



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

**Ansiedade e Adesão ao Tratamento em indivíduos  
com Hipertensão Arterial**  
**VERSÃO DEFINITIVA APÓS DEFESA PÚBLICA**

**Daniela Maria Alves Pinheiro**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof. Paula Saraiva Carvalho  
Co-orientadora: Prof. Cláudia Mendes Silva

**Covilhã, Janeiro de 2020**



**“O impossível existe até que alguém duvide dele e prove o  
contrário”**

Albert Einstein



# Agradecimentos

Aos meus pais, por terem confiança em mim e me motivarem continuamente, por permitirem que isto fosse possível e por estarem sempre do meu lado. A eles o meu Obrigada! Obrigada pelo amor incondicional que têm por mim.

À minha família, obrigada.

À minha fiel companheira de quatro patas, que esteve comigo todos os dias à espera que acabasse de escrever para podermos ir brincar.

À professora Paula Carvalho agradeço pela orientação e apoio prestados, pelo esforço, pela paciência, pela disponibilidade e pela partilha de conhecimentos ao longo deste ano.

À Mariana, à Catarina, à Inês, à Mara e ao Rui agradeço pela amizade, por me ajudarem a acreditar que seria possível, por acreditarem em mim e por me motivarem continuamente. Obrigada pelas partilhas e pelas gargalhadas e por terem uma presença assídua na minha vida.

Um obrigada especial à amiga mais improvável, a Ângela, a companheira de luta neste ano. Obrigada por toda a motivação, paciência e amizade. Por toda a disponibilidade para me ouvir, pelos momentos de descontração e pelos sorrisos partilhados, pelo incentivo e pelas palavras certas. Por partilhar comigo todo o entusiasmo, dúvidas e incertezas. A ti, um enorme obrigada por tudo aquilo que já fizeste por mim!

Ao Dani, que sempre acreditou em mim e me motivou a ser melhor. Por me encorajar a continuar a trabalhar com a sua frase “Força miúda!”. Obrigada pelo incentivo, pela boa disposição e pelas palavras certas!

À equipa do Centro de Saúde São Tiago, por tão bem me receberem, pela paciência, pela disponibilidade incansável e pela boa disposição. Aos participantes deste estudo, agradeço pela sua disponibilidade e constante simpatia que de forma geral contribuíram para esta investigação.

E um obrigado ainda a tantas outras pessoas, professores, conhecidos e colegas que de forma direta ou indireta colaboraram para que eu chegasse até aqui.

**A todos,**

**O meu muito OBRIGADA!**



# Resumo

Introdução: Ao longo dos últimos anos, presenciamos um aumento acentuado de doenças crônicas, constituindo-se a Hipertensão Arterial como uma problemática cuja prevalência é cada vez mais notória. Na Hipertensão Arterial, tendo em conta a sua cronicidade, o comportamento e estilo de vida dos indivíduos desempenham um papel fulcral no bom prognóstico da doença. Além disso, as alterações dos hábitos de vida, o desconhecimento de formas de tratamento e de informação relativa à doença em si contribuem para que muitos doentes apresentem uma difícil adaptação emocional ao seu quadro clínico, contribuindo para o desenvolvimento da ansiedade. Neste sentido, o principal objetivo deste estudo consiste em analisar os níveis de ansiedade e de adesão ao tratamento numa amostra de indivíduos com Hipertensão Arterial.

Método: A amostra é constituída por 106 participantes hipertensos, com idades compreendidas entre os 33 e os 65 anos ( $M = 58.8$ ;  $SD = 7.03$ ), utentes do Centro de Saúde São Tiago, em Castelo Branco. O presente estudo classifica-se como sendo de natureza quantitativa, descritiva e transversal. O protocolo de recolha de dados foi composto pelo Questionário Sociodemográfico, o MAT - Questionário de Medidas de Adesão aos Tratamentos e a HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

Resultados: Os participantes apresentavam níveis de adesão ao tratamento bastante satisfatórios, obtendo uma pontuação de 5.56 numa escala até 6; já em relação aos níveis de ansiedade, 19 (17.9%) obtiveram ansiedade leve, 8 (7.5%) têm um nível de ansiedade moderada e somente 2 (1.9%) inquiridos revelam níveis altos de ansiedade severa. Além disso, os dados obtidos sugerem que os sujeitos com diagnóstico realizado há mais tempo, apresentam maior adesão à medicação e que quanto mais envelhecida é a população mais importância dão ao cumprimento da prescrição médica. Encontramos ainda uma associação negativa entre os níveis de ansiedade e os níveis de adesão ao tratamento, concluindo que a adesão ao tratamento pode ser prejudicada pela presença de sintomas ansiógenos. O estudo aponta ainda para diferenças nos níveis de ansiedade entre homens e mulheres, pelo que de acordo com os resultados obtidos é o sexo feminino que ostenta maiores níveis de ansiedade quando comparadas com o sexo masculino.

Conclusão/Discussão: A HTA ainda não é percecionada como muito preocupante para quem dela padece, sendo que muitos doentes apresentam difícil adaptação emocional ao seu quadro clínico, não procuram ajuda e apresentam falta de adesão ao tratamento.

## Palavras-chave

Hipertensão Arterial, Ansiedade, Adesão ao tratamento.

# Abstract

Introduction: Over the last few years, we have witnessed a distinct increase in chronic diseases, with Hypertension as a problem whose prevalence is increasingly evident. Considering the chronicity of Hypertension, the behaviour and lifestyle of individuals play a key role in the good prognosis of the disease. In addition, changes in lifestyle and lack of knowledge about treatment and the disease itself contribute to many patients having a difficult emotional adaptation to their clinical condition, contributing to the development of anxiety. In this sense, the main goal of this study is to analyse the levels of anxiety and treatment adherence in a sample of individuals with hypertension.

Method: The sample consists of 106 participants with Hypertension, aged between 33 and 65 years ( $M = 58.8$ ;  $SD = 7.03$ ), users of the São Tiago Health Center, in Castelo Branco. This study is classified as quantitative, descriptive and cross-sectional. The data collection protocol was composed by three tools: Sociodemographic Questionnaire, MAT - Treatment Adherence Measurement Questionnaire and HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale.

Results: Participants had very satisfactory levels of treatment adherence, obtaining a score of 5.56 on a scale up to 6; Regarding anxiety levels, 19 individuals (17.9%) had mild anxiety, 8 individuals (7.5%) had a moderate anxiety level and only 2 individuals (1.9%) respondents showed high levels of severe anxiety. In addition, the data obtained suggest that subjects with a longer diagnosis present greater adherence to medication and that the older the population, the more importance they give to compliance with the medical prescription. We also found a negative association between anxiety levels and treatment adherence levels, concluding that treatment adherence may be impaired by the presence of anxiogenic symptoms. The study also points to differences in anxiety levels between men and women, so according to the results obtained, the female subjects showed higher levels of anxiety when compared to males.

Conclusion / Discussion: Hypertension is not yet perceived as very worrying for those who suffer from it, and many patients have a difficult emotional adaptation to their clinical condition, do not seek help and show a lack of adherence to treatment.

# Keywords

Hypertension, Anxiety, Treatment adherence.

# Índice

INTRODUÇÃO .....	1
<b>CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>3</b>
1.1. Doenças Crónicas .....	3
1.2. Hipertensão Arterial .....	5
1.2.1. Diagnóstico e Classificação .....	7
1.2.2. Abordagem Terapêutica.....	9
1.2.2.1. Terapêutica Farmacológica.....	9
1.2.2.2. Terapêutica Não Farmacológica .....	10
1.3. Aceitação do diagnóstico e Adesão ao Tratamento .....	12
1.3.1. Aceitação do diagnóstico .....	12
1.3.2. Adesão ao tratamento .....	13
1.4. Ansiedade .....	17
1.4.1. Epidemiologia e etiologia .....	19
1.4.2. Comorbilidade e Diagnóstico .....	20
1.4.3. Abordagem Terapêutica.....	22
<b>CAPÍTULO 2 - ESTUDO EMPÍRICO.....</b>	<b>25</b>
<b>2. Metodologia .....</b>	<b>25</b>
2.1. Fundamentação e objetivos do estudo .....	25
2.2. Participantes .....	26
2.3. Instrumentos .....	31
2.3.1. Questionário sociodemográfico .....	31
2.3.2. Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).....	31
2.3.3. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale).....	32
2.4. Procedimentos de Investigação .....	33
2.4.1. Aspectos éticos.....	33
2.4.2. Recolha de dados.....	33
2.5. Procedimentos estatísticos e análise de dados .....	34

<b>3 - Apresentação dos Resultados</b> .....	37
3.1. Análises estatísticas preliminares .....	37
3.2. Estatísticas descritivas básicas .....	38
3.3. Estatísticas inferenciais .....	40
3.3.1. Associações entre os níveis de Adesão ao Tratamento, a Idade e o Tempo de Diagnóstico .....	40
3.3.2. Diferenças nos valores obtidos na HADS e nas suas dimensões em Função do Género .....	40
3.3.3. Diferenças nos valores obtidos na HADS em Função dos níveis de Escolaridade ..	41
3.3.4. Associações entre os níveis de Adesão ao Tratamento e os valores obtidos na HADS e nas suas subescalas .....	41
<b>4 - Discussão dos Resultados</b> .....	45
4.1. Limitações .....	50
4.2. Implicações .....	51
<b>CONCLUSÃO</b> .....	53
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	55
<b>ANEXOS</b> .....	69
<b>Anexo I : Autorização da Comissão de Ética da ULS Castelo Branco</b> .....	71

# Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Definições de Hipertensão pelos Níveis da Pressão Arterial (PA) no Consultório e Fora do Consultório, retirado da Direção Geral de Saúde (2014) .....	8
<b>Tabela 2</b> - Classificação dos Níveis de Pressão Arterial no Consultório, retirado da Direção Geral de Saúde (2014) .....	9
<b>Tabela 3</b> - Frequências e Percentagens das Variáveis Sociodemográficas .....	27
<b>Tabela 4</b> - Frequência e Percentagens das Variáveis Clínicas .....	28
<b>Tabela 5</b> - Frequências e Percentagens Relativas às Complicações Associadas à Hipertensão Arterial .....	29
<b>Tabela 6</b> - Frequências e Percentagens Relativas à Satisfação com a Informação Sobre a Doença e o Tratamento e à Satisfação com a Qualidade dos Serviços de Saúde .....	30
<b>Tabela 7</b> - Consistência Interna dos Instrumentos Utilizados .....	37
<b>Tabela 8</b> - Estatística Descritiva por Item do MAT .....	38
<b>Tabela 9</b> - Estatística Descritiva por Item da HADS .....	39
<b>Tabela 10</b> - Estatística Descritiva por Subescala (Ansiedade e Depressão) da HADS .....	39
<b>Tabela 11</b> - Correções de Spearman entre o MAT, a Idade e o Tempo de Diagnóstico .....	40
<b>Tabela 12</b> - Diferenças na HADS e as suas dimensões em Função do Género .....	41
<b>Tabela 13</b> - Diferenças na HADS em Função dos Níveis de Escolaridade .....	41
<b>Tabela 14</b> - Correlações de Spearman entre o MAT, a HADS e as suas subescalas.....	42



# Lista de Acrónimos

APA	Gabinete de Relações Públicas
AVC	Universidade da Beira Interior
DC	Doença Crónica
DGS	Direção Geral de Saúde
DP	Desvio Padrão
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição.
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HTA	Hipertensão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
MAT	Medidas de Adesão ao Tratamento
M	Média
MMHG	Milímetro de mercúrio
N	Número de Casos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Distólica
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
TA	Tensão Arterial
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
WHO	<i>World Health Organization</i>



# Introdução

Nos dias de hoje, presencia-se um crescimento cada vez maior de doenças crónicas (DC), estimando-se que em 2020 representem a maior causa de morte e de incapacidade a nível mundial. Este tipo de doenças não possui cura, sendo que na maioria das vezes o seu tratamento é de longa duração, onde o comportamento e estilo de vida dos indivíduos parece desempenhar um papel fulcral (Sousa, Ladeiro, Pires & Santos, 2011).

A Hipertensão Arterial (HTA) constitui-se como uma problemática cuja prevalência é cada vez mais notória, sendo uma patologia de evolução lenta e silenciosa, que requer um conjunto de cuidados específicos (Gusmão, Ginani, Silva, Ortega & Mion, 2009). Neste sentido, a adesão à terapêutica engloba um conjunto de fatores que são, na maioria dos casos, determinantes para que seja possível levar a cabo o sucesso de um dado tratamento.

A adesão define-se como o grau de conformidade entre as recomendações do profissional de saúde e o comportamento do paciente relativamente ao regime terapêutico aconselhado (Jacob & Stephens, 2001). Este termo vem propor uma diminuição do poder do profissional de saúde, dando mais espaço ao paciente para decidir se quer ou não seguir o tratamento, havendo espaço para um melhor relacionamento paciente-profissional de saúde (Vermeire, Hearnshaw, Royen & Denekens, 2001; Osterberg & Blaschke, 2005). A adesão engloba a frequência nas consultas, os cuidados a ter, a aceitação à terapia proposta, e a toma dos medicamentos nas doses e horários certos (Gusmão et al, 2009).

Um fator que está cada vez mais presente nos doentes com hipertensão arterial, é a ansiedade caracterizada por uma sensação de medo que se manifesta como um desconforto ou tensão vindas de uma antecipação do perigo a algo desconhecido. É uma patologia cada vez mais prevalente entre a população portuguesa, reflexo de uma dinâmica da sociedade moderna, que torna as psicopatologias muito mais comuns nos dias de hoje (Fernandes, Ribeiro, Santos, Monteiro, Costa & Soares, 2018). A ansiedade na população hipertensa surge devido ao desconhecimento de formas de tratamento e mesmo informação relativas à doença em si, uma vez que esta doença crónica ainda não é vista como uma doença, mas sim como uma condição do individuo (Oliveira-Martins, Oliveira, Gomes, Caramona, & Cabrita, 2011).

A crescente preocupação sobre os efeitos que os fatores emocionais podem exercer nas patologias, cuja índole é, sobretudo, crónica, tem vindo a aumentar uma vez que este pode ser um fator, que de algum modo, interfere na evolução do quadro clínico. Este aspeto tem-se assumido como um desafio para os profissionais de saúde no que toca ao incutir aos doentes com Hipertensão Arterial uma componente proactiva face à doença, considerando que em alguns casos pode existir labilidade emocional (Aguirre, 2015).

Vários estudos apontam fatores de risco que ajudam a explicar a existência da Hipertensão, entre eles os fatores de ordem psicológica, nomeadamente a ansiedade. Constituindo a ansiedade um mecanismo de resposta face a um estímulo stressor, alguns estudos apontam que os sujeitos aquando expostos a uma situação ansiógena tendem a manifestar níveis de tensão arterial mais elevados, explicando assim a possível existência, em alguns casos, de uma relação direta entre Hipertensão e Ansiedade (Fonseca, Coelho, Nicolato, Malloy-Diniz & Filho, 2009).

O objetivo desta investigação consiste em analisar os níveis de ansiedade e de adesão ao tratamento em indivíduos portadores de hipertensão arterial, de modo a contribuir para um melhor conhecimento desta patologia na realidade portuguesa, caracterizando esta patologia e as comorbilidades psicológicas a ela associadas.

Este trabalho encontra-se organizado em duas partes: Enquadramento Teórico e Estudo Empírico. A primeira parte, o enquadramento teórico, onde é realçado o suporte teórico do tema em análise, abordando tanto a hipertensão arterial, explorando o diagnóstico, classificação e a abordagem terapêutica da doença; seguidamente falamos de ansiedade, da epidemiologia e etiologia, comorbilidade e diagnóstico e abordagem terapêutica, e por fim são relatados aspetos relacionados com a aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento.

A segunda diz respeito à metodologia, onde procuramos apresentar os aspetos gerais que permitem uma melhor compreensão do presente estudo, como descrição dos objetivos, descrição dos participantes e dos instrumentos utilizados, procedimentos de investigação e, procedimentos estatísticos e análise de dados. Posteriormente passaremos para a apresentação dos resultados obtidos na presente investigação e discussão dos mesmos, realçando as principais limitações sentidas no decorrer do estudo e as implicações. Por fim, são ainda apresentadas as principais conclusões.

# Capítulo 1 - Enquadramento Teórico

## 1.1 Doenças Crónicas

A doença crónica é uma doença não transmissível, com uma progressão lenta, prolongada no tempo, que pode ser controlada, mas raramente tem cura ou resolução natural (Center for Managing Chronic Disease, sd). Inicia-se habitualmente de forma insidiosa ostentando características que limitam as capacidades funcionais dos indivíduos. Afeta e diminui a qualidade de vida das pessoas e conduz a elevados gastos no tratamento, sendo este na maioria dos casos, prolongado (DGS, 2011).

As doenças crónicas representam a principal causa de morte a nível mundial, seguindo-se as doenças infecciosas (OMS, 2005). Têm assumido um peso crescente na população, muitas vezes decorrentes dos estilos de vida atuais que revelam dinâmicas comportamentais associadas a fatores de risco determinantes para o estado de saúde dos portugueses (Ministério da Saúde, 2018). As doenças crónicas são responsáveis por cerca de 80% da mortalidade nos países europeus, sendo a incidência e prevalência destas doenças condicionada por fatores de risco individuais e sociais, como excesso de peso, maus hábitos alimentares, Sedentarismo, Tabagismo e Alcoolismo, segundo dados do Ministério da Saúde (2018).

Em 2005, devido a doenças crónicas, morreram cerca de 35 milhões de pessoas (OMS, 2005). Em 2011, este número aumentou, e a nível mundial morreram mais de 36 milhões de pessoas (cerca de 60%) com doenças cardiovasculares, oncológicas, respiratórias e a diabetes (DGS, 2011). Dentro deste número, 14 milhões apresentam idades compreendidas entre os 30 e 70 anos (WHO, 2013). Em estudos mais recentes e segundo a Organização Mundial de Saúde (2018), as doenças crónicas são responsáveis por sete em cada dez mortes, causando 41 milhões de óbitos todos os anos, na qual se incluem muitos jovens.

Também em Portugal, as doenças crónicas estão a atingir cada vez mais a população. Atualmente, a demografia portuguesa é marcada pelo envelhecimento, com um baixo índice de fecundidade e no qual as doenças crónicas e os atuais estilos de vida assumem um papel cada vez mais relevante que se traduzem em fatores de risco para o estado de saúde dos portugueses (Ministério da Saúde, 2018). Segundo um estudo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2015) com a população residente em Portugal e abrangendo as pessoas de idade entre os 25 e os 74 anos, concluiu-se que cerca de 57,8% dos portugueses referem ter pelo menos 1 doença crónica, que a sua ocorrência é mais frequente nas mulheres com 62% e nas pessoas com menos escolaridade (81,4%). Este mesmo estudo refere ainda que a população mais afetada com as doenças crónicas é a da faixa etária dos 65-74 com 91,3%

seguida da faixa etária dos 55-64 com 82.8%. Relativamente às doenças crónicas mais prevalentes, em primeiro lugar surge a hipertensão, seguida do colesterol elevado em ambos os sexos. Além do decréscimo nas taxas de sobrevivência, as doenças crónicas levam a uma redução económica, psicológica e social, uma vez que são a principal causa de incapacidade, ou seja, cerca de 13% dos adultos referem algum grau de limitação na sua atividade, aumentando este valor para 37% quando se fala da população com mais de 65 anos (Hung, Ross, Boockvar & Siu, 2012).

Este tipo de doenças, na atualidade, apresentam um grande impacto na saúde a nível mundial, mostrando ser um desafio enorme para os profissionais da área, no sentido de identificar e inserir novas estratégias de atuação (Sousa, Ladeiro, Pires & Santos, 2011). Segundo afirma a Direção Geral de Saúde (DGS, 2011), seria possível modificar esta situação, através de medidas que promovam a saúde e previnam a doença, uma vez que na Europa, somente 3% das despesas são destinadas à prevenção, sendo os outros 97% consequência do investimento nos tratamentos.

O ministério da saúde (2018) aponta como comportamentos de risco e que aumentam a probabilidade de morrer com uma doença crónica: o tabagismo, a má alimentação com dietas pouco saudáveis e ricas em gorduras, o abuso de substâncias alcoólicas e o sedentarismo. Apesar da mortalidade por estas doenças ser maioritariamente na idade adulta, a exposição aos fatores de risco dá-se muito antes (Sousa, 2005; WHO, 2013). Caso existisse a diminuição destes fatores de risco, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) estima que existiria uma redução de 80% de mortes prematuras por doença cardíaca, AVC e diabetes tipo II, o que resultava na diminuição de 2% das taxas anuais por doença crónica.

Segundo Carvalho e Miguel (2009), 54% da população (5,2 milhões) é afetada por, pelo menos, uma doença crónica, sendo que 29% sofre de duas ou mais e ainda, cerca de 3% da população sofre de cinco ou mais doenças crónicas. Entre as doenças crónicas mais prevalentes na nossa população, encontra-se as doenças cardíacas, a doença cerebrovascular, o cancro, a diabetes tipo II, a obesidade e as doenças reumatoides. Estes problemas de saúde apresentam um grande impacto sobre a economia de um país, uma vez que representam aproximadamente 75% das despesas em saúde (Carvalho & Miguel, 2009).

Muitas das pessoas que sofrem com algum tipo destas doenças, apresentam múltiplas doenças concomitantes, sendo que as pessoas procuram, na maioria dos casos, cuidados de saúde para as várias doenças em simultâneo e não para a situação principal (Sousa, 2005). Nos dias de hoje, muitos doentes crónicos sobrevivem devido à intervenção médica realizada após o diagnóstico, o que torna indispensável a continuidade dos cuidados (Guerra, 2009).

Muitas pessoas com doenças crónicas, têm de seguir uma prescrição medicamentosa, uma vez que necessitam de tratamento farmacológico a longo prazo, pois só assim vêm a sua doença controlada (Ridder, Geenen, Kuijter & Middendorp, 2008). Além disso, o tratamento ou controlo destas doenças, envolve na maior parte das vezes mudanças nos estilos de vida, e

um processo contínuo que não tem em vista a cura da doença, uma vez que as doenças crónicas não apresentam cura, mas sim a estabilização do estado de saúde da pessoa e uma boa qualidade de vida (Raupp et al, 2015).

Após o diagnóstico, os portadores de doenças crónicas, são confrontados com novas situações que desafiam o modo de lidar com elas, nomeadamente o funcionamento social, familiar e ocupacional, requerendo assim um ajustamento por parte do doente e da sua família ao seu novo modo de vida (Raupp et al, 2015).

Em suma, viver com uma doença crónica é uma tarefa exigente, uma vez que induz mudanças na vida das pessoas e as obriga a deparar-se com um conjunto de fatores que exercem um impacto negativo na sua qualidade de vida, exigindo em muitos casos a adoção de novos estilos de vida (Vilhena et al 2014). Exige também um ajuste em vários outros domínios na vida de um indivíduo, podendo afetar a capacidade de uma pessoa funcionar normalmente (Ridder, Geenen, Kuijer & Middendorp, 2008).

A hipertensão arterial, como parte integrante das doenças crónicas precisa de uma vigilância e terapêutica regular e continuada no tempo, sem interrupções absolutas ou intermitentes. Uma pausa no tratamento pode levar a um agravamento da situação clínica, embora o progresso da doença na maior parte dos casos seja favorável e de fácil controlo (DGS, 2011).

No próximo ponto vamos abordar a definição de Hipertensão Arterial, assim como o seu diagnóstico e classificação, e ainda a abordagem terapêutica que pode ser adotada, tanto a terapêutica farmacológica como a não farmacológica, incidindo sobretudo nesta última.

## **1.2. Hipertensão Arterial**

A Hipertensão arterial é considerada uma doença crónica assintomática, ou seja, em que a pessoa é portadora da doença, mas a mesma não exhibe sintomas. É de evolução silenciosa, e por isso mesmo, muitas das vezes não lhe é dada a devida importância (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Em indivíduos saudáveis, o coração bombeia o sangue numa frequência de 60 a 80 batimentos por minuto, para que o oxigénio e os nutrientes essenciais ao bom funcionamento do nosso organismo, sejam distribuídos para todas as células do nosso corpo. Esta circulação do sangue envolve alguma pressão sobre as paredes das artérias, sendo que a esta pressão se dá o nome de Tensão Arterial (TA). Esta pressão é medida em milímetros de mercúrio (mmHg) e envolve duas medidas, a sistólica (Máxima) e a diastólica (Mínima), a primeira corresponde à pressão que é praticada pelo sangue das paredes das artérias quando o coração está a bombear o sangue, e a segunda refere-se à pressão que o sangue exerce nas artérias quando o coração está descontraído (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2013).

A hipertensão arterial acontece quando a pressão sobre as paredes das artérias aumenta mais do que as exigências do organismo, podendo este acontecimento ser de ordem genética ou ambiental (Soares, 2005). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2005) esta doença caracteriza-se por apresentar valores de pressão sistólica igual ou superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica igual ou superior a 90 mmHg.

A hipertensão arterial é uma doença que apresenta uma prevalência estimada a nível mundial de 25% na população adulta, e em Portugal os números apontam para que 42,2% da população adulta padeça desta doença, onde este valor se eleva para cerca de 75% se considerarmos apenas indivíduos com idade superior a 64 anos (Polonia, Martins, Pinto & Nazare, 2014). No entanto, dos casos diagnosticados, apenas 76,6% tem conhecimento do diagnóstico, mas destes, somente 42,5% apontam para valores controlados (Polonia, Martins, Pinto & Nazaré, 2014) e apenas 25% realiza terapêutica medicamentosa (Fundação Portuguesa de Cardiologia, sd).

Relativamente à hipertensão arterial nas faixas etárias mais elevadas, são os idosos que detêm a maior taxa de complicações e resistência à terapêutica, pois com o avançar da idade, também a gravidade da doença aumenta (Ong, Tso, Lam & Cheung, 2008; Polonia, Martins, Pinto & Nazare, 2014), apresentando os homens valores mais elevados que as mulheres em sujeitos com menos de 64 anos (Polonia, Martins, Pinto & Nazare, 2014). Este cenário muda a partir dos 65 anos onde são as mulheres que possuem taxas mais elevadas de hipertensão arterial (Polonia, Martins, Pinto & Nazare, 2014).

Sendo esta patologia uma das adversidades de saúde com maior relevância na idade pediátrica, estima-se que a sua prevalência nas crianças seja de 4 a 13%, merecendo este valor especial destaque uma vez que a presença de níveis elevados de pressão arterial nesta faixa etária é um preditor significativo para a presença de hipertensão arterial quando adultos (Gupta-Malhotra et al, 2014).

No que concerne ao aparecimento das doenças cardiovasculares, é exatamente por haver um número tão elevado de doentes em que a hipertensão não é controlada, que faz com que a Hipertensão Arterial seja um dos principais fatores de risco associados ao aparecimento de doenças cardiovasculares (Fundação Portuguesa de Cardiologia, sd). É um dos primordiais fatores de risco de acidentes vasculares cerebrais (AVC), de eventos coronários, insuficiência cardíaca e renal, sendo que a partir de valores de 115/75 mmHg o risco cardiovascular duplica, de cada vez que a Pressão Arterial Sistólica (PAS) aumenta 20 mmHg e a Pressão Arterial Diastólica (PAD) aumenta 10 mmHg (DGS, 2011).

Neste sentido, a hipertensão arterial acarreta ainda algumas consequências para a vida dos doentes, pois os níveis descontrolados de pressão arterial durante um longo período de tempo aumentam significativamente o risco de enfarte agudo do miocárdio e de acidentes vasculares cerebrais. Além dos mencionados pode ainda provocar insuficiência renal, problemas oftalmológicos e sexuais, e aumenta ainda a probabilidade de existir hipertrofia do

coração em que existe um aumento do volume do mesmo, tornando-o mais frágil, com possíveis arritmias e insuficiência cardíaca, e pode ainda existir deterioração das paredes das artérias que aumenta o risco de aterosclerose e trombozes (formação de coágulos), em que nos casos mais críticos podem surgir aneurismas e hemorragias cerebrais (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2013).

Um diagnóstico precoce de Hipertensão Arterial, principalmente nos sujeitos com risco elevado de doenças cardiovasculares, juntamente com uma orientação terapêutica adequada e um controlo regular na medição da pressão arterial, são as principais prioridades da intervenção nos cuidados de saúde (DGS, 2004).

Os problemas de saúde tendem a multiplicar-se com o envelhecimento da população, o que acarreta grandes desafios à comunidade médica. Ao considerar o aumento natural da pressão arterial com o avançar da idade, não são inesperados os resultados de um estudo conduzido na América do Norte, Europa, Japão e Austrália que indica que 80% da população com mais de 70 anos apresenta valores de pressão arterial de 140/190 mmHg ou estava a tomar medicação para controlar a doença (Kearney et al, 2005). Neste estudo realizado por Kearney e colaboradores (2005) quase 1 bilião de pessoas sofria de hipertensão arterial no ano de 2000 e que este valor tenderia a aumentar em 29% até 2025. O autor afirma ainda que existe igual prevalência da doença tanto em homens como em mulheres e que estas prevalências tendem a aumentar com a idade e de forma coesa em todo o mundo. De referir ainda que existe pouco conhecimento disponível sobre as tendências para a incidência e prevalência da hipertensão, no entanto, o mesmo estudo aponta ainda para que a hipertensão seja mais comum nos países desenvolvidos (37,3%) do que nos países em desenvolvimento (22,9%) (Kearney et al, 2005).

Assim, considera-se a hipertensão um enorme desafio na saúde pública devido à sua alta incidência a nível mundial e aos riscos consequentes de doenças cardiovasculares e renais (Kearney et al, 2005).

Os especialistas consideram ainda que as alterações do estilo de vida é uma das principais causas para o aumento da pressão arterial. Destas modificações fazem parte o excesso de alimentos ricos em sal, as gorduras e o açúcar, juntando ao facto de existir uma diminuição da prática de exercício físico e aumento com o consumo tabágico e alcoólico (DGS, 2004).

### **1.2.1. Diagnóstico e Classificação**

O diagnóstico da Hipertensão Arterial é realizado em consultório, tendo como principal critério a presença de valores elevados e persistentes da pressão arterial. Neste sentido, e para o diagnóstico ser definido, é necessário que em pelo menos duas consultas diferentes, com um intervalo mínimo de uma semana entre elas, e/ou em díspares ocasiões, a pressão

arterial sistólica (PAS) seja igual ou superior a 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) seja igual ou superior a 90 mmHg (DGS, 2011; Williams et al, 2018).

A definição de Hipertensão Arterial vigora para pessoas que não realizem medicação anti-hipertensora, não apresentem patologia aguda concomitante, não estejam grávidas, e apresentem uma idade igual ou superior a 18 anos (DGS, 2011).

No que concerne à classificação da Hipertensão Arterial, esta apresenta três graus de severidade: o grau 1 - hipertensão arterial ligeira, o grau 2 - hipertensão arterial moderada e o grau 3 - hipertensão grave (DGS, 2011; Williams, 2018).

O que os profissionais fazem, para posteriormente procederem ao diagnóstico, é registar no processo os valores apresentados pelos pacientes e depois classificam-nos segundo a norma supramencionada (DGS, 2011).

Apesar do diagnóstico da hipertensão arterial ser simples, este deve sujeitar-se a um processo rigoroso e criterioso de avaliação, diagnóstico e classificação, uma vez que esta doença é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa, para doenças cardiovasculares (Williams, 2018).

De acordo com o perfil de risco que cada sujeito apresenta para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, o limiar para a hipertensão Arterial pode ser mais ao menos flexível (DGS, 2004).

Na tabela seguinte (1), são apresentadas as definições de hipertensão pelos níveis de pressão arterial no consultório e fora do consultório (DGS, 2014):

**Tabela 1**

*Definições de Hipertensão pelos Níveis da Pressão Arterial (PA) no Consultório e Fora do Consultório retirado da Direção Geral de Saúde (2014).*

<b>Categoria</b>	<b>PA sistólica (mmhg)</b>		<b>PA diastólica (mmhg)</b>
<b>PA no consultório</b>	≥ 140	e / ou	≥ 90
<b>PA ambulatório (MAPA*)</b>			
<b>Durante o dia (ou acordado)</b>	≥ 135	e / ou	≥ 85
<b>Durante a noite (ou a dormir)</b>	≥ 120	e / ou	≥ 70
<b>Nas 24 horas</b>	≥ 130	e / ou	≥ 80
<b>PA em casa (AMPA**)</b>	≥ 135	e / ou	≥ 85

\* MAPA - Monitorização ambulatória da pressão arterial

\*\*AMPA - Auto-Medição da pressão arterial

Tabela 2

*Classificação dos Níveis de Pressão Arterial no Consultório, Retirado da Direção Geral de Saúde (2014).*

<b>Categoria</b>	<b>Sistólica (mmHg)</b>		<b>Diastólica (mmHg)</b>
Normal	< 140	E	< 90
Hipertensão grau 1	140 - 159	e / ou	90 - 99
Hipertensão grau 2	160 - 179	e / ou	100 - 109
Hipertensão grau 3	≥ 180	e / ou	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	e / ou	< 90

Existem muitos doentes a considerar a presença de valores de pressão arterial elevados, o que se deve a um total desconhecimento sobre os valores normativos da pressão arterial, o que poderá ser uma consequência de informação mal transmitida por parte dos profissionais. Este aspeto poderá ser evitado com um fortalecimento da informação passada aos doentes, confirmando sempre que após a passagem de informação o doente percebeu o que lhe foi transmitido (Pintassilgo, Abecasis, Beirão & Cunha 2018).

## **1.2.2. Abordagem Terapêutica**

### **1.2.2.1. Terapêutica Farmacológica**

Como principal objetivo no tratamento da Hipertensão Arterial, salienta-se a diminuição dos valores altos da pressão arterial e o tratamento de fatores de risco modificáveis e de doenças associadas, o que se traduz a longo prazo numa redução da morbilidade e mortalidade cardiovascular e renal. Assim, o objetivo consiste na passagem da pressão arterial para valores abaixo de 140/90 mmHg, tendo sempre em conta a idiosincrasia de cada sujeito. No caso dos idosos é complicado obter-se uma pressão arterial sistólica menor que 140 mmHg (DGS, 2004), pelo que o processo deve ser mais moroso, a fim de se evitar possíveis riscos de isquemia cerebral e do miocárdio (DGS, 2011).

Existem alguns casos em que não se consegue um controlo desejável da hipertensão arterial, definindo-a nestas circunstâncias como hipertensão resistente, podendo as explicações para esta falta de controlo passar por uma medição incorreta da pressão arterial, um consumo excessivo de sal e bebidas alcoólicas, má adesão ao tratamento, ou doses inadequadas do tratamento medicamentoso (DGS, 2004).

Normalmente, tem-se como regra que a distância entre consultas, poderá ser equiparada à normalidade dos valores da pressão arterial, ou seja, se os valores forem preocupantes as consultas tendem a ser mais regulares e próximas umas das outras. Por consulta, a pressão arterial deve ser medida pelo menos duas vezes e com um intervalo entre as medições de 1 a dois minutos, considerando a necessidade de uma terceira medição caso os valores obtidos

nas duas primeiras medicações forem muito discrepantes (DGS 2011; Fleg, Aronow & Frishman, 2010).

A medição deve cumprir alguns critérios: o ambiente da medição deve ser acolhedor e não deve ser concretizada à pressa. O paciente deve durante 5 minutos estar relaxado e com as necessidades básicas satisfeitas, não deve ter fumado ou ingerido estimulantes na última hora, o tamanho da braçadeira de medição deve ser adequado ao sujeito e, por fim, no caso de presença de valores elevados, a medição sistemática deve ser realizada no membro superior onde os valores elevados foram registados (DGS, 2011).

A escolha da medicação anti-hipertensora, tem de ter em conta: a idade do indivíduo; a existência de lesões concomitantes nos órgãos-alvo; a advertência, realização e correta vigilância das medidas não farmacológicas; os fatores de risco cardiovascular existentes; doenças e condições clínicas associadas; condicionalismos da aderência à terapêutica; e por fim, os fatores económicos relacionados (DGS, 2011).

O tratamento anti-hipertensor, deve basear-se essencialmente em dois critérios: (1) valor da tensão arterial sistólica e diastólica, e (2) o risco cardiovascular global. O objetivo primordial quando se opta por um tratamento anti-hipertensor, é a redução permanente dos valores elevados da pressão arterial, contribuindo para uma qualidade de vida o mais ajustada possível à situação (Williams, 2018; Fleg, Aronow & Frishman, 2010).

Após início deste tratamento, é desejável que até se alcançar o controlo da pressão arterial, os doentes hipertensos sejam reavaliados pelo menos mensalmente caso estejam no nível 1 de hipertensão, com consultas mais frequentes em pacientes que se encontrem no estágio 2 e estágio 3 de hipertensão, ou com doenças associadas e comorbilidades. Depois da estabilização da pressão arterial, é então recomendado que a periodicidade das consultas se processe com intervalos de 3 a 6 meses (DGS, 2004; Fleg, Aronow & Frishman, 2010).

Em suma, a gestão e terapêutica da pressão arterial traz algumas vantagens. Nos casos em que as pessoas apresentam menos de 60 anos de idade, existe uma diminuição de probabilidade de ocorrência de acidentes vasculares cerebrais em 42% e uma atenuação de eventos coronários em 14%. Já nos casos em que os indivíduos possuem uma idade acima dos 60 anos de idade, a terapêutica farmacológica reduz a mortalidade total em 15% e a mortalidade cardiovascular em 36%, diminui também a incidência de AVC em 35% e a doença coronária em 18% (DGS, 2011).

#### **1.2.2.2. Terapêutica Não Farmacológica**

O tratamento e controlo dos níveis da hipertensão arterial não se dá apenas com uma terapêutica medicamentosa. Esta medicação ajuda no controlo dos níveis, mas é imprescindível que aliado a isto, exista também por parte do doente, uma alteração aos seus hábitos alimentares e de vida (Péres, Magna & Viana, 2003). Antes do início de um tratamento farmacológico, deve-se iniciar um tratamento não farmacológico com algumas alterações ao

estilo de vida, uma vez que estas mudanças na maior parte dos casos são suficientes para fazer baixar os valores da pressão arterial (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2013). Só posteriormente e quando o tratamento não farmacológico não é suficiente é que se deve optar então pela toma de medicamentos que devem ser prescritos pelo médico, tendo em conta a idiosincrasia de cada sujeito (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2013).

Depois de confirmado o diagnóstico, é essencial que estes doentes adotem algumas medidas não farmacológicas, nomeadamente medidas comportamentais relacionadas com estilo de vida (Fonseca & Cirne, 2017). Etiologicamente, muitos dos fatores de risco associados à Hipertensão Arterial, advêm do estilo de vida que é adotado ao longo de toda a vida do indivíduo. Assim, segundo Cunha, Ferreira e Brito (2016) a principal estratégia de saúde passa por uma intervenção precoce, de modo a obter ganhos significativos ao nível da redução da prevalência de doenças crónicas. Assim, é imprescindível a adoção de um estilo de vida saudável, podendo em alguns casos, esta modificação ser responsável pela prevenção da ocorrência da doença e diminuição do risco cardiovascular global (DGS, 2014). Contudo, em doentes com um nível de risco elevado não se deve nunca retardar o início do tratamento medicamentoso (Fonseca & Cirne, 2017).

Esta alteração no estilo de vida, engloba essencialmente um **controlo e manutenção do peso**, idealmente nos valores de IMC de 18.5 a 24.9 Kg/m<sup>2</sup>, o que faz com que a pessoa tenha de reduzir o seu peso, caso os valores não correspondam aos referidos (DGS, 2004). Neste sentido, sabe-se que a obesidade é a nível mundial um enorme problema de saúde pública e encontra-se intimamente relacionada com o índice de massa corporal. Além disto, uma redução de peso conduz a uma descida dos valores da pressão arterial, em que uma redução de -5 Kg traduz-se na diminuição média de 4,4mmHg e 3,6mmHg da PAS e PAD, respetivamente (Mancia et al, 2013). Assim, a **atividade física** deve ser regular, devendo existir algum tipo de exercício em pelo menos quatro dias da semana (DGS, 2004).

As alterações no estilo de vida exigem também uma **dieta** reduzida em gorduras saturadas e rica em frutas, leguminosas e verduras, juntamente com uma baixa ingestão de sal (ingerir menos que 5,8 g/dia). A respeito da redução do sal, este trata-se também de um fator que eleva a pressão arterial porque o seu consumo excessivo traduz-se no aumento do volume extracelular e da resistência vascular periférica, que diz respeito à maior contração ou dilatação dos vasos sanguíneos na circulação do sangue, resultando no aumento da pressão arterial (Klein, 2015).

Por fim, no que toca ao **consumo tabágico e hábitos alcoólicos**, estes também são vistos com contribuintes para um maior risco cardiovascular, uma vez que possuem substâncias que danificam as paredes dos vasos sanguíneos, e quando consumidos em excesso aumentam a frequência cardíaca, contraem as artérias e podem causar défices nos batimentos cardíacos (Mancia et al, 2013). Assim, o consumo de álcool e os hábitos tabágicos, devem ser reduzidos ao mínimo ou até mesmo eliminados, perspetivando com esta medida principalmente a redução global de risco cardiovascular (DGS, 2004).

Para que todas estas mudanças ocorram é indispensável que exista uma boa relação entre os profissionais de saúde e o paciente, de modo a que o paciente entenda em que consiste a doença, quais as alterações que vai ter de adotar na sua vida, não perder a motivação devido às avaliações dos níveis da pressão arterial que vão ter de ser regulares, e também devem ser abordadas questões relativas à prevenção e promoção da saúde (Gasperin & Fensterseifer, 2006). Além disso, para Jardim, Sousa e Monego (1996) uma mudança no estilo de vida está intimamente relacionada com a qualidade de vida e com a própria noção de saúde que a pessoa apresenta. Isto acontece, uma vez que a ideia de saúde é constituída pelas vivências e experiências pessoais de cada pessoa, possuindo uma estreita relação com os seus pensamentos, sentimentos, valores, ideias e crenças.

### **1.3. Aceitação do diagnóstico e Adesão ao Tratamento**

#### **1.3.1. Aceitação do diagnóstico**

A aceitação do diagnóstico consiste no ato do indivíduo receber, perceber e admitir, com concordância interior, as exigências que a doença condiciona. É o reconhecimento e compreensão dos limites e malefícios impostos pela doença, sem se desvalorizar ou ter respostas ou atitudes menos positivas. É um confronto ativo e adaptativo, procurando um equilíbrio no seu bem-estar (Felton, Revenson & Henrichsen, 1984).

Schontz (1975) propõe uma sequência de estados pelo qual o doente vai passar antes de chegar à aceitação do diagnóstico: a primeira fase é o choque, na qual o paciente sente uma sensação estranha de distanciamento relativamente à situação, como se não fosse nada com ele, onde deixa de ter controlo nas suas ações e comporta-se de forma automática; a segunda fase é a de confusão onde se instala uma desorganização mental e predominam sentimentos de perda, insegurança e desespero que faz com que a pessoa se sinta sem qualquer capacidade para agir perante dada situação; a terceira fase é a de negação, onde o doente nega a realidade que o rodeia, nega a doença e o facto de estar doente, chegando a distanciar-se de tudo o que contraria essa negação; a quarta fase é a fase de confirmação, onde a pessoa desiste do estado de negação e procura então ativamente recorrer a outros exames e outros profissionais de modo a confirmar realmente o diagnóstico; por fim, surge a aceitação, onde o doente aceita realmente a doença (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Posteriormente ao choque inicial do diagnóstico e de todas as avaliações que daí advém, surge a adaptação progressiva à doença, no sentido da aceitação da mesma. Aceitação na qual o indivíduo restabelece o seu equilíbrio psicológico, por forma a aceitar e entender quais as limitações e consequências que a doença traz (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

As doenças crónicas acarretam sempre algum tipo de incapacidade, traduzidos em sintomas ansiosos e uma procura ativa pela resolução do problema como processo adaptativo.

Este processo passa pela aceitação da doença e pelas estratégias de *coping* que se caracteriza por lidar adequadamente com uma situação, ultrapassando as exigências ou limitações impostas, com vista sempre à resolução da situação problemática (Felton, Revenson & Henrichsen, 1984).

Esta aceitação ou recusa do diagnóstico pode também ser afetada por razões emocionais, como é o caso da ansiedade que pode complicar a assimilação da informação transmitida pelo médico, ou então a inaptidão de entender os aspetos mais relevantes do diagnóstico, por ser uma doença à qual a pessoa tem pouca informação e que faz com que sejam distorcidos os esclarecimentos efetuados (DiMatteo & DiNicola, 1985 citado por Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Segundo Marcelino, Carvalho e Maringá (2005) é importante motivar o doente a procurar conhecer melhor a doença, de modo a desenvolver competências para a mudança dos hábitos menos saudáveis, uma vez que um maior conhecimento sobre a doença e as suas implicações, relaciona-se com uma melhor qualidade de vida do indivíduo e conseqüentemente com uma maior aceitação da doença. A utilização de estratégias que permitam ao indivíduo criar uma oportunidade de crescimento pessoal a partir da conceção da sua doença, é tradutor de uma boa aceitação, podendo a doença ser vista como uma experiência de mudança positiva e não apenas um aspeto diminutivo.

Contudo, a aceitação da doença está intimamente relacionada com a aceitação e adesão do tratamento, ou seja, com a forma como o indivíduo lida com o impacto que a doença terá na sua vida e com a forma de lidar com situações críticas que daí podem advir (Maldaner et al, 2008). Neste sentido, a OMS (2003) refere que existe adesão quando o comportamento da pessoa, a respeito da toma da medicação, a realização de uma dieta adequada à sua condição e/ou as mudanças no estilo de vida vão ao encontro das recomendações do profissional de saúde.

### **1.3.2 Adesão ao tratamento**

A hipertensão arterial, é ainda uma doença que as pessoas não valorizam muito devido aos sintomas não serem muito exacerbados e existir uma certa dificuldade em identifica-los. Assim, o facto de se tratar de uma doença crónica, a ausência dos sintomas e as complicações que poderão surgir tardiamente, são fatores que dificultam a adesão (Gusmão, Ginana, Siva, Ortega & Mion, 2009). Um dos maiores desafios no controlo da hipertensão arterial é o conseguir que os indivíduos adiram aos tratamentos de modo a conseguirem garantir o seu sucesso a longo prazo e de forma orientada (Pierin, Mion, Fukushima, Pinto & Kaminaga, 2001).

Na literatura o termo concordância e adesão surgem muito associados, contudo convém efetuar um esclarecimento acerca de cada um dos conceitos.

O termo concordância diz respeito ao grau em que a conduta do doente vai de acordo com a prescrição clínica e a capacidade do doente seguir o tratamento que foi estabelecido. Este termo está mais relacionado com a ideologia biomédica em que o doente é visto como um cumpridor de regras, sem liberdade para decidir se quer ou não seguir a prescrição (Osterberg & Blaschke, 2005).

Já a adesão é vista como alternativa, e define-se como o grau de conformidade entre as recomendações do profissional de saúde e o comportamento do paciente relativamente ao regime terapêutico aconselhado (Jacob & Stephens, 2001). Este termo vem propor uma diminuição do poder do profissional de saúde, dando mais espaço ao paciente para decidir se quer ou não seguir o tratamento, havendo espaço para um melhor relacionamento paciente-profissional de saúde (Vermeire, Hearnshaw, Royen & Denekens, 2001; Osterberg & Blaschke, 2005). A adesão engloba a frequência nas consultas, os cuidados a ter, a aceitação à terapia proposta, e a toma dos medicamentos nas doses e horários certos (Gusmão et al, 2009).

No processo de adesão a um tratamento o paciente tem vários momentos: num primeiro momento tem a entrada em programas de tratamento; depois a adesão nas consultas que serão estipuladas; a seguir a aquisição dos medicamentos propostos e a toma dos mesmos da forma indicada pelo profissional de saúde; e por fim o término de comportamentos de risco e o início de regimes alimentares adequados e prática de exercício físico (Gusmão et al, 2009).

Assim, é expectável que o tratamento seja decidido em conjunto, onde serão reconhecidas as responsabilidades dos envolvidos no processo de tratamento de modo a promover a abertura para o diálogo e minimizando o poder clínico (Dias et al, 2011).

Uma das grandes dificuldades sentidas atualmente na área da saúde, é a falta de adesão ao tratamento, estimando-se que cerca de 30% a 50% dos doentes não adiram corretamente aos tratamentos propostos, independentemente da doença, do tratamento ou do prognóstico (Vermeire, Hearnshaw, Royen & Denekens, 2001). Vários estudos apontam uma taxa de adesão de 50% quando se fala em doenças crónicas nos países desenvolvidos (WHO, 2003). Leite e Vasconcellos (2003) referem que existe adesão ao tratamento, quando as prescrições são seguidas pelo menos em 80%.

Cada vez mais o sistema de saúde se depara com o abandono ou incumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, o que faz com que exista um aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida e aumento dos custos médicos (Gallagher, Viscoli & Horwitz, 1993). Estes comportamentos de não adesão afetam negativamente o sucesso terapêutico, o que acarreta custos significativos a nível médico e social.

Após o diagnóstico vem então o tratamento, pressupondo uma escolha racional dentro das possibilidades existentes, tendo sempre em mente que para o doente uma coisa é ouvir qual o provável tratamento, outra coisa é aceitá-lo e outra ainda é implementar, uma vez que a

decisão de implementar ou não a terapêutica é responsabilidade do doente (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Por outro lado, os estereótipos do doente relativamente às significações do médico podem também influenciar a decisão de aderir ou não ao tratamento, uma vez que um doente que não confie no seu médico não vai seguir nada por ele prescrito (Roberts, citado por Joyce-Moniz & Barros, 2005) ou caso não esteja satisfeito com a sua atitude (DiMatteo & DiNicola, citado por Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Como forma de avaliar a adesão ao tratamento, e sem requerer o uso de escalas, um dos métodos mais utilizados, não só pela sua simplicidade, mas também pelo seu baixo custo, é a observação direta, o relato do próprio paciente e a contagem dos comprimidos. A observação direta apenas é possível em tratamentos em que o indivíduo tem de fazer uma única toma, na administração intervalada de fármacos ou se a pessoa ficar hospitalizada (Gusmão et al, 2009).

Outros métodos utilizados são também o recurso a análises clínicas e de urina, e a monitorização dos valores da pressão arterial nas consultas seguintes ao começo do tratamento. É essencial ter em consideração que nenhum destes métodos é 100% confiável, por serem de fácil manipulação (Gusmão et al, 2009).

Neste sentido, e de acordo com vários estudos existentes, o conceito de adesão não nos remete apenas para a adesão à medicação, inclui também outros aspetos a nível da prevenção, do prévio diagnóstico e um encaminhamento adequado. O médico de família é o profissional de saúde de primeira linha, que possibilita um melhor prognóstico (Marques, Leal, Cabaça & Alexandre, 2017).

Existe também uma adesão parcial, que pode ser, segundo Rudd (1995) intencional ou não intencional. A adesão parcial intencional é quando o doente conhece o tratamento, mas não o cumpre, remetendo-nos para uma fase mais aguda da doença em que o paciente toma a medicação quando se sente pior, e ao contrário, que deixa de tomar a medicação quando não existe sintomatologia. A adesão não intencional é mais comum entre os idosos e as crianças e é consequência do esquecimento, confusão no regime terapêutico ou incapacidade em abrir as embalagens.

Para além da falta de adesão ao regime terapêutico, é também considerada não adesão quando o comportamento do indivíduo não vai ao encontro do que é recomendado pelo profissional de saúde, sendo que o grau de não adesão de um indivíduo à terapêutica, tem como extremo o abandono do seguimento (Gusmão et al, 2009). Na hipertensão é visível esta não adesão quando os indivíduos hipertensos não seguem as indicações relacionadas com as alterações dos estilos de vida, não comparecem nas consultas previamente marcadas, nem realizam os exames complementares prescritos (DGS, 2011).

Segundo Battaglioli-DeNero (2007) os principais fatores que estão relatados para a não adesão ao tratamento relacionam-se com a complexidade do regime terapêutico, com o

número de doses e horários das tomas, frequência da toma dos medicamentos, os efeitos secundários, má relação com o médico, crenças erradas sobre o tratamento e a doença. Também as características biossociais como a idade, o sexo, o nível de escolaridade, o nível socioeconómico, as crenças da saúde e os hábitos culturais são fatores que podem interferir no processo de adesão (Gusmão et al, 2009). No mesmo sentido, Machado (2009) refere que a adesão a regimes terapêuticos de longo prazo é influenciada por uma série de fatores que interagem entre si, apresentado 5 grupos de fatores que podem influenciar a adesão: fatores sociais, económicos e sociais, como o analfabetismo, o preço dos transportes, as condições habitacionais, o preço dos medicamentos, as crenças culturais e raça, entre outros, detêm uma influência negativa nas condutas de adesão; fatores referentes ao sistema e profissionais de saúde, como os sistemas de saúde pouco desenvolvidos, a pouca participação, os horários desajustados às necessidades, a fraca oferta de consultas, a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde e a baixa capacidade de instruir os doentes e garantir o *follow-up*; fatores ligados com a doença, como a gravidade dos sintomas, a incapacidade que a doença pode provocar (a nível social, físico ou psicológico), o impacto da doença na vida da pessoa e o grau de risco que a pessoa atribui à doença; fatores relacionados com o tratamento, como os efeitos secundários, a demora para a medicação fazer efeito, a duração, a complexidade e alterações frequentes de medicação são também fatores que reduzem a adesão; e os fatores relacionados com a pessoa como os seus recursos psicológicos, os conhecimentos prévios da doença, as suas atitudes e as crenças e expectativas, também influenciam negativamente o comportamento de adesão (Machado, 2009).

Outros estudos também apontam ainda aspetos como maior conhecimento acerca da doença, possíveis tratamentos e possíveis complicações e a toma de uma terapia medicamentosa juntamente com alterações no estilo de vida como fatores decisivos e que influenciam a adesão ao tratamento (Alves & Calixto, 2012; Strelec, Pierin & Mion, 2003).

A equipa médica e a influência do sistema de saúde, são dois aspetos muito importantes a ter em conta por um doente crónico que vá seguir um tratamento, sendo que a adesão é conquistada na relação médico-paciente.

Segundo Mion e colaboradores (1995), os indivíduos com hipertensão arterial preferem um tratamento farmacológico que seja por via oral, em comprimido, 1 vez ao dia e de preferência pela manhã. O profissional de saúde deve sempre ter em atenção qual o conhecimento e as preferências do hipertenso, e ter sempre em consideração estes aspetos no momento de prescrever o tratamento.

No caso das significações do doente e do médico serem muito discrepantes, o doente tende a ter uma maior dificuldade em decidir se vai ou não aderir ao tratamento, uma vez que as significações do médico se baseiam em factos biomédicos, e as do paciente em termos da experiência pessoal (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

No próximo ponto vamos abordar a definição de ansiedade, assim como a sua epidemiologia e etiologia, comorbilidade e diagnóstico e por fim, destacamos dois métodos de tratamento que podem, em conjunto, potencializar o tratamento das perturbações de ansiedade.

## 1.4. Ansiedade

Todos os seres humanos, em qualquer momento da sua vida já experienciaram sentimentos de ansiedade, pois é parte integrante das experiências humanas. É uma função natural do organismo, que nos permite estar preparado para responder a uma situação desconhecida ou interpretada como potencialmente perigosa (Silva, 2010).

Segundo Lazarus (1991), a ansiedade é um estado emocional. A ansiedade é um sentimento desagradável de medo e apreensão que se caracteriza por desconforto e tensão. É vista como uma disfunção emocional, que pode ser incapacitante para o indivíduo e que é reconhecida como patológica quando os sintomas são exagerados e desajustados face a dada situação, causando prejuízo na vida de uma pessoa (Moura et al, 2018).

Quando afeta a vida dos sujeitos, é considerada uma emoção negativa provocada pela oscilação entre as exigências do ambiente competitivo na qual a pessoa está inserida e os recursos que pensa ter para lidar com elas, sendo este desequilíbrio proveniente de uma avaliação cognitiva da situação ameaçadora, considerada como importante para o indivíduo (Lazarus, 1991).

Neste sentido, a ansiedade dita normal é aquela que apresenta um valor adaptativo (Braga et al, 2010). É uma vivência comum a qualquer ser humano, vista como um sinal de alerta ou de perigo eminente, emitido pelo nosso corpo para dado acontecimento que antecipamos como perigoso, onde cada indivíduo dispõe de várias estratégias para enfrentar o acontecimento causador de ansiedade, da melhor forma possível. É um sentimento comum e frequente, saudável e fundamental para nos proteger, sendo usado como um sinal de alerta (Silva, 2010).

Contudo, e sendo a ansiedade um mecanismo fisiológico do nosso corpo face a situações de stress, o problema surge quando este mecanismo passa a ser persistente e desadequado, causando um estado emocional desproporcional à situação. A patologia define-se a partir do momento em que o sofrimento causado pela ansiedade, traz prejuízo e interfere na vida do indivíduo (Braga et al, 2010), a nível do funcionamento académico, social, profissional ou em outras áreas com importância na vida do sujeito (APA, 2014). Caracteriza-se pela presença constante de um sentimento de medo sem fundamento real (Belzung & Griebel, 2001) e um estado de alerta constante (Araujo, 2011), com excesso de preocupação e ansiedade, por um período não inferior a 6 meses (APA, 2014). Este sentimento persiste para além do período apropriado ao nível de desenvolvimento (APA, 2014) e o indivíduo chega a quebrar as suas

rotinas (Joyce-Moniz-1997). Assim, a ansiedade patológica identifica-se pela presença de sentimentos desagradáveis, desconforto e tensão devido à antecipação de algo que nos é desconhecido e que nos poderá colocar em perigo. À medida que a ansiedade vai aumentando, a nossa atenção também fica mais focalizada, o que pode gerar uma resposta de luta ou fuga, quando a situação é de ansiedade extrema (Carr, 2014).

Quando se fala em ansiedade, é quase impossível não falarmos em medo. Ambas são reações normativas de um ser humano, com importantes funções adaptativas e que muitas vezes quando surgem vêm acompanhadas por manifestações somáticas e cognitivas (Teiga, 2014; Monteiro, 2014).

Neste sentido, surge então a necessidade de fazer a distinção entre medo e ansiedade. O medo é uma resposta natural e emocional a um estímulo interpretativo sobre a realidade do perigo (APA, 2014), e é usado quando surge uma ameaça específica, que é conhecida e externa ao sujeito (Teiga, 2014). A ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura (APA, 2014), sendo uma resposta a uma ameaça intrínseca, que surge na ausência de um estímulo externo ameaçador (Teiga, 2014). Esta última é muitas vezes usada como sinónimo de preocupação.

Ao nível cognitivo, o estímulo desencadeador da ansiedade vai ser interpretado como perigoso e ameaçador. Quanto ao nível fisiológico dá-se a ativação do sistema nervoso autónomo de modo a que o indivíduo esteja pronto para extinguir a ameaça, através de uma resposta de fuga ou evitamento. Os sentimentos de ansiedade, são geralmente acompanhados de uma ativação fisiológica, que pode surgir como dores de cabeça, dores de barriga, taquicardia, faltas de ar, cefaleias, suores, palpitações, desconforto abdominal, entre outras (Teiga, 2014). Já a nível comportamental os indivíduos tendem a realizar uma de duas opções, ou se aproximam para confrontar o perigo, ou então tendem a evitá-lo apreensivamente. Ambas as interpretações são baseadas no contexto relacional onde ocorrem, tendo impacto sobre o contexto (Carr, 2014).

Os eventos que causam mais ansiedade são aqueles que acontecem no momento menos esperado (como a morte de alguém) porque não possuímos as estratégias adequadas para lidar com a situação, mas quando algo acontece na etapa de vida adequada, o impacto ansioso no indivíduo vai ser menor (Franco-Fernández & Antequera-Jurado, 2009).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2014), estes dois estados acima supramencionados sobrepõem-se, mas também se distinguem, no sentido em que o medo é mais comum e surge associado a períodos de excitabilidade independente aumentada, essencial nos comportamentos de luta ou fuga e pensamentos de perigo eminente, já ansiedade associa-se mais à tensão muscular e vigilância, em consequência de eventos perigosos futuros e comportamentos de evitamento.

Atualmente, muito se fala da relação entre as doenças crónicas e as emoções, existindo estudos, ainda que poucos, a explorar a relação entre estas duas variáveis, apontando a

literatura para uma correlação entre doenças mentais e doenças cardiovasculares. Segundo Quintana (2011) existem alguns fatores de risco como os traços de personalidade, a depressão e a ansiedade que são considerados como preditores para o desencadear da Hipertensão Arterial.

Tendo por base a hipótese que o estado emocional interfere nos valores de pressão arterial, um estudo realizado pretendeu explorar os efeitos da felicidade, da raiva e da ansiedade em pacientes com hipertensão arterial. Concluiu-se que os três estados emocionais levam à pressão arterial e que se encontram fortemente relacionados com a intensidade da ansiedade e a pressão arterial diastólica (James, Yee, Hashfield, Blank & Pickering, 1986). Autores como Fonseca e colaboradores (2009) explicam que situações stressoras repetitivas que causam episódios pressores repetitivos, ou seja, momentos em que a tensão arterial sobe muito rápido, demonstram-se como um fator que aceleram o estágio da hipertensão, desde que promovam descargas no sistema nervoso central de forma repetida e acumulada em pessoas que são geneticamente predispostas.

A literatura evidencia ainda uma associação entre distúrbios emocionais e alterações nas funções viscerais, como a hipertensão arterial quando as estruturas límbicas, que são responsáveis pelas emoções, são acionadas e produzem respostas cardiovasculares e respiratórias, parecendo interferir no desenvolvimento da hipertensão arterial pelo facto da reatividade cardiovascular ser influenciada por fatores emocionais (Fonseca, Coelho, Nicolato, Malloy-Diniz & Filho, 2009). Muitas crises hipertensivas são desencadeadas por eventos stressores da vida diária, sendo que a prevenção de patologias como a ansiedade, são uma grande ajuda na prevenção de doenças cardiovasculares, nomeadamente no caso da hipertensão arterial, isto porque, o stress estimula o sistema nervoso simpático, que por sua vez afeta a pressão arterial, fazendo com que exista um aumento da frequência cardíaca (Quintana, 2011).

#### **1.4.1. Epidemiologia e etiologia**

De acordo com Carvalho (2017) a nível mundial, em 2015, a população global com perturbações de ansiedade foi de 3,6%, o que corresponde a um número total de pessoas que vivem com esta perturbação de 264 milhões, existindo um aumento significativo de 14.9% em 10 anos.

As Perturbações de Ansiedade são, dentro das perturbações psiquiátricas, as mais frequentes (Teiga, 2014), vistas como uma resposta ao perigo ou à ameaça, e que envolve preocupação, comportamentos de evitamento e tensão muscular (Craske et al, 2009). Muitas das perturbações de ansiedade são formadas em estádios iniciais de vida, e tendem a manter-se na vida adulta, caso não sejam tratados (APA, 2014). A proporção das perturbações de ansiedade é de 2 mulheres para 1 homem, e o diagnóstico só pode ser feito, quando os sintomas apresentados não são consequência de efeitos fisiológicos do uso de substâncias ou

medicamentos, ou outra condição médica e causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional e em outras áreas importantes na vida do sujeito (APA, 2014).

No que consta à **epidemiologia**, e apesar de não ser amplamente estudada, parece não existir diferenças significativas entre grupos etários, no entanto observa-se uma tendência de menor incidência na faixa etária mais idosa (Carmin, Wiegartz & Scher, 2000; Franco-Fernández & Antequera-Jurado, 2009; DGS, 2014).

De acordo com um Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, realizado por Almeida e Xavier (2013), o nosso país apresenta os valores mais elevados de Perturbações de Ansiedade, com um valor de 16,5%, sendo este valor ultrapassado somente pelos Estados Unidos da América, em que a percentagem se situa nos 18,2%. O mesmo estudo revela ainda, que a população com um salário médio-baixo é a mais afetada pela ansiedade, e que relativamente ao estado civil são as pessoas solteiras as mais afetadas. Ainda ao nível da escolaridade, o estudo aponta que a população que estudou até ao ensino básico (até ao 9º ano) são as mais prejudicadas com esta perturbação (Almeida & Xavier, 2013).

Ao nível da diferença entre géneros, a literatura aponta para uma prevalência maior do sexo feminino quando comparado com o sexo masculino, no que diz respeito aos níveis mais elevados de ansiedade (Carvalho, 2017) e com maior incidência de comorbilidades com uma condição depressiva (Sábado & Gómez-Benito, 2003).

No que se refere à **etiologia**, na literatura, os estudos sobre o aparecimento das perturbações de ansiedade não são numerosos, no entanto um dos fatores que maior consenso reúne é o da hereditariedade, visto alguns investigadores sugerirem uma forte carga genética no desenvolvimento das perturbações de ansiedade (Franco-Fernández & Antequera-Jurado, 2009).

Quanto aos aspetos de carácter psicológico, discute-se o facto de indivíduos com perturbação de ansiedade, apresentarem traços de personalidade mais virados para o neuroticismo, estratégias de *coping* desajustadas e um locus de controlo externo (Franco-Fernández & Antequera-Jurado, 2009).

Ao nível dos fatores sociais, Franco-Fernández e Antequera-Jurado (2009) dão destaque ao baixo estatuto social, baixa qualidade de vida, poucas condições de habitação, institucionalização e ausência de suporte social, o que segundo os autores contribui para aumentar os níveis de ansiedade na população.

#### **1.4.2. Comorbilidade e Diagnóstico**

O conceito de comorbilidade é definido por Boyd e colaboradores (1984, p.983) como “o risco relativo para um sujeito que apresente uma perturbação em receber o diagnóstico de

outra perturbação”, ou seja, quando se encontra a associação de duas ou mais patologias independentes.

Um aspeto que reúne bastante consenso entre os investigadores, é o facto das perturbações de ansiedade e das perturbações depressivas, apresentarem uma grande taxa de comorbilidades. Várias investigações sugeriram que cerca de 60% dos pacientes deprimidos, apresentam também, em algum momento da sua vida, um diagnóstico de perturbação de ansiedade (Kessler et al, 1996), e que cerca de 26% pessoas diagnosticadas com perturbação de ansiedade, preenchem também critérios para transtorno depressivo (Beekman et al, 2000).

No entanto, estes dois estados surgem separados nos sistemas oficiais de classificação das doenças, existindo também autores a defender esta posição (McWilliams, Cox & Enns, 2001).

O diagnóstico destas patologias pode ser realizado através de dois sistemas de classificação, tendo por base a manifestação de sintomas específicos: o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* e a Classificação Internacional de doenças (CID-10).

Os estudos sobre as comorbilidades na ansiedade são cada vez em maior abundância, e muitos deles consideram que a ansiedade e a depressão são patologias relacionadas com uma percentagem bem maior do que a estimada, onde existe um prejuízo mais significativo no estado depressivo e com aumento do risco de suicídio, o que inevitavelmente acarreta dificuldades acrescidas no tratamento clínico realizado e um enorme impacto na abordagem clínica (Ionescu, Niciu, Henter & Zarate, 2013). As pessoas que apresentem esta comorbilidade vêm ainda aumentado o risco de desenvolver distúrbios de humor e de ansiedade mais acentuados (Phillips et al, 2009).

A severidade das perturbações de ansiedade apresenta alguma variabilidade, desde as fobias mais leves até a condições crónicas incapacitantes como a perturbação de pânico ou a perturbação obsessivo-compulsivo (APA, 2014).

As perturbações de ansiedade distinguem-se de acordo com o objeto ou situações cognitivas associadas. Existe uma grande taxa de comorbilidade entre os distintos transtornos, pelo que a especificidade de cada perturbação só pode ser explicada com um exame detalhado do tipo de situações temidas ou evitadas e pelo conteúdo dos pensamentos e crenças associadas (APA, 2014).

Segundo o DSM-5 as perturbações de ansiedade estão divididas, sendo que o que as diferencia entre si, são os objetos ou situações que causam medo, ansiedade ou comportamentos de evitamento, assim como pelo conteúdo dos pensamentos ou crenças relacionadas (APA, 2014).

Para o diagnóstico destas perturbações, o medo ou a ansiedade tem de ser desproporcional em relação ao perigo real apresentado pelo estímulo ou mais intenso do que é considerado necessário, em que o sofrimento é clinicamente significativo, ou o indivíduo

apresenta prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes (APA, 2014).

### **1.4.3. Abordagem Terapêutica**

O melhor procedimento para o tratamento da ansiedade traduz-se em aliar a prevenção, diagnóstico e tratamento, destacando-se essencialmente dois métodos de tratamento: o uso de psicofármacos e a psicoterapia (Martin et al, 2007).

Estes dois métodos podem ser usados em simultâneo ou em separado, mas a maior eficácia centra-se no uso associado de ambos os métodos.

A psicofarmacologia é a ciência que estuda a relação entre as substâncias psicoativas e as alterações psíquicas nos distúrbios mentais. Os fármacos receitados nos casos de ansiedade são os chamados ansiolíticos, sendo representados maioritariamente pelas benzodiazepinas (Andreatini, Lacerda & Filho, 2001) que apresentam um início de ação rápida, com efeito direto no cérebro, não tendo efeito nas funções cognitivas e vegetativas (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, 2006).

Outro método terapêutico eficaz no tratamento das perturbações de ansiedade são as terapias cognitivo-comportamentais que são consideradas fundamentais tanto a nível individual, como em associação com a terapia medicamentosa, vindo a mostrar a sua eficácia ao longo dos tempos (Norton & Price, 2007).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) atua essencialmente ao nível dos pensamentos, das emoções e do comportamento, permitindo a modificação de conexões cerebrais para que dado estímulo deixe de provocar respostas ansiógenas, combinando a vertente cognitiva e comportamental. O objetivo principal é a modificação das crenças e pensamentos desajustados à realidade, onde se pretende que a pessoa adquira competências e desenvolva estratégias mais adaptativas de modo a conseguir combater e ultrapassar as situações que lhe causam ansiedade, com vista sempre ao bem-estar (Stewart & Chambles, 2009). O objetivo principal é entender quais os fatores que causam, contribuem e exacerbam o problema, para posteriormente habilitar o indivíduo a criar resoluções alternativas para os seus problemas, que sejam úteis e mais adaptadas à realidade da pessoa (Arch & Craske, 2009).

É então um modelo de intervenção psicológica que pretende munir o cliente de ferramentas que lhe sejam uteis na resolução de problemas, tanto dentro do contexto terapêutico, mas essencialmente fora dele.

Esta terapia é a mais estudada nos últimos anos, devido às suas características de intervenções psicoterapêuticas breves e de comprovada eficácia (Webb et al, 2012). Esta terapia centra-se no facto de que as cognições controlam e influenciam as emoções e os comportamentos. São abordagens psicológicas em que paciente e terapeuta, em conjunto, procuram entender e identificar quais os problemas que resultam da relação entre os

pensamentos, emoções e comportamentos, incidindo primordialmente no aqui e no agora (Moura et al, 2018).

A psicoterapia centra-se na Psicoeducação que consiste em transmitir informação relativamente à patologia em causa; na monitorização dos sintomas; na reestruturação cognitiva de modo a identificar quais os pensamentos disfuncionais, e na exposição ao estímulo responsável pelo medo e ansiedade (Arch & Craske, 2009). Dependendo da perturbação de ansiedade em causa, as técnicas adotadas diferem (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006).

A ansiedade, segundo a terapia cognitivo-comportamental, surge porque os pensamentos automáticos das pessoas com perturbações de ansiedade, centram-se essencialmente no perigo, em que tendem a valorizar o perigo e a menosprezar os recursos que possuem para lidar com a situação ameaçadora, sendo que quando ocorre uma avaliação de perigo, vão desenvolver cada vez mais pensamentos, e é este aumento dos pensamentos que mantêm a ansiedade (Hofmann, 2008).

No tratamento da ansiedade, a pessoa é desafiada a enfrentar esses pensamentos, reavaliando a situação ameaçadora. Para isso, pode ser usada a técnica da exposição, na qual a pessoa é exposta à situação que a deixa ansiosa, até que os seus níveis de ansiedade baixem e a pessoa entenda que nada de mal lhe acontece, e deixa de realizar resposta de evitamento (Porto et al, 2008). O que se pretende a nível comportamental, é a extinção do medo, com a formação de novas aprendizagens, que se sobrepõem às anteriormente adquiridas (Izquierdo, Bevilaqua & Cammarota, 2006).

A nível cognitivo, indivíduos ansiosos tendem a entender os sintomas corporais como algo perigoso porque se focam muito neles. Ao focarem-se na ativação corporal, leva a um aumento da ansiedade, e conseqüentemente a um aumento das sensações físicas, fazendo com que exista um maior enfoque nas sensações corporais. Assim sendo, a terapia cognitivo-comportamental pretende ajudar o individuo a focar a sua atenção noutros estímulos de modo a reduzir os sintomas de ansiedade (Porto et al, 2008).

A literatura aponta para que muitas das perturbações de ansiedade estejam relacionadas com o facto de os indivíduos não conseguirem controlar o medo nem regular as emoções negativas, explicado pelo facto destas perturbações se definirem pela resistência à extinção de reações emocionais aprendidas a estímulos que causam ansiedade e a comportamentos de evitamento (Mocaiber et al, 2008).

Em suma, a terapia cognitivo-comportamental permite, tanto a extinção do medo condicionado como a regulação das emoções (Porto et al, 2008). Assim, é então necessário que o individuo tenha consciência do quão importante são os cuidados a ter de modo a conseguir alcançar o seu bem-estar e aprender estratégias para conseguir acompanhar, de modo autónomo, as recomendações de tratamento que foram feitas, e conseguir lidar com as situações do dia-a-dia. Neste sentido, a aceitação do diagnóstico e adaptação aos

tratamentos de pessoas com doença crónica é muitas vezes influenciada pelos fatores psicológicos (Maldaner et al, 2008).

# Capítulo 2 - Estudo Empírico

## 2. Metodologia

O presente capítulo tem como objetivo a descrição da metodologia adotada neste estudo. Inicia-se com uma breve apresentação do mesmo, assim como dos seus objetivos e das variáveis em estudo. Segue-se com a caracterização da amostra, dos instrumentos utilizados e os procedimentos adotados para a recolha e posterior análise dos dados.

### 2.1. Fundamentação e objetivos do estudo

De acordo com a revisão efetuada, um dos maiores desafios no controlo da hipertensão arterial é o conseguir que os indivíduos adiram aos tratamentos de modo a conseguirem garantir o seu sucesso a longo prazo e de forma orientada (Pierin, Mion, Fukushima, Pinto & Kaminaga, 2001). Assim, o facto de se tratar de uma doença crónica, a ausência dos sintomas e as complicações que poderão surgir tardiamente, são fatores que dificultam a adesão (Gusmão, Ginana, Siva, Ortega & Mion, 2009). Também verificamos que a ansiedade é uma perturbação psicológica conhecida a nível mundial e que afeta grande parte da população, estando no caso de pessoas com Hipertensão Arterial associado a um risco aumentado de morte súbita com causa cardíaca, uma vez que algumas pessoas podem apresentar maiores níveis de ansiedade em certos estádios do processo de doença (Wei & Wang, 2006).

Assim, o presente estudo pretende aprofundar o conhecimento sobre a doença crónica mais especificamente no que diz respeito aos níveis de adesão ao tratamento e de ansiedade apresentados por pessoas com Hipertensão Arterial. Para isso foi definido um conjunto de objetivos gerais e específicos. Os gerais prendem-se com: (1) Avaliar os níveis de adesão ao tratamento em indivíduos com hipertensão arterial; (2) Avaliar os níveis de ansiedade nos indivíduos com hipertensão arterial; (3) Avaliar a relação existente entre os níveis de ansiedade de indivíduos com hipertensão arterial e os seus níveis de adesão ao tratamento;

Já os objetivos específicos pretendem: (a) Averiguar se existem relações nos níveis de adesão ao tratamento em função de algumas variáveis como o tempo de diagnóstico (Nemes & Eluf-Neto, 2010) e a idade dos sujeitos (Veras & Oliveira, 2009); (b) explorar se existem diferenças nos níveis de ansiedade em função de algumas variáveis sociodemográficas, como o género (Helena, Lasagno & Vieira, 2010) e os níveis de escolaridade (Souza, Alves, Souza & Rosa, 2018).

Assim, estes objetivos possibilitarão dar resposta à questão de investigação? **Quais os níveis de adesão ao tratamento e de ansiedade em indivíduos com hipertensão arterial?**

Tendo em consideração a revisão da literatura efetuada e os objetivos propostos optou-se pela realização de um estudo quantitativo, uma vez que se pretende recolher dados observáveis e quantificáveis recorrendo a instrumentos padronizados.

Considera-se o presente estudo descritivo e transversal na medida em que se pretende descrever como se comportam as variáveis da amostra, realizando a aplicação dos questionários num único momento (Lima-Costa & Barreto, 2003).

## **2.2. Participantes**

A população alvo desta investigação foram utentes do Centro de Saúde São Tiago em Castelo Branco, com diagnóstico de hipertensão arterial.

Neste sentido, estipularam-se alguns critérios de inclusão no estudo, nomeadamente: apresentarem diagnóstico de hipertensão arterial; terem até 65 anos de idade e frequentarem as consultas na instituição de saúde acima supramencionada.

A amostra é classificada como não probabilística e por conveniência, uma vez que os participantes foram os que demonstraram interesse e disponibilidade para participar no estudo. Neste estudo participaram 126 sujeitos, dos quais foram excluídos 20 devido a não apresentarem critérios de inclusão. Assim, na amostra do nosso estudo foram incluídos todos os sujeitos que, preenchendo os critérios de inclusão, se disponibilizaram a participar no estudo, perfazendo um total de 106 sujeitos que formam assim a amostra total.

Assim, a amostra total é de 106 sujeitos, com idades compreendidas entre os 33 e os 65 anos de idade, em que a média das idades situou-se em 58.80 anos (DP=7.03). A distribuição por sexo não foi discrepante, sendo que 43.4% dos inquiridos eram do sexo masculino e 56.6% do sexo feminino. A respeito do nível de escolaridade denotamos que 37.7% dos participantes estudaram até ao 4º ano, 8.5% até ao 6º ano, 17% tem o 9º ano, 18.9% apresentam o 12º ano, 17% são licenciados, e somente 1 dos participantes tem o mestrado. No que concerne ao estado civil, a maioria dos inquiridos são casados (80.2%), seguindo-se os participantes que são viúvos (8.5%), os que são divorciados com 7.5%, e com igual percentagem surgem os solteiros e em união de facto, com apenas 2 participantes em cada um. A respeito da situação profissional, a maioria dos inquiridos encontram-se reformados (51.9%), estando 35.8% da amostra empregada, sendo que os restantes se encontram desempregados (8.5%) ou são domésticos/as (3.8%). De mencionar ainda que grande parte dos sujeitos da amostra não vive sozinho (85.8%), vive com o companheiro, com os filhos ou com ambos, e somente 14.2% se encontra a residir sozinho (Tabela 3).

**Tabela 3**  
*Frequências e Percentagens Das Variáveis Sociodemográficas*

Variáveis		N	%
Idade	33 - 56 anos	26	24.5
	57 - 61 anos	27	25,5
	62 - 65 anos	53	50.0
	Total	106	100
Sexo	Masculino	46	43.4
	Feminino	60	56.6
	Total	106	100
Estado Civil	Solteiro	2	1.9
	Casado	85	80.2
	União de facto	2	19
	Divorciado	8	7.5
	Viúvo	9	8.5
	Total	106	100
Habilitações Literárias	Até ao 4º ano	40	37.7
	6º ano	9	8.5
	9º ano	18	17.0
	12º ano	20	18.9
	Licenciatura	18	17.0
	Mestrado	1	0.9
	Total	106	100
Situação Profissional	Doméstico/a	4	3.8
	Empregado/a	38	35.8
	Desempregado/a	9	8.5
	Reformado/a	55	51.9
	Total	106	100
Reside Sozinho	Não	91	85.8
	Sim	15	14.2
	Total	106	100

Relativamente à caracterização clínica dos participantes, quanto ao tempo de diagnóstico da doença, a maior parte dos inquiridos responde que apresenta diagnóstico de hipertensão entre 1 e 10 anos. No que concerne à presença de outros problemas de saúde crónico para além da hipertensão, 53.8% refere não apresentar outra doença crónica para além da hipertensão. Já a maior parte da amostra, 56.6% afirma ter familiares com hipertensão arterial. A nível da toma da medicação, 96 dos inquiridos afirmam fazer medicação hipertensiva, e 86 dos inquiridos fazem a medição regular da pressão arterial. Relativamente à frequência de controlo dos níveis da pressão arterial, 33.0% dos participantes fazem a medição semanalmente, 31.1% mensalmente, 13.2% diariamente e 3.8% referem outra opção. Os 18.9% dizem respeito aos participantes que não responderam a esta questão. De salientar ainda que cerca de 52.8% dos participantes afirma ter bons níveis de tensão arterial quando

fazem a sua medição, 43.4% refere ter valores mais ao menos, e apenas 3.8% tem valores maus. De ressaltar ainda que 80.2% da amostra refere ter feito alterações na sua dieta alimentar após o diagnóstico e 87.7% afirma fazer uma dieta pobre em sal. Por fim, a maioria dos participantes nunca esteve internado devido à hipertensão arterial (93.4%) e 6.6% dos inquiridos refere já ter estado (Tabela 4).

**Tabela 4**

*Frequências e Percentagens Das Variáveis Clínicas*

Variáveis		N	%	
Tempo de Diagnóstico (em anos)	1 - 10 anos	66	62.3	
	11 - 20 anos	27	25.5	
	21 - 30 anos	7	6.6	
	31 - 40 anos	6	5.7	
	Total	106	100	
Problemas de saúde	Não	49	46.2	
	Sim	57	53.8	
	Total	106	100	
Familiar com Hipertensão Arterial	Não	46	43.4	
	Sim	60	56.6	
	Total	106	100	
Faz medicação	Não	10	9.4	
	Sim	96	90.6	
	Total	106	100	
Controlo Regular da Pressão Arterial	Não	20	18.9	
	Sim	86	81.1	
	Total	106	100	
Frequência do controlo da Pressão Arterial	Diariamente	14	13.2	
	Semanalmente	35	33.0	
	Mensalmente	33	31.1	
	Outra*	4	3.8	
	Total	86	81.1	
Níveis da Pressão Arterial	Não respondeu	20	18.9	
	Bons	56	52.8	
	Mais ao Menos	46	43.4	
	Maus	4	3.8	
Total		106	100	
	Fez alterações na dieta alimentar	Não	21	19.8
		Sim	85	80.2
Total		106	100	
Dieta pobre em sal	Não	13	12.3	
	Sim	93	87.7	
	Total	106	100	
Internamento devido à Hipertensão Arterial	Não	99	93.4	
	Sim	7	6.6	

Total	106	100
-------	-----	-----

\* Os participantes que responderam “outra” referiam medir a tensão esporadicamente.

Relativamente às complicações associadas à hipertensão arterial, é de ressaltar que apesar da maioria dos participantes referirem não ter complicações devido à hipertensão, 2 participantes referem insuficiência cardíaca, 6 inquiridos afirmam ter sofrido um enfarte agudo do miocárdio, 5 sofreram um AVC, 1 apresenta uma diminuição da função renal e 19 dos participantes refere ter sentido perda de visão (Tabela 5).

**Tabela 5**

*Frequências e Percentagens Relativas às Complicações Associadas à Hipertensão Arterial*

Variáveis		N	%
Insuficiência Cardíaca	Não	104	98.1
	Sim	2	1.9
	Total	106	100
Enfarte Agudo do Miocárdio	Não	100	94.3
	Sim	6	5.7
	Total	106	100
AVC	Não	101	95.3
	Sim	5	4.7
	Total	106	100
Diminuição da Função Renal	Não	105	99.1
	Sim	1	0.9
	Total	106	100
Perda de Visão	Não	87	82.1
	Sim	19	17.9
	Total	106	100

Importa ainda referir que a maioria dos participantes (85.9%) demonstra estar satisfeito ou muito satisfeito (75.5% e 10.4%) com as informações que tem sobre a sua doença e o respetivo tratamento, verificando-se uma situação idêntica na satisfação que os participantes apresentam a respeito da qualidade dos serviços de saúde que são prestados na instituição de saúde que frequentam, no qual 68.9% refere estar satisfeito e 23.6% afirma estar muito satisfeito (Tabela 6).

**Tabela 6**

*Frequências e Percentagens Relativas à Satisfação com a Informação Sobre a Doença e Tratamento e à Satisfação com a Qualidade dos Serviços de Saúde*

Variáveis		N	%
Satisfação com a informação sobre a doença e tratamento	Muito Insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	2	1.9
	Nem Satisfeito nem insatisfeito	13	12.3
	Satisfeito	80	75.5
	Muito satisfeito	11	10.4
	Total	106	100
Satisfação com a qualidade dos serviços de saúde prestados pela instituição de saúde que frequenta	Muito Insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	1	0.9
	Nem Satisfeito nem insatisfeito	7	6.6
	Satisfeito	73	68.9
	Muito satisfeito	25	23.6
	Total	106	100

Em síntese, a presente amostra foi recolhida no Centro de Saúde São Tiago em Castelo Branco, tendo sido administrado um protocolo, composto pelos instrumentos já anteriormente citados, contando com a participação de 106 voluntários com diagnóstico de Hipertensão Arterial, cujas idades variam entre os 33 e os 65 anos, com uma média aproximada de 58 anos. Predominantemente neste estudo está o sexo feminino representado por 56.6% da amostra. A maior parte da amostra apresenta uma escolaridade até ao 4<sup>a</sup> ano, com 40 sujeitos, contrapondo com os que frequentaram o Mestrado que envolve somente 1 participante da amostra total. A maioria da nossa amostra encontrava-se casado detendo 80.2% da população do nosso estudo e apenas uma pequena minoria estava solteiro ou em união de facto (1.9%). Relativamente à situação profissional, 55 dos participantes estava reformado, seguindo-se os empregados com uma percentagem de 35.8% da amostra do estudo. É de salientar ainda que a esmagadora maioria dos participantes não vive sozinho (85.5%).

Em termos clínicos, destaca-se que 62.3% da população da amostra, foi diagnosticada com hipertensão arterial entre 1 e 10 anos, e 56.6% refere ter algum familiar que já tenha sofrido com a mesma doença. No que toca a fazer medicação hipertensiva, é de salientar que a maioria refere tomar efetivamente medicação e que 81.1% faz um controlo regular da pressão arterial, onde 33% apresenta uma frequência de controlo semanal, contrapondo com 3.8% que refere medir ocasionalmente. Dos inquiridos, 52.8% apresenta bons valores aquando da medição.

Relativamente às complicações associadas à hipertensão arterial, é de ressaltar que a maioria dos participantes refere não ter tido complicações devido à hipertensão. Ainda assim, 1.9% refere insuficiência cardíaca, 5.7% dos inquiridos afirmam ter sofrido um enfarte agudo

do miocárdio, 4.7% sofreram um AVC, 0.9% apresenta uma diminuição da função renal e 17.9% dos participantes refere ter sentido perda de visão.

No que se refere às variáveis relacionadas com a satisfação com a informação sobre a doença e o tratamento e satisfação com a qualidade dos serviços de saúde que são prestados, na primeira variável é possível verificar que 75.5% dos doentes hipertensos inquiridos estão satisfeitos, ou seja, a maioria encontra-se agradada com a informação que lhes é facultada pelos profissionais de saúde acerca da sua doença e o tratamento que tem de seguir. O mesmo se verifica na segunda variável, satisfação com a qualidade dos serviços que lhes são prestados, onde 68.9% está satisfeito com a qualidade dos serviços, contrapondo com 0.9% que refere estar insatisfeito.

## **2.3. Instrumentos**

O protocolo utilizado para a recolha de dados foi composto por um Questionário Sociodemográfico, pelo MAT - Medida de Adesão ao Tratamento e pela HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Estes instrumentos foram selecionados tendo em conta as suas características psicométricas, a facilidade e brevidade de aplicação, e por se adaptarem aos objetivos e questões do presente estudo.

### **2.3.1. Questionário sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico apresenta como objetivo a recolha dos dados sociodemográficos e clínicos dos indivíduos. O questionário inclui itens de formato variável, englobando perguntas abertas e fechadas. Através deste questionário obtemos informações e avaliamos diversas variáveis demográficas, como a idade, género, habilitações literárias, estado civil, agregado familiar, situação profissional, entre outras. Apresenta ainda questões relacionadas com a saúde e com a hipertensão arterial como o tempo de diagnóstico da doença, se tem antecedentes familiares com hipertensão, se faz medicação para controlar a doença, se mede frequentemente os níveis da pressão arterial, presença ou não de outras doenças crónicas, complicação associadas à doença, entre outras. O questionário apresenta ainda duas questões do tipo *likert* com o objetivo de avaliar o grau de satisfação dos participantes tanto a nível da qualidade dos serviços prestados pela instituição de saúde que frequentam, como a informação recebida sobre a doença e o tratamento.

### **2.3.2. Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)**

A Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) é uma escala que tem como objetivo avaliar os níveis de adesão ao tratamento. Este instrumento foi validado por Delgado e Lima (2001) e é formada por 7 itens (ex: item 1 - alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?).

Os itens 1, 2, 3, e 4, foram adaptados por Morisky, Green & Levine (1986) e o item 6 por Ramalhinho (1994 citado por Delgado & Lima, 2001).

As respostas são obtidas por meio de uma escala de tipo *Likert* de 6 pontos, que variam desde 1 - sempre a 6 - Nunca. A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos, sendo que valores mais elevados significam maiores níveis de adesão (Delgado & Lima, 2001).

Os dados recolhidos pelos autores demonstram uma boa consistência interna da medida de sete itens de adesão ao tratamento, sendo o valor do Alfa de Chronbach de 0.74 (Delgado & Lima, 2001).

### **2.3.3. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)**

A escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), traduzida e adaptada por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva (1999) e validada para Portugal por Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins e Meneses (2007). Tem como objetivo avaliar, de forma breve, os níveis de ansiedade e depressão em pessoas com doenças físicas e em tratamento ambulatorio, sendo atualmente uma escala muito utilizada na investigação e prática clínica para avaliar de modo breve os níveis de ansiedade e depressão de populações não psiquiátricas (Herrmann, 1997), devido a não apresentar itens que se foquem em aspetos somáticos (Pereira & Figueiredo, 2008).

Esta escala avalia a presença de sintomas ansiógena/depressivos nos últimos sete dias e é composta por duas subescalas, a subescala da ansiedade, que engloba os itens 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, e a subescala da depressão que abarca os itens 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Conta com 4 possibilidades de resposta para cada item, cotadas de 0 a 3, em que o valor 0 corresponde a uma menor gravidade da sintomatologia e o valor 3 para uma maior gravidade, podendo as pontuações variar entre 0 e 21 para ambas as subescalas. As pontuações globais indicam a presença ou ausência de sintomatologia ansiógena/depressiva, onde valores iguais ou inferiores a 7 são considerados normais, de 8 a 10 são considerados leves, de 11 a 15 são considerados moderados e de 16 a 21 é considerada presença severa de sintomatologia (Snaith, 2003).

Neste estudo, atendendo aos objetivos definidos, apenas se utilizou a subescala da ansiedade, uma vez que, por um lado, esta era a variável que poderia contribuir com melhores resultados na presente investigação, e por outro, por ser aquela que mais se associa aos valores elevados de Tensão Arterial.

Este instrumento apresenta boas características psicométricas, apresentando na validação da versão portuguesa, valores para a consistência interna da escala de ansiedade, medida

através do Alfa de Cronbach, de 0.76 e para a escala da depressão de 0.81 (Pais-Ribeiro et al., 2007).

## **2.4. Procedimentos de Investigação**

### **2.4.1. Aspetos éticos**

Ao longo do estudo foi necessário ter em consideração e cumprir os princípios éticos e deontológicos indicados pela Ordem dos Psicólogos Portugueses para a investigação em Psicologia.

Após a escolha das escalas a aplicar na investigação, foram solicitadas as autorizações necessárias para a utilização dos mesmos junto dos respetivos autores. A par disso, foi construído o questionário sociodemográfico, que engloba as informações pertinentes para uma melhor exploração do tema da investigação.

Posteriormente, o projeto foi submetido à comissão de ética e aos conselhos de administração das entidades hospitalares que participaram na presente investigação e foi ainda solicitada autorização à coordenadora do centro de saúde para recolher a amostra. Depois de obtida a autorização por parte do hospital (Anexo I), deu-se início à recolha.

No decorrer da investigação procurou-se assegurar a participação informada, a garantia de participação voluntária, a garantia de confidencialidade e a capacidade de consentimento. Assim, a participação informada foi garantida tanto de forma oral como através de um documento escrito onde era explicado o objetivo do estudo, o papel dos participantes e ainda, o papel dos investigadores. A participação voluntária também foi assegurada, sendo que desde o início os participantes foram informados que caso assim o entendessem poderiam desistir em qualquer momento e por qualquer razão, sem que por isso fossem prejudicados no atendimento clínico que lhes é disponibilizado. A garantia de confidencialidade e a capacidade de consentimento foi garantida através do preenchimento por parte dos participantes do consentimento informado, documento este que descrevia os objetivos, o papel de ambos os intervenientes (participante e investigador) e incluía a afiliação institucional dos investigadores. A colaboração dos participantes era sempre formalizada com a assinatura do consentimento informado, após garantirmos que estes não apresentavam quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos de investigação.

### **2.4.2. Recolha de dados**

A recolha da amostra deu-se entre Maio e Julho de 2019, no Centro de Saúde São Tiago em Castelo Branco. O recrutamento dos sujeitos realizou-se através da técnica de amostragem não probabilística, por conveniência, na instituição acima supramencionada.

O processo de recolha iniciou-se após termos a autorização do conselho de administração a que foi submetido o projeto. Primeiramente contactamos a médica coordenadora da instituição que informou tanto os médicos como os enfermeiros da instituição sobre o estudo que iria ser realizado, e posteriormente contactamos o gabinete de enfermagem, que fazia a triagem dos utentes diagnosticados com hipertensão, media a tensão arterial e fazia o primeiro contacto entre o investigador e os utentes, solicitando a participação no estudo se assim o entendessem. Após este momento era feita uma abordagem individual a cada sujeito na sala de espera, onde era explicado a natureza e o objetivo do estudo.

Após o individuo aceitar colaborar no presente estudo, era então pedido que assinasse dois formulários de consentimento informado, o primeiro seria em conforme aceitava participar no estudo, e o segundo em conforme o utente dava autorização ao investigador de recolher, junto da enfermeira responsável, os valores da tensão arterial medida no mesmo dia, caso a pessoa não se recordasse.

A avaliação era feita individualmente, com recurso ao protocolo de investigação previamente construído. De mencionar que foi sempre dado espaço aos participantes para desistir em qualquer altura se assim o entendessem, bem como para esclarecer eventuais dúvidas sobre questões que considerassem pertinentes.

## **2.5. Procedimentos estatísticos e análise de dados**

Uma vez realizada a recolha de dados, procedeu-se à construção da base de dados, com a codificação e análise estatística da amostra, com recurso ao *software* informático SPSS 24 (*Statistical Package for the Social Sciences*) fornecido pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade da Beira Interior, no qual foi tratada e analisado toda a informação recolhida.

O tratamento dos dados foi realizado através de métodos de estatística descritiva e inferencial, com recurso a diferentes testes, consoante as características das variáveis em análise. Primeiramente realizou-se o tratamento de dados relativos à caracterização da amostra no que diz respeito às variáveis sociodemográficas e posteriormente procedeu-se ao tratamento dos dados onde foram calculados os totais das escalas e verificada a normalidade das variáveis.

De mencionar que para todas as análises e cálculos efetuados na presente investigação foi assumido um nível de significância de 95%, pelo que são considerados estatisticamente significativos os testes com valores de prova iguais ou inferiores a 0,05.

Procedeu-se ao cálculo da consistência interna dos resultados obtidos nas escalas através do *Alpha de Cronbach*. O *Alpha de Cronbach* varia entre 0 e 1, sendo que quanto maior forem as correlações entre os itens, maior será a consistência interna da escala. Assim sendo um

*Alpha de Cronbach* entre .50 e .60 é considerado mau, entre .60 e .70 fraco, entre .70 e .80 é notado como razoável e superiores a .90 é muito bom (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Decidimos recorrer ao Teorema do Limite Central, cujos seus princípios sugerem “*que para amostras de dimensão razoável, a média tem distribuição normal*” (p. 46, Marôco, 2014), ou seja, quanto maior é a amostra, maior a probabilidade das médias dos dados convergirem para uma distribuição normal. Acrescente-se que vários autores consideram que em amostras superiores a 30 sujeitos, aplicando o Teorema do Limite Central, podemos admitir que esta segue uma distribuição normal (Martins, 2008; Filho & Júnior, 2009; Marôco, 2014). Considerando que a presente amostra conta com 106 participantes, utilizaremos estatísticas paramétricas na sua análise.

O teste *t de Student* foi utilizado para comparar medidas de tendência central, sendo que na comparação de mais do que dois grupos independentes foi utilizado o teste paramérico de análises univariadas ANOVA.

O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado como medida de associação entre duas variáveis quantitativas, fornecendo o grau de relacionamento linear entre as variáveis em causa, podendo assumir valores entre -1 (correlação linear perfeita negativa) e 1 (correlação linear perfeita), sendo que quanto mais próximo o valor estiver destes extremos, maior será a associação das variáveis, ou seja, quanto maior for o valor, maior será o grau de associação entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2014). A respeito dos valores absolutos, coeficientes de correlação inferiores ou iguais a .3 indicam uma correlação muito fraca, valores entre .3 e .5 indicam uma correlação fraca, entre .5 e .7 uma correlação moderada, de .7 a .9 são consideradas correlações fortes, e acima de .9 muito forte (Mukaka, 2012).

Por fim, descreveram-se os resultados e realizou-se a discussão dos mesmos, confrontado os resultados obtidos no presente estudo com os já existentes na literatura.



## 3 - Apresentação dos Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados da análise estatística dos dados, com recurso ao SPSS, com a devida explicação das decisões tomadas nessa análise. Serão apresentados os resultados obtidos através da análise estatística preliminar, estatísticas descritivas e das estatísticas inferências.

### 3.1. Análises estatísticas preliminares

Após a análise e tratamento dos dados obtidos, numa primeira instância foram realizadas as análises dos dados sociodemográficos e clínicos com a finalidade de caracterizar a amostra.

Em seguida, calculou-se o *Alfa de Cronbach* com o objetivo de testar a consistência interna das escalas utilizadas, de modo a compreender o grau de confiabilidade na medição do constructo que cada teste se propõe a avaliar. O *Alfa de Cronbach* varia entre 0 e 1, sendo que quanto maior forem as correlações entre os itens, maior será a consistência interna da escala. Assim sendo um *Alfa de Cronbach* entre .50 e .60 é considerado mau, entre .60 e .70 fraco, entre .70 e .80 é notado como razoável e superiores a .90 é muito bom (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Tabela 7

*Consistência Interna dos Instrumentos Utilizados*

Instrumentos	Dimensões	Alfa de Cronbach
MAT	MAT Total	.787
	HADS Total	.850
HADS	HADS Ansiedade	.743
	HADS Depressão	.742

Analisando a consistência interna dos instrumentos (tabela 7), e tendo em conta os valores estabelecidos por autores (Terwee et al., 2007; Pestana & Gageiro, 2014; Maroco & Garcia-Marques, 2006), verifica-se que a MAT apresenta níveis de consistência considerados bons, uma vez que  $\alpha = 0.787$ , pelo que podemos concluir que esta escala cumpre os critérios de fidelidade necessários. Em relação à HADS, os resultados também revelam uma boa consistência interna, tanto na escala total, em que  $\alpha = 0.850$ , como nas subescalas da ansiedade e da depressão, em que  $\alpha = .0743$  e  $\alpha = 0.742$  respetivamente.

Tendo em conta os valores obtidos e comparando com os valores alcançados pelos autores de cada instrumento, podemos concluir que se aproximam dos postulados pelos autores, e que foram anteriormente citados.

### 3.2. Estatísticas descritivas básicas

Foi realizada uma análise estatística com o objetivo de caracterizar os resultados obtidos pelos participantes nas variáveis em estudo, relativamente às médias, desvio-padrão e mínimo e máximo encontrados.

No que respeita ao questionário de Medidas de Adesão (MAT), e através da análise da tabela 10, podemos verificar que a média de adesão dos participantes ao tratamento é de 5.56, sendo que os valores oscilam entre 1 e 6. Este valor parece sugerir que a população deste estudo, em média, apresenta muitos bons níveis de adesão ao tratamento.

Fazendo uma análise item a item, podemos verificar que em todos eles a média alcançada é acima dos 5, sendo que o item que evidencia uma média mas baixa é o 1 - “algumas vezes se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?” seguindo-se do item 2 - “Alguma vez foi descuidado com as horas de tomar os medicamentos para a sua doença?”, e os que pontuaram mais alto, aproximando-se muito da pontuação total, foram os itens 5 e 7, “Alguma vez tomou um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?” e “Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?”, respetivamente. Neste sentido podemos concluir, que em todos os itens, as médias verificadas são indicativas que a amostra apresenta altos níveis de adesão ao tratamento.

**Tabela 8**

*Estatística Descritiva por Item do MAT.*

	Média	Desvio-Padrão	Min. - Máx. (Verificado)
MAT_Total	5.562	0.529	2.71 - 6.00
MAT_1	5.104	0.975	2 - 6
MAT_2	5.283	0.983	1 - 6
MAT_3	5.557	0.957	2 - 6
MAT_4	5.689	0.722	3 - 6
MAT_5	5.849	0.494	3 - 6
MAT_6	5.642	0.665	3 - 6
MAT_7	5.811	0.649	2 - 6

Na HADS, os valores também não apresentam muitas discrepâncias, sendo que no geral, os participantes obtiveram de média 0.66, pontuando muito entre 0 e 1, sendo 0 à inexistência de sintomatologia e 1 a sintomatologia leve. A nível dos itens, os que pontuam mais alto são os números 1, o 5 e o 11, todos itens pertencentes à escala da ansiedade, revelando a amostra, níveis mais elevados de sintomatologia, nestes itens. Como itens com menores pontuações encontramos os números 2, o 4, o 13 e o 14, em que à exceção do 13, são itens pertencentes à subescala da depressão.

**Tabela 9***Estatística Descritiva por Item da HADS.*

	Média	Desvio-Padrão	Min. - Máx. (Verificado)
HADS_Total	0.656	0.474	0 - 2.36
HADS_1	1.255	0.947	0 - 3
HADS_2	0.321	0.670	0 - 3
HADS_3	0.566	0.884	0 - 3
HADS_4	0.321	0.641	0 - 2
HADS_5	1.226	1.026	0 - 3
HADS_6	0.576	0.816	0 - 3
HADS_7	0.585	0.702	0 - 2
HADS_8	0.783	0.768	0 - 3
HADS_9	0.462	0.745	0 - 3
HADS_10	0.490	0.842	0 - 3
HADS_11	1.094	0.941	0 - 3
HADS_12	0.802	0.899	0 - 3
HADS_13	0.349	0.663	0 - 3
HADS_14	0.359	0.733	0 - 3

Em relação à sintomatologia ansiógena e depressiva, e segundo Snaith (2003), as pontuações globais indicam a presença ou ausência de sintomatologia ansiógena/depressiva, onde valores iguais ou inferiores a 7 são considerados normais, de 8 a 10 são considerados leves, de 11 a 15 são considerados moderados e de 16 a 21 é considerada presença severa de sintomatologia. Assim sendo, é de ressaltar que nesta amostra (n=106) poucos foram os participantes que evidenciaram níveis considerados altos segundo a escala HADS (Tabela 10). Especificamente, 77 (72.6%) dos participantes apresentam níveis de ansiedade dentro dos níveis considerados normais, 19 (17.9%) obtiveram ansiedade leve, 8 (7.5%) tem um nível de ansiedade moderada e somente 2 (1.9%) inquiridos revelam níveis altos de ansiedade severa. Do mesmo modo, 93 (87.7%) demonstram ausência de sintomas depressivos, 6 (5.7%) apresentam sintomas leves e somente 7 (6.6%) dos participantes apresentam sintomatologia depressiva moderada.

**Tabela 10***Estatística Descritiva por Subescala (Ansiedade e Depressão) da HADS*

	Média	Desvio Padrão	Normais: ≤7 n (%)	Leve: 8-10 n (%)	Moderada: 11-15 n (%)	Severa:16-21 n (%)
HADS_ Ansiedade	5.54	3.75	77 (72.6)	19 (17.9)	8 (7.5)	2 (1.9)
HADS_ Depressão	3.65	3.39	93 (87.7)	6 (5.7)	7 (6.6)	0 (0)
HADS_ Total	9.19	6.64	-	-	-	-

### 3.3. Estatísticas inferenciais

Em seguida procedeu-se à análise da relação existente entre as variáveis através do teste de correção de Spearman, com o intuito de perceber se existia associação entre a presença de sintomatologia ansiógena, níveis de adesão ao tratamento e as variáveis sociodemográficas.

#### Adesão ao tratamento

##### 3.3.1. Associações entre os níveis de Adesão ao Tratamento, a Idade e o Tempo de Diagnóstico

Analisando a Tabela 11, observamos os resultados relativos ao teste de Spearman entre a Escala de Medidas de Adesão ao Tratamento com as duas variáveis sociodemográficas: idade e tempo de diagnóstico. É possível verificar que os níveis de adesão se encontram positivamente correlacionados, embora sejam associações fracas segundo Mukaka (2012), entre os níveis de adesão e a idade dos participantes ( $r = .254$ ) e entre os níveis de adesão e o tempo de diagnóstico ( $r = .224$ ). Deste modo podemos perceber que a idade influencia os níveis de adesão ao tratamento, sendo que à medida que a idade aumenta, verifica-se a tendência para também aumentar o nível de adesão dos tratamentos. O mesmo efeito também se verifica com a variável tempo de diagnóstico, sendo que quanto maior for o tempo de diagnóstico maiores são os níveis de adesão aos tratamentos.

Tabela 11

Correlações de Spearman entre o MAT, a Idade e o Tempo de Diagnóstico.

		Idade	Tempo de Diagnóstico
MAT	R	.254**	.224*

Notas: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

\*\* A correlação é significativa no nível 0.01

\* A correlação é significativa no nível 0.05

#### Ansiedade

##### 3.3.2. Diferenças nos valores obtidos na HADS e nas suas dimensões em Função do Género

Em seguida, e com o intuito de verificar as diferenças existentes entre algumas variáveis sociodemográficas, nos diferentes instrumentos, procedeu-se à comparação de médias através do teste  $t$  nos casos onde queremos comparar apenas dois grupos, e recorreremos à ANOVA por forma a comparar mais de dois grupos de observação.

Assim sendo, podemos observar através da Tabela 12 que no que respeita ao total na HADS que existem diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino ( $p < .05$ ). Nomeadamente, nesta amostra existem evidências que nos levam a afirmar que em média os níveis de sintomatologia são superiores nos indivíduos do sexo feminino. Quando observamos as subescalas da HADS, tanto da ansiedade como da depressão verificamos que os resultados obtidos são significativos, podendo concluir que existem diferenças nas médias em função do género com  $p = .001$  para a HADS-Ansiedade.

**Tabela 12**

*Diferenças na HADS e as suas dimensões em Função do Género - teste t student*

Instrumento	Masculino		Feminino		T	(Sig.) p
	N	M (DP)	N	M (DP)		
HADS	46	.502 (.350)	60	.775 (.523)	-3.058	.003
HADS_Ansiedade	46	.603 (.425)	60	.936 (.569)	-3.325	.001
HADS_Depressão	46	.401 (.357)	60	.614 (.547)	-2.426	0.17

### 3.3.3. Diferenças nos valores obtidos na HADS em Função dos níveis de Escolaridade

Em seguida, recorreremos à ANOVA por forma a comparar mais de dois grupos de observação. Na Tabela 13 é possível verificar que não existem diferenças estatísticas que sejam relevantes entre a escolaridade e os níveis de sintomatologia ansiógena/depressiva dos participantes.

**Tabela 13**

*Diferenças na HADS em Função dos Níveis de Escolaridade - ANOVA*

Escala	Até ao 4º ano	6º ano	9º ano	12º ano	Licenciatura	Mestrado	F	Sig.
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
HADS	.663 (.464)	.611 (.481)	.691 (.380)	.621 (.573)	.687 (.513)	.357 -	.146	.952

### 3.3.4. Associações entre os níveis de Adesão ao Tratamento e os valores obtidos na HADS e nas suas subescalas

Através do teste de Correlação de Spearman foram também analisadas as correlações entre os níveis de adesão ao tratamento (MAT) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), assim como com as subescalas da HADS.

Analisando a Tabela 14, podemos verificar que o MAT e a HADS estão negativamente correlacionadas, considerando-se uma associação moderada ( $r = -.3.44$ ). Isto significa que à

medida que os níveis de adesão ao tratamento aumentam, a presença de sintomatologia ansiógena ou depressiva diminui, ou que uma diminuição nos níveis de adesão ao tratamento leva a um aumento nestes sintomas psicopatológicos.

Relativamente à associação entre a MAT e as subescalas da HADS, os resultados apresentados são idênticos, relacionando-se negativamente, e apresentando associações moderadas tanto para a subescala da ansiedade como da depressão ( $r = - .312$  e  $r = - .341$  respetivamente) sugerindo que quanto maior os níveis de adesão, menor são os níveis de ansiedade ou depressão, tendo em conta a escala avaliada.

É de realçar ainda outros resultados estatisticamente significativos. Atendendo à subescala da Ansiedade e a Subescala da Depressão, podemos verificar que as mesmas apresentam correlações positivas com uma associação moderada ( $r = .616$ ) sugerindo que à medida que a sintomatologia ansiógena aumenta, a depressiva também aumenta.

**Tabela 14**

*Correlações de Spearman entre o MAT, a HADS e as suas subescalas*

	<b>MAT</b>	<b>HADS Total</b>	<b>HADS Ansiedade</b>	<b>HADS Depressão</b>
<b>MAT</b>	-			
<b>HADS Total</b>	<b>-.344**</b>	-		
<b>HADS Ansiedade</b>	<b>-.312**</b>	<b>.928**</b>	-	
<b>HADS Depressão</b>	<b>-.341**</b>	<b>.848**</b>	<b>.616*</b>	-

Notas: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

\*\* A correlação é significativa no nível 0.01

\* A correlação é significativa no nível 0.05

Em suma, na relação entre o MAT, a Idade e o Tempo de Diagnóstico concluiu-se que a idade influencia os níveis de adesão ao tratamento, sendo que à medida que a idade aumenta, verifica-se a tendência para também aumentar o nível de adesão dos tratamentos. O mesmo efeito também se verifica com a variável tempo de diagnóstico, sendo que quanto maior for o tempo de diagnóstico maiores são os níveis de adesão aos tratamentos.

Posteriormente, e com o intuito de verificar as diferenças existentes entre algumas variáveis sociodemográficas, nos diferentes instrumentos, procedeu-se à comparação de médias através do teste  $t$  nos casos onde queremos comparar apenas dois grupos, e recorreremos à ANOVA por forma a comparar mais de dois grupos de observação. Assim, a respeito de diferenças entre a HADS e as suas dimensões em função do género foi realizado o teste  $t$ , observando-se diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino. Em seguida, recorreremos à ANOVA por forma a comparar mais de dois grupos de

observação, concluindo que não existem diferenças estatísticas que sejam relevantes entre a escolaridade e os níveis de sintomatologia ansiógena/depressiva dos participantes.

Já a relação entre o MAT e a HADS, podemos observar que estas variáveis estão negativamente relacionadas. Isto significa que à medida que os níveis de adesão ao tratamento aumentam, a presença de sintomatologia ansiógena ou depressiva diminui, ou que uma diminuição nos níveis de adesão ao tratamento leva a um aumento nestes sintomas psicopatológicos. Relativamente à associação entre a MAT e as subescalas da HADS, os resultados apresentados são idênticos, sugerindo que quanto maior os níveis de adesão, menor são os níveis de ansiedade ou depressão, tendo em conta a escala avaliada.



## 4 - Discussão dos Resultados

No decorrer da presente pesquisa, importa agora realizar uma descrição mais detalhada, tendo por base as pesquisas efetuadas e os resultados presentes na literatura. Deste modo, o estudo teve como principais linhas de orientação as seguintes variáveis: adesão ao tratamento e os níveis de ansiedade. Os instrumentos que foram utilizados para avaliar as mesmas, foram o MAT - Medidas de Adesão ao Tratamento e a HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, respetivamente.

Tendo por base o conceito central e o intuito do presente estudo, ou seja, perceber em que medida os níveis de ansiedade se relacionam, tendo por base a adesão ao tratamento nos doentes hipertensos, torna-se fulcral, neste momento, salientar os resultados mais pertinentes que foram obtidos ao longo da investigação dando assim resposta aos objetivos propostos anteriormente.

### **Adesão ao tratamento**

Em relação ao objetivo 1 “avaliar os níveis de adesão ao tratamento em indivíduos com hipertensão arterial”, o instrumento selecionado para avaliação da respetiva variável foi o MAT - Medidas de Adesão ao tratamento, focando sobretudo aspetos relacionados com o cumprimento do tratamento.

No presente estudo, a média de adesão dos participantes é de 5.56, numa escala de 1 a 6, sendo que valores mais elevados significam maiores níveis de adesão. Assim sendo, podemos concluir que os níveis de adesão ao tratamento da amostra são bastante satisfatórios. Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado por Simão (2009) que estudaram uma população de 47 utentes idosos residentes em Lares ou a frequentarem Centros de Dia que tomassem medicação, com idades acima dos 65 anos, tendo revelado um nível de adesão de 5.40. Ainda a corroborar o estudo acima mencionado Silva e colaboradores (2016) verificaram num estudo com 101 participantes e com a mesma população clínica, um nível de adesão ao tratamento de 5.3, denotando igualmente uma adesão positiva ao regime terapêutico. Tais valores apontam que 85.2% da amostra referida manifesta uma boa adesão. De forma complementar, salientamos ainda um estudo de 2016 em que se verificou também bons níveis de adesão, isto é, 80,2% dos sujeitos apontavam uma elevada adesão terapêutica (Mansour, Monteiro & Luiz, 2016). Os valores elevados obtidos no estudo que realizámos, podem estar relacionados com a satisfação com a informação facultada pelos profissionais de saúde, uma vez que 75,5% de sujeitos referiram que se encontravam satisfeitos e 10,4% muito satisfeitos. A equipa médica e a influência do sistema de saúde, são dois aspetos muito importantes a ter

em conta por um doente crónico que vá seguir tratamento, sendo que a adesão é conquistada na relação médico-paciente.

Assim, estes doentes parecem sentir-se muito satisfeitos com a informação que têm sobre a doença, o que corrobora as afirmações de Joyce-Moniz e Barros (2005), ao referirem que um doente que não confie no seu médico não vai seguir nada por ele prescrito (Roberts, citado por Joyce-Moniz & Barros, 2005) ou caso não esteja satisfeito com a sua atitude (DiMatteo & DiNicola, citado por Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Tal como outros fatores que definem a adesão ao tratamento como uma variável multicausal, o **tempo de diagnóstico** é considerado como uma vertente que pode levar a um aumento ou diminuição dos níveis de adesão (Magnabosco et al, 2015). Neste sentido, estes autores vêm afirmar que à medida que o tempo de diagnóstico aumenta, os níveis de adesão também aumentam, ou seja, sujeitos cujo diagnóstico foi feito há mais tempo, tendem a ter mais *insight* sobre a necessidade da toma da medicação, o que vem confirmar o objetivo de “Averiguar se existem relações nos níveis de adesão ao tratamento em função de algumas variáveis como o tempo de diagnóstico”. No estudo realizado foi possível constatar que 62,3% da amostra apresentavam um tempo de diagnóstico entre 1 e 10 anos, o que vai ao encontro do estudo de Magnabosco e colaboradores (2015) realizado com 247 utentes, e onde confirmaram que quando o diagnóstico é precoce a não adesão tende a predominar, uma vez que sujeitos com diagnóstico de mais anos consideram a prescrição médica como uma medida fundamental a adotar para o controlo da doença e aumento da qualidade de vida. Outro estudo que vem confirmar os resultados obtidos é o de Helena, Nemes e Eluf-Neto (2010) que preconizam que quanto menor o tempo de diagnóstico maior é o índice de não adesão. Um fator que pode ser esclarecedor para este resultado, é a característica assintomática da hipertensão e a necessidade de tratamento para a vida toda que são eventos que marcam a vida de um indivíduo pelo comprometimento em realizar aquela ação todos os dias, e que contribuem, numa fase inicial, para a não adesão. Assim, as pessoas com a doença diagnosticada há menos tempo mostram maior resistência a este fator e assim, apresentam níveis mais elevados de não adesão (Magnabosco et al, 2015).

Também a **idade** pode ser um fator decisivo na adesão ao tratamento, uma vez que a hipertensão arterial está a ganhar cada vez mais prevalência a nível mundial, principalmente na população mais envelhecida (Malta et al, 2016). As pessoas mais velhas, tendem a ver o tratamento como forma de manter a patologia controlada, preocupam-se mais com a sua saúde, assim como com os possíveis tratamentos, o que faz com que adotem comportamentos mais preventivos a respeito dos cuidados de saúde (Araújo & Garcia, 2006). Os indivíduos mais jovens, são mais despreocupados, não se sentem tão vulneráveis à doença, ou podem ainda estar assintomáticos, o que pode dificultar o diagnóstico e o tratamento (Daniel & Veiga, 2013). Neste sentido, no objetivo que se propõe a “Averiguar se existem relações nos níveis de adesão ao tratamento em função de algumas variáveis como a idade dos sujeitos”, foi encontrada uma relação entre a variável idade e a escala MAT apontando que os níveis de

adesão são mais elevados à medida que a idade dos nossos participantes aumenta, isto é, quanto mais envelhecida é a população maior importância dão ao cumprimento da prescrição médica. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Veras e Oliveira (2009) realizado com 154 pessoas que sofrem de Hipertensão Arterial, concluindo que a idade é uma variável que influencia os níveis de adesão ao tratamento, sendo que quanto mais avançada é a idade dos participantes mais preocupação revelam com a toma acertada da medicação.

No entanto, outros autores defendem que a variável idade tende a dificultar o processo de adesão ao tratamento à medida que os anos avançam (Barreto, Reiners & Marcon, 2014; Gewehr et al, 2018). Tal resultado pode ser explicado pela questão do esquecimento na toma da medicação, que é determinada como o principal fator que dificulta o seguimento correto do tratamento, apontando-o como uma causa para os sujeitos não aderirem às prescrições médicas (Daniel & Veiga, 2013). Na presente investigação, o item da escala MAT que remete para o esquecimento na toma da medicação é, de entre todos, o que mais baixo pontua, no entanto a sua pontuação é de 5.1 pontos, numa escala até 6 pontos, demonstrando que sujeitos que constituíram a amostra não se esquecem de tomar a medicação e logo contrariando os resultados obtidos no estudo referido anteriormente. A falta de consenso sobre a variável idade pode também, dever-se ao facto desta variável ser vivenciada por cada pessoa de forma diferente, uma vez que a idade e o processo de envelhecimento englobam outras dimensões e significados que vão mais além das dimensões da idade cronológica (Schneider & Irigaray, 2008).

## **Ansiedade**

A respeito da ansiedade, o instrumento que utilizámos para avaliação da respetiva variável foi a HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. No âmbito deste estudo apenas considerámos os níveis de ansiedade, uma vez que, por um lado, esta era a variável que interessava estudar de acordo com os objetivos definidos, e por outro, por ser aquela que a literatura mais associa aos valores elevados de Tensão Arterial.

No que concerne às pontuações que podem ser obtidas com esta escala, e segundo Snaith (2003), as pontuações globais indicam a presença ou ausência de sintomatologia ansiógena/depressiva, onde valores iguais ou inferiores a 7 são considerados normais, de 8 a 10 são considerados leves, de 11 a 15 são considerados moderados e de 16 a 21 é considerada presença severa de sintomatologia. Assim sendo, é de ressaltar que na presente amostra poucos foram os participantes que evidenciaram níveis considerados altos, obtendo uma média na subescala de ansiedade de 5,54 numa escala até 21 pontos. A ansiedade na população hipertensa surge devido ao desconhecimento de formas de tratamento e mesmo informação relativas à doença em si, uma vez que esta doença crónica ainda não é vista como uma doença, mas sim como uma condição do indivíduo (Oliveira-Martins, Oliveira, Gomes, Caramona, & Cabrita, 2011). Face ao exposto e observando os níveis de satisfação com a

informação sobre a doença e o tratamento da presente amostra, podemos concluir que mais de 85% dos indivíduos encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a informação que tem, o que pode ser indicador de níveis mais reduzidos de ansiedade. Assim, na presente amostra, a população inquirida apresenta níveis normais de sintomatologia ansiógena, que podem estar relacionadas com o bom conhecimento acerca da doença.

No mesmo sentido, no estudo de Mermerelis e Colaboradores (2018) com 127 participantes em estádios diferentes de hipertensão, observou-se que os níveis de ansiedade aumentavam à medida que o estágio da hipertensão também aumentava, ou seja, no estudo deste autor os participantes que apresentavam valores de tensão arterial mais elevados também detinham níveis de ansiedade mais altos. Os participantes que apresentavam valores de tensão arterial dentro do normal, apresentavam segundo a HADS-Ansiedade, níveis globais de ansiedade de 6.4, os hipertensos de estágio 1 tinham níveis de 3.5, os hipertensos de estágio 2 os valores subiam para 9 e no estágio 3 os valores globais obtidos através da HADS-Ansiedade eram de 12. Em termos de comparação com o nosso estudo, e tendo em conta que mais de metade da amostra, aquando da medição da tensão arterial apresenta valores considerados bons, realçamos os resultados obtidos pelos participantes com a tensão arterial normalizada e que obtiveram uma pontuação na HADS-A de 6.5. Este valor é o que mais se adequa, uma vez que na presente investigação não houve distinção entre os diferentes estágios de tensão arterial. Assim, podemos concluir que, os resultados obtidos pelos autores corroboram os verificados na nossa investigação.

A literatura acerca do tema refere que pessoas com hipertensão arterial apresentam uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas depressivos e/ou ansiosos (Souza et al, 2018), com vários estudos que apontam para uma maior prevalência da ansiedade quando se fala do género feminino (Helena, Lasagno & Vieira, 2010). Assim, o objetivo b) faz alusão ao supracitado, tendo como intuito “explorar se existem diferenças nos níveis de ansiedade em função de algumas variáveis sociodemográficas, como o género”, pelo que se verificou que existem diferenças estatisticamente significativas, isto é, o género interfere nos níveis de ansiedade referidos pelos participantes na presente amostra. De acordo com os resultados obtidos é o sexo feminino que apresenta maiores níveis de ansiedade quando comparado com o sexo masculino. De facto, a literatura sugere que existem diferenças entre sexos e na presença de sintomas psicopatológicos, existindo estudos que apontam que as mulheres tendem a apresentar uma pontuação significativamente maior de ansiedade e depressão que os homens (Lyrakos et al, 2013) e níveis mais elevados de sintomas psicológicos (Silva, 2010). Os resultados verificados na presente investigação são similares aos obtidos pelo estudo realizado por Helena, Lasagno e Vieira (2010) com 710 hipertensos e que enfatiza a diferença de género nos níveis de sintomatologia ansiógena, ou seja, o facto dos participantes serem homens ou mulheres apresenta uma relevância estatística nos níveis de ansiedade, sendo que neste estudo os resultados observados revelam valores mais significativos para o sexo feminino. Resultados semelhantes foram também encontrados no estudo de Souza e

Colaboradores (2018) com uma população hipertensa de 106 participantes que também verificam diferenças significativas entre gênero, pontuando o sexo feminino mais elevado, à semelhança dos estudos acima citados. Neste sentido, é possível concluir que efetivamente existem diferenças entre gênero no que se refere ao nível de sintomatologia ansiógena, e que são as mulheres que apresentam valores mais elevados. A literatura refere que as mulheres tendem a relatar maior gravidade dos sintomas e tendem a apresentar com mais frequência comorbilidades psiquiátricas quando comparadas com os homens. Evidências de alguns estudos sugerem que os fatores genéticos e as hormonas sexuais femininas podem desempenhar um papel muito importante na gravidade de sintomatologia entre gêneros (Kinrys & Wygant, 2005).

O **nível de escolaridade** é um potencial fator preditivo de risco para a ocorrência de perturbações de ansiedade, evidenciando que pessoas com níveis mais baixos de escolaridade estão menos predispostas a padecerem desta patologia (Almeida & Xavier, 2010). No estudo de Almeida e Xavier (2010) com uma população normativa em que a variável escolaridade foi estudada como fator preditivo para a ocorrência de perturbações de ansiedade, observou-se que pessoas com níveis mais baixos de escolaridade demonstraram possuir um risco menor de desenvolvimento de perturbações de ansiedade. O facto deste último estudo ser com população normativa, justifica-se pela dificuldade em encontrar dados semelhantes em população com hipertensão arterial e que avalie a variável em questão. Foi neste sentido, que nos propusemos avaliar esta variável numa população hipertensa, pelo que o objetivo b) pretende “explorar se existem diferenças nos níveis de ansiedade em função de algumas variáveis sociodemográficas, como os níveis de escolaridade”. O presente estudo demonstrou que não existiam diferenças estatisticamente significativas, ou seja, para os sujeitos desta amostra não tem relevância o nível de escolaridade para a presença de sintomatologia ansiógena. Estes resultados não vão ao encontro do estudo realizado por Souza e Colaboradores (2018) que referem que o fator escolaridade está relacionado e contribui para o aparecimento de transtornos mentais, nomeadamente a ansiedade, sendo os participantes com um nível de escolaridade mais baixo os que apresentam níveis mais elevados de sintomatologia. Ou seja, de acordo com estes autores o nível de escolaridade tem influência e apresenta diferenças nos níveis de sintomatologia ansiógena, uma vez que pessoas com baixa escolaridade, tem conseqüentemente menores níveis de conhecimento e faz com que aumente os níveis de ansiedade devido ao desconhecimento de informações importantes relativamente à doença. Assim, a escolaridade mais elevada pode motivar a atitudes e comportamentos mais saudáveis, mas também influencia as condições socioeconómicas futuras e a inserção na estrutura ocupacional e conseqüentemente no seu papel social. A falta de conhecimento por sua vez diminui o poder de decisão do indivíduo, gerando uma relativa incapacidade de influenciar o meio, podendo gerar danos à saúde psicológica. Atendendo que na presente amostra mais de metade dos participantes, 53.8% apresentarem um nível de escolaridade acima do 9<sup>a</sup> ano, pelo que pode contribuir para um maior conhecimento acerca

de cuidados de saúde e estarem mais em alerta para a importância da saúde mental, contrariamente aos sujeitos que apresentam escolaridade inferior ao 9º ano.

A **ansiedade** é também considerada um fator de risco e com bastante peso no que toca ao aumento da pressão arterial, uma vez que vários estudos demonstram uma maior reatividade cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial quando expostos a situações de maior stress psicossocial, podendo influenciar os níveis de adesão ao tratamento (Quintana, 2011). Neste sentido, achou-se pertinente na presente investigação “Avaliar a relação existente entre os níveis de ansiedade de indivíduos com hipertensão arterial e os seus níveis de adesão ao tratamento”. Os resultados obtidos no presente estudo, indicam uma associação negativa entre as variáveis. Isto significa que uma diminuição nos níveis de adesão ao tratamento leva a um aumento nestes sintomas psicopatológicos, ou seja, a adesão ao tratamento pode ser prejudicada pela presença de sintomas ansiógenos. Os mesmos resultados foram também confirmados no estudo de Souza e colaboradores (2018) com 106 participantes, que referem uma maior prevalência de níveis elevados de ansiedade em pacientes que apresentam uma baixa adesão ao tratamento assegurando que à medida que os níveis de adesão ao tratamento aumentam, a presença de sintomatologia ansiógena ou depressiva tende a diminuir. Este resultado pode dever-se a dois fatores, o primeiro é que a adesão ao tratamento da hipertensão arterial tem vindo a ser considerado um processo que é muito influenciado pelo meio ambiente, pelo próprio indivíduo, pela boa literacia em saúde, pela boa base em conhecimentos de saúde e pelo conhecimento das crenças em saúde que são um forte preditor da adoção ao não de um dado comportamento (Pires & Mussi, 2008). O segundo fator, deve-se à compreensão por parte dos sujeitos relativamente à informação que lhes é transmitida pelos profissionais de saúde, que muita influencia os níveis de ansiedade e consequentemente os níveis de adesão ao tratamento. Assim, se a terminologia utilizada pelos profissionais não for adequada ao sujeito que tem à sua frente, dificulta a compreensão e pode ser responsável por situações de confusão, ideias erradas e descontentamento. Além disto, a utilização de termos muito técnicos pode também reduzir a possibilidade da pessoa reagir emocionalmente à informação ou questionar sobre a terapêutica, aumentando os níveis de ansiedade e reduzindo os de adesão à terapêutica (Aguirre, 2015). No entanto, a adesão ao tratamento e os níveis de ansiedade podem variar tanto entre pessoas, como na mesma pessoa, podendo apresentar níveis de adesão ou de ansiedade distintos em diferentes momentos e em diferentes aspetos do regime terapêutico.

#### **4.1. Limitações**

Após a discussão dos resultados obtidos e reflexão dos mesmos, torna-se necessário referir algumas limitações que foram encontradas.

Esta investigação mostrou-se bastante relevante na medida em que permitiu recolher informações acerca dos níveis de ansiedade e níveis de adesão ao tratamento numa doença que progressivamente afeta, cada vez mais pessoas.

Primeiramente, é importante referir o facto de a amostra não possuir um número muito elevado de participantes e o facto da mesma ter sido recolhida apenas num local, o que não permite uma comparação com hipertensos de outras regiões do país. Também de ressaltar o tempo de aplicação do protocolo, que fazia com que não pudessem ser aplicados em maior número devido ao tempo que os participantes levavam a preenche-lo, cerca de 30 minutos.

Ainda relacionado com a limitação anteriormente referida, apontamos o facto de a maior parte dos participantes serem idosos, o que impossibilitava que o preenchimento dos protocolos fosse realizado pelos mesmos, sendo na maioria dos casos, aplicado pelos investigadores. Esta limitação pode provocar algum enviesamento, como por exemplo, o desejo do inquirido querer apresentar uma boa imagem e evitar responder a verdade.

Por outro lado, seria importante no futuro, realizar-se um estudo longitudinal, de modo a possibilitar o acompanhamento e evolução do doente, desde o momento do diagnóstico, uma vez que como sabemos, e no que respeita à ansiedade, existem muitos fatores que podem estar em comorbilidade, assim como características pessoais e tornam o indivíduo mais ou menos vulnerável a estas patologias de carácter psicopatológico. Seria também interessante um estudo de comparação dos níveis de ansiedade entre doentes hipertensos e não hipertensos de modo a averiguar se existiriam realmente diferenças entre as variáveis estudadas, uma vez que cada vez mais nos dias de hoje existe influência de sintomas psicológicos no aparecimento e agravamento das doenças crónicas.

## **4.2. Implicações**

Atualmente, uma grande parte da população descarta a necessidade/importância da toma da medicação, este facto é mais evidente nas patologias crónicas, que requerem alterações das condições e hábitos de vida dos portadores destas doenças (Dias et al, 2011). A Hipertensão Arterial constitui uma problemática cuja prevalência é cada vez mais notória, caracterizando-se por ser uma patologia de evolução lenta e silenciosa, que requer um conjunto de cuidados específicos (Gusmão et al, 2009).

A adesão à terapêutica engloba um conjunto de fatores que são, na maioria dos casos, determinantes para que seja possível levar a cabo o sucesso de um dado tratamento. Face ao exposto, importa mencionar algumas estratégias que podem ser usadas para aumentar a adesão ao tratamento e consciencializar a pessoa para os riscos da hipertensão, assim como explicar as vantagens que a toma da medicação acarretam, assumindo o indivíduo um papel ativo no seu processo de tratamento (Gusmão et al, 2009). Assim referimos algumas estratégias como: explicação detalhada sobre o regime terapêutico (horários, doses e como atua cada medicamento) pedindo à pessoa para repetir o que tem de fazer e assim garantir

que compreendeu tudo; ter em consideração o perfil do hipertenso propondo um regime terapêutico o mais adequado possível aos horários das pessoas e ter em atenção os efeitos colaterais ou interações entre medicamentos; analisar os medos e receios do paciente e dos seus familiares sobre os efeitos secundários do tratamento; estimular tanto o paciente como os seus cuidadores a fazer uma monitorização regular dos valores a pressão arterial incentivando-os sempre para a importância da adesão; reforçar sempre os ganhos obtidos e os comportamentos positivos da pessoa; delinear juntamente com o paciente o tratamento, definindo metas e resultados, e por fim, que a motorização do tratamento seja presencialmente ou por telefone, para orientação e esclarecimento de possíveis dúvidas (Gusmão et al, 2009). Por último, e atendendo a que a hipertensão é uma doença que afeta maioritariamente a população mais idosa e tendo em consideração que Portugal apresenta uma população cada vez mais envelhecida, é imprescindível salientar e necessidade de se detetar e intervir precocemente nesta faixa etária de modo a conseguir preservar e controlar por um período alargado de tempo, a doença. Esta identificação, caso fosse precoce, seria benéfica do ponto de vista preventivo e de promoção de saúde, contribuindo para uma qualidade de vida a longo prazo.

Cada vez mais tem surgido a necessidade de perceber como é que os fatores emocionais têm implicação nas patologias, cuja índole é, sobretudo, crónica, uma vez que este pode ser um fator, que de algum modo, interfere na evolução do quadro clínico. Desta forma, ao denominar a Hipertensão Arterial como uma doença com um número de características bastante particulares, apresenta-se como um desafio para os profissionais de saúde, incutir a estes doentes uma componente proactiva face à doença, tendo em conta que em alguns casos pode existir labilidade emocional (Aguirre, 2015).

Concomitante ao anteriormente exposto, varias pesquisas sugerem inúmeros fatores de risco explicativo para a existência da Hipertensão, entre eles os fatores de ordem psicológica nomeadamente a ansiedade. Uma vez que a ansiedade constitui um mecanismo de resposta face a um estímulo stressor, um estudo realizado por Fonseca e colaboradores (2009) demonstra que os sujeitos aquando expostos a uma situação ansiógena tendem a manifestar níveis de tensão arterial mais elevados, explicando assim a possível existência, em alguns casos, de uma relação direta entre as variáveis supracitadas.

# Conclusão

A hipertensão é considerada como um fator de risco bem delimitado para as doenças cardiovasculares, com uma prevalência muito elevada nos dias de hoje. No entanto muitos dos doentes que padecem desta doença podem ver a sua doença controlada caso tenham um diagnóstico precoce e se seguirem as indicações recomendadas pelos profissionais de saúde para um maior controlo da hipertensão (Oliveira-Martins et al, 2011). É uma patologia cada vez mais comum entre a população portuguesa, reflexo de uma dinâmica da sociedade moderna, que torna as psicopatologias muito mais comuns nos dias de hoje (Fernandes et al, 2018). A ansiedade nesta população surge devido ao desconhecimento de formas de tratamento e mesmo informação relativas à doença em si, porque a hipertensão ainda não é vista como uma doença, mas sim como uma condição do indivíduo.

Deste modo, o presente estudo tinha como objetivo avaliar os níveis de ansiedade e de adesão ao tratamento em doentes hipertensos, bem como verificar se existiam diferenças nos níveis de ansiedade e nos níveis de adesão ao tratamento tendo em conta algumas variáveis sociodemográficas como a idade, o género, a escolaridade, e o tempo de diagnóstico.

Como verificado através do presente estudo podemos concluir que os nossos participantes apresentam uma média de adesão de 5.56, numa escala de 1 a 6, sendo que valores mais elevados significam maiores níveis de adesão, concluindo que os níveis de adesão ao tratamento da amostra são bastante satisfatórios. No que concerne à variável ansiedade, concluímos que na presente investigação, os níveis de ansiedade não apresentam valores preocupantes. Ainda a respeito dos níveis de adesão também verificamos uma correlação negativa entre os níveis de adesão e os níveis de ansiedade, pelo que uma diminuição nos níveis de adesão ao tratamento levam a um aumento nestes sintomas psicopatológicos.

Na nossa perspetiva, esta investigação contribuiu para conhecer melhor esta população em relação aos níveis de ansiedade e de adesão ao tratamento, e também para perceber que existem muitos comportamentos de adesão que podem influenciar os níveis de ansiedade na população em questão. A continuação dos estudos nesta área é importante, no sentido de dar a conhecer os seus fatores de risco e formas de prevenção, uma vez que esta doença ainda não é muito preocupante para quem dela padece, sendo que muitos têm difícil adaptação emocional ao seu quadro clínico, não procuram ajuda e acomodam-se ao seu novo estado clínico.



# Referências Bibliográficas

- Abbott, J. (2003). Coping with cystic fibrosis. *Journal of the royal society of medicine*, 96 (43), 42-50.
- Aguirre, A. C. C. (2015). Depressão, ansiedade e hipertensão: Qual a correlação? Como melhorar o tratamento? *Revista Brasileira de Hipertensão*, 22 (1), 18-20.
- Almeida, J. M. C., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiologia nacional de saúde mental*. (Relatório de investigação). Faculdade de ciências médicas da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.
- Alves, B. A., & Calixto, A. A. T. F. (2012). Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes numa Unidade Básica de Saúde do Interior Paulista. *Journal of the Health Sciences Institute*, 30 (3), 255-260.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5.ªEd.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andratini, R., Boerngen-Lacerda, R., & Filho, D. Z. (2001). Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (4), 233-342.
- Araujo, N. G. (2011). Fobia específica: passo a passo de uma intervenção bem-sucedida. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7 (2), 37-45.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2009). First-line treatment: a critical appraisal of cognitive behavioral therapy developments and alternatives. *Psychiatric Clinics of North America*, 32, 525-547.
- Asbahr, F. R. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de pediatria*, 80 (2), 28-34.
- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. (2006). *Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos*. Lisboa: Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde.
- Azar, R., & Solomon, C. R. (2001). Coping Strategies of Parents Facing Child Diabetes Mellitus. *Journal of Pediatric Nursing*, 16 (6), 418-428.

- Barreto, M. S., Reiners, A. A. O., Marcon, S. S. (2014). Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22 (3), 484-490.
- Battaglioli-DeNero, A. M. (2007). Strategies for Improving Patient Adherence to Therapy and Long-Term Patient Outcomes. *Journal of the association of nurses in aids care*, 18, 17-22.
- Beekman, A. T. F., Beurs, E., Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J. H., Dyck, R. & Tilburg, W. (2000). Anxiety and Depression in Later Life: Co-Occurrence and Communality of Risk Factors. *American Journal of Psychiatry*, 157 (1), 89-95.
- Boyd, J. H., Burke, J., Gruenberg, E., Holzer, C. E., Rae, D. S., G. ... & Nestadt, G. (1984). Exclusion Criteria of DSM-III: A Study of Co-Occurrence of Hierarchy-Free Syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 41, 983-989.
- Braga, J. E. F., Pordeus, L. C., Silva, A. T. M. C., Pimenta, F. C. F., Diniz, M. F. F. M., & Almeida, R. N. (2010). Ansiedade patológica: Bases neurais e avanços na abordagem psicofarmacológica. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 14 (2), 93-100.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26, 17-31.
- Carr, A. (2014). *Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente*. Braga: psiquilibrios editora.
- Carvalho, A. C., & Miguel, J. P. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Carvalho, A. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Castro, E. K., & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da Doença Orgânica Crônica na Infância para as Relações Familiares: Algumas Questões Teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3), 325-635.
- Center For Mapping Chronic Disease. (sd). About Chronic Disease. Recuperado em: <https://cmcd.sph.umich.edu/about/about-chronic-disease/>.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Coletto, M., & Câmara, S. (2009). Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crónica: o contexto do cuidador. *Revista Diversitas - perspectivas em psicologia*, 5 (1), 97-110.
- Cunha, L. D. M., Ferreira, P. A. C., & Brito, I. S. (2016). Qualidade e estilo de vida da pessoa hipertensa. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 19-32.
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2009). What is an Anxiety Disorder?. *Depression and anxiety*, 26, 1066-1085.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.
- Daniel, A & Veiga, E. (2013). Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein*, 11(3), 331-337.
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 81-100.
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A. M. M., Neves, A. P. G., Pinto, A. F. C., Silva, A. S. A., & Castro, S. A. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. *Millenium*, 40, 201-219.
- Direção Geral de Saúde. (2004). *Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde: diagnóstico, tratamento e controlo da hipertensão arterial*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2011). *Norma da Direcção Geral da Saúde: Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2011). *É tempo de agir! Declaração para uma vida melhor. Abordagem das doenças crónicas através da prevenção*. Lisboa: Direcção geral de saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2011) *Norma da Direcção Geral da Saúde: Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2014). Portugal Saúde Mental em números - 2014. *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- Direção Geral de Saúde. (2016). A saúde dos portugueses - 2016. *Plano Nacional de Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Feldman, L. A. (1993). Distinguishing Depression and Anxiety in Self-Report: Evidence From Confirmatory Factor Analysis on Nonclinical and Clinical Samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61* (4), 631-638.
- Felton, B. J., Revenson, T. A., & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science & Medicine, 18* (10), 889-898.
- Fernandes, M., Ribeiro, H., Santos, J., Monteiro, C., Costa R., & Soares, R. (2018). Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. *Revista Brasileira de Enfermagem, 71* (5), 2344-23501.
- Filho, D. B. F., & Júnior, J. A. S. (2009). Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje, 18* (1), 115-146
- Fleg, J. L., Aroow, W. S., & Frishman, W. H. (2010). Cardiovascular drug therapy in the elderly: benefits and challenges. *Nature Reviews Cardiology, 8* (1), 13-28.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of abnormal psychology, 95* (2), 107-113.
- Folkman, S., & Maskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Clinical Psychology, 55*, 745-774.
- Fonseca, F. C. A., Coelho, R. Z., Nicolato, R., Malloy-Diniz, L. F., & Filho, H. C. S. (2009). A influencia de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 58* (2), 128-134.
- Fonseca, D., & Cirne, J. (2017). Tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular, 59*, 18-25.
- Franco-Fernández, M. D., & Antequera-Jurado, R. (2009). Trastornos de ansiedad en el anciano. *Psicogeriatría, 1*, 37-47.
- Fundação Portuguesa de Cardiologia. (sd). Fatores de risco: hipertensão arterial. Recuperado em: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/hipertensao/>

- Gallagher, E. J., Viscoli, C. M., & Horowitz, R. I. (1993). The Relationship of Treatment Adherence to the risk after myocardial infarction in women. *Journal of the American Medical Association*, 26 (3), 362-366.
- Gasperin, D., & Fensterseifer, L. M. (2006). As modificações do estilo de vida para hipertensos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27 (3), 372-378.
- Guerra, J. (2009). Proposta para a criação do Núcleo de Estudos sobre Gestão da Doença Crônica da SPMI. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 1-17.
- Guirado, E. A., Ribera, E. P., Huergo, V. P., & Borrás, J. M. (2011). Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gaceta Sanitaria*, 25 (1), 62-67.
- Gupta-Malhotra, M., Banker, A., Shete, S., Hashmi, S. S., Tyson, J. E., Barratt, M. S., Hecht, J. T., Milewicz, D. M., & Boerwinkle, E. (2014). Essential Hypertension vs. Secondary Hypertension Among Children. *American Journal of Hypertension*, 28 (1), 73-80.
- Gusmão, J. L., Ginani, G. F., Silva, G. V., Ortega, K. C., & Mion, D. (2009). Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 16 (1), 38-43.
- Harvey, J. N., & Lawson, V. L. (2009). The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabetic Medicine*, 26, 5-13.
- Helena, E. T. S., Nemes, M. I. B., & Eluf-Neto, J. (2010). Avaliação da Assistência a Pessoa com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, 19 (3), 614-626.
- Helena, E., Lasagno, B., & Vieira, R. (2010). Prevalência de transtornos mentais não-psicóticos e fatores associados em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes *mellitus* em Unidades de Saúde de Família em Blumenau, Santa Catarina. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 5 (17), 42-47.
- Herrmann, C. (1997). Internatinal experientes with the Hospital Anxiety and Depression Scale - A Review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (1), 17-41.
- Hofmann, S. G. (2008). Cognitive precesses during fear acquisition and extinction in animals and humans: Implications for exposure therapy of anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 28, 199-210.

- Hung, W. W., Ross, J. S., Boockvar, K. S., & Siu, A. L. (2012). Association of chronic diseases and impairments with disability in older adults. *Medical Care*, 50 (6), 501-507.
- Ionescu, D. F., Niciu, M. J., Henter, I. D., & Zarate, C. A. (2013). Defining anxious depression: a review of the literature. *CNS Spectrums*, 18 (5), 252-260.
- Instituto Nacional de Saúde. (2015). Doença Crónica: população residente em Portugal em 2015. Lisboa: Portugal.
- Izquierdo, I., Bevilaqua, L. R. M., & Cammarota, M. (2006). A arte de esquecer. *Estudos Avançados*, 20 (58), 289-296.
- Jacob, J. D. & Stephens, M. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of clinical epidemiology*, 54, 57-60.
- Jardim, P. C. B. V., Sousa, A. L. L., & Monego, E. T. (1996). Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina, Ribeirão Preto*, 29, 232-238.
- Joyce-Moniz, L. Barros, M. (2005) *Psicologia da doença para cuidados de saúde: Desenvolvimento e Intervenção*. Lisboa: Edições ASA.
- Joyce-Moniz, L. (1997) *Psicopatologia do Desenvolvimento da adolescente e do adulto*. Alfragide: McGRAW-HILL
- Kearney, P. M. K., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., & He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The lancet*, 365, 217-223.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., Mcgonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R Major Depressive Disorder in the General Population: Results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168 (30), 17-30.
- Kinrys, G., Wygant, L. (2005). Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influência o tratamento? *Revista brasileira de psiquiatria*, 27(2), 43-50
- Klein, M. S. T. (2015). Terapia nutricional na hipertensão. *Revista Hupe*, 14 (3), 34-40.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde coletiva*, 8 (3), 775-782.

- Lima-Costa, M. F., & Barreto, S. M. (2003). Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 12 (4), 189-201.
- Lume, J. (1986). Comportamento humano em situação artificial de vida: um trabalho de investigação em hemodiálise renal.
- Machado, M. M. P. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. (Dissertação de mestrado). Instituto de educação e psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Maldaner, C. R., Beuter, M., Brondani, C. M., Budó, M. L. D., & Pauletto, M. R. (2008). Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crónica: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29 (4), 647-653.
- Malta, D. C., Santos, N. B., Perillo, R. D., & Szwarcwald, C. L. (2016). Prevalence of high blood pressure measured in the Brazilian population, National Health Survey, 2013. *São Paulo Medical Journal*, 134 (2), 163-170.
- Magnabosco, P., Teraoka, E. C., Oliveira, E. M., Felipe, E. A., Freitas, D., Marchi-Alves, L. M. (2015). Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamento da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23 (1), 20-27.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., ... & Zannad, F. (2013). The Task Force for the Management of Arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. *Journal of Hypertension*, 31, 1281-1357.
- Mansour, S. N., Monteiro, C. N., Luiz, O. C. (2016). Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25 (3), 647-654.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics (6ª edição)*. Pêro Pinheiro: Report Number
- Marcelino, D. B., & Carvalho, M. D. B. (2005). Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e a sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 72-77.

- Marques, P., Leal, J., Cabaça, A. P., & Alexandre, A. (2017). Hipertensão no adolescente - qual a causa?. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 62, 16-17.
- Martin, J. L., Sainz-Pardo, M., Furukawa, T. A., Martin-Sanchez, E., Seoana, T., & Galan, C. (2007). Benzodiazepines in generalized anxiety disorder: heterogeneity of outcomes based on a systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Journal of psychopharmacology*, 21, 775-782.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2001). Self-Report Differentiation of Anxiety and Depression in a Mood Disorders Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23 (2), 125-131.
- Mermerelis, A., Kyvelou, M., Vellinga, A., Stefanadis, C., Papageorgiou, C., & Douzenis, A. (2018). Anxiety and Depression Prevalence in Essential Hypertensive Patients there na Association with Arterial Stiffness. *Journal of Depression and Anxiety*, 7 (2), 1-5.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Portugal
- Mion, D. J., Pierin, A., Ignez, E., Ballas, D., & Marcondes, M. (1995). Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 17 (4), 229-236.
- Mocaiber, I., Oliveira, L., Pereira, M. G. Pinheiro, W. M., Ventura, P. R., Figueira, I. V., & Volchan, E. (2008). Neurobiologia da regulação emocional: implicações para a terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia em estudo*, 13 (3), 531-538.
- Monteiro, P. (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: LIDEL.
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care*, 24 (1), 67-74.
- Moura, I. M., Rocha, V. H. C., Bergamini, G. B., Samuelsson, E., Joner, C., Schneider, L. F., & Menz, P.R. (2018). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 9 (1), 423-441.
- Mukaka, M. M. (2012). A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal*, 24 (3), 96-71.
- Nicolini, H., Bakish, D., Duenas, H., Spann, M., Erickson, J., Hallberg, C., Ball, S., Sagman, D., & Russell, J. M. (2009). Improvement of psychic somatic symptoms in adult patients with generalized anxiety disorder: examination from a duloxetine,

- venlafaxine extended-release and placebo-controlled trial. *Psychological Medicine*, 39, 267-276.
- Norton, P. J., & Price, E. C. A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The journal nervous and mental disease*, 195 (6), 521-531.
- Oliveira, A. R., & Sales, C. C. (2005). Ansiedade e Depressão em Clientes com Hipertensão e Diabetes Atendidos por uma equipe de Saúde da Família. *Saúde Coletiva*, 02 (6), 53-56.
- Oliveira-Martins, S., Oliveira, T., Gomes, J., Caramona, M., & Cabrita, J. (2011). Fatores associados à hipertensão arterial nos utentes de farmácias em Portugal. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 136-144.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ong, K. L., Tso, A. W. K., Lam, K. S. L., & Cheung, B. M. Y. (2008). Gender Difference in Blood Pressure Control and Cardiovascular Risk Factors in Americans With Diagnosed Hypertension. *Hypertension*, 51, 1142-1148.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). Prevenção de doenças crónicas: um investimento vital. *Public health agency of canada*, 1-30.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The new england journal of medicine*, 353, 487-497.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.
- Pereira, M. G., & Figueiredo, A. P. (2008). Depressão, ansiedade e stress pós-traumático em doentes com cancro colo-retal. *Onco News*, 5, 11-19.
- Péres, D. S., Magna, J. M., & Viana, L. A. (2003). Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública*, 37 (5), 635-642.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. (4ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

- Phillips, M. R., Zhang, J., Shi, Q., Song, Z., Ding, Z., Pang, S., Li, X., Zhang, Y., & Wang, Z. (2009). Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey. *The Lancet*, *373*, 2041-2053.
- Pierin, A. M. G., Mion, D., Fukushima, J., Pinto, A. R., & Kaminaga, M. M. (2001). O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. *Revista da escola de enfermagem da USP*, *35* (1), 11-18.
- Pintassilgo, I., Abecasis, F., Beirão, P., & Cunha, V. (2018). O que sabem sobre a hipertensão arterial - os nossos doentes e os “outros”. *Revista Portuguesa de hipertensão e risco cardiovascular*, *63*, 16-21.
- Pires, C., & Mussi, F. (2008). Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciências & Saúde Coletiva*, *13*(2), 2257-2267.
- Polonia, J., Martins, L., Pinto, F., & Nazare, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. *Journal of Hypertension*, *32*, 1211-1221.
- Porto, P., Oliveira, L., Volchan, E., Mari, J., Figueira, I., & Ventura, P. (2008). Evidências científicas das neurociências para a terapia cognitivo-comportamental. *Paidéia*, *18* (41), 485-494.
- Raupp, L. M., Dhein, G., Medeiros, C. R. G., Grave, M. T. Q., Saldanha, O. M. F. L., Santos, M. V., Koetz, L. C. E., & Almerom, G. P. O. (2015). Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. *Physis Revista de Saúde coletiva*, *25* (2), 615-634.
- Ridder, D., Geenen, R., Kuijjer, R., & Middendorp, H. V. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, *372*, 246-255.
- Rudd, P. (1995). Clinicians and patients with hypertension: unsettled issues about compliance. *American heart journal*, *130* (3), 572-579.
- Sábado, J. T., & Gómez-Benito, J. (2003). Variables relacionadas com la ansiedad ante la muerte. *Revista de psicología general y aplicada*, *53* (3), 257-279.
- Saleem, F., Hassali, M. A., Shafie, A. A., Awad, A. G., & Bashir, S. (2011). Association between knowledge and drug adherence in patients with hypertension in Quetta, Pakistan. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, *10* (2), 125-132.

- Schneider, R., & Irigaray, T. (2008). The processo f aging in today's world: chronological, biological, psychological and social aspects. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593.
- Silva, A. L. P. (2010). O tratamento da ansiedade por intermédio da acupuntura: um estudo de caso. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30 (1), 200-211.
- Silva, A. P. A., Oller, G. A. S. A. O., Pompeo, D. A., Eid, L. P., & Kusumota, L. (2016). Adesão ao tratamento medicamentoso e capacidade para o autocuidado de pacientes com hipertensão arterial. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 23 (2), 76-80.
- Simão, A. R. E. (2009). *Adesão às prescrições/recomendações médicas por parte de idosos institucionalizados em centros de dia: Um estudo exploratório* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.
- Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1 (1), 1-4.
- Soares, S. C. (2005). Hipertensão Arterial Essencial: Psicopatologia, Avaliação e Tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1-2), 245-255.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2010). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 95 (1), 1-51.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). Guias de Bolso de HTA da SPH. *Revista Portuguesa de hipertensão e risco cardiovascular*, 39 (2), 1-4.
- Sotres-Bayon, F., Cain, C. K., & LeDoux, J. E. (2006). Brain Mechanisms of Fear Extinction: Historical Perspectives on the Contribution of Prefrontal Cortex. *Biological Psychiatry*, 60, 329-336.
- Sousa, J. C. (2005). A doença crónica e o desafio da comorbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 533-534.
- Sousa, M. R. G., Ladeiro, M. J. L., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 151-160.
- Souza, G., Alves, R., Souza, L., & Rosa, A. (2018). Prevalência de sintomas depressivos e/ou ansiosos em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 20, 43-50.

- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of consulting and clinical psychology, 77* (4), 595-606.
- Strelec, M. A. A. M., Pierin, A. M. G., & Mion, Jr., D. (2003). The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. *Arquivo Brasileiros de Cardiologia, 81* (4), 349-354.
- Swedo, S. E., Leonard, H. L., Allen, A. J. (1994). New developments in childhood affective and anxiety disorders. *Current problems in pediatrics, 24*, 12-38.
- Teiga, R. (2014). Perturbações de Ansiedade e Perturbações de Stress Pós-Traumático. In P. Monteiro (Cord.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp.183-203). Lisboa: Lidel edições técnicas, Lda.
- Terwee, C. B., Bot, S. D. M., Boer, M. R., Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., Bouter, L. M., & Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology, 60*, 34-42.
- Tyrer, P., & Baldwin, D. (2006). Generalised anxiety disorder. *The Lancet, 368*, 2156-2166.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Royen, P. V., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics, 26*, 331-342.
- Wei, T. & Wang, L. (2006). Anxiety symptoms in patients with hypertension: a community-based study. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 36* (3), 315-322.
- Vilhena, E., Ribeiro, J. L. P., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., Silva, A. M., & Mendonça, D. (2014). Fatores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crónicas. *Psicologia, Saúde & Doenças, 15* (1), 220-233.
- Williamns, B., Mancia, G., Spiering, W., Rosei, E., Azizi, M., ... & Desormais, I. (2018). The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of hypertension (ESH). *European Heart Journal, 00*, 1-98.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO

World Health Organization. (2013). *Global Action Plan for the Prevention and Control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: WHO.

Wong, M. G., & Herion, S. A. (2008). Parents of children with cystic fibrosis: how they hope, cope and despair. *Child: care, health and development*, 34 (3), 344-354.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361-370.



# Anexos



**Anexo I : Autorização da Comissão de Ética da ULS**  
**Castelo Branco**