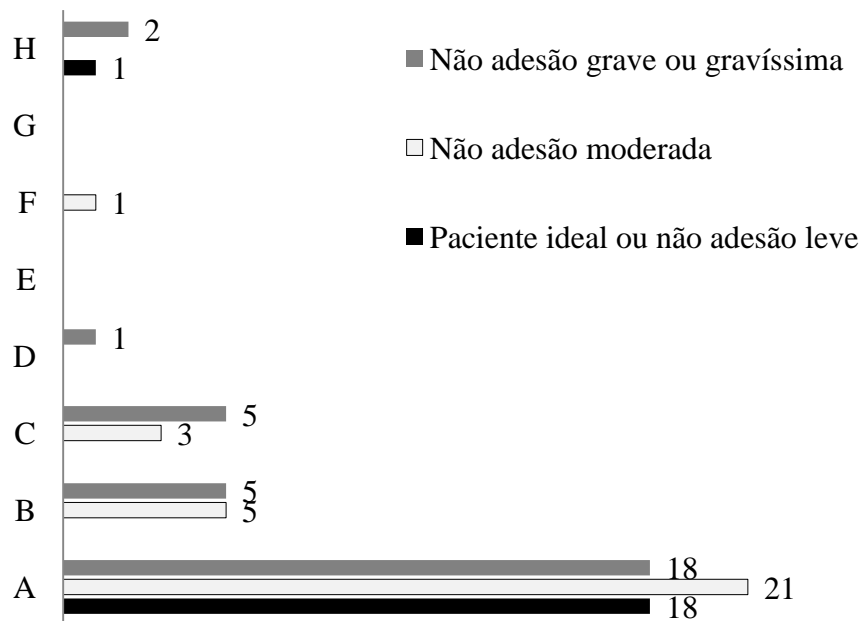
DP: desvio padrão

\* Refere-se ao *t* de *student* para amostras independentes

A média da nota de adesão ao tratamento anti-hipertensivo foi maior para os idosos com PA normal ( $7,7 \pm 1,5$ ) do que para aqueles com PA alterada ( $5,0 \pm 1,5$ ), ou seja, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo foi maior para aqueles que no momento da coleta de dados apresentaram PA normal ( $p < 0,0001$ ).

#### 4.4 Independência para o autocuidado e adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos idosos

Para alcançar o objetivo geral do estudo, elaboraram-se a Figuras 4 e a Tabela 5. Na Figura 4, realizou-se investigação a respeito da associação entre a independência para o autocuidado e o grau de adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo.



**Figura 4** – Independência para o autocuidado e adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo. Teresina-PI, jan./abr., 2012.



Pouco mais de um terço dos idosos independentes para todas as AVDs avaliadas pelo Índice de Katz (21; 36,8%) tinham não adesão moderada ao tratamento anti-hipertensivo. Não houve idosos com adesão ideal e com não adesão leve nos graus mais baixos de independência para o autocuidado (B, C, D, E, F, G), dessa forma, encontrou-se que a total independência para o autocuidado esteve associada à adesão ideal ou não adesão leve ao tratamento anti-hipertensivo ( $p = 0,040$ ).

As relações entre o desempenho das atividades de autocuidado e as notas de adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo foram demonstradas na Tabela 5.

**Tabela 5** – Média e desvio padrão das notas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos idosos de acordo com a (in)dependência para o autocuidado. Teresina-PI, jan./abr., 2012.

AVDs do índice de Katz	Classificação de (in) dependência		p-valor*
	Independente	Dependente	
	Média ± DP	Média ± DP	
Banhar-se	6,0 ± 1,7	4,1 ± 1,6	<b>0,000</b>
Vestir-se	5,6 ± 1,8	4,5 ± 2,8	0,276
Usar sanitário	5,7 ± 1,8	4,0 ± 2,2	<b>0,025</b>
Deitar e levantar	5,6 ± 1,9	4,6 ± 2,0	0,259
Continência	5,7 ± 1,9	4,6 ± 1,8	0,142
Alimentar-se	5,6 ± 1,9	-	-

\* Refere-se à razão de verossimilhança

No que tange à análise da adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos idosos segundo a (in)dependência para o autocuidado avaliada pelo índice de Katz, evidenciou-se que as notas de adesão foram maiores para os idosos que eram independentes para banhar-se ( $p < 0,0001$ ) e usar o sanitário ( $p = 0,025$ ) que os dependentes para as mesmas AVDs.

## 6 DISCUSSÃO

O confronto dos resultados com a literatura pertinente sobre a temática permitiu elaborar este capítulo. Considerando que a população idosa é a que mais cresce em todo o mundo e esse crescimento reflete nos serviços hospitalares, percebe-se que é preciso estudar mais sobre o idoso, ou melhor, é necessário aprender mais sobre o ser humano nessa faixa etária. A enfermagem tem no cuidar a sua finalidade e, também, a responsabilidade e o compromisso de estar preparada para cuidar das alterações apresentadas nessa fase da vida, aplicando a arte e ciência do cuidado (LOPES, 2011).

Consonante a isso, investigou-se, inicialmente as características desses idosos, nas quais se pesquisou a relação entre independência para o autocuidado e adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Segundo Soares et al. (2012), a investigação dos aspectos socioeconômicos e demográficos são altamente relevantes quando se fala em adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. Indivíduos do sexo masculino, com idade avançada, baixa condição socioeconômica e de escolaridade estão associados a menor adesão ao tratamento. Por outro lado, estudos indicam a idade mais avançada como um facilitador do processo de adesão. No entanto, as variáveis fisiológicas (como exemplo, o esquecimento) podem interferir no processo de adesão.

Os resultados apontaram para a predominância do sexo feminino, pois proporcionalmente as mulheres têm presença mais significativa nos serviços de saúde, apresentando, naturalmente, uma maior tendência para o autocuidado no que diz respeito à procura. Assim, comparando-se com os homens, a predominância acima apontada é de fato mais presente no sexo feminino, afirmação esta corroborada por pesquisas que ratificam essa comparação (BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008; TAVEIRA; PIERIN, 2007).

Além disso, existem fatores atuais que favorecem o aumento da incidência da HAS no sexo feminino. As mudanças pelas quais as mulheres têm passado nos últimos anos, tais como: inserção no mercado de trabalho, acúmulo da função profissional com os afazeres do lar, além da função natural de mãe, correspondem a fatores de risco cardiovasculares modificáveis.

Outras características encontradas entre os idosos pesquisados foram a predominância da faixa etária de 61 - 69 anos e renda familiar relativamente baixa. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo que tinha como objetivo traçar o perfil da população idosa portadora de HAS (SOUZA; FERREIRA; RODRIGUES, 2008), segundo

o qual metade dos idosos estava na sexta década de vida e somente 15,8% ganhavam entre três e cinco salários mínimos vigentes pela ocasião da coleta de dados.

Vale ressaltar que os idosos com DCs necessitam de maior atenção à sua saúde, devendo comparecer aos serviços de saúde com maior frequência, na maioria das vezes mensalmente, motivo pelo qual devem receber uma renda mensal mínima compatível com as suas necessidades de cuidado com sua saúde. Por isso acredita-se ser essa a importância de se investigar a renda familiar desses idosos.

A maioria dos participantes do presente estudo foi classificado como da raça branca e possuía entre um a oito anos de estudo. De acordo com estudo realizado por Dourado et al. (2011), a maioria dos participantes foi classificada como de cor da pele parda, portanto o seguinte resultado é divergente do encontrado na presente pesquisa.

Sabe-se que, em relação à cor, a HAS é duas vezes mais frequente em pessoas não brancas, contudo, devido ao desconhecimento com exatidão sobre o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil (SBC, 2010), muito pouco se pode afirmar a esse respeito, principalmente pelo fato do estudo ter sido realizado em apenas uma USF, o que pode não refletir a raça/cor da pele predominante nas pessoas com HAS em Teresina.

Quanto ao nível de escolaridade, verificou-se que a maioria dos entrevistados apresentava baixo grau de escolaridade. A baixa escolaridade ainda prevalece entre os idosos e pode dificultar a adesão ao tratamento. Conforme Oliveira (2007), o baixo nível de escolaridade pode contribuir para o agravamento da HAS, porquanto, associado a fatores socioeconômicos e culturais, dificultando a adesão ao tratamento, bem como a manutenção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis.

Apesar de quase metade não ter mais companheiro maritalmente (solteiros, viúvos, divorciados), a mediana de pessoas que residem com os idosos foi de quatro pessoas. Houve congruência dos resultados com o encontrado por Landim et al. (2011), no qual grande parte dos participantes (63,7%) eram casados e quase todos moravam com mais de uma pessoa. Segundo os autores supracitados, a presença familiar é imprescindível no acompanhamento do paciente com HAS, encorajando-o a aderir ao tratamento. As modificações no estilo de vida do paciente, uma das fases do tratamento da HAS, necessitam de intensa participação familiar, por requisitarem alterações de fatores que repercutirão no sistema familiar como um todo.

De acordo com Sá et al. (2011), o estado civil possui influência direta no cuidado do indivíduo, tanto subjetivo como objetivo, uma vez que o apoio da família é um dos fatores

condicionantes do autocuidado. Portanto, a relação com outra pessoa pode facilitar o processo de adesão ao tratamento por representar, comumente apoio no processo de autocuidado.

Em uma investigação conduzida em Curitiba-PR com população diabética, na qual mais de 80% dessa população tinha HAS associada, encontrou-se uma estreita relação do sucesso terapêutico com o apoio familiar (FERREIRA; FERREIRA, 2009). Revisão integrativa sobre adesão de idosos ao tratamento anti-hipertensivo também demonstrou que o familiar ou cuidador devidamente capacitado e com conhecimento adequado sobre a HAS constitui-se num grande facilitador do processo de adesão ao tratamento (SOARES et al., 2012).

No que diz respeito à prática de atividade física, a quase totalidade de idosos foi classificada como sedentária. Estudos mostram que os exercícios físicos supervisionados podem ser úteis na implementação do tratamento não farmacológico da HAS, principalmente entre os idosos (BARROSO et al., 2008).

Um fator explicativo para tal resultado talvez esteja relacionado ao parâmetro utilizado no instrumento, pois para ser considerado ativo no lazer, o idoso deveria realizar alguma atividade física de intensidade leve ou moderada pelo menos cinco vezes por semana por 30 minutos. Esse parâmetro foi escolhido porque se tratam de idosos e, por isso, devem fazer atividade física aeróbica de baixa à moderada intensidade e impacto, prevenindo dessa forma quedas, lesões musculares, sobrecarga articular e cardíaca. Atividades de intensidade vigorosa, geralmente utilizadas como parâmetro para estudos com adultos, devem ser realizadas pelo menos três vezes por semana, durante, no mínimo 20 minutos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2008; CUNHA et al., 2008).

Consoante ao parâmetro utilizado, em estudo que visava identificar e analisar o grau de adesão ao tratamento de pessoas com HAS, constatou-se que mesmo sob orientação de equipe multidisciplinar, 55,7% dos participantes não realizavam atividade física, sendo que nesse estudo o parâmetro utilizado correspondia a realização de atividade física três vezes por semana por trinta minutos (RIBEIRO; COSTA NETO; 2011). Ou seja, nota-se a dificuldade de adesão a essa variável, ao ponderarmos que mesmo a intensidade do exercício físico sendo inferior como mostrado acima, observam-se altas taxas de indivíduos sedentários.

A enfermagem, durante as atividades educativas, precisa implementar a discussão e reflexão sobre a importância e benefícios da atividade física para o controle da HAS, pois a inserção da prática de exercício físico nos hábitos da população constitui um desafio para os profissionais de saúde, notadamente quando os clientes são idosos.

O fato de quase metade dos idosos serem tabagistas ou ex-fumantes e apenas 7,5% dos idosos terem a PA controlada, sendo que um terço dos pesquisados apresentavam HAS em estágio 1, mostra que o tratamento da HAS ainda não é seguido pelos idosos em sua totalidade. Quanto à utilização do fumo, estudos indicam que o hábito de tabagismo atual ou anterior aumenta em 36% a chance de HAS referida em idosos (OLIVEIRA et al., 2008).

Em trabalho realizado com 72 hipertensos cadastrados e acompanhados em um Centro de Saúde Escola do município de Umuarama-PR, concluiu-se que a maioria dos entrevistados não aderiu ao tratamento não farmacológico, principalmente por encontrar dificuldades no cumprimento da dieta e da prática de exercício física (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009).

Entre os participantes estudados, a elevada prevalência de sobrepeso e de obesidade, constitui-se fator de risco para a saúde desses idosos, uma vez que valores elevados de IMC podem estar associados a altas taxas de morbidade e mortalidade, em maiores chances de acometimento para DCV e uma pior qualidade de vida (CALVACANTI et al., 2009).

A avaliação da antropometria por meio do IMC mostrou maior prevalência de obesidade entre os idosos. Foram encontrados valores próximos (40,2%) em um estudo que visava avaliar a prevalência de DCs e o estado nutricional de idosos matriculados na Universidade Aberta à Terceira Idade em Alfenas-MG (BUENO et al., 2008).

Tais apontamentos tendem a demonstrar as dificuldades que os usuários hipertensos têm em adotar medidas de controle, ressaltando a necessidade de desenvolvimento contínuo de trabalhos de educação em saúde, a fim de permitir a transformação dessa realidade.

À medida que a idade avança, crescem as possibilidades de limitações nas AVDs. Estudos populacionais revelam que cerca de 10% das pessoas com mais de 65 anos requerem auxílio para realizar tarefas básicas como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, até mesmo sentar-se e levantar-se da cadeira ou da cama (FREITAS et al., 2006).

Pesquisa realizada com 62 idosos institucionalizados, em Maceió-AL, mostrou que apenas 29% desses eram considerados independentes para o autocuidado (BARROS et al., 2010). Diante do contraponto supracitado, pôde-se inferir que a institucionalização dos idosos está intimamente relacionada com sua autonomia para atividade de autocuidado, uma vez que nesse estudo, o percentual de independência foi baixo. Nessa inferência há de se considerar a idade dos idosos, cujo maior percentual foi de idade superior ao do presente

estudo, no qual prevaleceu idosos na sexta década de vida e provavelmente por isso os idosos pesquisados são com maior frequência independentes em comparação ao do estudo citado, que são dependentes. Sendo assim, na verdade, ser institucionalizado ou não, nessa comparação, não possuiu efeito no grau de independência, mas sim a idade.

Em contraposição à publicação citada, no presente estudo, verificou-se que dentre os 80 idosos entrevistados, a maioria era considerada independente para o desempenho das AVDs. Tal resultado foi semelhante ao encontrado por Rosa et al. (2010), cujo os dados revelam que 70% dos idosos investigados na faixa etária entre 60 - 69 anos também realizavam atividades de autocuidado, resgata-se que no presente estudo a média da faixa etária dos indivíduos é  $72,3 \pm 8,6$  anos, outra semelhança.

Diante disso, nota-se que os idosos do presente estudo são independentes, devido à faixa etária que se encontram (61 – 69 anos), pois à medida que a idade avança imagina-se que a capacidade funcional para o autocuidado com relação às AVDs tende a diminuir em virtude das alterações fisiológicas.

Todavia, no resultado da implementação do presente estudo, apesar de se ter constatado que os idosos eram independentes para quase todas as funções avaliadas, a AVD que apresentou maior percentual de dependentes foi banhar-se e quanto ao item alimentar-se todos os idosos eram independentes. Duca et al. (2011) encontraram resultado semelhante. Ocorre que a amostra correspondia a idosos institucionalizados, que apresentavam maior prevalência de incapacidade funcional para as atividades de tomar banho e vestir-se.

Em pesquisa realizada por Santos e Pavarini (2011) com o objetivo de avaliar a funcionalidade de idosos com alterações cognitivas, utilizando o Índice de Katz e Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer, inferiu-se resultado congruente com o do presente estudo, pois dos 88 idosos entrevistados em domicílio, a AVD com maior percentual de realização pelos idosos foi a alimentação (98%), seguida de transferência (94%), continência (93%), higiene pessoal (92%), capacidade de vestir-se (89%) e, por último, a capacidade de tomar banho sozinho, perfazendo 88%.

Estes resultados subsidiam a compreensão de que os idosos mais jovens e que são cuidados no seu domicílio apresentam-se menos vulneráveis à incapacidade funcional e dependência, inerentes ao processo de envelhecimento.

Na variável grau de adesão dos idosos ao tratamento, verificou-se a predominância da não adesão moderada. Também Obreli Neto et al. (2010), estudando sobre fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública

de saúde do Município de Salto Grande – SP, encontraram altas taxas de indivíduos com adesão insatisfatória: dos 120 entrevistados, 14,7% apresentavam alta adesão, 48,0% adesão média e 37,3% baixa adesão.

Percebe-se que prevalece o grau de adesão moderado ou médio, ou seja, nota-se congruência com o encontrado no presente estudo. Fato alarmante, pois a HAS prolongada e sem controle eficaz gera complicações que podem tornar esses indivíduos dependentes quanto ao desempenho das suas AVDs.

De acordo com a literatura, a baixa adesão prejudica a evolução clínica do paciente e sua qualidade de vida, causando desfechos adversos, tais como o aumento da morbimortalidade e dos gastos em saúde (PITTMAN et al., 2010). No tratamento da HAS, sua primeira consequência é a falha no controle da PA; vários estudos ressaltam essa relação, encontrada também na presente investigação, na qual valores significativamente menores de PA sistólica e diastólica foram observados entre os pacientes com alto grau de adesão (MORGADO et al., 2010; MORISKY et al., 2008).

Ratificando o exposto acima, no presente estudo constatou-se que a média da nota de adesão ao tratamento foi maior para os idosos com PA normal. Ao compararmos este estudo ao realizado por Oliveira Filho et al. (2012) com pacientes hipertensos de seis USF em Maceió- AL, a fim de determinar a relação entre a adesão terapêutica e o controle da PA em pacientes ambulatoriais hipertensos, obteve-se resultado semelhante, pois dentre os 223 pacientes investigados, observou-se que 65,1% dos pacientes com alta adesão e 37,0% dos pacientes com grau médio de adesão tinham a PA sob controle e ainda mostrou-se uma baixa taxa de pacientes com alto grau de adesão, inferior a 20%.

Esta análise teve o intuito de associar a nota da adesão a um parâmetro comparativo que pudesse comprovar se a adesão efetiva do idoso ao tratamento teria, de fato, algum impacto sobre a PA dos idosos. Tal associação pôde, por conseguinte, comprovar que a eficaz adesão ao tratamento anti-hipertensivo por parte do grupo estudado vem sendo eficaz para a redução da PA.

Convém ressaltar que o instrumento utilizado avaliou a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, o que demonstra que a atenção do idoso e familiares a essas duas vertentes da terapêutica possui repercussão positiva para o alcance de controle da HAS. Isso porque se verificou que os idosos com PA normal no momento da coleta de dados obtiveram nota de adesão o tratamento anti-hipertensivo correspondente a não adesão leve, enquanto aqueles com PA alterada apresentaram nota de adesão correspondente a não adesão

moderada. Tal resultado possui mais destaque quando se reporta ao fato de que no grupo de idosos estudados houve predominância daqueles com não adesão moderada.

Em estudo realizado com idosos hipertensos em Ribeirão Preto – SP, no qual foram aplicados instrumentos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (BASTOS-BARBOSA et al., 2012), não foi encontrada associação entre o controle da PA e boa adesão ao tratamento, contudo os autores explicam que isso pode ter ocorrido em virtude da alta prevalência de efeito do jaleco branco, oriunda do contato do profissional de saúde com o paciente. Como no presente estudo a discente responsável pela coleta não utilizou jaleco para tal e o valor da PA considerado para análise foi o menor das duas aferições, considerou-se que houve maior fidedignidade quanto à comparação.

Lopes et al. (2008), em estudo bibliográfico, explicaram que o déficit de autocuidado refere-se, principalmente, ao desconhecimento e não adesão às formas de tratamento, sendo que a participação familiar é importante para auxiliar na solução desta dificuldade.

A adesão ao tratamento não está relacionada apenas aos hábitos de vida saudáveis do indivíduo e ao tratamento medicamentoso, mas também ao fato dessa população permanecer independente quanto à execução de suas AVDs. Portanto, quanto mais independente, melhor será sua postura frente às doenças e aos cuidados tomados para o controle da PA.

Os dados encontrados na associação da independência para o autocuidado e adesão ao tratamento anti-hipertensivo confirmam a afirmação acima, pois no presente estudo observou-se que os idosos com adesão ideal ou não adesão leve tiveram a maior frequência na independência para todas as AVDs. Dessa forma, a manutenção de uma funcionalidade adequada pode influenciar na adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo.

Estes dados reforçam a importância da avaliação da capacidade funcional dos idosos, sobretudo os idosos com HAS, pois os mesmos precisam ser (e sentir-se) participantes ativos no controle e tratamento da HAS.

Relativo à análise da associação entre a média e desvio padrão das notas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo de acordo com a (in)dependência para o autocuidado, constatou-se que os idosos independentes para as atividades banhar-se e usar o sanitário, apresentavam maior grau de adesão ao tratamento.

Percebeu-se que o presente resultado pode ser decorrente do fato dessas ações exigirem um manejo maior com o próprio corpo, comparado com as demais AVDs, o que



pode resultar em uma maior dependência no cuidado da sua saúde quando dependentes de outrem para as mesmas. Ocorre que os idosos dessa amostra eram independentes na execução dessas duas tarefas, contudo imagina-se que esses são proporcionalmente mais capazes e responsáveis pelo cuidado com a sua própria saúde.

Portanto, o auxílio no desempenho destas tarefas pode gerar uma debilidade psicológica natural, pois os idosos dependentes para estas atividades (banhar-se e usar o sanitário) sentem a sua intimidade violada compulsoriamente, resultando na diminuição de comportamentos promotores de sua saúde.

Dessa forma, a manutenção de uma funcionalidade adequada pode influenciar na adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo, ao se relacionar com a capacidade do mesmo manter-se ativo e participativo na terapêutica. Diante disso, sugere-se que a prevenção e o controle das DCs possam melhorar o desempenho nas AVDs, promovendo o bem estar desses idosos.

Apesar dos resultados discutidos, ressalta-se a escassez na literatura nacional e internacional sobre a associação entre autocuidado e adesão ao tratamento em idosos com HAS, o que evidencia que apesar do crescente número de publicações sobre a saúde do idoso, novos estudos precisam ser desenvolvidos sobre a temática. Dessa forma, afirma-se que os resultados encontrados eram desconhecidos até então, e, portanto, houve dificuldade em encontrar estudos comparativos.

## 7 CONCLUSÃO

Este estudo analisou a associação entre autocuidado e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos com HAS. Dessa forma, buscou-se comprovar a relação entre as práticas de atividades que envolvem o autocuidado de idosos com a adesão dos mesmos ao tratamento anti-hipertensivo, pois ampla é a discussão, social e científica, acerca dos aspectos que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelas pessoas idosas. Neste sentido os resultados aqui encontrados contribuirão para fundamentar ainda mais as discussões sobre a “saúde do idoso”, já que os idosos que apresentavam adesão ideal ou não adesão leve ao tratamento anti-hipertensivo, mostravam total independência para o autocuidado.

Relativo à avaliação da (in)dependência dos idosos, a maior frequência foi de idosos independentes para todas as AVDs: banhar-se, vestir-se, usar o sanitário, deitar e levantar, continência, alimentar-se. Dentre as que eram dependentes, foram as mais frequentes: banhar-se e controle da eliminação. É importante avaliar a capacidade funcional na execução das AVDs e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos idosos com HAS, pois esses fatores interferem diretamente na qualidade de vida desse grupo de pessoas.

Na avaliação acerca da adesão terapêutica anti-hipertensiva foi possível identificar que a adesão ao tratamento é um processo complexo que envolve fatores: sociodemográficos, clínicos e culturais. À vista disso, uma quantidade considerável de idosos apresentava grau de adesão moderado ao tratamento da HAS, mostrando claramente a necessidade de atenção individualizada a essa população, com vistas a identificar possíveis fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento, bem como incrementar ações efetivas para facilitar esta adesão.

Quanto à associação entre a independência para o autocuidado e adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos idosos, evidenciou-se que os idosos independentes para banhar-se e usar o sanitário estiveram associados ao melhor grau de adesão ao tratamento da HAS, pois ainda podiam realizar as AVDs que não expunham sua intimidade, proporcionando uma autoconfiança a esses idosos para autocuidar-se e, por conseguinte, desempenhar melhor adesão ao tratamento, seja relacionado ao estilo de vida ou à medicação.

Os idosos que apresentam algum grau de limitação no desempenho de qualquer uma das AVDs, mesmo as que não violam a intimidade, quando entregues a outrem, ou seja, quando esses precisam de um cuidador para auxiliá-los na execução das suas AVDs, torna-os desestimulados para a preocupação com a adesão ao tratamento.

Apesar dos resultados aqui consolidados, cabe destacar algumas limitações que este estudo apresentou com a finalidade de apontá-los para novas investigações e/ou aprimoramento, em caso de realização de pesquisa semelhante em outro cenário.

A principal dificuldade encontrada foi o acesso aos idosos, em virtude da dificuldade em coletar os dados por meio de visita domiciliária, exigindo uma disponibilidade maior de tempo para que se pudesse adentrar no domicílio dos idosos: muitos demonstravam receio de receber um estranho por estarem sozinhos em casa. Dessa forma, esclarece-se que foi necessário que a pesquisadora retornasse por diversas vezes a alguns domicílios com o intuito de dar continuidade à pesquisa.

Outra limitação adveio da percepção obtida de que os idosos valorizavam mais o tratamento medicamentoso, portanto quando perguntava-se acerca da realização de exercício físico muitos nem consideravam como parte da terapêutica, mas, como na presente pesquisa foi usado o resultado apenas da nota total de adesão ao tratamento, isso ficou mascarado. Contudo, esse estudo não visou detalhar a adesão medicamentosa e não medicamentosa, porém durante a coleta de dados observou-se que esse grupo de idosos revelou maior facilidade em aderir ao tratamento medicamentoso do que cumprir prescrições que exijam mudanças comportamentais e de estilo de vida.

Sendo assim, sugere-se a realização de outros estudos que avaliem a adesão dos idosos com maior detalhe, separando o tratamento medicamentoso do não medicamentoso e associem qual deles sofre maior influência da (in)dependência dos idosos.

O envelhecimento é compreendido por um processo de mudanças contínuas e que, a todo momento nessa fase o ser humano precisa reconquistar o seu equilíbrio e aprender a lidar com as limitações que podem vir a surgir ao longo de tal processo. A assistência de enfermagem deve criar condições que possibilitem ao idoso a manter e implementar o autocuidado, levando em consideração a individualidade de cada um, para que adquiram independência e convivam da melhor maneira possível com suas limitações, facilitando, dessa forma, a autonomia deles no processo saúde-doença.

Finalmente, é imprescindível que nos programas universitários, principalmente os de Enfermagem, os docentes, alunos e profissionais, enfatizem a utilização de escalas que avaliem a realização das AVDs pelos idosos, a fim de averiguar até que ponto estas ações podem interferir na manutenção da qualidade de vida dos idosos.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. H. M.; SPÍNOLA, A. W. P.; IWAMIZU, P. S.; OKURA, R. I. S.; BARROSO, L. P.; LIMA, A. C. P. Confiabilidade do instrumento para classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.2, p. 317-323, 2008.
- ALVES, C. L.; LEIMANN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; FONSECA, T. C. O.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.8, p.1924-1930, 2007.
- ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti- hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Ele. Enf.**, v.8, n. 2, p.259- 272, 2006.
- ARAÚJO, I.; PAUL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Rev. esc. enferm. USP**, v.45, n.4, p. 869-875, 2011.
- BALDISSERA, V. D. A.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev. gaúcha enferm.**, v. 30, n. 1, p. 27- 32, 2009.
- BARROS, J. F.; ALVES, K. C. A. O.; FILHO, A. V. D.; RODRIGUES, J. E.; NEIVA, H. T. Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados na cidade de Maceió – AL. **RBPS**, v. 23, n. 2, p. 168- 174, 2010.
- BARROSO, W. K.S.; JARDIM, P. C. B. V.; VITORINO, P. V.; BITTENCOURT, A.; MIQUETICHUC, F. Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não-farmacológico. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 54, n. 4, p. 328-333, 2008.
- BASTOS-BARBOSA, R. G.; FERRIOLLI, E.; MORIGUTI, J. C.; NOGUEIRA, C. B.; NOBRE, F.; UETA J.; LIMA, N. K. C. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** [Internet]. [acesso em: 03 jun. 2012]. jan-fev 2012 Disponível em: < <http://www.arquivosonline.com.br>>
- BERLEZI, E. M. Programa de atenção ao idoso: relato de um modelo assistencial. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 368-375, 2011.
- BLOCH, K.V.,MELO, A.N.; NOGUEIRA, A.R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes hipertensos resistentes a validação de três métodos indiretos da validação da adesão. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2979- 2984, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei N° 8842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso. Disponível em:< [https://www.planalto.gov.br/civil\\_03/leis/8842.htm](https://www.planalto.gov.br/civil_03/leis/8842.htm)>. Acesso em: 21 set. 2011.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. **Portaria n° 2528 de 19 de outubro de 2006.** Disponível em: <<http://www.datadez.com.br/content/legislação.asp?id=32259>>. Acesso em: 21 de setembro 2011.

\_\_\_\_\_. **Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde.** Saúde da Família: uma estratégia para a orientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BUB, C. B. M.; MEDRANO, C.; SILVA, C. D.; WINK, L.; LISS, P. E.; SANTOS, E. K. A. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n. spe, p. 152-157, 2006.

BUENO, J. M.; MARTINO, H. S. D.; FERNANDES, M. F. S.; MARTINO, H. S. D.; COSTA, L. S.; SILVA, R. R. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1237- 1248, 2008.

CAMACHO, A.C.L.F; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde dos idosos: revisão sistemática. **Rev. Bras. Enferm.**, v.63, n.2, p. 279-284, 2010.

CAVALCANTI, C. L.; GONÇALVES, M. C. R.; ASCIUTTI, L. S. R.; CAVALCANTI, A. L. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009.

CELICH, K. L. S.; BORDIN, A. Educar para o autocuidado na terceira idade: uma proposta lúdica. **Rev. Bra. Cie. Env. Hum.**, v.5, n.1, p. 119-129, 2008.

CESARINO, C. B.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V.; CIORLIA, L. A.; GODOY, M. R. P.; CORDEIRO J. A.; RODRIGUES, I. C. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos em São José do Rio Preto. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 91 n. 1 p. 31-35, 2008.

COSTA, M. F. B. N. A. **Atenção integral a saúde do idoso na atenção primária:** os sistemas brasileiro e espanhol. 2009. 346 f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

COSTA, M. F. B. N. A; CLOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no programa saúde da família: visão dos profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 437-444, 2010.

COSTA, M. F. F. L; PEIXOTO, S. V.; CÉSAR, C. C.; MALTA, D. C.; MOURA, E. C. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.2, p.18-26, 2009.

CUNHA, I. C.; PEIXOTO, M. R.G.; JARDIM, P. C. B. V.; ALEXANDRE, P. A. Fatores associados à prática de atividade física na população adulta de Goiânia: monitoramento por meio de entrevistas telefônicas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 11, n. 3, p. 495- 504, 2008.

DOURADO C. S.; COSTA, K. N. F. M.; OLIVEIRA, J. S.; LEADEBAL, O. D. C. P.; SILVA, G. R. F. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum**, v. 33, n.1, p. 9-17, 2011.

DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; SILVA, S. G.; NAHAS, M. V.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 2, p. 120-124, 2011.

FERREIRA, A. C.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do Sistema HiperDia. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabolismo**, v. 52, n. 1, p. 80-86, 2009.

FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M.L. **Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global**. In: \_\_\_\_\_. Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 609-617.

HELENA, E.T.S.; NEMES, M.I.B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 764-767, 2008.

KATZ, S; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v.185, n.12, p. 914-919, 1963.

KROMETSEK, M. C. S. C. A. **Déficits de autocuidado no contexto da hipertensão arterial em escolares com sobrepeso e obesidade**. 2008. 148 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

LANDIM, M. P.; OLIVEIRA, C. J.; ABREU, R. N. D. C.; MOREIRA, T. M. M.; VASCONCELOS, S. M. M. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo por pacientes de unidade da estratégia saúde da família. **Rev. APS**, v. 14, n. 2, p. 132-138, 2011.

LEBRÃO, M. L.; ANDRADE, C. L.; DUARTE, Y. A. O. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.2, p. 317-325, 2007.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia na pesquisa da saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

\_\_\_\_\_. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Editora, 2006.

LIBERMAN, A. Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.14, n. 1, p. 17-20, 2007.

LYRA JUNIOR, D. P.; AMARAL, R. T.; VEIGA, E. V.; CÁRNIO, E. C.; NOGUEIRA, M. S.; PELÁ, I. R. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, v.14, n.3, p. 435-441, 2006.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, M. C. L.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S.; SOUZA, A. C.; WAIDMAN, M. A. P. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 1, p. 198- 211, 2008.

LOPES, L. S. **As principais causas de internações de idosos em um hospital público**. 2011. 45 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Picos, 2011.

MANTOVANI, M.F.; MOTTIN, J.V.; PINOTTI, S.; ULBRICH, E.M. Caracterização dos usuários e o conhecimento sobre a hipertensão arterial. **Online Braz. J. Nurs.**,v. 7, n. 2, 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, J.J.; NASCIMENTO, R. P.; ERDMANN, A. L.; CANDEMIL, M. C.; BELAVER, G. M. O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. **Rev. enferm. Rio de Janeiro**, v. 17, n.4, p. 556-562, 2009.

MONTENEGRO NETO, A. N.; SIMÕES, M. O. S.; MEDEIROS, A. C. D.; PORTELA, A. S.; DANTAS, P. M. S.; KNACKFUSS, M. I. Estado nutricional alterado e sua associação com perfil lipídico e hábitos de vida em idosos hipertensos. **Archivos Latino Americanos de Nutricion**, v.58, n.4, p.350-356, 2008.

MOREIRA, T. M. M. **Tecnologia de cuidado na busca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial**: desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza – Ceará. 2003. 260 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

MORGADO, M.; ROLO, S.; MACEDO, A. F.; PEREIRA, L.; CASTELO, B. M. Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. **J. Cardiovasc. Dis. Res.**, v. 1, n. 4, p. 196- 202, 2010.

MORISKY, D.; ANG, A.; KROUSEL-WOOD M.; WARD, H. J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. **J. Clin. Hypertens.**, v. 10, n. 5, p. 348-354, 2008.

OBRELI-NETO, P.R.; PRADO, M.F.; VIEIRA, J.C.; FACHINI, F.C.; PELLOSO, S.M.; MARCON, S.S.; CUMAN, R.K.N. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande – SP, Brasil. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 31, n.3, p. 229- 233, 2010.

OLIVEIRA, C. J. **Idosos em tratamento farmacológico anti- hipertensivo**: parâmetros para o cuidado clínico de enfermagem. 126 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos da Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

OLIVEIRA, F. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de saúde da família: atuação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n.3, p.774-781, 2010.

OLIVEIRA-FILHO, A. D.; BARRETO-FILHO, J. A.; NEVES, S. J. F.; LYRA JUNIOR, D. P. Relação entre a escala de adesão terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** [ Internet]. jun- ago 2011 [ acesso em: 03 de jun. 2012]. Disponível em: <<http://www.arquivosonline.com.br>>

OLIVEIRA, K. C. S; ZANETTI, M. C. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.4, p. 862-868, 2011.

OLIVEIRA, S. M. J.V.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y. A. O.; PIERIN, A. M. G. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 241- 249, 2008.

OREM, E.D. **Nursing: concepts of practice**. 4. ed. St. Louis, Missouri, 1991.

\_\_\_\_\_. **Nursing: concepts of practice**. 5. ed. St. Louis, Missouri, 1995.

PEREIRA, S. E. R. **Investigação da não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial**. 2011. 53 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2011.

PITTMAN D. G.; TAO, Z.; CHEN, W.; STETTIN, G.D. Antihypertensive medication adherence and subsequent healthcare utilization and costs. **Am. J. Manag. Care**, v. 16, n. 8, p. 568- 576, 2010.

ROCHA, F. C. V; CARVALHO, C. M. R. G.; FIGUEREIDO, M. L. F.; CALDAS, C. P. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. **Rev. enferm. Rio de Janeiro**, v.19, n. 2, p.182-191, 2010.

RODRIGUEZ, A. J. **Metodologia científica**. São Paulo: Avercamp, 2006.

ROMERO, A.D.; SILVA, M. J.; SILVA, A. R. V.; FREITAS, R. W. J. F.; DAMASCENO, M. M. C. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. **Rev. Rene**, v. 11, n.2, p. 72-78, 2010.

ROSA, A.; ROSA, R. J.; LANUEZ, F. V.; LANUEZ, M. V.; BALSALOBRE, G.; MALOSA, L.; SOARES, L.; BATTAGIN, A. M. Características demográficas (sexo e idade) e as atividades básicas e instrumentais de vida diária em adultos e idosos saudáveis. **Com Scientiae Saúde**, v. 9, n. 3, p. 407- 412, 2010.

RIBEIRO, E. G.; COSTA NETO, S. B. Análise dos indicadores relacionados ao grau de adesão ao tratamento de portadores de hipertensão arterial. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 20-32, 2011.

SÁ, S. P. C.; DIRLEY, M. S.; ROBERS, M. V. L.; ANDRADE, M. S.; COIMBRA, C. A. Q.; CRUZ, T. J. P. Uma proposta para a mensuração do autocuidado em idosos. **Cogitare enferm.**, v. 16, n. 4, p. 661- 666, 2011.



SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 4, p. 520-526, 2011.

SANTOS, I.D.; SARAT, C. N. F. Modalidades de aplicação da teoria do autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. **Rev. enferm. UERJ**, v.16, n.3, p.313-318, 2008.

SCHUARICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área. **Rev. enferm. Esc. Anna Nery**, v.14, n.1, p.182-188, 2010.

SILVA, A. C. S.; SANTOS, I. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. **Texto contexto - enferm.**, v. 19, n. 4, p. 745-753, 2010.

SILVA, S. S; CARITÁ, E. C.; MORAIS, E. R. E. D. Fatores de risco para doença arterial coronariana em idosos: análise por enfermeiros utilizando ferramenta computacional. **Esc. Anna Nery**, v.14, n.4, p.797-802, 2010.

SOARES, M. M.; SILVA, L. O. L.; DIAS, C. A.; RODRIGUES, S. M.; MACHADO, C. J. Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 144- 150, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 17, n.1, p. ?, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Teste seu índice de massa corporal.** Disponível em: <<http://www.sbem.org.br/teste-seu-imc/>> Acesso em: 25 set. 2011.

SOUZA, N. B.; FERREIRA, F. A.; RODRIGUES, F.C. Perfil da população idosa portadora de hipertensão arterial atendida no programa do idoso em uma unidade de saúde da família-escola no município de passos. **Rev. Ciência et Praxis**, v. 1, n. 2, p.26- 32, 2008.

STUMM, E. M. F.; ZAMBONATO, D.; KIRCHNER, R. M.; DALLEPIANE, L. B.; BERLEZI, E. M.; Perfil de idosos assistidos por unidades de Estratégia de Saúde da Família que sofreram infarto agudo do miocárdio. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 12, n. 3, p. 449-461, 2009.

TAVEIRA, L.F.; PIERIN, A. M. G.; O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 15, n. 5, p. 929-935, 2007.

UNGARI, A.Q. **Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, SP.** 2007. 95 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

VICTOR, J. F.; VASCONCELOS, F. F.; ARAÚJO, A. R.; XIMENES, L.B.; ARAÚJO, T. L. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 41, n. 4, p.724-730, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva: WHO, 2008.

XAVIER, A. T. F.; BITTAR, D. B.; ATAÍDE; M. B. C. Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. **Texto Contexto Enferm.**, v.18, n.1, p.124-130, 2009.

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; CESÁR, C. L. G.; CARANDINA L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.2, p.285-294, 2006.

**APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados (Formulário 1)**

Código: _____	Data: ____/____/____
---------------	----------------------

**I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

1. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	2. Data de nascimento: ____/____/____
3. Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) União consensual ( ) Divorciado ( ) Viúvo	
4. Raça/cor da pele: ( ) branca ( ) pardo ( ) negro ( ) amarelo ( ) indígena	
5. Anos de estudo: _____	5.1. Classificação da escolaridade: _____
6. Fonte de renda atual: ( ) Aposentado ( ) Pensionista ( ) Ativ.remun. ( ) Não possui	
6.1. Renda familiar: R\$ _____, _____	7. N° de pessoas que com quem reside: __

**II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

8. Atividade física (5 vezes por semana, pelo menos 30 min)? ( ) Sim ( ) Não	
9. Tabagismo? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ex-fumante	
10. Autopercepção de saúde? ( ) Boa ( ) Muito boa ( ) Regular ( ) Ruim	
11. PA (início da entrev.): ____/____ mmHg	12. PA (fim da entrev.): ____/____ mmHg
13. Peso: _____ kg	14. IMC: _____ kg/m <sup>2</sup>

## APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido



### UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS – CSHNB CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

**Título do projeto:** *A independência para o autocuidado em idosos exerce influência sobre sua adesão ao tratamento anti-hipertensivo?*

**Pesquisador responsável:** Profa. Ms. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira

**Aluna:** Talita Rodrigues Costa Reis

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí / CSHNB / Enfermagem

**Telefone para contato** (inclusive a cobrar): (089) 3422 1021 (Coordenação)

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

Esta pesquisa trata-se de um estudo analítico, transversal, quantitativo. Seu principal objetivo é analisar a associação entre autocuidado e adesão ao tratamento em idosos com hipertensão arterial.

Para coletar os dados será utilizado um instrumento com três formulários com perguntas fechadas (objetivas) de fácil compreensão. O pesquisador terá em média trinta minutos responder ao formulário com base em suas respostas.

Vale ressaltar que:

1. Não há benefício direto ao participante desta pesquisa;
2. A resolução do formulário acontecerá na oportunidade da visita do pesquisador ao local de estudo;
3. Em qualquer fase do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de quaisquer dúvidas;
4. Não é necessária a identificação do participante. Assim, será respeitado o sigilo e a confidencialidade da pesquisa.
5. A coleta das informações acontecerá no período de fevereiro a abril de 2012, mas você tem o direito de retirar o **consentimento** a qualquer tempo.

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “*A independência para o autocuidado em idosos exerce influência sobre sua adesão ao tratamento anti-hipertensivo?*”, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com o(a) pesquisador(a) responsável sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/assistência/tratamento neste Serviço.

<b>Local e data</b>	<b>Assinatura do sujeito ou responsável</b>
---------------------	---

**TESTEMUNHAS (não ligadas à equipe de pesquisadores):**

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

Nome:	RG/CPF:
Assinatura:	
Nome:	RG/CPF:
Assinatura:	

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

\_\_\_\_\_  
*Pesquisador Responsável*

**Observações complementares**

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:  
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga.  
Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI  
tel.: (86) 3215-5734 - email: [cep.ufpi@ufpi.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.br) web: [www.ufpi.br/cep](http://www.ufpi.br/cep)

**ANEXO A – Instrumento de coleta de dados (Formulário 2)**

**ÍNDICE DE KATZ<sup>1</sup> – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA**

Grau de independência: ( )A ( )B ( )C ( )D ( )E ( )F ( )G ( )H
--

**1. Banhar-se** (de esponja, na banheira ou no chuveiro):

- ( ) Toma banho completamente sem assistência.
- ( ) Recebe assistência para lavar apenas uma parte do corpo, como: pernas ou costas.
- ( ) Recebe assistência para lavar mais que uma parte do corpo.

**2. Vestir-se** (retirar roupas do armário e do cabide, inclusive roupas de baixo e sobretudo; lidar com fechos e cintos e calçar sapatos):

- ( ) Apanha as roupas e veste-se completamente sem assistência.
- ( ) Apanha as roupas e veste-se sem assistência, exceto no amarrar os cordões dos sapatos.
- ( ) Recebe assistência para arrumar as roupas e vestir-se ou permanece parcial ou completamente sem roupa.

**3. Usar sanitário** (ir ao sanitário para as eliminações, limpar-se após as eliminações e arrumar as vestes):

- ( ) Vai ao sanitário, limpa-se e arruma as vestes sem assistência. (pode usar objetos auxiliares como bengala, andador e cadeira de rodas, pode usar comadre/papagaio à noite, esvaziando-os de manhã).
- ( ) Recebe assistência para ir ao sanitário, no limpar-se e arrumar as vestes após as eliminações ou no uso de comadre/papagaio à noite.
- ( ) Não consegue usar o sanitário para as eliminações.

**4. Deitar e levantar** da cama e sentar e levantar da cadeira:

- ( ) Sobe e desce da cama assim como senta-se e levanta-se da cadeira sem assistência (pode estar usando objeto auxiliar com bengala, andador).
- ( ) Sobe e desce da cama assim como senta-se e levanta-se da cadeira com assistência.
- ( ) Não sai da cama, acamado completamente.

**5. Continência** das eliminações:

- ( ) Tem controle completo das eliminações urinária e intestinal.
- ( ) Tem ocasionais “acidentes”.
- ( ) A assistência ajuda a manter o controle da micção (dos que usam cateter ou que são incontinentes).

**6. Alimenta-se:**

- ( ) Alimenta-se sem assistência.
- ( ) Alimenta-se por si, exceto para cortar a carne e passar manteiga no pão.
- ( ) Recebe assistência para alimentar-se.
- ( ) Recebe alimentação por gavagem ou por via enteral.

---

<sup>1</sup> Fonte: Katz (1963).

O índice do grau de independência nas atividades da vida diária se baseia numa avaliação da independência ou dependência funcional dos pacientes para banhar-se, vestir-se, usar o sanitário, mobilizar-se, ser continente e comer sem ajuda. As definições de independência e dependência funcionais aparecem na abaixo do índice.

- A. Independente para comer, ser continente, mobilizar-se, usar o sanitário, vestir-se e banhar-se.
- B. Independente para realizar todas estas funções, exceto uma.
- C. Independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se e outra função mais.
- D. Independente para realizar todas as funções, exceto para banhar-se, vestir-se e outra função mais.
- E. Independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se, vestir-se, usar o sanitário.
- F. Independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se, vestir-se, usar o sanitário, mobilizar-se e outra função mais.
- G. Dependente para realizar as seis funções.
- H. Outro - Dependente para realizar pelo menos duas funções, mas não pode ser classificado em C, D, E e F.

**Independência** significa que a função se cumpre sem supervisão, direção ou ajuda pessoal ativa, exceto a que se indica em cada caso. Baseia-se na situação real e não na capacidade. Quando um paciente se nega a cumprir uma função, se considera que não realiza essa função, quando se estima que está capacidade para fazê-lo.

#### **Banho (esponja, ducha ou banheira)**

*Independente:* necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo (como o dorso ou uma extremidade incapacitada) ou lava por si só todo o corpo.

*Dependente:* necessita de assistência para lavar mais que uma parte do corpo; assistência para entrar e sair da banheira ou não se banha sozinho.

#### **Mobilidade**

*Independente:* deita-se e levanta-se sem auxílio e senta e se levanta da cadeira sem ajuda (usa ou não aparelhos ortopédicos para sustentar-se).

*Dependente:* necessita de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama ou para sentar-se e levantar-se da cadeira; não pode efetuar um ou mais desses movimentos.

#### **Vestir-se**

*Independente:* retira as peças de vestir do armário e cabides, inclusive roupas de baixo e sobretudo; veste-se sem auxílio, lida com fechos, cintos e botões e calça sapatos; o ato de amarrar os cordões dos sapatos está excluído.

*Dependente:* não se veste sozinho ou permanece parcialmente despido.

#### **Continência**

*Independente:* Tem controle total da micção e da defecação.

*Dependente:* incontinência parcial ou total da micção ou defecação; controle parcial ou total mediante enemas, cateteres, ou o uso regular de papagaios ou comadres.

#### **Uso do Sanitário**

*Independente:* Vai para o banheiro sem ajuda; pode sentar-se e levantar-se do vaso; limpa-se e veste-se; pode usar papagaio ou comadre, durante a noite e usa ou não objetos auxiliares (como bengala, andador ou cadeira de rodas) para sustentar-se.

*Dependente:* usa comadre ou papagaio ou recebe assistência para usar o banheiro

#### **Comer**

*Independente:* pega a comida do prato ou objeto equivalente e a leva à boca (excluem-se cortar a carne e a preparação prévia de alimentos como passar manteiga no pão)

*Dependente:* necessita de ajuda para comer; não ingere nenhum alimento ou recebe o alimento por via parenteral.

**ANEXO B – Instrumento de coleta de dados (Formulário 3)**

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO<sup>2</sup>**

VARIÁVEIS	NOTA MÁXIMA	NOTA RECEBIDA	DESCRIÇÃO
CONSUMO DE SAL ADEQUADO	1,0	( ) (0,0)	Refere claramente que consome sal sem moderação. Menciona isto como sem importância.
		( ) (0,25)	Refere claramente que consome sal sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.
		( ) (0,5)	Refere claramente que consome muito sal, mas diz que quer diminuir e não consegue.
		( ) (0,75)	Refere que às vezes consome uma quantidade maior de sal, mas é raro.
		( ) (1,0)	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao sal.
CONSUMO DE GORDURA ADEQUADO	0,5	( ) (0,0)	Refere claramente que consome gordura, sem moderação e menciona isto como sem importância.
		( ) (0,12)	Refere claramente que consome gordura, sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.
		( ) (0,25)	Refere claramente que consome muita gordura, mas alega que quer diminuir e não consegue.
		( ) (0,37)	Refere que às vezes consome mais gordura, mas é raro.
		( ) (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com a restrição a gordura.
ABSTINÊNCIA DO FUMO	0,5	( ) (0,0)	Refere claramente que fuma, em excesso, e conta isto como sem importância.
		( ) (0,12)	Refere claramente que fuma, em excesso, mas diz saber que faz mal.
		( ) (0,25)	Refere claramente que fuma, mas comenta que quer diminuir e não consegue.
		( ) (0,37)	Refere que às vezes fuma, mas é raro.
		( ) (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao fumo.
AUSÊNCIA DE INGESTA ALCOÓLICA	0,5	( ) (0,0)	Refere claramente que é etilista, sem moderação, e fala nisto como sem importância.
		( ) (0,12)	Refere claramente que é etilista, sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.
		( ) (0,25)	Refere claramente que é etilista, mas alega que quer diminuir e não consegue.
		( ) (0,37)	Refere que às vezes bebe, mas é raro.
		( ) (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao álcool.
PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS	1,0	( ) (0,0)	Refere claramente que é sedentário e menciona isto como sem importância.
		( ) (0,25)	Refere claramente que é sedentário, mas diz saber que faz mal.
		( ) (0,5)	Refere claramente que é sedentário, mas ressalta que quer modificar o comportamento e não consegue.
		( ) (0,75)	Refere que às vezes é sedentário, mas é raro.
		( ) (1,0)	Afirma ter cuidado extremo com o sedentarismo.
ENFRENTAMENTO EFICAZ DO ESTRESSE	0,5	( ) (0,0)	Refere claramente que se estressa com muita facilidade e conta isto como sem importância.
		( ) (0,12)	Refere claramente que se estressa com muita facilidade, mas diz saber que faz mal.
		( ) (0,25)	Refere claramente que se estressa com facilidade, mas enfatiza que quer modificar o comportamento e não consegue.
		( ) (0,37)	Refere que às vezes se estressa, mas é raro.
		( ) (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com o estresse.
USO ADEQUADO DO MEDICAMENTO	1,5	( ) (0,0)	Refere claramente que não toma o medicamento e menciona isto como sem importância.
		( ) (0,25)	Refere claramente que não toma o medicamento, só quando a pressão sobe.
		( ) (0,5)	Refere claramente que tem dificuldade em tomar o fármaco corretamente pelos seus efeitos colaterais.
		( ) (1,0)	Refere que às vezes se esquece de tomar o remédio, mas é raro.

<sup>2</sup> Fonte: Moreira (2003)



		( ) (1,5)	Afirma ter cuidado extremo com o horário e forma de tomar os medicamentos.
COMPARECIMENTO ÀS CONSULTAS/ PERÍODO EM QUE SÃO MARCADAS NA USF	0,5	( ) (0,0)	Refere claramente que vai à consulta somente quando passa muito mal.
		( ) (0,12)	Refere claramente que vai à consulta somente quando a pressão sobe.
		( ) (0,25)	Refere claramente que falta às consultas, mas diz que quer modificar tal comportamento e não consegue.
		( ) (0,37)	Refere que às vezes falta à consulta, mas é raro.
		( ) (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com o comparecimento às consultas.
IMC	1,0	( ) $> 35$ e $\leq 40$ kg/m <sup>2</sup> (0,0)	
		( ) $> 30$ e $\leq 35$ kg/m <sup>2</sup> (0,25)	
		( ) $> 25$ e $\leq 30$ kg/m <sup>2</sup> (0,5)	
		( ) $\leq 25$ kg/m <sup>2</sup> (1,0)	
PA	3,0	( ) $\geq 180$ X 110 (0,0)	
		( ) 160-179 X 100-109 (1,0)	
		( ) PAS $\geq 140$ e PAD $< 90$ cm Hg (1,0)	
		( ) 140-159 X 90-99 (1,5)	
		( ) 130-139 X 85-89 – Normal limítrofe (2,0)	
( ) $\leq 130$ X 85 cm Hg – Pressão normal (3,0)			
<b>TOTAL</b>	<b>10,0</b>	<b>X =</b>	

QUANTO MAIOR A NOTA = MAIOR ADESÃO AO TRATAMENTO; X = 9-10 = Paciente ideal;  
 $X \geq 7$  e  $\leq 9$  = Não-adesão leve;  $X \geq 5$  e  $< 7$  = Não-adesão moderada;  $X \geq 3$  e  $< 5$  = Não-adesão grave;  
 $X \geq 0$  e  $< 3$  = Não-adesão gravíssima

<sup>2</sup> Fonte: Moreira (2003)

## ANEXO C – Normas para aferição da pressão arterial<sup>3</sup>

### Preparo do paciente:

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.
2. Certificar-se de que o paciente NÃO:
  - está com a bexiga cheia
  - praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos
  - ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos
  - fumou nos 30 minutos anteriores.
3. Posicionamento do paciente:

Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.



### Para a medida propriamente:

1. Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.
2. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
3. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
4. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.
5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
6. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação.
7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).
8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
10. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.
11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.
12. Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida, embora esse aspecto seja controverso.
13. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente.
14. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida.

---

<sup>3</sup> Extraído das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010)

## ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFPI REGISTRO CONEP: 045</p> 
--	---

### CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

**Título:** Adesão de idosos ao tratamento anti-hipertensivo

**CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética):** 0305.0.059.000-11

**Pesquisador Responsável:** Andressa Suelly Saturnino de Oliveira

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

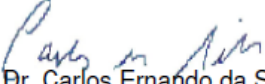
**Julho/2012**

**Relatório final**

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

**DATA DA APROVAÇÃO:** 28/11/2011

Teresina, 30 de Novembro de 2011.

  
Prof. Dr. Carlos Ernando da Silva  
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI  
COORDENADOR