



**UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR**  
Ciências Sociais e Humanas

# **Autogestão e Representações da Doença em Doentes com Hipertensão Arterial**

**(Versão Final Após Defesa)**

**Carla Maria Gonçalves Pereira Loureiro**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Psicologia Clínica e da Saúde**

(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Cláudia Mendes Silva

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Carvalho

**Covilhã, Junho de 2020**



## Agradecimentos

À Professora Doutora Cláudia por toda a ajuda e orientação, e pela grande paciência que teve em toda esta fase. Mas, também, pela disponibilidade para reunir sempre que surgiam dúvidas, para dar sugestões e partilha de conhecimentos.

À minha colega que fez comigo a recolha dos dados para que assim pudesse surgir a base de dados permitindo levar aos resultados aqui descritos.

Aos meus amigos pela preocupação e companheirismo mas acima de tudo por estarem sempre lá quando as coisas pareciam não estar a correr bem.

À minha família por acreditarem em mim e nas minhas capacidades e por me apoiarem.

Aos meus pais e irmã por quererem o melhor para mim e por serem o que são, fazendo-me sempre lembrar que desistir não era o caminho mas também por me darem força para seguir em frente.



## Resumo

Este estudo teve como principal objetivo verificar se existe alguma relação entre as representações da doença e a adesão ao tratamento, nomeadamente nos autocuidados em pessoas diagnosticadas com Hipertensão Arterial acompanhadas nas consultas de Hipertensão no Centro de Saúde de São Tiago em Castelo Branco. Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e transversal e os dados foram recolhidos com recurso a três questionários de autorresposta: Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), Escala de Autocuidado com a Hipertensão Arterial e Questionário de Crenças sobre a Doença - Versão Breve (IPQ-B). A amostra é composta por 106 participantes, 56,6% do sexo feminino, com média de idades de 58 anos. Cerca de 80,2% dos inquiridos são casados e 37,5% apenas frequentou o ensino até ao 4º ano de escolaridade.

Os resultados sugerem que os participantes, em termos médios, revelaram ter comportamentos de Autocuidado com a Hipertensão Arterial cerca de cinco dias por semana, sendo a Alimentação Específica a dimensão com maior pontuação. O Exercício Físico foi a dimensão da Adesão aos Autocuidados que pontuou mais baixo, cerca de dois dias por semana em média. Relativamente às Crenças sobre a doença, a dimensão Crenças de Compreensão foi a que revelou uma pontuação mais elevada. Em relação à Adesão aos Autocuidados, as mulheres apresentam valores mais elevados comparativamente aos homens. Foram verificadas associações entre a Adesão ao Tratamento e os comportamentos de Autocuidado. Não foram encontradas associações significativas entre a Adesão ao Tratamento e as Crenças sobre a Doença. Foram, ainda, verificadas associações entre o Autocuidado e as Crenças sobre a Doença e entre as subescalas Alimentação Específica e as Crenças Emocionais.

## Palavras-chave

Hipertensão Arterial; Adesão ao Tratamento; Autocuidado; Representações da Doença.



## Abstract

The main objective of this study was to verify if there is any relationship between the representations of the disease and treatment adherence, namely self-care activities, in people diagnosed with Arterial Hypertension followed at Hypertension consultations at the São Tiago Health Care Center in Castelo Branco. This is a descriptive, correlational and cross-sectional study and data were collected using three self-report questionnaires: Treatment Adherence Measure (MAT), Self-Care Scale for Arterial Hypertension and The Brief Illness Perception Questionnaire (IPQ-B). The sample consisted of 106 participants, 56.6% female, with a mean age of 58 years. About 80.2% of respondents are married and 37.5% only attended school until the 4th grade.

The results suggest that participants, on average, report having self-care behaviours with Arterial Hypertension about five days a week, and the Specific Food dimension was the highest score. The Physical Exercise was the dimension of Self-Care Activities that reveals lower average values, about two days a week on average. Regarding Illness Representations, the Understanding Beliefs dimension reveals the higher score. Women have higher values compared to men in relation to Self-Care Adherence. There were no significant associations between Treatment Adherence and Illness Representations. It was also found associations between Self-care activities and Illness Representations and between the subscales Specific Diet and Emotional Beliefs.

## Keywords

Arterial Hypertension; Treatment Adherence; Self-care; Illness Representations.



# Índice

Introdução.....	1
Capítulo I - Enquadramento Teórico .....	3
1.1 Doença Crónica.....	3
1.2 Hipertensão Arterial.....	4
1.2.1 Diagnóstico e Classificação.....	5
1.2.2 Prevalência em Portugal.....	7
1.2.3 Fatores de Risco e Consequências .....	8
1.3 Autogestão da Hipertensão Arterial .....	11
1.3.1 Adesão ao Tratamento .....	13
1.3.1.1 Alimentação Saudável .....	14
1.3.1.2 Redução do Consumo de Sal.....	15
1.3.1.3 Cessação de hábitos tabágicos.....	16
1.3.1.4 Prática de Atividade Física .....	18
1.3.1.5 Moderação do Consumo de Álcool.....	19
1.3.1.6 Redução do peso .....	21
1.4 Representações da doença .....	21
Capítulo II - Metodologia .....	25
2.1 Objetivos .....	25
2.1.1 Variáveis do Estudo .....	26
2.2 Participantes .....	26
2.3 Instrumentos.....	29
2.3.1 Questionário Sociodemográfico .....	29
2.3.2 Medida de Adesão aos Tratamentos .....	29
2.3.3 Escala de Autocuidado com a Hipertensão .....	30
2.3.4 Questionário de Crenças sobre a Doença - Versão Breve ( <i>The Brief Illness Perception Questionnaire</i> - B-IPQ).....	31
2.4 Procedimento.....	32
Capítulo III - Resultados .....	33
3.1 Estatística Descritiva .....	33
3.2 Estatísticas Inferenciais .....	37
3.2.1 Associações entre Adesão ao Tratamento, Adesão ao Autocuidado e Crenças sobre a Doença .....	37
3.2.2 Diferenças entre Grupos na Adesão ao Tratamento, Adesão ao Autocuidado e Crenças sobre a Doença .....	44
Capítulo VI - Discussão .....	49
4.1 Limitações do Estudo .....	55
Conclusão .....	57

Referências Bibliográficas.....	59
Anexos .....	71

## Lista de Tabelas

- Tabela 1 - Classificação dos Níveis de Pressão Arterial de Acordo com a Direção Geral de Saúde
- Tabela 2 - Estratificação do Risco Cardiovascular em Categorias
- Tabela 3 - Caracterização da Amostra em Função dos Dados Sociodemográficos e Clínicos
- Tabela 4 - Caracterização dos Valores da Pressão Arterial em Função do Sexo e da Idade
- Tabela 5 - Estatística Descritiva do MAT
- Tabela 6 - Estatística Descritiva da EAH
- Tabela 7 - Frequência das Subescalas da EAH
- Tabela 8 - Resultados da Subescala Hábitos Tabágicos da EAH
- Tabela 9 - Estatística Descritiva do IPQ-Breve
- Tabela 10 - Correlações de Spearman entre o MAT e os Itens do IPQ-Breve
- Tabela 11 - Correlações de Spearman entre o MAT e as Subescalas da EAH
- Tabela 12 - Correlações de Spearman entre os Itens do IPQ-Breve e da EAH
- Tabela 13 - Correlações de Spearman entre a Idade e as Escalas MAT, EAH e IPQ-Breve
- Tabela 14 - Correlações de Spearman entre as Subescalas da EAH com a Idade e com a Satisfação com a Informação
- Tabela 15 - Correlações de Spearman entre os Itens do IPQ-Breve com a Idade, com as Habilitações Literárias e com a Satisfação com a Informação
- Tabela 16 - Diferenças de Género nas Escalas MAT, EAH e IPQ-Breve
- Tabela 17 - Diferenças de Género nas Subescalas da EAH
- Tabela 18 - Diferenças de Género nas Subescalas do IPQ-Breve
- Tabela 19 - Diferenças nas Escalas MAT, EAH e IPQ-Breve em Função da Classificação da Pressão Arterial
- Tabela 20 - Diferenças nas Escalas MAT, EAH e IPQ-Breve em Função do Controlo da Pressão Arterial
- Tabela 21 - Diferenças nas Subescalas da IPQ-Breve em Função do Controlo da Pressão Arterial



## Lista de Acrónimos

WHO	<i>World Health Organization</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
HTA	Hipertensão Arterial
AVC	Acidente Vascular Cerebral
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
mmHg	Milímetro de Mercúrio
DASH	Abordagem Alimentar Contra a Hipertensão
PATHS	<i>The Prevention and Treatment of Hypertension Study</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
MAT	Medida de Adesão aos Tratamentos
IPQ	<i>Illness Perception Questionnaire</i>
B-IPQ	Questionário de Crenças sobre a Doença - Versão Breve
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>



## Introdução

As doenças crónicas não transmissíveis, como são as doenças cardiovasculares, o cancro, ou a diabetes, são a principal causa de morbidade e mortalidade em sociedades desenvolvidas, atingindo cerca de 30% das mortes na população mundial, sendo as principais responsáveis por cenários de incapacidade e perda de qualidade de vida (WHO, 2009). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) as doenças crónicas são permanentes, causam alterações patológicas irreversíveis, exigindo do doente uma força especial para se conseguir reabilitar, ou então cuidados e períodos de supervisão (Whitworth, World Health Organization, & International Society of Hipertension, 2003).

Diversas doenças crónicas não transmissíveis podem ser prevenidas através de uma intervenção nos fatores de risco e outras causas, nomeadamente o consumo de tabaco, de álcool, uma dieta desajustada e o sedentarismo. Estas medidas são uma prioridade na saúde pública e, por isso esta promoção da saúde deve ser concretizada ao longo de toda a vida, por meio de rastreios, do diagnóstico precoce, da própria adesão à terapêutica, bem como a reabilitação ou a integração da pessoa (Direção Geral de Saúde, 2013).

O investimento na prevenção e consequentemente melhoria do controlo das doenças crónicas facilita um envelhecimento ativo e saudável, reduz a mortalidade, morbidade e incapacidade prematura, elevando a qualidade de vida, o bem-estar e a produtividade das pessoas e da comunidade que nos rodeia (Nolte, & Mckeen, 2008).

No nosso país, o facto de a esperança de vida ter vindo a aumentar, aliada a modificações nos estilos de vida da população, tem conduzido a que os fatores de risco das doenças crónicas tenham aumentado, como são o excesso de peso, a inatividade, o reduzido consumo de frutas e legumes, assim como o excesso de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (Direção Geral de Saúde, 2013).

Desta forma, o risco de ocorrer algum episódio cardiovascular, como são os acidentes vasculares cerebrais (AVC), está diretamente relacionado aos níveis de pressão arterial e só através da redução dos mesmos é que será possível reduzir esse risco (Lima, Santos, Nascimento, & Caetano, 2010). Este controlo dos níveis só se consegue se existir uma gestão eficiente da hipertensão arterial que implica adesão ao regime terapêutico, que pode ser farmacológico ou não farmacológico. Deste último, fazem parte a mudança no estilo de vida como a alimentação saudável, prática de exercício físico e outras medidas que possibilitam o controlo da mesma (Balduino, Mantovani, Lacerda, & Meier, 2013).

Esta doença encontra-se bastante longe de estar controlada, mesmo com os avanços científicos que têm existido sobre a etiologia, tratamento e prevenção. Na qual, a falta de adesão é apontada como o principal fator associado à falta de controlo da mesma. Porém, a cronicidade da patologia, associada à ausência de sintomatologia, também podem ser outros fatores que dificultam a adesão ao tratamento, mas também a inexistência de conhecimento

sobre a doença (Coelho, & Nobre, 2006). Desta forma, a hipertensão arterial é um problema de saúde pública que, se não for tratada pode levar a que a qualidade de vida das pessoas seja gravemente afetada (Polónia, Martins, Pinto, & Nazaré, 2014).

Se existisse um nível maior de conhecimento sobre a doença por parte do doente permitiria que a colaboração deste fosse mais ativa, para isso seria importante que aquando da explicação da doença existisse uma orientação profissional para a promoção da saúde e prevenção da doença. Assim, para minimizar as possíveis complicações, é fundamental adequar as estratégias de educação para a saúde, mas também de comunicação nas consultas face às verdadeiras necessidades dos utentes com hipertensão arterial (Whitworth et al., 2003).

O aparecimento de qualquer doença faz surgir representações sobre aquilo por que se está a passar, desde a sua condição, ao tratamento e até mesmo às indicações que são dadas pelo médico ou outro técnico de saúde. No entanto, a forma como as pessoas vão encarar a sua doença depende em muito das experiências pessoais, aliadas às crenças e valores que no decorrer das suas vidas se vão formando e, por isso, no momento da escolha do tratamento este é um fator a pesar (Pereira, 2006). Para compreender melhor a ação que essas crenças podem ter sobre a adesão ou não adesão aos tratamentos da hipertensão, nomeadamente aos autocuidados com a mesma, podemos recorrer ao modelo de Autorregulação de Leventhal que permite compreender como é que os fatores cognitivos exercem influência sobre os comportamentos do doente (Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001).

Neste estudo pretende-se investigar a relação entre a autogestão da doença, nomeadamente a adesão à terapêutica farmacológica e não farmacológica, e as representações da doença em pessoas com hipertensão arterial, tendo em conta as variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes.

Assim, o trabalho aqui apresentado é composto por um capítulo de enquadramento teórico sobre a Hipertensão Arterial, a gestão da doença e as representações que as pessoas hipertensas têm da sua doença, seguindo-se a metodologia utilizada e os resultados do estudo empírico, terminando com a discussão e as conclusões retiradas de todo o estudo.

# Capítulo I - Enquadramento Teórico

## 1.1 Doença Crónica

Ao olharmos para os dias de hoje deparamo-nos com diversas doenças crónicas que estão em grande crescimento e que são um grave problema de saúde pública mundial, sendo as doenças crónicas consideradas as principais causas de mortalidade, mas também de incapacidade precoce, em vários locais do mundo, marcando em termos económicos e de qualidade de vida um elevado custo a nível mundial (Freitas, & Mendes, 2007). Segundo Nolte e Mckeen (2008), na segunda metade do século passado houve um grande triunfo e eficiência na diminuição de mortes por doenças agudas, levando a que o impacto das doenças crónicas tivesse um novo destaque. Isto é, enquanto houve uma redução das mortes prematuras oriundas de doenças agudas, o predomínio de doenças com um carácter longo, como são as doenças crónicas, aparenta ter sofrido um aumento, sendo causado por estilos de vida sedentários fragilizando o organismo humano a longo prazo. No entanto, e com base nos autores, o aumento da esperança média de vida, os avanços na investigação científica ou o nível de competência das intervenções médicas, podem ter conduzido de algum modo para as atuais prevalências das doenças crónicas nos sistemas de saúde.

A Organização Mundial de Saúde - OMS - define as doenças crónicas como “doenças de longa duração e geralmente de progressão lenta” que envolvem uma gestão contínua de cuidados de saúde por períodos de anos ou até décadas (*World Health Organization - WHO*, 2002, p. 11). Para Freitas e Mendes (2007), a doença crónica não tem cura e tem um tratamento prolongado no tempo, necessitando de controlo diário, mas também ter atenção ao comportamento e estilos de vida, uma vez que estes desempenham um papel crucial.

Uma outra definição que gera mais consenso na atualidade é a que defende que é uma entropia (desordem), podendo ser ela de ordem biológica, psicológica ou cognitiva, com uma duração mínima de um ano e que poderá levar à existência de repercussões como: restrições nas atividades e funções; danos nas relações sociais quer ao nível físico como cognitivo e emocional; sujeição ao uso de medicação; dietas especiais; assistência pessoal; exigência de cuidados médicos ou psicológicos; ou ainda instalações diferenciadas em diferentes contextos (Silva, 2001).

Segundo o Despacho Conjunto nº 861/99 do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, na alínea b) estes elaboram uma definição de doença crónica mais completa na qual referem ser “uma doença de longa duração, com aspetos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e laboral, que se manifeste particularmente afetado”.

Como tal, as doenças crónicas integram um grupo heterogéneo de patologias no qual se podem destacar as doenças de coração ou cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias crónicas e a diabetes. Também fazem parte das doenças crónicas a deterioração visual e cegueira, deterioração auditiva e surdez, doenças orais e desordens genéticas (OMS, 2005). No ano de 2005 e segundo o relatório da OMS (2005), 35 milhões de pessoas morrerão devido a doenças crónicas, sendo que dessas 17 milhões 528 mil pessoas já morrerão por doenças cardiovasculares. As principais causas que estão na base destes números são os determinantes socioeconómicos, culturais, políticos e ambientais subjacentes; a globalização; a urbanização e o envelhecimento da população. No entanto, os dados apontam para que quase metade das pessoas com idade inferior a 70 anos sejam afetadas por uma doença crónica, mais propriamente indivíduos entre os 30 e 69 anos. No que concerne à distribuição por género, a estatística é clara, mostrando uma proporção quase igualitária, com uma percentagem de 53% para os homens e de 47% para as mulheres de mortes por uma doença crónica (OMS, 2005).

Neste mesmo relatório da OMS (2005) é desmistificado a ideia errónea de que as doenças crónicas não podem ser prevenidas. Como as principais causas das mesmas já são conhecidas da população em geral, se os fatores que contribuem para o seu crescimento forem eliminados, 80% das doenças crónicas prematuras podem, então, ser prevenidas. Uma ação preventiva é a opção por uma vida saudável com escolhas saudáveis, ou seja, o estilo de vida.

Porém, na atualidade os hábitos da sociedade moderna têm contribuído para aumentar os valores das taxas de doenças crónicas, uma vez que a alimentação desequilibrada, o estilo de vida sedentário, o consumo de substâncias e de tabaco e os níveis de *stress* a que estão expostos, encontram-se relacionados com o aparecimento das doenças crónicas em indivíduos com uma predisposição genética para tal (Freitas, & Mendes, 2007).

De acordo com a WHO (2002), a forma como os utentes se comportam no seu dia-a-dia, nomeadamente a adesão ao regime terapêutico, mas também a criação de um bom vínculo com os profissionais de saúde, influenciará os resultados que irão ter no combate à doença. Isto porque, o acesso às informações e instruções congruentes com a sua doença permite decidir como gerir a mesma, deixando sempre espaço para colocar questões quando necessário e tirar possíveis dúvidas que existam (WHO, 2002).

Das doenças crónicas existentes é de realçar a Hipertensão Arterial, doença crónica muito influenciada pelo estilo de vida adotado, ditando o curso e evolução da mesma. Fatores como a alimentação desadequada, a não prática de exercício, o consumo de tabaco, a ingestão de bebidas alcoólicas, mas também os padrões de trabalho, constituem uma ameaça ao bem-estar, no entanto, a idade da pessoa e o sexo influenciam, também, o estilo de vida a adotar (OMS, 2005).

## 1.2 Hipertensão Arterial

Segundo a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, s.d), a hipertensão é a doença cardiovascular mais comum, sendo também o

fator de risco mais preponderante no desenvolvimento de doenças vasculares cerebrais, de doenças coronárias e de insuficiência cardíaca, levando a que esta seja um problema de saúde pública em crescente expansão.

Os valores apontam para um predomínio elevado, nomeadamente na população adulta com idades superiores a 60 anos, tendo uma prevalência a nível mundial de cerca de 1 bilhão de adultos. As taxas de mortalidade e morbidade são igualmente elevadas, sendo que os valores rondam os 7,6 milhões de mortes a nível global, correspondendo isso a uma taxa entre 13 e 15% da globalidade, assim como 92 milhões de anos de vida destruídos por incapacidade (Carrageta, 2006).

A Hipertensão Arterial (HTA) é considerada um problema de saúde pública apelidado de “assassino silencioso”, isto porque na maioria das vezes não manifesta quaisquer sintomas ou sinais, porém pode ser prevenida e tratada (Carrageta, 2006). No ano de 2013, a Organização Mundial de Saúde dedicou o Dia Mundial da Saúde, que ocorreu no dia 7 de abril, à Hipertensão Arterial na qual reforçou a importância da prevenção, mas também do controlo da mesma (OMS, 2013). Esse controlo se for feito de forma eficiente leva a elevados ganhos, pois reduz em cerca de 28-44% o risco de sofrer um Acidente Vascular Cerebral (AVC), em 20-35% o risco de ter uma doença isquémica cardíaca e também em mais de 50% de padecer de insuficiência cardíaca, enfatizando a importância de uma deteção o mais precoce possível e do acompanhamento adequado da hipertensão arterial (Chobanian et al., 2003; Ashworth, Medina, & Morgan, 2008).

Não obstante o controlo da doença ser possível e fundamental, como os grandes progressos no diagnóstico e vantagens em seguir o tratamento proposto, constata-se baixos valores referentes à adesão ao regime terapêutico indicado (Sharma et al., 2004; Lima et al., 2009). Porém, e apesar da eficácia e irrefutabilidade de diversas medidas de prevenção e controlo, farmacológicas e não farmacológicas, a hipertensão arterial irá permanecer por muito tempo como um dos grandes desafios na saúde, mas também um dos maiores pesos para as pessoas que têm de lidar com ela, bem como para a sociedade em geral (Santos, 2011).

### **1.2.1 Diagnóstico e Classificação**

Para melhor compreender a doença, é importante clarificar o conceito de Pressão Arterial (PA) que diz respeito à força que o sangue exerce no interior das artérias do nosso corpo (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, s.d). Como tal, a Hipertensão Arterial, também classificada como o aumento da pressão nos vasos sanguíneos, é uma patologia crónica na qual os vasos sofrem um aumento da pressão sanguínea continuamente. Essa pressão arterial é criada pela força do sangue quando colide com as paredes dos vasos sanguíneos, mais especificamente os vasos arteriais, uma vez que estes são os primeiros recetores do sangue vindo do coração e, deste modo, quanto maior for a pressão, maior força será exigida ao coração para conseguir bombear o sangue, dificultando cada vez mais a sua ação (World Health Organization, s.d). Nesse sentido, para medir a pressão arterial têm-se em conta duas

medidas: a pressão arterial sistólica (PAS), ou “máxima”, e a pressão arterial diastólica (PAD), ou “mínima”. A primeira é referente ao momento em que o coração contrai, permitindo que o sangue flua para todo o corpo; a segunda acontece quando o coração relaxa para depois voltar a encher-se de sangue (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, s.d).

A HTA é definida clinicamente quando os valores da pressão arterial estão acima dos que são considerados normativos, isto é, a pressão sistólica ser igual ou superior a 140 mmHg (milímetro de mercúrio) e/ou a pressão diastólica ser igual ou superior a 90 mmHg (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014). Esta definição só é válida para indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, que não estejam a realizar qualquer tipo de tratamento anti hipertensor e que ao mesmo tempo não sofram de nenhuma patologia aguda e não estejam grávidas. Para diagnosticar a HTA é essencial que haja a elevação dos valores em várias medições e em diferentes ocasiões, sendo que a PA deverá manter-se elevada em, pelo menos, duas das avaliações em consulta, com intervalo entre estas de uma semana. Nas consultas em si, deverá medir-se a PA pelo menos duas vezes, com um intervalo de um a dois minutos (Direção Geral de Saúde, 2013). Assim, conforme segue na tabela 1 é possível visualizar a classificação da pressão arterial, sendo que o grau 1 corresponde a hipertensão arterial ligeira, o grau 2 a hipertensão arterial moderada e o grau 3 a hipertensão arterial grave.

**Tabela 1**

*Classificação dos Níveis de Pressão Arterial de Acordo com a Direção Geral de Saúde (2013)*

Categoria	Pressão Arterial Sistólica		Pressão Arterial Diastólica	
	mmHg		mmHg	
Ótima	<120	e	<80	
Normal	120-129	e/ou	80-84	
Normal alto	130-139	e/ou	85-89	
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	<90	

Para classificar a hipertensão arterial quando a pressão arterial sistólica e a pressão arterial diastólica estão em diferentes categorias, considera-se a categoria que tem o valor mais elevado. Desta forma, aquando da medição da PA é importante que esta ocorra num ambiente afável, sem qualquer pressa, com o utente sentado e o mais relaxado possível, durante cinco minutos. O mesmo deverá ter a bexiga vazia, não ter fumado nem consumido estimulantes, como é o café, na hora anterior à medição, mas também utilizar-se uma braçadeira com o tamanho adequado e fazer uma medição contínua no membro superior em

que foi detetado valores elevados na primeira consulta. A complementar a medição que é efetuada em contexto hospitalar, poderão realizar-se medições ambulatoriais, quer seja a autome-dição, quer a medição ambulatória em 24 horas, sempre que assim se justifique. Este tipo de situações é indicado especialmente quando os valores da pressão se encontram elevados, e ao mesmo tempo existam outras complicações, como é a diabetes *mellitus* ou doença renal (Direção Geral de Saúde, 2013).

Na grande maioria dos casos (90%) não se conhecem as causas para a hipertensão arterial, porém nas situações onde não se consegue chegar à etiologia, a hipertensão poderá estar associada a uma predisposição genética (história familiar de HTA) conjuntamente com erros no estilo de vida, como são a obesidade, consumo excessivo de sal, sedentarismo e outros, chamando-se a esta de hipertensão primária ou essencial (Handler, 2006). Noutras situações onde é possível identificar uma doença ou outra condição associada que permita chegar à verdadeira causa da hipertensão arterial, denomina-se de hipertensão arterial secundária. Esta pode ocorrer devido a apneia do sono, doença renal crónica, síndrome de *Cushing*, coarctação da aorta, hipertensão renovascular, entre outros (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, s.d).

### 1.2.2 Prevalência em Portugal

Em Portugal, foram realizados três estudos considerados essenciais na compreensão da prevalência e evolução da hipertensão arterial. O primeiro realizou-se no ano de 2003, por Macedo, Lima, Silva, Alcântara, Ramalinho e Carmona; o segundo, da autoria de Polónia, Martins, Pinto e Nazaré, decorreu entre o ano de 2011 e 2012; e o terceiro foi elaborado no âmbito de um Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares da Direção Geral de Saúde no ano de 2013.

No primeiro estudo, realizado a nível nacional em 2003, a amostra foi selecionada tendo em conta a densidade populacional e a percentagem de população situado em meio urbano e no meio rural, constatando-se que 42% da população portuguesa tinha hipertensão arterial (Macedo et al., 2007). Ainda neste estudo, foi possível concluir algumas diferenças de predominância tendo em conta tanto o género, como a faixa etária. No sexo masculino 79% dos inquiridos com mais de 64 anos tinham HTA, 54,7% dos indivíduos com idades entre os 35 e os 64 anos apresentavam HTA e 26,2% dos participantes do estudo com idades inferiores aos 35 anos apresentavam HTA. No que se refere ao sexo feminino, 78,7% das pessoas com mais de 64 anos apresentava hipertensão arterial, já na classe etária dos 35 aos 64 anos 41,1% tinham hipertensão arterial, e em pessoas com menos de 35 anos 12,4% tinham HTA (Macedo et al., 2007).

O segundo estudo, denominado de PSYSA, também realizado em Portugal, teve como objetivo atualizar os dados sobre a prevalência e grau de controlo da HTA, bem como a ligação com o consumo de sal. Decorreu entre o ano de 2011 e 2012, contando com uma amostra populacional igualmente representativa, onde se apurou que 42,2% da mesma tinha hipertensão arterial e, desses 79,9% tomam medicação para a patologia (Polónia et al., 2014).

Das pessoas com HTA, 42,6% tinham a doença controlada, o que é quatro vezes mais em comparação com o estudo anterior de Macedo e colaboradores, e 55,7% tinham a HTA tratada e controlada. Como é sabido por todos, os Portugueses ingerem uma grande quantidade de sal (10,7 gr/dia), porém o facto de terem um melhor controlo da doença pode dever-se ao facto de estarem a diminuir o consumo do mesmo para 1,3gr/dia já desde 2005. Foi possível concluir que existia uma associação entre a hipertensão e o excesso de peso, sendo que metade da população tem peso em excesso. Uma outra conclusão é que existia uma maior prevalência de HTA em pessoas idosas, com maior ênfase nos homens, que eram não fumadores em comparação com os fumadores e, em pessoas que tinham poucas habilitações literárias em comparação com as que tinham um maior grau de escolaridade. Pessoas com mais de 65 anos, isto é, a população que já não se encontra no ativo, de acordo com o estudo PSYSA, é a que menos conhecimento, tratamento e controlo tem acerca da doença. Em contrapartida, as pessoas com menos de 65 anos são as que mais conhecimento, tratamento e controlo têm sobre a sua condição (Polónia et al., 2014).

O terceiro estudo liderado por Macedo, que desenvolveu o projeto “A Hipertensão Arterial em Portugal 2013” em parceria com a Direção Geral de Saúde no âmbito do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, concluiu que a prevalência da hipertensão arterial em Portugal era de 26,9%, da qual 29,5% corresponde ao sexo feminino e 23,9% ao sexo masculino (Macedo & Ferreira, 2013). O estudo surgiu da observação realizada nos cuidados de saúde primários, sendo que faziam parte das variáveis os valores da pressão arterial, o peso e a altura, a obesidade, a diabetes, a história de enfarte do miocárdio e de acidente vascular cerebral. Das conclusões mais relevantes destaca-se na faixa etária abaixo dos 35 anos uma baixa prevalência da patologia (1%), mas um grande controlo da mesma no sexo masculino com uma percentagem de 25,7% e 45% no sexo feminino (Macedo & Ferreira, 2013). No grupo etário dos 35 aos 64 anos a prevalência era superior, ficando entre os 24,6% para o sexo masculino e os 27,7% para o sexo feminino, encontrando-se equilibrado em relação ao seu controlo com 31,7% para os homens e 40,4% para as mulheres. No grupo com mais de 65 anos a prevalência era bastante elevada, com um decréscimo no controlo, sendo que as percentagens são de 71,3% e de 34,4% no sexo masculino e 75,8% e de 35% no sexo feminino respetivamente. Outra conclusão é a existência de uma grande taxa de diabetes em pessoas com hipertensão arterial, nomeadamente em idades superiores a 65 anos e com mais enfoque no sexo masculino (Macedo & Ferreira, 2013).

### 1.2.3 Fatores de Risco e Consequências

Os valores elevados de pressão arterial devem-se a causas como a idade, hereditariedade, obesidade, sexo, sedentarismo, álcool, *stress*, tabagismo ou outras doenças que possam estar associadas (Wright et al., 2015). Como tal, a pressão arterial elevada deve ser vista como um alerta para mudanças urgentes no estilo de vida (Carrageta, 2006).

A hipertensão arterial na sua generalidade não provoca sintomas nos primeiros anos de doença. Em certos casos, poderá manifestar-se através de cefaleias, tonturas, mal-estar

difuso, visão turva, dores no peito ou sensação de falta de ar (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, s.d). Com o passar do tempo vão surgindo lesões nos vasos sanguíneos, mas também em órgãos vitais do organismo como é o coração, cérebro, rins e olhos. As lesões vão aparecendo como consequência de alterações vasculares derivadas do aumento da pressão arterial repercutindo-se na perda de elasticidade das artérias (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, s.d).

Os doentes com hipertensão arterial correm um maior risco de morte ou de virem a desenvolver certas complicações clínicas e patologias, tais como são as doenças cerebrovasculares (acidentes vasculares cerebrais, acidente isquémico transitório), doenças cardíacas (insuficiência cardíaca, enfarte do miocárdio), insuficiência renal, perda gradual de visão, esclerose das artérias, entre outras. O facto de terem um estilo de vida mais saudável pode prevenir o surgimento da doença, a deteção e posterior acompanhamento o mais precocemente possível podem reduzir o risco de vir a desenvolver algumas das patologias anteriormente referenciadas (Polónia, Ramalinho, Martins, & Saavedra, 2006; Sociedade Portuguesa de Hipertensão, s.d).

A pressão arterial elevada é um dos fatores de risco mais preponderantes do AVC e do enfarte agudo do miocárdio, assim como o consumo de tabaco, os elevados valores do colesterol e a diabetes. Vários estudos comprovam que a associação destes fatores com a HTA aumentam o risco cardiovascular total, sendo que uma pessoa com hipertensão arterial tem dez vezes mais probabilidades de vir a sofrer um AVC e cinco vezes mais probabilidades de ter algum episódio coronário (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014). Se ocorrer um aumento na pressão arterial sistólica de 20 mmHg ou de 10 mmHg na pressão arterial diastólica dá-se um aumento para o dobro do risco de morte cardiovascular. No entanto, se a redução em média for de 2 mmHg da pressão arterial sistólica o risco de morte por doença cardíaca isquémica reduz 7% e o risco de morte por AVC reduz em 10% (Moreira, Fernandes, Couto, Martins, & Moreira, 2010). De acordo com Moreira, Fernandes, Couto, Martins e Moreira (2010) a prevalência das doenças cerebrovasculares pode ter menos impacto se os valores da PA estiverem controlados com um tratamento ajustado à situação.

Um dos órgãos que mais é afetado com a hipertensão arterial é o coração, uma vez que pode sofrer uma hipertrofia do ventrículo esquerdo levando a uma disfunção diastólica e sistólica, bem como à possibilidade de surgir um enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e morte súbita (Maciel, 2001). Outro organismo também afetado pela hipertensão arterial é o sistema nervoso central, isto porque é no cérebro que a HTA provoca alterações na circulação, conduzindo aos acidentes vasculares cerebrais. É em pessoas com AVC que a HTA é mais frequente refletindo uma relação entre ambas (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014). Os rins podem igualmente ser afetados pela hipertensão arterial, uma vez que esta contribui para o avanço da doença renal crónica. Os números apontam que 25% das pessoas que fazem hemodialise e que estão à espera de um transplante renal têm como a principal causa a hipertensão arterial, mas também 10% das mortes de pessoas com HTA se encontram relacionados com a insuficiência renal crónica (Bortolotto, 2008). Ao nível da

visão, as consequências da HTA podem levar à retinopatia, coroidopatia e neuropatia hipertensivas. Estas complicações à medida que vão progredindo deterioram a visão das pessoas levando a que estas tenham a sua qualidade de vida de alguma forma comprometida (Jacomini, & Hannouche, 2001).

Os fatores de risco cardiovasculares podem classificar-se em dois grupos: os modificáveis e os não modificáveis. Os modificáveis são aqueles em que se consegue intervir e corrigir, como é exemplo o consumo de tabaco, a própria hipertensão arterial, o elevado colesterol, a diabetes, a falta de exercício físico, a obesidade e o consumo em excesso de bebidas alcoólicas. Ou seja, uma mudança no estilo de vida para um mais saudável proporcionaria a alteração destes fatores (Teles, Adão, Rainho, Silva, & Pousa, 2018).

Os não modificáveis não permitem que haja qualquer intervenção, são eles a idade, o sexo, a raça e a história pessoal e familiar de doença cardiovascular (Teles et al., 2018). No que se refere à idade, a pressão arterial tende a aumentar com a mesma, isto porque os vasos sanguíneos perdem a sua elasticidade ao longo do tempo. Cerca de dois terços das pessoas com idade superior a 65 anos são hipertensas, na qual a hipertensão arterial sistólica isolada é mais frequente. Quanto à raça, a HTA pode atingir qualquer pessoa, porém é mais recorrente, precoce e grave em pessoas de raça negra em comparação com os caucasianos. Referente ao sexo, antes dos 45 anos a hipertensão arterial é mais frequente nos homens. Todavia, após o início da menopausa e a partir dos 65 anos as mulheres têm um maior risco de desenvolver esta patologia. O facto de existir um histórico familiar de HTA aumenta a probabilidade de vir a desenvolver a doença ainda assim, aliado à predisposição genética o risco é mais elevado se o estilo de vida for pouco saudável (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, sd).

É então importante consultar o médico para obter um plano de intervenção que favoreça o controlo dos fatores de risco que são modificáveis (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014). Como tal, de forma a compreender melhor o efeito dos fatores de risco nos diferentes graus da hipertensão estratifica-se o risco cardiovascular segundo as mesmas categorias, resumindo-se na tabela 2.

**Tabela 2***Estratificação do Risco Cardiovascular em Categorias*

Outros fatores de risco, lesão de órgãos assintomática (que não apresenta sintomas)	Pressão Arterial (mmHg)			
	Normal Alta: PAS 130-139 ou PAD 85-89	HTA Grau 1: PAS 140-159 ou PAD 90-99	HTA Grau 2: PAS 160-179 ou PAD 100-109	HTA Grau 3: PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fatores de risco		Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
1-2 fatores de risco	Risco baixo	Risco moderado	Risco moderado a alto	Risco alto
≥ 3 fatores de risco	Risco baixo a moderado	Risco moderado a alto	Risco alto	Risco alto
Lesão de órgão, doença renal crónica em fase 3 ou diabetes	Risco moderado a alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto a muito alto
Doença cardiovascular, doença renal crónica sintomática fase ≥ 4 ou diabetes com lesão de órgão ou fator de risco	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

### 1.3 Autogestão da Hipertensão Arterial

A autogestão é caracterizada pela ação dirigida para a saúde e ao mesmo tempo para a gestão da doença, na qual o objetivo é permitir o envolvimento e o controlo do paciente sobre o tratamento e os efeitos da doença (Foster, Brown, Killen, & Brearley, 2007). Como tal, é um processo dinâmico que envolve as capacidades das pessoas para lidar com os sintomas, o tratamento, os efeitos físicos e psicossociais, mas também com as mudanças subjacentes à vivência da doença com intuito de manter uma qualidade de vida razoável (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002).

A gestão da doença caracteriza-se pela grande responsabilidade que o paciente tem de assumir. Essa gestão inclui tomar a medicação, mudar o estilo de vida, ou até mesmo ter ações preventivas, quer o paciente, quer o cuidador ou até mesmo ambos, acabando por no dia-a-dia terem de tomar decisões sobre as ações a concretizar. É crucial também ter em conta que mais do que a simples adesão ao tratamento, o paciente necessita de fazer uma gestão psicológica e social do que é viver com uma doença crónica, como é a hipertensão arterial (Newman, Steed, & Mulligan, 2004).

Desse modo, o tratamento da hipertensão arterial pode ocorrer por duas formas: o medicamentoso e o não medicamentoso. O não medicamentoso tem como objetivo auxiliar a

diminuição da pressão arterial e se possível evitar as complicações e riscos, porém a aceitação da necessidade do tratamento é muito importante para que o doente tenha uma adesão permanente (Busato, 2003).

Para que a adesão e a autogestão da doença seja o mais adequada possível é necessária uma relação colaborativa entre paciente e profissional, integrando o utente como membro da equipa e adequando o plano às características pessoais do doente. Uma vez que o paciente é o primeiro prestador de cuidados importa capacitá-lo e prepará-lo para gerir a sua saúde, bem como a prestação de cuidados de saúde (Newman et al., 2004).

Estudos têm revelado que a maioria dos pacientes com hipertensão arterial não aderem ao regime terapêutico e demonstram muitas dificuldades em realizar mudanças no estilo de vida, mas também em manter essas mudanças, isto porque a autogestão tem de partir do doente, independentemente das orientações que receba dos profissionais de saúde, visto que podem não cumprir as recomendações dadas, mesmo sabendo que estas são importantes para a sua saúde (Balduino et al., 2013).

De acordo com Balduino, Mantovani, Lacerda e Meier (2013) as pessoas portadoras de hipertensão arterial conseguem ter controlo acerca das decisões e ações que prejudicam a sua saúde se tiverem *empowerment*, mas também autoeficácia, uma vez que lhes possibilita aumentar a motivação com o intuito de continuar a ter autocuidado com a hipertensão e aceitar melhor a doença. Porém, se o doente hipertenso sentir que tem baixa autoeficácia e percecionar o risco da doença, pode fazer com que diminua a sua motivação para continuar com os comportamentos de autogestão (Balduino et al., 2013).

Assim sendo, o paciente que obtém informação sobre a cessação dos hábitos tabágicos, o controlo do peso, a prática regular de exercício físico, a alimentação saudável, a redução do consumo de sal e que procura ter acompanhamento junto de um profissional de saúde qualificado para tal, evidencia a vontade de assumir o compromisso de seguir as recomendações propostas pelo técnico de saúde e de mudar o seu estilo de vida (Balduino et al., 2013).

Em suma, para que a pessoa com hipertensão arterial consiga fazer a autogestão da mesma é importante uma equipa multidisciplinar que dedique tempo de qualidade a incentivar, a apoiar e a ensinar como monitorizar os níveis da pressão arterial, mas também as mudanças comportamentais. Ressalta-se que se tem de ter em conta também a família do doente e as suas questões culturais, sociais, educativas, emocionais, as crenças e também os valores praticados (Balduino et al., 2013).

A autogestão da hipertensão arterial passa, assim, pela adesão ao tratamento, nomeadamente ao tratamento não farmacológico, como é o caso da mudança do estilo de vida, começando nos hábitos alimentares até à prática de exercício físico, consumo de bebidas alcoólicas e hábitos tabágicos, pelo que iremos debruçar-nos sobre estes.

### 1.3.1 Adesão ao Tratamento

Várias são as investigações que indicam que os problemas de adesão ocorrem em todas as situações em que a autoadministração do tratamento é indispensável, independentemente do tipo de doença que se tenha ou da sua gravidade (World Health Organization, 2003). Desta forma, a adesão ao regime terapêutico é de grande importância nas pessoas que possuem uma doença crónica, sendo que a ausência da mesma é considerada um grave problema de saúde pública (Bugalho, & Carneiro, 2004).

Segundo a Declaração da Organização Mundial de Saúde, de 2003, a adesão só existe quando o comportamento de uma pessoa, na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta ou na mudança do estilo de vida, estiver em concordância com as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde (Whitworth et al., 2003).

De acordo com Jin, Sklar, Oh e Li (2008), a adesão ao tratamento combina o comportamento do paciente face à doença com as recomendações do profissional de saúde. Como tal, o paciente é livre de decidir se quer continuar a seguir as recomendações ou não, sendo que para isso tem de ter conhecimento sobre a sua condição para assim poder lidar emocionalmente com a mesma e prevenir potenciais risco para a sua saúde (Jin, Sklar, Oh, & Li, 2008).

Assim, o termo adesão preconiza um papel ativo e não passivo do paciente e que pode ser definido como *“sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente, que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue”* (Bugalho, & Carneiro, 2004, p. 9). Não deixa de ser importante realçar que a adesão ao tratamento está dependente de vários fatores que são cruciais serem considerados, não esquecendo que cada doente é um ser social único com as suas singularidades. Como tal, importa entender que quando não há o cumprimento do tratamento poderá ser por duas situações: de forma intencional em que a pessoa conhece os procedimentos e decide os realizar; ou de forma não intencional na qual o doente não compreendeu as informações, esqueceu-se delas ou teve alguma dificuldade (Dias et al., 2011).

Aderir à terapêutica, assim como acontece com quase todas as outras doenças crónicas de longa duração, é o requisito essencial para controlar os níveis da pressão arterial (Martins, Oliveira, Gomes, Caramona, & Cabrita, 2011). A não adesão à terapêutica é um fenómeno complexo que está relacionado com diversos fatores, como são os económicos e sociais, os relacionados com o sistema de saúde, mas também as características da doença e da pessoa (World Health Organization, 2003). Como tal, não poderá haver adesão sem que a pessoa esteja envolvida ativamente no tratamento, podendo isso requerer alterações no estilo de vida anteriormente praticado, de forma a beneficiar em pleno do tratamento. Porém, para várias pessoas não é muito simples aceitar a realidade e fazer alterações na forma de viver, como é o uso diário de medicação, e os efeitos secundários que a mesma pode trazer (Gravina, Grespan, & Borges, 2007).

Assim, o grande objetivo do tratamento da hipertensão arterial é a longo prazo reduzir ao máximo a morbidade e mortalidade cardiovascular e renal (Polónia et al., 2006), no entanto a curto prazo pretende-se reduzir e controlar os valores da pressão arterial de forma a evitar já a médio prazo, a progressão da doença e as repercussões nos órgãos alvo da doença (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014). Atingir esses objetivos engloba para além, de como já referido, reduzir os valores da pressão arterial, mas também o tratamento em especial dos fatores de risco que se podem modificar e as doenças que lhe estejam associadas, mediante adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas (Polónia et al., 2006).

Nas pessoas hipertensas em geral, o propósito é reduzir a PA para valores abaixo de 140/90 mmHg, porém quando existem outras situações clínicas os valores da pressão arterial terão de ser ainda mais baixos, uma vez que existe um risco cardiovascular inerente à mesma (Polónia et al., 2006). A maior parte da população com hipertensão arterial tem outros fatores de risco que conduzem a um risco cardiovascular total. Assim, é importante o tratamento de todos os fatores de risco que são identificáveis, bem como a descida dos valores da pressão arterial (Rosendo, Santiago, & Marques, 2017). Segundo as *guidelines* de 2013 da Sociedade Europeia de Hipertensão e da Sociedade Europeia de Cardiologia, as medidas de mudança de estilo de vida devem ser implementadas em todos as pessoas portadoras de HTA (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014).

A sociedade Portuguesa de Hipertensão (2014) refere que as mudanças no estilo de vida são a primeira etapa que todas as pessoas com hipertensão devem concretizar no tratamento não farmacológico. Isto porque podem conseguir reduzir a pressão arterial entre 5 a 20 mmHg e simultaneamente diminuir o risco cardiovascular total (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014). Assim, as modificações passam pela alimentação saudável, redução do consumo de sal, redução de hábitos tabágicos, prática regular de exercício físico, redução do consumo de bebidas alcoólicas e redução do peso.

### **1.3.1.1 Alimentação Saudável**

Segundo a World Health Organization (2003), a nutrição tem um grande papel na prevenção de variadas doenças crónicas, podendo assim a alimentação estar direta ou indiretamente relacionada com a HTA, tendo um peso de 10,9% na doença. O comportamento alimentar do povo português tem vindo a alterar-se uma vez que a cultura gastronómica e os gostos estão a tornar-se diferentes. Os portugueses cada vez mais têm vindo a comer mal e em excesso, caracterizando-se pela ingestão de demasiada gordura, sal e açúcar, levando a um aumento das calorias e ao mesmo tempo uma redução do consumo de frutas, legumes e vegetais, contrariando o que é uma alimentação equilibrada e variada (Barros, Carrageta, Graça, Queiroz, & Sarmiento, 2013). Esta troca da alimentação saudável pela desequilibrada e desadequada, tendo em conta as recomendações de saúde, contribui para o aparecimento da HAT e outras doenças. Sendo por isso urgente modificar esse padrão, uma vez que a

alimentação tem um papel crucial na saúde e, desse modo regula a qualidade de vida e longevidade das pessoas (Chobanian et al., 2003).

As Sociedades Europeias de Cardiologia e de Hipertensão definiram algumas recomendações para prevenir as doenças cardiovasculares através da adoção de uma alimentação saudável. Dessas sugestões fazem parte a ingestão de uma variedade de alimentos; ter cuidado com o consumo de calorias, de forma a evitar o excesso de peso; consumir preferencialmente frutas, vegetais, cereais, pão integral, peixe gordos, carnes magras e produtos lácteos magros; substituir as gorduras saturadas por gorduras vegetais e marinhas; e reduzir o consumo de sal, evitando o sal à mesa e também os alimentos processados (European Society of Hypertension, & European Society of Cardiology, 2003).

Também a Sociedade Portuguesa de Hipertensão, bem como outros autores, defendem um plano alimentar DASH - Abordagem Alimentar Contra a Hipertensão, em inglês *Dietary Approaches to Stop Hypertension*, no qual é um plano flexível e equilibrado que já demonstrou ser eficiente na diminuição da pressão arterial, na perda de peso e melhoria dos níveis de colesterol. Deste modo, o plano alimentar DASH consiste em realçar o consumo de vegetais, fruta e produtos lácteos magros; inclui comer grãos integrais, peixe, aves, feijão, sementes, nozes e óleos vegetais; e restringe a ingestão de sal, doces, bebidas açucaradas e carne vermelha. Assim, em termos nutritivos este plano é baixo em gorduras saturadas e rico em potássio, cálcio, magnésio, fibras e proteínas, podendo ser muito eficaz na prevenção e tratamento da hipertensão arterial e de outras doenças crónicas como são as doenças cardiovasculares (Chobanian et al., 2003).

A par deste plano, a dieta Mediterrânea é outra opção para controlar os níveis de pressão arterial. Esta dieta é um plano alimentar saudável que se baseia em alimentos e receitas típicas da cozinha de estilo mediterrânico. Pode haver variações na dieta consoante a região da costa do mar mediterrâneo, no entanto existem elementos comuns em todas elas. Esses elementos são o elevado consumo de frutas, vegetais, cereais, batatas, feijão, nozes e sementes; o azeite é a gordura mais importante da dieta; os produtos lácteos, peixe e aves são consumidos de forma moderada e a carne vermelha é poucas vezes consumida; os ovos podem ser consumidos até quatro vezes por semana; e o vinho é bebido em pequenas porções. Assim, a dieta Mediterrânea encontra-se associada a um estilo de vida saudável, com uma melhor qualidade de vida, na qual se inclui um coração mais saudável e um bom controlo do peso (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, s.d).

### **1.3.1.2 Redução do Consumo de Sal**

O sal é um mineral que na sua constituição contém dois elementos: o sódio e o cloro. O primeiro é um importante nutriente para o organismo, porém quando consumido em excesso acarreta graves riscos para a saúde, estando interligado com o aumento da pressão arterial. Do sódio que é ingerido, cerca de 10% tem a sua origem nos conteúdos naturais dos alimentos, o resto provém de alimentos processados ou da confeção dos alimentos na qual lhe é adicionado (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, s.d).

Vários estudos experimentais demonstram que o elevado consumo de sal conduz à subida da pressão arterial e aumenta também a prevalência da hipertensão arterial. Porém, estes dois fatores agravam-se quando existe uma dieta pobre em potássio (Cappuccio, 2007). No estudo publicado pela revista *Food & Nutrition Research*, em 2018, uma grande parte dos idosos portugueses consomem sal acima do que é recomendado pela OMS e têm baixos níveis de potássio. O mesmo estudo contou com uma população com idade igual ou superior a 65 anos em que 91,5% dos homens e 80% das mulheres consumia sal a mais, o que se deve à grande utilização do mesmo na confeção dos alimentos, mas também à ingestão de alimentos já processados (Moreira et al., 2018).

A Organização Mundial de Saúde recomenda que o consumo de sal seja de 5 gr por dia para um adulto, o correspondente a uma colher de chá rasa, e de 3 gr para as crianças. Este sal já inclui aquele que é acrescentado aos alimentos, bem como o que faz parte da composição dos mesmos, sendo que corresponde à totalidade de todas as refeições realizadas no decorrer do dia (Santos et al., 2018). Porém, os valores que foram encontrados no estudo anteriormente descrito são mais do triplo do que é previsto, isto é, nos homens portugueses identificaram 27 gramas de sal e nas mulheres 20,8 gramas (Moreira et al., 2018). Uma outra conclusão do estudo é que o maior consumo de sal se dava em idosos mais velhos, solteiros, com um baixo rendimento e que tinham o peso abaixo do que é normal, porém o maior consumo de potássio acontece em idosos mais jovens, casados e com maior rendimento (Moreira et al., 2018).

Deste modo o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, que tem como objetivo a redução do consumo de sal na alimentação, propôs algumas formas de evitar o uso de sal como é o caso de não adicionar sal aos alimentos, uma vez que estes já contém sódio, porém pode-se substituí-lo por ervas aromáticas e ao mesmo tempo no momento da confeção da alimentação provar o que está a ser cozinhado para poder controlar os níveis de sal. É também importante evitar alimentos salgados, em especial os que já são pré-cozinhados, enlatados e fumados e passar aos alimentos o mais naturais possíveis (Direção Geral da Saúde, 2013). Importa referir que existem determinados alimentos que tem uma grande tendência para o excesso de sal e por isso, é necessária uma atenção mais redobrada e certos limites no seu consumo. São eles as carnes processadas, como salsichas, hambúrgueres, rissóis, enchidos; determinadas conservas, como o milho, ervilha, atum, sardinha; molhos já embalados, caldos concentrados, batatas fritas de pacote; alguns laticínios, como manteigas com sal; refrigerantes, refeições pré-embaladas e *snacks* (Santos et al., 2018). Para combater o excesso de sal que as pessoas ingerem nos alimentos que compram é necessário saber ler os rótulos e saber onde é que se encontra escondido o sal que leva a que os portugueses sejam um dos países com maior nível de consumo de sal (Direção Geral da Saúde, 2013).

### **1.3.1.3 Cessação de hábitos tabágicos**

Os hábitos tabágicos numa primeira fase foram considerados grandes aliados da medicina, uma vez que tinham certas propriedades medicinais, no entanto nas últimas cinco

décadas as evidências demonstraram que o tabaco tem efeitos bastantes nefastos na saúde e na longevidade do Homem, afetando vários órgãos e funções vitais (Nunes, 2006). Nas doenças cardiovasculares o consumo do tabaco é o principal fator de risco que pode ser evitável, sendo que um quinto destas doenças na globalidade são imputados aos hábitos tabágicos. No estudo da *World Health Organization* em 2008 é apontado que sensivelmente 1,3 biliões de pessoas adultas são fumadoras. Este hábito anualmente mata mais ou menos cinco milhões de indivíduos e, a continuarem estes dados, estima-se que duplicará até ao ano de 2020 (World Health Organization, 2008).

A prevalência dos hábitos tabágicos difere bastante de país para país, nomeadamente entre os países europeus. Porém é mais frequente os fumadores serem do sexo masculino do que do sexo feminino (World Health Organization, 2008). Em Portugal no que se refere à prevalência de fumadores esta era superior à média europeia no ano de 2001/2002. Porém, quando comparado com outros países europeus, Portugal situa-se numa posição intermédia quanto ao predomínio de fumadores com idades superiores a 15 anos e em indivíduos do sexo masculino (Leal, Fernández, Gray, Petersen, & Rayner, 2006). De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde realizado nos anos de 2005 e 2006 verifica-se uma prevalência de fumadores em maior número na faixa etária entre os 35 e os 44 anos em ambos os sexos. Na população mais jovem, o consumo de tabaco no sexo feminino tem vindo a aumentar, no entanto, o sexo masculino ainda continua a ser o que mais fuma (Instituto Nacional de Estatística, 2009). Tendo em conta um estudo português realizado com 502 utentes constatou-se uma elevada predominância de hábitos tabágicos em doentes sedentários (20,5%), seguido de doentes com excesso de peso e obesos (13,9%) depois os utentes com hipertensão arterial (12,9%) e as pessoas portadoras de diabetes (9,4%). Concluiu-se, também, que o risco de doença cardiovascular se desenvolve com a idade em que se iniciou a fumar, a quantidade de tabaco fumada e a duração desses hábitos tabágicos (Lobão et al., 2010).

O fumo do tabaco tem inúmeras substâncias tóxicas, mais de 4000, na qual as mais importantes são a nicotina que faz com que o corpo sinta a necessidade de fumar; os derivados do alcatrão que levam a vários tipos de cancro; os irritantes tóxicos que conduzem a doenças como a bronquite e a asma; e o monóxido de carbono que bloqueia o oxigénio no sangue. Estas consequências não acontecem só aos fumadores ativos, mas também podem produzir consequências graves para a saúde de fumadores passivos (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014). Como tal, o fumar faz com que a pressão arterial sofra um aumento agudo, e também a frequência cardíaca que se mantém por mais de 15 minutos após fumar um cigarro. São variados os estudos que comprovam que os fumadores têm valores de pressão arterial diária mais elevados do que os não fumadores (Nunes, 2006). A par do impacto sobre a PA o tabaco, bem como a hipertensão arterial, são fatores de risco cardiovascular importantíssimos que provocam doenças como acidente vascular cerebral, enfartes e doença arterial periférica (Nunes, 2006).

É então benéfico deixar de fumar uma vez que a pessoa irá encontrar vantagens na sua vida muito rapidamente. Deixará de sentir que o tabaco controla a vida da pessoa, a

comunidade à volta deixará de ter de consumir passivamente o tabaco, o mau hálito e as manchas nos dentes desaparecem, o paladar e o olfato ficarão mais apurados e permitirá praticar melhor desporto e sintomas respiratórios como a tosse melhorarão (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, s.d). São múltiplos os métodos desenvolvidos e descritos como profícuos para a cessação tabágica. Porém, este pode ser um processo árduo e, por isso tem de ser antecedido de exames físicos e psicológicos, onde é crucial avaliar a motivação da pessoa no planeamento da estratégia que quer seguir (Rosendo, Fonseca, Guedes, & Martins, 2009).

#### **1.3.1.4 Prática de Atividade Física**

Cada vez mais o sedentarismo é encarado com um problema de saúde pública que está a ganhar grandes dimensões. Portugal é um dos países da União Europeia com os níveis de inatividade física mais elevados, no qual 75% da população portuguesa com mais de 15 anos refere ter como atividades dos tempos livres a leitura, a televisão, o computador e outras atividades sedentárias (Hamer, & Stamatakis, 2009). Vários têm sido os estudos que revelam uma relação entre a prática de exercício físico e o risco de doenças cardiovasculares, demonstrando que pessoas que não tenham qualquer prática de exercício têm uma probabilidade de 30-50% de vir a desenvolver hipertensão arterial, quando comparadas com pessoas ativas a nível físico (Whelton, Chin, Xin, & He, 2002). No estudo “*Womens’s Health Study*” realizado com 22055 mulheres saudáveis e que tiveram um seguimento durante 11 anos, os dados revelaram que existia uma relação entre a prática de atividade física e a redução dos níveis da pressão arterial, bem como do risco cardiovascular, em 30-40%. Os mesmos autores referem ainda que a diminuição da pressão arterial derivada da atividade física conduz a uma redução em 27% de doenças cardiovasculares (Hamer, & Stamatakis, 2009). Assim, praticar alguma atividade física e exercício regular são excelentes opções para o tratamento do risco cardiovascular e para a redução da pressão arterial em pessoas hipertensas (Hamer, & Stamatakis, 2009).

Deste modo, importa fazer uma diferenciação do que é atividade física e exercício físico. A primeira é qualquer movimento corporal efetuado pelos músculos esqueléticos, em que há gastos energéticos e estes são superiores aos níveis de repouso. Inclui então atividades realizadas no dia-a-dia em que ocorra movimento, como são caminhadas, trabalhos domésticos, subir escadas. O segundo já envolve um plano, é algo estruturado, repetitivo e que tem um objetivo que se pretende alcançar, como é o exemplo da natação, corrida, musculação, ciclismo (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, s.d).

Por conseguinte, outros estudos tem evidenciado que pessoas hipertensas que se encontram em tratamento através da prática de exercício físico aeróbico regular, como é a corrida, dança, natação, caminhada, conseguiram reduzir em média 6 mmHg na pressão arterial sistólica e 3 mmHg na pressão arterial diastólica, devendo esta prática ser regular (todos os dias ou pelo menos 4 a 5 vezes por semana), programada, individualizada e de fácil execução com uma duração entre 30 a 60 minutos (Gravina et al., 2007). No entanto, o

exercício de resistência, como são as máquinas de musculação, flexões, agachamentos, também ajudam na redução da pressão arterial em pessoas hipertensas, porém com valores mais reduzidos que o anterior, 2 mmHg na pressão arterial sistólica e 3,5 mmHg na pressão arterial diastólica (Kelley, Kelley, & Tran, 2001). As Sociedades Europeias de Cardiologia e de Hipertensão recomendam o exercício aeróbico como meio de intervenção no controlo da pressão arterial, complementando com exercícios de resistência (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014). Um aspeto relevante e que vários estudos apontam é referente à frequência e duração dos exercícios, que é muito mais importante do que a intensidade dos mesmos quando se quer reduzir os valores da pressão arterial (Kelley et al., 2001).

Antes de as pessoas se envolverem em atividades físicas é essencial uma avaliação clínica diagnóstica da mesma, visto que dessa avaliação poderão surgir decisões terapêuticas, inclusive o tipo de exercícios que a pessoa pode executar (Gravina et al., 2007). Deste modo, a avaliação diagnóstica e o exame físico têm como objetivo estabelecer os níveis de pressão arterial, descobrir quais as causas da hipertensão arterial secundária, verificar a existência de outros fatores de risco cardiovascular, identificar lesões em algum órgão e co-morbilidades que possam existir (Marques, Pinheiro, Veríssimo, & Ramos, 2015). A par disto, a avaliação clínica possibilita a identificação do risco cardiovascular total visto que as pessoas com hipertensão têm outros fatores de risco relacionados com o grau de severidade da HTA (Marques et al., 2015).

É de referir que praticar exercício físico acarreta algumas condicionantes, nomeadamente o risco aumenta quanto maior for a idade, quanto maior for o número dos fatores de riscos, a existência de uma possível lesão num órgão e a existência de algum sintoma de doença cardiovascular. Mas também, a sua prática regular traz benefícios para a saúde como são o potencializar o dispêndio energético aplicado nos exercícios, o desenvolver a parte cardiorrespiratória, bem como a parte muscular, desde a força, a resistência muscular e a flexibilidade, o reduzir ou manter os valores da pressão arterial e o eliminar ou prevenir os fatores de risco cardiovasculares (Thompson et al., 2007).

### **1.3.1.5 Moderação do Consumo de Álcool**

Com o passar do tempo vários têm sido os estudos que referem que o consumo moderado de álcool poderá ser de alguma forma protetor em variadas patologias, nomeadamente nas doenças cardiovasculares. Assim, pessoas que consumam álcool de forma controlada, isto é, entre as 10 e 30 gramas de álcool por dia, veem o seu risco de morbilidade e mortalidade vascular reduzido, quando comparado com as pessoas que não bebem álcool ou com os grandes consumidores (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014). Porém, consumir bebidas alcoólicas com regularidade faz com que a PA suba 1 mmHg por cada 10 gramas de etanol sensivelmente e, o álcool eleva o risco de HTA em cerca de 16%, sendo mais frequente a hipertensão arterial nas pessoas que bebem de forma descontrolada do que nas que não bebem, ou que bebem de forma moderada. No entanto, é possível reverter o efeito do álcool na pressão arterial, estando 2 a 3 semanas sem consumir e reduzindo a quantidade que

geralmente é ingerida (Souza, & Póvoa, 2014). Assim, as sociedades europeias recomendam que em pessoas com hipertensão arterial o consumo diário de álcool nos homens não seja mais do que 20-30 gramas e, nas mulheres fique entre as 10-20 gramas, podendo nestas quantidades moderadas ajudar a proteger o coração dos homens com mais de 40 anos e das mulheres que já passaram pela menopausa. O consumo total do etanol não deverá ultrapassar as 140 gramas por semana para os homens e as 80 gramas por semana para as mulheres, isto porque o álcool pode afetar gravemente o músculo do coração, aumentar a pressão arterial e aumentar o peso (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014).

Como tal e tendo em conta os dados anteriores, as pessoas com hipertensão arterial devem moderar o seu consumo de bebidas alcoólicas, isto porque o elevado consumo das mesmas encontra-se interligado ao aumento da pressão arterial e reduz a eficácia dos medicamentos anti hipertensores (Xin et al., 2001). Alguns autores referem que de entre as variadas bebidas alcoólicas o vinho tinto é aquele que tem uma grande capacidade protetora nas doenças cardiovasculares (Vázquez et al., 2007). Num estudo em que participaram mais de 200 000 pessoas pretendeu-se comparar os riscos de doenças cardiovasculares inerentes aos consumidores habituais de vinho e cerveja. Assim, quem consumia vinho o risco era de 0,68% comparado a quem não bebia qualquer bebida alcoólica, correspondendo a menos de 10% em termos absolutos, enquanto na cerveja o risco era de 0,78%. Segundo o mesmo, para que o vinho tenha qualquer capacidade de proteção nos fatores de risco cardiovascular a quantidade a ser consumida foi de 150 ml por dia, porém para a cerveja não foi encontrada nenhuma quantidade que levasse à proteção dos mesmos fatores (Castelnuovo, Rotondo, Iacoviello, Donati, & Gaetano, 2002).

No estudo “*The Prevention and Treatment of Hypertension Study*” (PATHS) que pretendia investigar qual os efeitos da redução do consumo de bebidas alcoólicas na pressão arterial, concluiu-se que no grupo alvo de intervenção existiu uma maior redução de cerca de 1,2 mmHg na pressão arterial sistólica e de 0,7 mmHg na pressão arterial diastólica, em comparação com o grupo de controlo, ao fim de um período de seis meses (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014).

Os resultados do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral - Portugal 2007 que engloba residentes do continente e das ilhas e com idades entre os 15 e os 64 anos, revelaram que o consumo de bebidas alcoólicas está a aumentar, passando de 75,6% para 79,1%, um aumento de 3,5%. No entanto, o início do consumo de álcool nas idades entre os 15 e os 17 anos também aumentou, rondando os 40%, na qual as bebidas que mais despertam a atenção são o vinho, cerveja, *martini*, *whisky*, *gin* e *vodka*. Cada vez mais tem-se verificado um aumento do consumo excessivo de álcool, situação que é preocupante e que ocorre em ambos os sexos, embora com maior prevalência no sexo feminino a partir dos 15 anos (Instituto da Droga e da Toxicodpendência, 2011). Os dados até agora apresentados são bastantes preocupantes, tanto em Portugal como na Europa, em que 23 milhões de europeus são dependentes do álcool, consequência da facilidade, acessibilidade e disponibilidade das bebidas alcoólicas que se encontram

enquadradas na vida quotidiana de cada pessoa, sendo estes dados sobre o consumo de álcool na população portuguesa já considerados um importante problema de saúde pública (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011).

### **1.3.1.6 Redução do peso**

De forma mais concreta, a obesidade em termos europeus já atingiu os cerca de 20%, sendo que tanto em Portugal como nos restantes países desenvolvidos, esta é um problema com consequências de grande dimensão, nomeadamente económicas. Em Portugal, as pessoas com excesso de peso já está perto de atingir os 50% da população, e 30% desses são crianças (Direção Geral de Saúde, 2010). Fatores que contribuem para estes números são o sedentarismo e uma alimentação carregada de gorduras e hidratos de carbono (Lurbe et al., 2009). Desta forma, a obesidade é um grande problema de saúde pública por ter uma grande prevalência, por poder ser crónica, pela morbilidade e mortalidade a que algumas vezes conduz, mas também pela dificuldade e complexidade do seu tratamento. Esta problemática é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de outros problemas de saúde como a hipertensão arterial, a diabetes tipo 2, as doenças cardiovasculares e a doença vascular cerebral (Rahmouni, Correia, Haynes, & Mark, 2005).

Vários são os estudos que relatam a relação contínua entre o índice de massa corporal (IMC) e o predomínio da hipertensão arterial (Rahmouni et al., 2005), bem como os dados mais recentes que indicam que perto de 70% dos casos que tem surgido de HTA podem ser derivados da obesidade ou do excesso de peso (Biolo et al., 2011). A elevação da pressão arterial de forma progressiva acontece quando o IMC aumenta, sendo que se existir uma redução de 5 quilogramas no peso corporal, a pressão arterial sistólica e diastólica também desce 10 e 5 mmHg, respetivamente (Rahmouni, et al., 2005; Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014). Reduzir o peso em excesso, nomeadamente a massa corporal gorda, mas também manter um peso saudável através de uma alimentação variada e prática de exercício físico, são dois comportamentos que pessoas com hipertensão arterial devem adotar, devido aos benefícios que estes trazem, como é o aumento da esperança de vida e a melhoria da qualidade de vida (Whitworth et al., 2003).

## **1.4 Representações da doença**

A maneira como as pessoas pensam acerca da saúde e da doença, ou seja, as crenças de saúde influenciam a vivência da doença. Essas crenças encontram-se estruturadas sob a forma de modelos mentais na memória dos indivíduos, estando organizados em esquemas ou representações de como a doença pode danificar as funções corporais, do impacto que tem no seu dia-a-dia, da existência de cura e de como poderá voltar a repor o seu estado de saúde (Figueiras, 2006). É importante também ter em conta a forma como as pessoas veem e representam o processo saúde-doença, uma vez que são igualmente relevantes as representações do paciente, isto é a forma de pensar que se foi desenvolvendo, bem como a

história pessoal e a experiência com o meio envolvente (Gazzinelli, Gazzinelli, Reis, & Penna, 2005).

Com o decorrer dos anos, as crenças vão se modificando, porém cada pessoa tem as suas crenças básicas iniciais, como são as percepções pessoais face à doença, a gravidade, os gastos e benefícios implicados na concretização de um comportamento. Assim, a forma como os utentes lidam com a doença são reflexos das experiências pessoais, mas com uma estreita ligação às suas crenças e valores. Daí, a doença poder ser conceptualizada de forma multidimensional, na qual existem variadas dimensões sobre o significado de estar doente, detalhadas nos contextos das cognições, crenças ou representações da doença (Ogden, 2004). Dessa forma, as representações cognitivas que os indivíduos têm sobre a doença pode ser utilizada para conceder sentido às suas doenças e ajudá-los a compreender qual a sintomatologia que se está a desenvolver (Ogden, 2004).

Foi então criado um modelo por *Leventhal* que incorpora estas representações, e que explora a relação entre a representação cognitiva que a pessoa tem da sua doença e as estratégias de confronto com a mesma, ou seja, o *coping* (Leventhal et al., 2001). Está comprovado que a intervenção nas crenças da doença e do tratamento permite que a adesão à terapêutica seja mais eficaz por parte dos utentes (Phillips, Leventhal, & Leventhal, 2012).

Assim, de forma a analisar a representação cognitiva da doença e o comportamento de *coping* associando aos modelos de resolução de problemas, Leventhal et al. (1980) criaram o Modelo de Autorregulação da Doença. Este trabalho sobre a condição clínica abarca a forma como as pessoas lidam com os sintomas e como estes direcionam os mecanismos para lidar com a situação ameaçadora ao estado de saúde, em especial a procura de cuidados e a adesão à terapêutica (Petrie, & Weinman, 2006). É então de salientar a relevância que as crenças de saúde têm para o comportamento no que respeita à vivência da doença (Ogden, 2004). Na literatura são variados os sinónimos a que se referem as representações cognitivas da doença, como são os esquemas de doença, percepção da doença e modelos de senso-comum (Figueiras, 2006). E um dos aspetos cruciais nestes modelos que estudam as representações da doença é o traçar de um processo emocional que está interligado aos mecanismos cognitivos (Ogden, 2004).

O modelo de Autorregulação da Doença defende que a doença, uma mudança no estado do individuo, é encarada como um problema e o mesmo tem de se motivar para o resolver de forma a restabelecer o estado de equilíbrio através de variadas estratégias de *coping* (Bennett, 2002). No modelo existem algumas fases, nomeadamente três: a primeira denominada de Interpretação, a segunda chamada de *coping*, e a terceira denominada de ponderação. Como tal, a primeira refere-se à receção e interpretação da informação com o intuito de compreender as representações cognitivas da ameaça para a saúde e na qual se associam as respostas emocionais, como são o medo e a ansiedade (Bennett, 2002). Essas representações, também chamadas de dimensões de representação da doença, são cinco, a saber: a identidade, que se refere à percepção de sintomas de uma doença; a duração, podendo ser aguda, crónica ou cíclica; as causas, referindo-se às atribuições sobre o que pode

ter provocado a doença; as consequências, refletindo as crenças da pessoa sobre a gravidade da doença e o seu impacto no funcionamento físico, psicológico e social; e o controlo ou cura, referente à possibilidade de curar ou controlar a doença (Figueiras, 2006).

Na segunda fase desenvolvem-se as estratégias adequadas para lidar com a doença e, segundo Ogden (2004), as estratégias de *coping* podem ser de dois tipos: as de *coping* por aproximação, na qual existe adesão às recomendações médicas; e as de *coping* de evitamento, em que existe a negação dos sintomas da doença. Na terceira fase existe uma avaliação pessoal da eficácia das estratégias de *coping*, ou seja, se estão a melhorar ou a agravar a doença (Bennett, 2002).

Este modelo de Autorregulação ou modelo do Senso Comum explica os processos pelos quais os utentes ganham consciência de uma ameaça da saúde, de como desenvolvem respostas afetivas à ameaça, da criação de perceções da ameaça e das potenciais ações de tratamento, do desenvolvimento de planos de ação para enfrentar a ameaça e o constante *feedback* da eficácia do plano de ação e da progressão da ameaça (Figueiras, 2006).

No estudo de Siqueira et al. (2014), uma grande parte das pessoas que participaram no mesmo acreditavam que a hipertensão tinha cura se seguissem à risca as indicações do tratamento, mesmo sabendo que não conheciam ninguém que se tivesse curado. Além disso, referiram que a atividade física e as mudanças nos hábitos alimentares ajudavam na cura da doença. Outro dado importante do estudo é que apesar de as pessoas hipertensas receberem bastantes orientações médicas sobre o tratamento e a terapêutica adequada, as crenças que estas já tinham adquirido ao longo da vida eram valorizadas e praticadas, uma vez que acreditam que pode ajudar no tratamento da doença (Siqueira et al., 2014).

De acordo com o estudo de Figueiras et al. (2009), existem três grupos de doentes com distintas representações da doença. No primeiro grupo os pacientes tinham uma representação mais negativa de hipertensão arterial e, por isso tinham perceções mais graves das consequências, acreditando que a evolução da doença era crónica, tinham uma grande crença no tratamento e controlo pessoal, uma grande perceção dos sintomas, uma elevada preocupação com a doença e uma representação emocional negativa, embora estivessem convictos que tinham um bom conhecimento da sua doença. No segundo grupo, os indivíduos tinham crenças menos negativas referentes às consequências, aos sintomas, ao grau de preocupação e representações emocionais. Já no terceiro grupo, existia uma grande diferenciação em relação aos outros dois grupos, menos na perceção dos sintomas uma vez que têm crenças mais baixas (Figueiras et al., 2009). Assim, estas pessoas têm crenças mais positivas sobre as consequências, não acreditam tanto no tratamento e no controlo pessoal, tendo ainda menos preocupação e compreensão da doença, no entanto, as respostas emocionais são mais positivas. O facto de se perceber as diferentes crenças dos três grupos ditará como será a adesão ao tratamento (Pires, & Mussi, 2008).

O modelo de autorregulação de Leventhal permite compreender a não adesão que acontece de forma propositada, uma vez que se a adesão é vista como uma forma de *coping*, segundo o modelo, as pessoas irão seguir as recomendações tendo em conta as

representações que tem da doença e, posteriormente adequar os tratamentos também segundo essas representações (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992). O modelo possibilita tomar as decisões de forma dinâmica, na qual as representações e os comportamentos interagem de forma ativa, visto que para Leventhal, Diefenbach e Leventhal (1992) escolher uma resposta de  *coping*, como as mudanças dos hábitos alimentares, sofre influência das próprias ideias da pessoa sobre a doença, mas também da experiência dos sintomas.

Desta forma, pode-se concluir que as ideias criadas a respeito da doença possibilitam a adaptação e até recuperação da doença. Torna-se importante fazer uso deste modelo quando se está a intervir com utentes que demonstram dificuldades em lidar e adaptar-se a certo tipo de doença (Pereira, & Roios, 2011).

O modelo aqui apresentado comprova que os indivíduos têm uma representação da saúde e da doença, mas que essas representações têm uma grande força a nível psicológico (Bennett, 2002). Desta forma, as cognições são um motor fortíssimo das nossas reações emocionais e comportamentais à doença. As crenças acerca da doença e as emoções que lhe estão associadas podem em determinados casos, ser um determinante poderoso no resultado da doença, mais do que os processos fisiológicos que lhe estão adjacentes (Bennett, 2002).

Como tal, reforça-se a importância dos profissionais que estão implicados nos cuidados aos doentes consigam ter uma compreensão dos processos psicológicos que influenciam o comportamento dos utentes, mas também das intervenções que pretendem modificar as cognições relacionadas com a saúde (Odgen, 2000).

## Capítulo II - Metodologia

Neste capítulo pretende-se explicar a metodologia utilizada neste estudo, começado por referir os seus objetivos, as variáveis do estudo, seguida da caracterização da amostra, dos instrumentos aplicados, da descrição do processo de recolha dos dados e dos procedimentos estatísticos efetuados.

### 2.1 Objetivos

Esta investigação pretende contribuir para o aprofundar do conhecimento sobre como é viver com uma doença crónica, como a hipertensão arterial. Uma vez que é uma doença crónica é crucial a existência de um plano de tratamento, que passa em grande parte por modificações no comportamento do doente, como é a alimentação, a prática de exercício físico, o controlo dos níveis de pressão arterial, sendo relevante perceber a influência que as variáveis sociodemográficas, mas também as comportamentais, têm nas atividades de autocuidado de forma a melhorar a sua adesão.

Trata-se de uma investigação empírica, de delineamento transversal, com uma metodologia quantitativa que assenta na recolha e tratamento estatístico e sistemático dos dados, com o intuito de estabelecer relações entre as variáveis, sendo que a recolha foi efetuada por inquéritos autoadministrados.

Desta forma, delineou-se como principal objetivo deste estudo verificar se existe uma relação entre as representações da doença, isto é a forma como as pessoas percebem a doença, e a adesão ao tratamento, nomeadamente as atividades de autocuidado e adesão à medicação em pessoas com Hipertensão Arterial.

Os objetivos específicos deste estudo são:

- a) Caracterizar as pessoas com hipertensão arterial acompanhadas no Centro de Saúde São Tiago, tendo em conta as variáveis sociodemográficas e clínicas;
- b) Avaliar se os níveis de adesão à terapêutica podem estar associados com os autocuidados em utentes com hipertensão arterial e com as representações da doença;
- c) Averiguar se as representações da doença podem estar relacionadas com os comportamentos de adesão ao regime terapêutico;
- d) Avaliar se as crenças referentes à hipertensão estão correlacionadas com a idade e com as habilitações literárias;
- e) Perceber se a satisfação com a informação sobre a doença está correlacionada com as crenças e com os autocuidados relativos à hipertensão;
- f) Comparar as diferenças nos comportamentos de autocuidado e das crenças em função do género;
- g) Perceber se existem diferenças na adesão ao tratamento, nos comportamentos de autocuidado e nas crenças tendo em conta a classificação da pressão arterial;

h) Verificar se existem diferenças no controlo da pressão arterial em virtude das crenças sobre a hipertensão arterial.

### 2.1.1 Variáveis do Estudo

Para caracterizar os participantes do estudo, recorreu-se a variáveis sociodemográficas e clínicas, como idade, sexo, escolaridade, situação profissional, tempo de diagnóstico, histórico familiar de doenças, uso de medicação, controlo regular da pressão arterial e complicações associadas à hipertensão arterial.

Para a avaliação da adesão ao tratamento foi aplicada a escala de Medida de Adesão ao Tratamento que permite saber em que medida os participantes cumprem a toma da medicação. Para caracterizar os cuidados que as pessoas com hipertensão associadas ao controlo da doença e a adesão ao tratamento não farmacológico, foi utilizada a Escala de Autocuidado com a Hipertensão que mede a adesão aos comportamentos referentes à alimentação geral, alimentação específica, atividade física e hábitos tabágicos.

No que concerne às representações sobre a sua doença nos indivíduos com hipertensão arterial foi usado o Questionário de Crenças sobre a Doença - Versão Breve que se baseia no modelo de Autorregulação da Doença de Leventhal.

## 2.2 Participantes

Neste estudo participaram pacientes com hipertensão arterial que frequentavam as consultas de Hipertensão no Centro de Saúde de São Tiago em Castelo Branco. Foram critérios de inclusão: ter hipertensão arterial, ser acompanhado nas consultas de hipertensão neste centro de saúde e ter idade entre os 18 e os 65 anos. Importa mencionar que de uma amostra de cento e vinte e seis foram excluídos vinte questionários, uma vez que não cumpriam os critérios mencionados.

Como tal, a amostra do estudo foi de 106 sujeitos que responderam de forma válida aos questionários aplicados. As idades destes encontram-se entre os 33 e os 65 anos ( $M= 58$ ;  $DP= 7.03$ ), sendo que 46 participantes (43.4%) eram do sexo masculino e 60 (56.6%) do sexo feminino. Os sujeitos residem no distrito de Castelo Branco e são maioritariamente casados ou vivem em união de facto (82.1%), embora também haja alguns casos de viuvez (8.5%). Quase todos os participantes tinham filhos (90.6%) e existiam apenas 15 inquiridos a residir sozinhos (14.2%). A formação académica era baixa, visto que 37.7% estudou até ao 4º ano, correspondendo apenas ao 1º ciclo, no entanto 18.9% concluíram o 12º ano de escolaridade. No que concerne à situação profissional, 51.9% dos participantes são reformados e 35.8% ainda mantém uma atividade profissional ativa e remunerada.

**Tabela 3***Caraterização da Amostra em Função dos Dados Sociodemográficos e Clínicos*

Variáveis		(n=106)	(%)	
Sexo	Masculino	46	43.4%	
	Feminino	60	56.6%	
Idade	33 a 55	Masculino	9	8.5%
		Feminino	14	13.2%
	56 a 65	Masculino	37	34.9%
		Feminino	46	43.4%
Escolaridade	Até ao 4º ano	40	37.7%	
	6º ano	9	8.5%	
	9º ano	18	17%	
	12º ano	20	18.9%	
	Licenciatura	18	17%	
	Mestrado	1	0.9%	
Estado Civil	Solteiro	2	1.9%	
	Casado/União de facto	87	82.1%	
	Divorciado	8	7.5%	
	Viúvo	9	8.5%	
Situação Profissional	Doméstico	4	3.8%	
	Empregado	38	35.8%	
	Desempregado	9	8.5%	
	Reformado	55	51.9%	
Tempo de diagnóstico	1 a 10 anos	66	62.3%	
	11 a 20 anos	27	25.5%	
	21 a 30 anos	7	6.6%	
	31 a 40 anos	6	5.7%	

No que se refere ao tempo de diagnóstico da doença, uma grande percentagem (62.3%) disse saber o diagnóstico há mais de 1 ano e menos de 10 anos, sendo a média do tempo de diagnóstico de 11 anos ( $DP= 9.55$ ). Questionados sobre a existência de outros problemas de saúde crónicos, 57 pacientes responderam que sim (53.8%), sendo os mais mencionados a diabetes, problemas cardíacos e problemas de ossos. Referente à existência de histórico familiar com hipertensão arterial, nomeadamente algum familiar com a doença, 56.6% (60 pessoas) declaram existir, sendo os graus de parentescos mais mencionados os pais, avós, tios e irmãos.

A nível clínico é de salientar a grande percentagem de pessoas que refere tomar medicação para a Hipertensão Arterial (90.6%), sendo que 81.1% afirmou realizar o controlo regular dos níveis de tensão arterial, enquanto 18.9% não tem por hábito fazer esse controlo.

Deste modo, a frequência com que mais é medida a pressão arterial é semanalmente (34%), seguida de mensalmente (31.1%) e apenas 13.2% afirmam fazê-lo diariamente. Os utentes referiam maioritariamente que, nas últimas quatro semanas, os valores da sua pressão arterial têm estado bons (52.8%), porém ainda existe uma grande percentagem que diz estarem mais ou menos (43.4%), ou maus (3.8%).

No tratamento não farmacológico, como são as modificações no estilo de vida, 80.2% menciona ter feito alterações na dieta alimentar, como a adoção de uma dieta variada, equilibrada, rica em legumes, leguminosas, verduras, frutas e com poucas gorduras, no entanto 19.8% dos inquiridos revelam não ter esta prática. Em relação à redução da ingestão de sal, a maioria afirmou ter esse cuidado (87.7%), porém ainda existe uma pequena parcela que assume não ter esse comportamento (12.3%). No que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas, 46.2% participantes diz nunca beber, seguido de 24.5% afirmar beber raramente, enquanto 23.6% consome diariamente álcool e 5.7% apenas semanalmente. Por último, nas modificações no estilo de vida, a maioria não tem qualquer hábito tabágico (87.7%), no entanto, 12.3% ainda tem.

No que concerne às complicações associadas à hipertensão arterial, 6.6% refere já ter tido um internamento devido à doença. Seis participantes (5.7%) disseram já ter sofrido um enfarte agudo do miocárdio, e 4.7% mencionou já ter sofrido um AVC. Uma última complicação que se associa a esta patologia é a perda de visão, sendo que 17.9% referiram essa complicação.

De forma a melhor perceber a distribuição dos participantes segundo as categorias de classificação da pressão arterial, cruzou-se as mesmas com o sexo e as faixas etárias. Na tabela 4 é visível que a maior porção dos participantes tem uma pressão arterial dentro dos parâmetros da normalidade, encontrando-se na faixa etária entre os 56 e os 65 anos. A outra categoria em que se encontram mais participantes é na de hipertensão Sistólica Isolada, também igualmente na faixa etária dos 56 aos 65 anos, com uma representação maior no sexo feminino (10.8%). A categoria em que se enquadravam menos participantes foi o Estádio 3 com apenas uma pessoa em cada sexo na faixa dos 56 aos 65. Na Hipertensão Estádio 1 nas idades entre os 33 e os 55 anos é o sexo feminino (17.4%) que se destaca, em comparação com o masculino (8.7%). Na Hipertensão Estádio 2, tanto no sexo feminino como no masculino existem o mesmo número de participantes, dois, nas idades entre os 33 e os 55 anos.

**Tabela 4***Caraterização dos Valores da Pressão Arterial em Função do Sexo e da Idade*

	Idades entre os 33 e os 55 anos		Idades entre os 56 e os 65 anos	
	Masculino (n= 9)	Feminino (n= 14)	Masculino (n= 37)	Feminino (n= 46)
Normal	5 (21.7%)	7 (30.4%)	26 (31.3%)	25 (30.1%)
Hipertensão Estádio 1	2 (8.7%)	4 (17.4%)	3 (3.6%)	8 (9.6%)
Hipertensão Estádio 2	2 (8.7%)	2 (8.7%)	1 (1.2%)	3 (3.6%)
Hipertensão Estádio 3	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.2%)	1 (1.2%)
Hipertensão Sistólica				
Isolada	0 (0%)	1 (4.3%)	6 (7.2%)	9 (10.8%)

Ao serem questionados sobre a satisfação acerca da informação que têm sobre a doença e o tratamento da mesma, uma grande parte dos participantes disse estar “satisfeito” (75.5%), 12.3% responderam “nem satisfeito nem insatisfeito”, já 1.9% afirmaram estar “insatisfeitos”. Relativamente aos serviços que são prestados no Centro de Saúde a maioria respondeu estar “satisfeita” com (68.9%), 23.6% dizem estar “muito satisfeitos”, uma pequena percentagem 6.6% assinalou “nem satisfeito nem insatisfeito”, por último uma pessoa (0.9%) disse estar “insatisfeito”.

## 2.3 Instrumentos

### 2.3.1 Questionário Sociodemográfico

Os dados sociodemográficos e clínicos relativos à doença foram recolhidos através de um questionário elaborado para este estudo, para ter acesso a informações sobre os dados gerais pessoais (idade, sexo, habilitações literárias, local de residência, ocupação profissional), familiares (estado civil, agregado familiar, se existem outros familiares com hipertensão) e dados da doença (tempo de diagnóstico, uso de medicação, controle da pressão arterial, outras patologias crónicas). Junto da equipa de enfermagem procedeu-se à recolha dos valores da tensão arterial, quando os inquiridos não os sabiam.

### 2.3.2 Medida de Adesão aos Tratamentos

Em 2001 Delgado e Lima desenvolveram uma medida de adesão aos tratamentos medicamentosos a que deram o nome de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), sendo esta constituída por 7 itens. Os primeiros quatro itens do instrumento foram adaptados de Morisky (1986, citado por Delgado, & Lima, 2001), o item sete foi adaptado de Shea et al. (1992, citado por Delgado, & Lima, 2001) e o item seis foi adaptado de Ramalinho (1994, citado por Delgado, & Lima, 2001). Os itens são respondidos segundo uma escala tipo *Likert* de seis pontos, variando desde 1 - Sempre, até 6 - Nunca (Delgado, & Lima, 2001). Somando os valores de cada item e dividindo pelo número de itens obtém-se o nível de adesão aos

tratamentos, sendo que valores mais elevados correspondem a níveis mais elevados de adesão (Delgado, & Lima, 2001).

Em relação às propriedades psicométricas, os autores recolheram dados que comprovam uma muito boa consistência interna, sendo o alfa de *Chronbach* de .74. Referente às amplitudes das correlações item-teste, os resultados demonstram que cada um dos itens do instrumento contribui significativamente para a consistência da medida de adesão e, a exclusão de algum dos itens não aperfeiçoa a consistência interna da mesma. Como tal, os autores defendem que a medida de sete itens, com respostas tipo *Likert*, faculta uma consistência interna adequada para saber o nível de adesão aos tratamentos (Delgado, & Lima, 2001). No nosso estudo, o alfa de *Chronbach* apresentou um valor de .79, o que segundo Pereira e Patrício (2013) é indicador de uma boa consistência interna.

Tendo como intuito detalhar a validade concorrente da medida psicométrica de adesão aos tratamentos, Delgado e Lima utilizaram a correlação entre esta medida e o nível de adesão aos tratamentos conseguido pelo método de contagem de medicamentos. Concluíram que era elevada e significativa a relação entre a medida de adesão e o valor de adesão alcançada pela contagem de medicamentos. A escala revela, ainda, que há valores elevados de especificidade e sensibilidade no que respeita à medida de adesão, uma vez que é maior esse valor de especificidade na escala de *Likert*, querendo isso significar que essa escala (tipo *Likert*) permite mais facilmente captar os comportamentos de não adesão ao tratamento (Delgado, & Lima, 2001).

### **2.3.3 Escala de Autocuidado com a Hipertensão**

A avaliação da adesão ao regime terapêutico remete para as recomendações das organizações nacionais e internacionais que definem os parâmetros da terapêutica, neste caso da pessoa com hipertensão passa pela modificação do estilo de vida e terapia farmacológica (Sousa, 2005). Como tal, para avaliar o autocuidado com a hipertensão foi adaptada a Escala de Autocuidado com a Diabetes de Basto, Severo e Lopes (2007) para a população hipertensa passando a denominar-se de Escala de Autocuidado com a Hipertensão (Pinto, 2016). O objetivo desta adaptação foi avaliar a adesão tendo por base os vários aspetos do tratamento da HTA, ou seja, a sua multidimensionalidade, mas que ao mesmo tempo tivesse uma aplicação fácil e fosse fidedigna (Ribeiro, 2013).

A escala avalia a adesão em dias por semana, numa escala de 0 a 7, fazendo corresponder aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, na qual o zero é a situação menos desejável e o sete o mais favorável (Pinto, 2016). Neste sentido, a escala inclui quatro dimensões: alimentação, atividade física, consumo de álcool e hábitos tabágicos (Sousa, 2005). A subescala Alimentação Geral é referente a hábitos alimentares não específicos a nenhuma patologia, sendo constituída por três questões em que o resultado é obtido pela média destas explicitada em dias por semana. A subescala Alimentação Específica engloba hábitos alimentares que tendem a fazer aumentar os valores da pressão arterial, sendo constituída por oito itens, em que a pontuação é cotada de forma inversa, isto é, inverte-se a

pontuação (0=7, 1=6, 2=5, 3=4, 4=3; 5=2; 6=1; 7=0), com exceção do item um e seis. O resultado é conseguido através da média desses itens e expressa em dias por semana. A subescala Atividade Física é composta por dois itens na qual o resultado é a média e expressa-se em dias por semana. Por último, a subescala hábitos tabágicos tem três itens na sua constituição. Assim sendo, o nível de adesão, por dimensão, consegue-se através da soma dos itens e dividido pelo número dos mesmos, em que os resultados são sempre expressos em dias por semana, porém a última subescala é feita uma avaliação qualitativa (Pinto, 2016).

### **2.3.4 Questionário de Crenças sobre a Doença - Versão Breve (*The Brief Illness Perception Questionnaire - B-IPQ*)**

Segundo Leventhal, que desenvolveu o modelo de autorregulação do comportamento de doença, os estímulos situacionais (ou sintomas) geram representações cognitivas e emocionais da doença. Deste modo, pesquisas anteriores identificaram cinco dimensões nas representações cognitivas, sendo elas: identidade; consequências; causas; duração; e por último cura ou controlo, anteriormente já discriminadas. As representações emocionais englobam reações negativas como o medo, a angústia, a raiva e outras (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006). O desenvolvimento do IPQ-Breve teve como objetivo a construção de uma medida mais curta e simples acerca das perceções de doença, mas também uma medida com um formato alternativo à abordagem multifatorial da escala de *Likert* utilizada no IPQ e IPQ-Revisto (Broadbent et al., 2006).

O Questionário de Crenças sobre Doenças - Versão Breve tem como abordagem o uso de uma escala contínua para cada item do questionário, contando assim com nove itens que foram elaborados com o intuito de melhor resumirem cada subescala que faz parte do IPQ-R. Deste modo, a versão breve do questionário é composta por oito itens a par de uma pergunta com resposta aberta já utilizada também na versão revista. As oito perguntas são classificadas com recurso a uma escala de resposta de 0 a 10, na qual valores mais altos traduzem maiores crenças relativos à doença. Destas, cinco itens avaliam as representações cognitivas: consequências (item 1), duração (item 2), controlo pessoal (item 3), controlo dos tratamentos (item 4) e identidade (item 5). Dois itens avaliam as representações emocionais: preocupação (item 6) e emoções (item 8); e um item avalia a compreensão da doença (item 7). A pergunta de resposta aberta diz respeito às causas, na qual é pedido ao sujeito que enumere três razões que acredita ter sido importantes para a sua doença (Broadbent et al., 2006).

A versão portuguesa do IPQ-Breve foi adaptada por McIntyre e Trovisqueira, em 2007, numa amostra de pacientes que sofreram um Enfarte do Miocárdio no período posterior ao mesmo. Estas autoras escolheram uma escala de resposta mais curta de 0-4, ao invés da original de 0-10. Esta opção das autoras verificou-se uma vez que existia alguma dificuldade na discriminação das categorias, por os participantes terem um baixo nível de escolaridade. Os resultados da validação do instrumento para Portugal são muito semelhantes aos resultados do instrumento original. Assim, as autoras da versão portuguesa concluíram que o

IPQ-Breve revela boas características de fidelidade, idênticas às encontradas na versão original (Trovisqueira, 2007).

## 2.4 Procedimento

Antes do início da recolha dos dados, houve a aprovação do projeto de investigação pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, mas também pelo Diretor Executivo do Agrupamento do Centro de Saúde da Beira Interior Sul e pela Coordenadora da UCSP de São Tiago Saúde. Os dados foram recolhidos no Centro de Saúde de São Tiago entre os meses de maio e julho de 2019. De modo a facilitar toda a gestão da recolha, assim como o bom funcionamento do Centro de Saúde, a equipa de enfermagem abordava os pacientes na sala de enfermagem, sendo depois encaminhados até ao local da passagem dos questionários. De forma a garantir as condições éticas que se requerem numa investigação, foram esclarecidos os objetivos do estudo junto dos utentes, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados, procedendo-se de seguida à leitura e assinatura do consentimento informado.

Para realizar a análise e tratamento dos dados obtidos utilizou-se o *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - Versão 22.0)*. De forma a verificar se a amostra apresentava uma distribuição normal ou não, utilizou-se o teste *Kolmogorov-Smirnov*. No entanto, a amostra não apresentava uma distribuição normal, como tal optou-se por se utilizar a estatística não paramétrica.

Para caracterizar as variáveis sociodemográficas e clínicas recorreu-se à estatística descritiva, nomeadamente frequências absolutas e relativas, médias, desvios-padrão e extremos. A relação entre as escalas, as dimensões das escalas e algumas variáveis sociodemográficas foram avaliadas através do teste de Correlação de *Spearman* ( $r_s$ ) que, como em todos os coeficientes de correlação podem assumir valores entre -1 e 1. Desta forma, se o valor da correlação estiver mais próximo do -1 ou do 1, maior a associação entre as variáveis, no entanto se o valor estiver mais próximo de 0, menor a associação. Marôco (2018) refere que o valor do coeficiente de *Spearman* se estiver entre 0 e .25 a associação é fraca; se pontuar entre .25 e .50 a relação é moderada; entre os .50 e .75 diz-se forte e caso a correlação seja superior a .75 a associação é muito forte. No que se refere às diferenças entre os grupos, estas foram calculadas através do teste de *Mann-Whitney* para variáveis com duas categorias.

É de salientar que em todas as análises e cálculos realizados na presente investigação foi assumido um nível de significância de 95%, na qual são considerados estatisticamente significativos os testes com valores de prova iguais ou inferiores a .05.

## Capítulo III - Resultados

Neste capítulo serão expostos os resultados dos diversos instrumentos (*Measure Treatment Adherence* - MTA; Escala de Autocuidado com a Hipertensão - EAH; *The Brief Illness Perception Questionnaire* - IPQ-Breve), de forma a caracterizar a amostra de pacientes com hipertensão arterial, nestas variáveis. Serão também apresentados os resultados obtidos através das estatísticas inferenciais.

### 3.1 Estatística Descritiva

Realizou-se uma análise estatística descritiva com o intuito de caracterizar os resultados obtidos pelos participantes nas variáveis em estudo, referentes às médias e desvios-padrão, assim como os valores máximos e mínimos que se podem verificar em comparação com os que é possível obter. Foram, também, calculadas as médias dos fatores da Escala de Autocuidado com a Hipertensão - EAH e do Questionário de Crenças sobre a Doença - IPQ-Breve.

Como tal, na tabela 5 é possível observar que a média na MAT foi de 5.56 ( $DP = 0.53$ ), sendo por isso um indicador de que uma grande parte dos participantes tem uma muito boa adesão aos tratamentos, isto porque como o valor máximo que é possível obter na escala ser seis.

**Tabela 5**

*Estatística Descritiva do MAT*

	Média	Desvio-Padrão	Min-Max (Verificado)	Min-Max (Possível)
MAT	5.56	0.53	2.71 - 6	1 - 6

No que respeita à Escala de Autocuidado com a Hipertensão, a média verificada foi de 4.95 ( $DP = 0.76$ ). Como é possível ver na tabela 6 encontram-se ainda os resultados das subescalas da EAH, sendo que a dimensão em que a média foi mais elevada é a Alimentação Específica ( $M = 5.85$ ), indicando que os participantes do estudo apresentam um cuidado com a alimentação específica, nomeadamente a que mais prejudica a hipertensão arterial, cerca de cinco a seis vezes por semana. Respeitante à Alimentação Geral apresenta uma média de 4.39, sendo que os participantes do estudo em média quatro vezes por semana têm cuidado com a alimentação no geral, no entanto quando comparada com a alimentação específica esse cuidado é menor. Porém, a dimensão que detém a média mais baixa é a Atividade Física ( $M = 2.20$ ), sugerindo que em média os inquiridos praticam exercício físico duas vezes por semana.

**Tabela 6***Estatística Descritiva da EAH*

EAH	Média	Desvio-Padrão	Min-Max (Verificado)	Min-Max (Possível)
Alimentação Geral	4.39	0.99	0.33 - 7	0 - 7
Alimentação Específica	5.85	0.94	2.50 - 7	0 - 7
Atividade Física	2.20	1.84	0 - 7	0 - 7
EAH Total	4.95	0.76	2.85 - 6.31	0 - 7

Tendo em conta a tabela 7 podemos constatar que, de forma global, a maioria dos inquiridos (58.6%) revelam ter comportamentos de adesão aos cuidados com a Hipertensão Arterial 5 dias por semana. O resultado é aceitável, embora, existia na amostra participantes que aderem aos comportamentos de autocuidado todos os dias, isto, é 7 dias por semana.

Ao analisar cada subescala de forma separada, observa-se na Alimentação Geral a grande maioria, cerca de 75.4%, revelam cumprir este cuidado 4 dias por semana contrastando com os 1.9% que têm o cuidado 7 dias por semana. Referente à Alimentação Específica, cerca de 55.7% revelam ter comportamentos de adesão entre 6 a 7 dias por semana e 30.1% admite ter cuidados específicos com a alimentação em 5 dias por semana. No que concerne à prática de exercício físico, 31.1% diz não realizar nenhuma atividade física, 38.7% admite praticar 3 dias por semana e apenas cerca de 7% refere praticar entre 5 a 7 dias por semana.

**Tabela 7***Frequência das Subescalas da EAH*

	Número de Dias por Semana	<i>n</i>	%
Alimentação Geral	1 dia por semana	5	4.7%
	2 dias por semana	2	1.9%
	3 dias por semana	8	7.6%
	4 dias por semana	80	75.4%
	5 dias por semana	7	6.6%
	6 dias por semana	2	1.9%
	7 dias por semana	2	1.9%
Alimentação Específica	2 dias por semana	1	0.9%
	3 dias por semana	3	2.9%
	4 dias por semana	11	10.4%
	5 dias por semana	32	30.1%
	6 dias por semana	53	50%
	7 dias por semana	6	5.7%
Atividade Física	0 dias por semana	33	31.1%
	1 dia por semana	14	13.2%
	2 dias por semana	9	8.5%
	3 dias por semana	41	38.7%
	4 dias por semana	2	1.9%
	5 dias por semana	1	0.9%
	6 dias por semana	2	1.9%
	7 dias por semana	4	3.8%

De acordo com a tabela 8 é possível verificar que a grande maioria dos participantes não teve hábitos tabágicos na semana anterior ao questionário (88.7%) e somente doze pessoas fumaram (11.3%). Relativo ao número de cigarros que fumam por dia, 89.6% dos inquiridos responderam que nenhum, no entanto existem quatro casos que disseram fumarem 11 ou mais cigarros por dia, o equivalente a metade de um maço de tabaco. No que concerne à última vez que fumaram, 59.4% disse que nunca fumou, contrapondo com os 23.6% que já tiveram como hábito o tabaco, no entanto deixaram há mais de doze anos. Existe ainda uma pequena percentagem que refere que o último cigarro que fumou foi no dia em que respondeu ao questionário (10.4%), sendo que alguns dos participantes referiram até que tinha sido momentos antes de entrarem no Centro de Saúde.

**Tabela 8***Resultados da Subescala Hábitos Tabágicos da EAH*

EAH - Hábitos Tabágicos		<i>n</i>	%
Fumou nos últimos sete dias?	Não	94	88.7%
	Sim	12	11.3%
Número de cigarros que fuma num dia	0	95	89.6%
	1 a 5	3	2.8%
	6 a 10	4	3.7%
	≥ 11	4	3.7%
Última vez que fumou	Nunca fumou	63	59.4%
	No último mês	2	1.9%
	Um a dois anos atrás	1	0.9%
	Quatro a doze anos atrás	4	3.8%
	Há mais de doze anos	25	23.6%
	Hoje	11	10.4%

Na escala IPQ-Breve o valor médio total foi de 5.74 ( $DP = 1.40$ ). Ao interpretar os valores globais da escala percebe-se que quanto mais elevados forem, maior será as crenças referente à doença, variando entre um total de 0 e 10 pontos, conforme se vê na tabela 9.

Os resultados na dimensão Consequências ( $M = 2.47$ ) demonstram que os pacientes hipertensos deste estudo percebem têm uma baixa percepção das consequências da sua doença. Na Duração ( $M = 8.80$ ), o resultado corresponde a uma boa representação da cronicidade da hipertensão. No Controlo Pessoal ( $M = 7.55$ ), os resultados revelam que os participantes conseguem perceber um bom nível de controlo pessoal face à sua doença. No Controlo dos Tratamentos em que a média obtida é a mais elevada ( $M = 9.10$ ), corresponde a uma boa percepção frente à eficácia do tratamento. Na dimensão Identidade ( $M = 2.74$ ) os pacientes deste estudo têm uma baixa percepção dos sintomas da hipertensão. Nas dimensões de cariz emocional, como são as dimensões Preocupação ( $M = 4.42$ ) e Emoções ( $M = 3.08$ ), os participantes demonstram um baixo nível de preocupação e emoções negativas associadas à hipertensão. Na dimensão Compreensão ( $M = 7.56$ ) constata-se que os utentes percecionam uma boa compreensão da doença hipertensão.

**Tabela 9***Estatística Descritiva do IPQ-Breve*

	IPQ-Breve	Média	Desvio- Padrão	Min-Max (Verificado)	Min-Max (Possível)
IPQ Cognitivo	Consequências	2.47	3.11	0 - 10	0 - 10
	Duração	8.80	2.63	0 - 10	0 - 10
	Controlo Pessoal	7.55	2.59	0 - 10	0 - 10
	Controlo dos Tratamentos	9.10	1.80	1 - 10	0 - 10
	Identidade	2.74	2.90	0 - 9	0 - 10
IPQ Emocional	Preocupação	4.42	3.56	0 - 10	0 - 10
	Emoções	3.08	3.47	0 - 10	0 - 10
IPQ Compreensão	Compreensão da doença	7.56	2.94	0 - 10	0 - 10
	Total	5.74	1.40	2.5 - 9.8	0 - 10

## 3.2 Estatísticas Inferenciais

Seguidamente realizaram-se as análises para avaliação das possíveis relações entre variáveis através do teste de correlação de Spearman, de forma a perceber se existia associação entre a adesão ao tratamento, a adesão ao autocuidado e as crenças sobre a doença.

### 3.2.1 Associações entre Adesão ao Tratamento, Adesão ao Autocuidado e Crenças sobre a Doença

No que se refere à relação entre a adesão ao tratamento e as representações de doença, é possível verificar que o MAT e o IPQ-Breve não se encontram correlacionados, apresentando valores sem significância estatística ( $r_s = -.017$ ) (Tabela 10). No entanto, é possível observar que existem associações significativas entre os dois itens da subescala Cognitiva e a Medida de adesão ao tratamento. Uma das associações é entre o Controlo dos Tratamentos e o MAT com uma correlação fraca (Marôco, 2018), mas positiva ( $r_s = .240$ ), pretendendo transmitir que quanto maior for a perceção da eficácia do tratamento maior é adesão a esse mesmo tratamento. A outra correlação encontrada é entre a dimensão Identidade e o MAT, sendo que esta é uma associação negativa e fraca ( $r_s = -.248$ ) (Marôco, 2018). Assim conclui-se que quanto mais elevada a perceção de sintomas da doença, menor será a adesão ao tratamento.

Tabela 10

Correlações de Spearman entre o MAT e os Itens do IPQ-Breve

IPQ-Breve			MAT	
IPQ Cognitivo	Consequências	Rs	-.163	
		Sig. (2 tailed)	.095	
		N	106	
	Duração	Rs	.079	
		Sig. (2 tailed)	.431	
		N	102	
	Controlo Pessoal	Rs	.177	
		Sig. (2 tailed)	.070	
		N	102	
	Controlo dos Tratamentos	Rs	<b>.240*</b>	
		Sig. (2 tailed)	.014	
		N	103	
IPQ Emocional	Identidade	Rs	<b>-.248*</b>	
		Sig. (2 tailed)	.010	
		N	106	
	Preocupação	Rs	.059	
		Sig. (2 tailed)	.545	
		N	106	
	Emoções	Rs	-.171	
		Sig. (2 tailed)	.080	
		N	106	
	IPQ Compreensão	Compreensão da doença	Rs	.008
			Sig. (2 tailed)	.936
			N	106
IPQ Total	IPQ Total	Rs	-.017	
		Sig. (2 tailed)	.866	
		N	99	

\*p &lt; .05 \*\*p &lt; .01

Ao analisar a tabela 11, verifica-se que os resultados relativos às pontuações globais da EAH sugerem que a adesão aos autocuidados com a hipertensão arterial se encontra correlacionada com a medida de adesão ao tratamento, com uma associação fraca ( $r_s = .217$ ) (Marôco, 2018) para um nível de significância de 95%. Isto é, à medida que os autocuidados com a hipertensão arterial aumentam, a adesão ao tratamento farmacológico também

aumenta, ou um aumento da adesão ao tratamento está associado a um aumento dos autocuidados com a hipertensão arterial. No que se refere às associações entre as subescalas da EAH e o MAT, podemos encontrar resultados que não são estatisticamente significativos, indicando que não existe uma relação significativa entre a adesão a estes autocuidados isoladamente com a adesão ao tratamento farmacológico.

**Tabela 11***Correlações de Spearman entre o MAT e as Subescalas da EAH*

		MAT
Alimentação Geral	Rs	.167
	Sig. (2 tailed)	.088
	N	106
Alimentação Específica	Rs	.186
	Sig. (2 tailed)	.056
	N	106
Atividade Física	Rs	.048
	Sig. (2 tailed)	.629
	N	106
EAH	Rs	<b>.217*</b>
	Sig. (2 tailed)	.025
	N	106

\*p &lt; .05 \*\*p &lt; .01

Os resultados relativos às pontuações globais da EAH sugerem que a adesão aos autocuidados com a hipertensão se encontra associada com as crenças sobre a doença ( $r_s = .199$ ), apresentando resultados estatisticamente significativos para um grau de confiança de 95%, sendo essa associação fraca (Marôco, 2018). Ou seja, na generalidade as crenças sobre a doença tendem a aumentar quando os autocuidados com a hipertensão arterial aumentam, ou um aumento dos autocuidados com a hipertensão arterial está relacionado com mais crenças sobre a doença (tabela 12).

Referente à associação entre as subescalas da EAH e as dimensões do IPQ-Breve, podemos ainda encontrar outros resultados estatisticamente significativos. Atendendo à escala Alimentação Geral é possível verificar-se que esta apresenta uma relação positiva com a dimensão Controlo Pessoal ( $r_s = .217$ ), embora esta correlação seja fraca (Marôco, 2018). O resultado poderá sugerir que à medida que a perceção de um bom nível de controlo pessoal face à doença aumenta, a adesão aos cuidados com a alimentação específica aumenta também, ou vice-versa. No que se refere à dimensão Controlo dos Tratamentos, esta encontra-se positivamente correlacionada com a globalidade da escala EAH ( $r_s = .202$ ), ainda

que seja uma correlação fraca (Marôco, 2018). Esta associação sugere que quanto maior a percepção de eficácia do tratamento, maior a adesão aos comportamentos de autocuidado com a hipertensão arterial, ou quanto mais comportamentos de autocuidado com a hipertensão arterial maior é a percepção da eficácia do tratamento. A dimensão Identidade também se encontra associada de forma negativa com Atividade Física ( $r_s = -.215$ ), sendo esta correlação fraca (Marôco, 2018). Esta associação poderá sugerir que quanto maior for a percepção dos sintomas da hipertensão menor será a adesão à prática de atividade física, ou quanto maior a prática de atividade física menor será a percepção dos sintomas da doença. Já a respeito da dimensão Preocupação, esta encontra-se correlacionada com a Alimentação Específica, sendo esta associação positiva e fraca (Marôco, 2018) ( $r_s = .195$ ). O resultado encontrado sugere que quanto maior a preocupação com a doença maior são os comportamentos de autocuidado, como é a Alimentação Específica, ou vice-versa.

**Tabela 12***Correlações de Spearman entre os Itens do IPQ-Breve e da EAH*

IPQ-Breve			Alimentação Geral	Alimentação Específica	Atividade Física	EAH
IPQ Cognitivo	Consequências	Rs	-.151	.072	-.094	-.027
		Sig. (2 tailed)	.123	.464	.338	.785
		N	106	106	106	106
	Duração	Rs	.055	-.084	.034	.012
		Sig. (2 tailed)	.581	.400	.735	.908
		N	102	102	102	102
	Controlo Pessoal	Rs	<b>.217*</b>	.047	.107	.099
		Sig. (2 tailed)	.025	.631	.276	.313
		N	106	106	106	106
	Controlo dos Tratamentos	Rs	.144	.184	.069	<b>.202*</b>
		Sig. (2 tailed)	.148	.062	.491	.041
		N	103	103	103	103
	Identidade	Rs	.079	.098	<b>-.215*</b>	.032
		Sig. (2 tailed)	.420	.316	.027	.742
		N	106	106	106	106
IPQ Emocional	Preocupação	Rs	-.011	<b>.195*</b>	-.120	.120
		Sig. (2 tailed)	.911	.045	.221	.221
		N	106	106	106	106
	Emoções	Rs	-.022	.145	-.021	.084
		Sig. (2 tailed)	.820	.137	.832	.392
		N	106	106	106	106
IPQ Compreensão da doença	Rs	.099	-.072	-.016	-.055	
	Sig. (2 tailed)	.313	.462	.867	.572	
	N	106	106	106	106	
IPQ Total	Rs	.124	.166	.051	<b>.199*</b>	
	Sig. (2 tailed)	.223	.100	.614	.048	
	N	99	99	99	99	

\*p &lt; .05 \*\*p &lt; .01

Como é possível observar na tabela 13, a idade e a pontuação na escala MAT estão positivamente correlacionadas, considerando-se uma associação moderada (Marôco, 2018) ( $r_s = .254$ ). Isto mostra que à medida que a idade aumenta maior o nível de adesão aos

tratamentos. No entanto não se encontraram associações significativas entre os níveis globais das escalas EAH e do IPQ-Breve com a idade.

**Tabela 13**

*Correlações de Spearman entre a Idade e as Escalas MAT, EAH e IPQ-Breve*

		MAT	EAH	IPQ-Breve
Idade	Rs	<b>.254**</b>	.092	-.159
	Sig. (2 tailed)	.009	.349	.117
	N	106	106	99

\*p < .05 \*\*p < .01

Os resultados relativos às correlações entre as subescalas da EAH com a idade mostram que a adesão aos autocuidados com a hipertensão não parece estar associada à idade dos participantes (tabela 14).

É ainda possível constatar que os resultados que se referem às correlações entre as pontuações das subescalas EAH com a satisfação com a informação recebida acerca da hipertensão revela uma associação deste nível de satisfação com a alimentação específica, sendo essa correlação negativa e fraca (Marôco, 2018) ( $r_s = -.230$ ). Deste modo parece que quanto maior é a adesão aos cuidados com a Alimentação, menor a satisfação com a informação recebida, ou que quanto mais satisfeito o utente estiver com a informação recebida sobre a doença menor é o autocuidado com a alimentação, nomeadamente a que mais afeta o controlo da hipertensão arterial.

**Tabela 14**

*Correlações de Spearman entre as Subescalas da EAH com a Idade e com a Satisfação com a Informação*

		Alimentação Geral	Alimentação Específica	Atividade Física
Idade	Rs	.079	.087	-.021
	Sig. (2 tailed)	.423	.373	.830
	N	106	106	106
Satisfação com a Informação	Rs	-.188	<b>-.230*</b>	.119
	Sig. (2 tailed)	.054	.018	.224
	N	106	106	106

\*p < .05 \*\*p < .01

Relativamente às correlações entre os itens do IPQ-Breve com algumas variáveis sociodemográficas (tabela 15), constata-se que três dimensões que compõem a escala IPQ-Breve se encontram associadas com a idade, apresentando resultados estatisticamente significativos. A primeira é a dimensão Consequências que está negativamente associada com a idade ( $r_s = -.194$ ), ainda que essa associação seja fraca (Marôco, 2018). Conclui-se, então,

que quanto mais elevada for a idade, menor serão as pontuações referentes à gravidade das consequências que a sua doença provoca. Outra dimensão é o Controlo dos Tratamentos que está positivamente correlacionada com a idade ( $r_s = .265$ ), sendo essa associação moderada (Marôco, 2018). O resultado poderá sugerir que quanto mais elevada for a idade, maior será a perceção da eficácia dos tratamentos. A última dimensão que se encontra associada à idade é as Emoções, sendo essa correlação negativa e fraca ( $r_s = -.220$ ) (Marôco, 2018). Pode-se concluir que quanto mais elevada for a idade menor serão as emoções negativas associadas à doença, como é ansiedade ou raiva.

Verifica-se que os resultados referentes às correlações do IPQ-Breve com as habilitações literárias indicam que estas se encontram associadas com dois itens do IPQ-Breve. O primeiro é a dimensão Controlo Pessoal em que apresenta uma associação negativa e fraca ( $r_s = -.194$ ) (Marôco, 2018), podendo-se assim concluir que quanto maior o nível de escolaridade dos participantes menor será a perceção de controlo da doença, ou vice-versa. A outra dimensão é a Preocupação na qual a correlação é positiva e fraca ( $r_s = .195$ ) (Marôco, 2018), traduzindo que quanto maior o grau de escolaridade maior será o nível de preocupação com a hipertensão, ou vice-versa.

Encontrou-se também uma relação estatisticamente significativa ( $r_s = .317$ ) entre a dimensão Compreensão e a Satisfação com a informação recebida acerca da doença. A correlação que se verifica é positiva e de grau moderado (Marôco, 2018) (tabela 17). Desta forma, pode-se assumir que quanto mais satisfação os doentes tiverem com a informação recebida, maior são pontuações referentes às representações de compreensão da hipertensão arterial.

Tabela 15

Correlações de Spearman entre os Itens do IPQ-Breve com a Idade, com as Habilitações Literárias e com a Satisfação com a Informação

IPQ-Breve			Idade	Habilitações Literárias	Satisfação com a Informação
IPQ Cognitivo	Consequências	Rs	<b>-.194*</b>	.158	.086
		Sig. (2 tailed)	.046	.107	.379
		N	106	106	106
	Duração	Rs	.152	-.088	.015
		Sig. (2 tailed)	.126	.377	.884
		N	102	102	102
	Controlo Pessoal	Rs	.184	<b>-.194*</b>	.156
		Sig. (2 tailed)	.060	.046	.110
		N	106	106	106
	Controlo dos Tratamentos	Rs	<b>.265**</b>	-.008	.163
		Sig. (2 tailed)	.007	.935	.100
		N	103	103	103
	Identidade	Rs	-.176	.042	.023
		Sig. (2 tailed)	.071	.667	.814
		N	106	106	106
IPQ Emocional	Preocupação	Rs	-.176	<b>.195*</b>	-.005
		Sig. (2 tailed)	.072	.045	.959
		N	106	106	106
	Emoções	Rs	<b>-.220*</b>	.144	-.035
		Sig. (2 tailed)	.024	.140	.722
		N	106	106	106
IPQ Compreensão	Compreensão da doença	Rs	-.046	.108	<b>.317*</b>
		Sig. (2 tailed)	.636	.269	.001
		N	106	106	106

\*p < .05 \*\*p < .01

### 3.2.2 Diferenças entre Grupos na Adesão ao Tratamento, Adesão ao Autocuidado e Crenças sobre a Doença

De seguida são apresentadas as diferenças entre grupos verificadas nas escalas MAT, EAH e IPQ-Breve, em função de variáveis sociodemográficas como o género, classificações da

pressão arterial, o uso de medicação para a hipertensão arterial e controlo da pressão arterial. Para avaliar as diferenças entre grupos utilizamos o teste de *Mann-Whitney*.

Os resultados que se obtiveram com o teste revelaram que na escala EAH existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ( $p < .05$ ), conforme é visível na tabela 16. Pode-se afirmar que as mulheres têm níveis mais elevados de adesão aos autocuidados com a hipertensão em relação aos homens. No entanto nas escalas MAT e IPQ-Breve não se encontram diferenças estatisticamente significativas quando comparadas as pontuações dos homens e das mulheres.

**Tabela 16**

*Diferenças de Género nas Escalas MAT, EAH e IPQ-Breve*

	Género	<i>n</i>	Mediana	<i>p</i>
MAT	Masculino	46	5,71	.278
	Feminino	60	5,71	
EAH	Masculino	46	4,85	.001
	Feminino	60	5,31	
IPQ-Breve	Masculino	43	5,63	.429
	Feminino	56	5,75	

No que se refere às dimensões da Escala de autocuidados com a hipertensão, verificámos que a subescala Alimentação Específica revelou diferenças estatisticamente significativas em função do género (Tabela 17). As mulheres são as que obtiveram um valor da mediana mais elevado, podendo-se assim concluir que as mulheres apresentam comportamentos alimentares mais positivos de controlo da hipertensão, quando comparados com os homens ( $p < .05$ ).

**Tabela 17**

*Diferenças de Género nas Subescalas da EAH*

	Género	<i>n</i>	Mediana	<i>p</i>
Alimentação Geral	Masculino	46	4,67	.258
	Feminino	60	4,67	
Alimentação Específica	Masculino	46	5,56	.000
	Feminino	60	6,50	
Atividade Física	Masculino	46	3	.101
	Feminino	60	1	

No que diz respeito ao género, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas do IPQ-Breve, para um nível de significância de 95% (Tabela 18). Conclui-se, assim, que os participantes masculinos e femininos não

revelaram diferenças significativas nas suas pontuações das subescalas Cognitivo, Emocional e Compreensão.

**Tabela 18**

*Diferenças de Género nas Subescalas do IPQ-Breve*

	Género	<i>n</i>	Mediana	<i>p</i>
IPQ Cognitivo	Masculino	43	6	.506
	Feminino	56	6,10	
IPQ Emocional	Masculino	46	2,50	.121
	Feminino	60	4	
IPQ Compreensão	Masculino	46	9	.914
	Feminino	60	9	

No que se refere às classificações da pressão arterial, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre a classificação de Tensão Arterial normal e a hipertensa na escala MAT ( $p < .005$ ) (Tabela 19). Assim pode-se admitir que as pessoas que apresentam um nível de pressão arterial normal aderem mais ao tratamento farmacológico do que aqueles que revelam um mau controlo da pressão arterial. No entanto, não se encontraram diferenças nas suas pontuações nas escalas autocuidados e de crenças sobre a doença entre os dois grupos.

**Tabela 19**

*Diferenças nas Escalas MAT, EAH e IPQ-Breve em Função da Classificação da Pressão Arterial*

	Classificação da Pressão Arterial	<i>n</i>	Mediana	<i>p</i>
MAT	Normal	63	5,86	.004
	Hipertensão	43	5,57	
EAH	Normal	63	5,15	.926
	Hipertensão	43	5,23	
IPQ-Breve	Normal	60	5,75	.557
	Hipertensão	39	5,63	

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que realizam o controlo da pressão arterial regularmente e os que não o fazem, relativamente às pontuações nas escalas MAT, EAH e IPQ-Breve ( $p > .05$ ) (Tabela 20). Estes resultados indicam que não existem diferenças no nível de adesão aos tratamentos, nos autocuidados com a hipertensão e nas crenças sobre a doença entre os dois grupos.

**Tabela 20***Diferenças nas Escalas MAT, EAH e IPQ-Breve em Função do Controlo da Pressão Arterial*

	Controlo da Pressão Arterial	<i>n</i>	Mediana	<i>p</i>
MAT	Não	20	5,71	.725
	Sim	86	5,71	
EAH	Não	20	5	.099
	Sim	86	5,23	
IPQ-Breve	Não	17	5,25	.240
	Sim	82	5,75	

Relativamente à diferença entre o grupo dos que controlam a pressão arterial e dos que não controlam nas subescalas de representações da doença, podemos verificar que para um nível de significância de 95% apenas existem diferenças estatisticamente significativas na subescala IPQ-Cognitivo ( $p < .05$ ), conforme se vê na tabela 21. Desta forma, podemos dizer que as pessoas que fazem um controlo da pressão arterial desenvolvem a perceção de um bom nível de controlo da doença, comparativamente com os que não fazem o controlo dos níveis de pressão arterial. No que se refere às subescalas IPQ-Emocional e IPQ-Compreensão, não se verificaram diferenças entre os dois grupos com relevância estatística ( $p > .05$ ).

**Tabela 21***Diferenças nas Subescalas da IPQ-Breve em Função do Controlo da Pressão Arterial*

	IPQ-Breve	Controlo da Pressão			
		Arterial	<i>n</i>	Mediana	<i>p</i>
IPQ-Cognitivo	Consequências	Não	20	1,50	.789
		Sim	86	1	
	Duração	Não	18	10	.624
		Sim	84	10	
	Controlo Pessoal	Não	20	7	.017
		Sim	86	9	
	Controlo dos Tratamentos	Não	19	10	.310
		Sim	84	10	
	Identidade	Não	20	1	.215
		Sim	86	2	
IPQ-Emocional	Preocupação	Não	20	4,50	.874
		Sim	86	4,50	
	Emoções	Não	20	0,50	.130
		Sim	86	2	
IPQ-Compreensão	Compreensão da doença	Não	20	9	.868
		Sim	86	9	

## Capítulo VI - Discussão

A hipertensão arterial é uma doença que está classificada como um problema de saúde pública devido à sua magnitude, risco e dificuldades no controlo. Numa grande parte dos casos a origem da doença é desconhecida, no entanto são variados os fatores que podem estar associados ao aumento da pressão arterial, como o sedentarismo, o *stress*, os hábitos tabágicos, o próprio envelhecimento, a história familiar, a raça, o género, o peso e o tipo de alimentação (Molina, Cunha, Herkenhoff, & Mill, 2003). Desta forma, não se conhece bem quais os mecanismos que o consumo de certos alimentos desencadeia que conduzem ao aumento da pressão arterial, porém sabe-se o efeito positivo que uma dieta saudável, com muita fruta, vegetais e poucas gorduras, tem sobre o controlo desses mesmos níveis (Molina et al., 2003).

Esta investigação teve como principal objetivo perceber se as representações sobre a doença estão relacionadas com a adesão ao tratamento, nomeadamente com os autocuidados com a hipertensão arterial, uma vez que as crenças que as pessoas constroem acerca da sua doença podem levar a que a adesão ao tratamento fique comprometida ou, ao contrário, adiram mais facilmente ao tratamento, visto que os fatores cognitivos exercem um grande peso no momento da decisão de adesão ou não ao tratamento, como são as modificações no estilo de vida a saber: a alimentação, a atividade física e o consumo de tabaco e de álcool. Torna-se importante, então, que a pessoa com hipertensão saiba fazer uma boa gestão da sua doença e, para isso esta necessita de estar consciente de toda a informação que lhe permite não descurar a sua saúde e responsabilidades na autogestão da doença. Como tal, necessita do apoio de profissionais de saúde qualificados para transmitir essa mesma informação e que o alertem para o cumprimento das indicações que estão a ser dadas, de forma a prevenir complicações futuras que possam prejudicar a sua saúde e qualidade de vida a médio e longo prazo (Newman et al., 2004).

A amostra final deste estudo foi constituída por 106 pacientes com hipertensão arterial seguidos num centro de saúde de Castelo Branco. Participaram 46 homens e 60 mulheres, com uma média de idades de 58 anos, sendo que é no sexo feminino que se encontra a população mais jovem, enquanto no masculino a população já é mais envelhecida. Na generalidade são quase todos casados (80,2%) e mais de um terço tem um nível académico igual ou inferior ao 4º ano de escolaridade (37,7%).

Na generalidade a amostra desta investigação caracteriza-se por ser comparável às amostras dos estudos que foram levados a cabo com a mesma temática, demonstrando que doentes com hipertensão arterial são na sua maioria idosos e com baixos níveis de escolaridade (Helena, Nemes, & Neto, 2010; Tavares, Paiva, Dias, Diniz, & Martins, 2013). Na literatura, a idade é descrita como um fator primordial que exerce influencia na parte cognitiva do idoso, mas também na gestão da sua doença, como é a toma da medicação no horário devido e a dosagem correta da mesma (Blanski, & Lenardt, 2005). Desta forma, as

alterações que ocorrem ao nível do sistema nervoso e que são responsáveis pela coordenação e integração das atividades corporais, conduzem a mudanças tanto ao nível do comportamento, mas sobretudo à falta de memória de acontecimentos mais recentes, comprometendo a adesão ao tratamento (Blanski, & Lenardt, 2005). Um outro fator que é tido em consideração na literatura é o nível de escolaridade, uma vez que a baixa escolaridade leva a um declínio da cognição da pessoa idosa, mas ao mesmo tempo às dificuldades de compreensão dos autocuidados que tem de ter com a doença no seu quotidiano e da doença em si (Banhato, & Guedes, 2011).

Relativamente aos níveis de adesão ao tratamento farmacológico, no nosso estudo, observou-se que os níveis são elevados, transmitindo uma muito boa adesão ao tratamento farmacológico. Por outro lado, no que diz respeito à adesão às atividades de autocuidado verificou-se que na generalidade os participantes têm uma boa adesão aos comportamentos de autocuidado na qual, a alimentação específica é a que melhor os doentes aderem seguida da alimentação geral, no entanto a atividade física revela uma baixa adesão ao autocuidado com a hipertensão.

No nosso estudo foi, ainda, possível observar uma relação positiva significativa do nível de adesão ao tratamento farmacológico com a adesão aos autocuidados com a hipertensão arterial. No estudo de Amaral, Chaves, Duarte, Coutinho, Nelas e Preto (2015), que incluiu 106 pessoas hipertensas, a adesão ao tratamento encontrava-se associada positivamente com os comportamentos de autocuidado, nomeadamente os participantes eram bastante cumpridores das recomendações para a toma da medicação, mas também para uma alimentação saudável, no entanto a adesão à prática de exercício físico era mais baixa.

De acordo com a literatura existe uma relação positiva entre os comportamentos de autocuidado e a adesão ao tratamento farmacológico (Amaral, et al., 2015; Pereira, 2010), no entanto uma das primeiras medidas é a modificações desses mesmos comportamentos para o tratamento da hipertensão, ao invés de utilizar unicamente o tratamento farmacológico.

No que se refere à associação entre os níveis de adesão ao tratamento com as representações da doença, na presente investigação não foi encontrada uma correlação entre o valor global no IPQ-B e o MAT, no entanto existem duas associações entre duas dimensões da escala que avalia as crenças da doença com a escala de adesão ao tratamento farmacológico. Como tal, foi verificada a existência de uma correlação positiva entre o Controlo dos Tratamentos, ou seja, a perceção da eficácia dos tratamentos e a adesão aos mesmos. No estudo de Fongwa, Evangelista, Hays, Martins, Elashoff, Cowan e Morisky (2008), em que participaram mulheres afro-americanas diagnosticadas com hipertensão arterial, verificou-se que o facto de sentirem que o tratamento ajudava no controlo da doença, sentiam-se mais motivadas em continuarem com o mesmo e até mais responsáveis em garantir que tinham a medicação necessária para tomar.

Foi ainda encontrada, no nosso estudo, uma outra associação entre as representações da doença e a adesão ao tratamento que correlaciona de forma negativa a dimensão Identidade e a adesão ao tratamento farmacológico. Ou seja, a perceção de sintomas da

hipertensão parece levar a uma menor adesão aos tratamentos farmacológicos, ou uma maior adesão ao tratamento leva a uma menor percepção de sintomas. No estudo de Hsiao, Chang e Chen (2012), que pretendia investigar se as representações da doença em pacientes hipertensos estavam relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso, os autores concluíram que os utentes que tinham mais sintomas da doença, que tinham mais emoções negativas acerca da mesma e que percecionavam a hipertensão como uma doença crónica, tinham menos confiança no tratamento farmacológico e a sua adesão ao mesmo era menor (Hsiao, Chang, & Chen, 2012).

Tendo por base o que foi descrito anteriormente pela literatura, o facto de existirem mais crenças da eficiência do tratamento medicamentoso facilita a continuação da adesão a este, podendo isso dever-se à experiência dos benefícios que esse mesmo tratamento traz para a saúde da pessoa com hipertensão, bem como da melhoria da qualidade de vida. Porém, uma maior percepção dos sintomas da doença relaciona-se com a menor adesão farmacológica, podendo dever-se ao facto de a não adesão estar associada a um menor controlo dos níveis de tensão arterial e, por conseguinte, a mais sintomas.

No que concerne à associação entre os comportamentos de autocuidado com a hipertensão arterial e as representações da doença, no estudo que realizámos foram encontradas diferentes correlações. Foi encontrada uma correlação positiva entre o autocuidado com a alimentação geral com a dimensão Controlo Pessoal da escala das representações da doença. Esta associação poderá sugerir que o facto de as pessoas terem um bom nível de percepção de controlo da doença conduz a que adiram melhor a uma alimentação saudável, adequada de acordo com a hipertensão arterial. Este resultado vai ao encontro do que é descrito na literatura, num estudo com uma população hipertensa de Taiwan, em que o controlo pessoal desencadeou significativamente a adesão aos autocuidados, nomeadamente à alimentação (Chen, Tsai, & Lee, 2009). Isto porque é muito provável que os pacientes que acreditam que o tratamento pode trazer efeitos benéficos à sua saúde se sintam mais motivados a aderir a uma alimentação saudável, como tal, a percepção de capacidade por parte do utente para gerir a ameaça à sua saúde é fundamental para que este adira às recomendações médicas (Chen et al., 2009). Assim, ambos os estudos demonstram que o controlo pessoal prediz mais facilmente uma adesão aos autocuidados.

Neste estudo encontrou-se, ainda, uma correlação positiva entre a globalidade dos comportamentos de autocuidado com a hipertensão e a dimensão Controlo dos Tratamentos. Esta associação parece traduzir que uma maior percepção da eficácia do tratamento leva a que a adesão aos autocuidados seja maior. Este resultado corrobora estudos anteriores, como o estudo de Zugelj, Zupancic, Komidar, Kenda, Varda e Gregoric (2010) que concluiu que os participantes que tinham as expectativas mais altas sobre a eficácia do tratamento aderiam melhor às recomendações médicas, em comparação com os colegas que tinham expectativas mais baixas em relação à eficácia do tratamento.

Encontrou-se uma associação negativa entre o comportamento de autocuidado relativo à atividade física e a dimensão Identidade das representações da doença, indicando

que os participantes que percecionam mais os sintomas da hipertensão praticam menos atividade física, ou que os que praticam mais atividade física percecionam menos sintomas da doença. No estudo de Leventhal, Phillips e Burns (2016) é dado o exemplo dos pacientes com insuficiência cardíaca, no qual se pretendia que estes iniciassem caminhadas e fizessem disso rotina, no entanto estes utentes não tinham criada a representação tanto do risco da doença, como dos sintomas, encontrando-se assim desintegrada a resposta que era necessária dar para que a adesão fosse eficaz.

Por último e a respeito da associação entre os comportamentos de autocuidado com a hipertensão arterial e as representações da doença, no estudo presente foi ainda encontrada uma correlação entre a Alimentação Específica e a dimensão de carácter emocional - a Preocupação. Essa relação é positiva, transmitindo que uma maior preocupação com a hipertensão leva a que exista uma maior adesão ao cuidado com a alimentação específica. De acordo com a literatura, e tendo como exemplo pessoas que tinham um elevado risco de vir a sofrer um AVC, aqueles que percecionavam esse risco preocupavam-se em manter os níveis da pressão arterial no nível desejado, sendo que para isso aderiam melhor a comportamentos de autocuidado, nomeadamente à alimentação específica que em muito influencia os valores da pressão arterial (Hsiao et al., 2012).

No nosso estudo encontram-se também correlações entre a idade dos participantes e as representações que estes desenvolvem acerca da doença. A primeira associação é referente à dimensão Consequências que está negativamente associada à idade, assim quanto maior era a idade, menor eram as crenças relacionadas com a gravidade da hipertensão arterial. No estudo de Ross, Walker e MacLeod (2004) foi igualmente encontrada a relação entre a idade e a representação das consequências da doença, na qual as pessoas mais velhas apresentavam menores crenças sobre a gravidade da hipertensão. É ainda referido no estudo anteriormente citado que a perceção das consequências está diretamente associada à expressão das emoções e ao baixo bem-estar psicológico (Ross, Walker, & MacLeod, 2004).

Foram ainda encontradas duas outras conclusões referentes à idade, verificando-se que esta se encontra correlacionada de forma positiva com a dimensão controlo dos tratamentos, sendo que quanto maior era a idade dos participantes maior era a perceção da eficácia do tratamento da hipertensão. A outra conclusão refere-se à associação negativa entre a idade e as representações emocionais, sendo que quanto mais idade o doente tinha menores eram as perceções de ansiedade, medo e preocupação acerca da doença.

Num estudo levado a cabo por Pickett, Allen, Franklin e Peters (2014), com uma amostra de adultos afro-americanos com idades entre os 18 e os 65 anos e que estavam diagnosticados com hipertensão arterial, foram encontradas algumas diferenças entre grupos em relação às crenças que tinham sobre a doença em função das variáveis sociodemográficas. Desta forma, uma das primeiras diferenças encontradas referia-se ao tempo de diagnóstico, verificando-se que pessoas que já tinham o diagnóstico há mais de 5 anos desenvolviam crenças maioritariamente de cariz cognitivo, nomeadamente em relação à duração da

doença, comparativamente aos que tinham recebido o diagnóstico há menos de 5 anos. No que respeita à idade não foram encontradas diferenças nas crenças sobre a doença.

No que concerne às habilitações literárias, no nosso estudo foi possível encontrar duas associações com as representações da doença. Uma primeira correlação negativa entre o nível de escolaridade e as crenças sobre o controlo pessoal, em que quanto maior o grau de escolaridade menor era a perceção de controlo da doença. No mesmo sentido, um estudo anterior mostrou que os doentes com habilitações literárias inferiores ao 12º ano de escolaridade desenvolviam mais representações da doença referentes ao controlo pessoal, isto é, à capacidade que tinham para controlar a doença, em comparação com as que tinham um nível de escolaridade superior ao 12º ano (Pickett, Allen, Franklin, & Peters, 2014).

A outra conclusão encontrada no nosso estudo referente às habilitações literárias é que estas estão positivamente associadas às crenças emocionais, nomeadamente a Preocupação, assim quanto maior era o grau de escolaridade maior a preocupação que as pessoas tinham com a doença. Na revisão bibliográfica foi encontrado um estudo que refere que as crenças de cariz emocional não se encontram associadas ao nível de escolaridade, mas sim a crenças relativas à duração da doença (Chen et al., 2009).

No estudo por nós desenvolvido, verificou-se que os doentes referiam ter um bom nível de satisfação com a informação recebida no local onde são acompanhados. A satisfação com a informação sobre a hipertensão arterial apresentou uma relação significativa e negativa com a alimentação específica, sendo a adesão a esta dimensão de cuidados menor quando os doentes se sentiam mais informados. Em relação às crenças sobre a doença não foi observada nenhuma correlação significativa com a satisfação com a informação recebida.

Ao contrário do que encontrámos, na literatura surgem estudos que defendem que as pessoas com doenças crónicas, sejam elas diabetes, hipertensão arterial ou outras, estão frequentemente mais insatisfeitos com a informação que recebem, comparativamente a pessoas que não tinham uma doença crónica (Druss, Schlesinger, Thomas, & Allen, 2000). Porém, no estudo de Doubova, Pérez-Cuevas, Zepeda-Arias e Flores-Hernández (2008) verificou-se que metade dos participantes com diabetes tipo 2 e hipertensão estavam satisfeitas com a informação que recebiam. Um outro estudo revelou que as pessoas com hipertensão revelaram estar satisfeitas com a informação que recebem acerca da medicação por parte dos médicos, nomeadamente sobre a ação e uso da mesma (Saleem, Hassali, Shafie, Awad, & Bashir, 2011). Desta forma, o nível de adesão era bastante grande, porém, os sujeitos referiam que se tivessem mais informação sobre os efeitos secundários a não adesão não intencional seria ainda mais pequena (Saleem et al., 2011).

Relativamente às diferenças nos comportamentos de autocuidado com a hipertensão arterial em função do género, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa na dimensão alimentação específica, sendo que as mulheres são as que têm mais cuidado com a mesma, comparativamente com os homens, revelando estes terem maiores dificuldades na adesão às recomendações alimentares. De acordo com Nolen-Hoeksema (2004), os homens e as mulheres adotam de forma diferente comportamentos de autocuidado, sendo que os

homens reagem à doença com comportamentos de maior risco para a saúde, como é o caso do aumento do consumo de bebidas alcoólicas e consumo de tabaco. Mas, e segundo o mesmo autor, os acessos aos cuidados de saúde médicos são também encarados de formas distintas por ambos os géneros, uma vez que as mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde e a preocuparem-se mais com a sua saúde.

Na literatura tem sido descrita a existência de diferenças de género nos padrões alimentares, na qual surgem as mulheres como as que mais consomem de forma regular frutas e hortícolas, ao contrário dos homens que abusam mais de carnes gordas e adicionam sal à mesa já com a refeição pronta. Desta forma, as mulheres e os homens apresentam formas de se alimentarem díspares, sendo o sexo feminino o que revela uma alimentação mais saudável (Silva, Domingos, & Caramaschi, 2018).

Já a respeito das representações que as pessoas desenvolvem acerca da sua doença não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres e os homens, querendo isto dizer que independentemente do género as crenças que são desenvolvidas são idênticas para ambos.

A classificação dos níveis de pressão arterial do doente permite avaliar a eficácia do tratamento e da autogestão da doença. O objetivo do tratamento é conseguir que os valores da tensão arterial se mantenham dentro do normal. Neste estudo foi possível observar que os doentes classificados com valores de tensão arterial enquadrados no estágio normal aderiam melhor ao tratamento farmacológico do que as pessoas classificadas nos estádios de hipertensão mais avançada. Pelo contrário, no estudo de Fongwa e colaboradores (2008), as pessoas classificadas com hipertensão no estágio I e II tinham uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso do que as pessoas que tinham a pressão arterial dentro dos níveis normais.

Não foram encontradas quaisquer diferenças nos comportamentos de autocuidado, bem como nas representações de doença entre os grupos com diferentes níveis da pressão arterial. Um estudo anterior verificou que pacientes diagnosticadas com hipertensão, mas em estádios mais avançados, desenvolviam representações negativas acerca do tratamento, mencionando que a medicação poderia ser viciante, e desta forma, não sentindo necessidade de a tomar, somente quando existissem evidências de sintomas ou sinais (Ogedegbe, Mancuso, Allegrante, & Charlson, 2003).

A respeito do controlo dos valores da pressão arterial verificou-se uma diferença na perceção do nível de controlo entre os participantes que realizavam a medição regular dos níveis da pressão arterial e os que não o faziam. Como tal, as representações de controlo são mais elevadas nos doentes que medem regularmente os valores, comparativamente aos que não os medem. A perceção de controlo da doença parece estar relacionada com a monitorização regular dos níveis de tensão, ou seja, esses conseguem fazer uma gestão mais adequada desses valores, contrariamente aos doentes que têm uma noção baixa de controlo da doença.

No estudo de Spencer, Phillips e Ogedegbe (2005) verificou-se que o controlo da pressão arterial está intimamente ligado com as crenças que os doentes constroem sobre a sua doença, uma vez que os pacientes têm variadas representações acerca da doença, nomeadamente as consequências, a duração, os sintomas e o controlo dos tratamentos. Desta forma, as pessoas que percecionam a doença como tendo mais gravidade e como sendo crónica, que têm uma boa perceção dos sintomas da doença e da eficácia do tratamento realizam um controlo mais frequente dos níveis da pressão arterial, contrariamente às pessoas em que estas crenças não estão tão desenvolvidas e, por isso os seus valores encontram-se menos controlados (Spencer, Phillips, & Ogedegbe, 2005). Num outro estudo também sobre as crenças e o controlo da pressão arterial, as pessoas que pontuaram mais na dimensão cognitiva do IPQ tinham duas vezes mais capacidades de controlar os valores da pressão arterial em comparação com os pacientes que não tinham uma visão tão negativa das consequências (Ogedegbe, Mancuso, & Allegrante, 2004).

#### **4.1 Limitações do Estudo**

Considera-se pertinente ponderar sobre algumas limitações associadas ao presente estudo. Uma primeira limitação diz respeito à amostra não ser representativa da população com hipertensão arterial, tanto do Centro de Saúde onde foi recolhida a amostra, como da população em geral. Uma outra que é possível apontar é o facto de a administração dos questionários ter sido de forma oral, na qual foi questionado diretamente ao utente as perguntas dos mesmos, o que por um lado é mais fácil e rápido de aplicar, mas por outro poderá ter levado a respostas deturpadas, ou que vão de encontro aquilo que nós investigadores pretendíamos ouvir, levando a que existisse uma possível desejabilidade social, influenciando assim os resultados.

No entanto, na aplicação dos questionários também existia a possibilidade de ser a própria pessoa a preenchê-los, mas foram poucas as situações em que isso aconteceu, uma vez que a população não tinha grandes facilidades na leitura e compreensão das questões acabando por demorar mais a responder, levando-nos a outra limitação que é o facto de ser maioritariamente uma população idosa e o grau de escolaridade ser baixo.

Uma outra limitação importante a apontar foram as dificuldades que existiram na procura de informação, mais precisamente estudos que permitissem comparar os resultados encontrados, uma vez que a temática da hipertensão arterial afeta várias pessoas, mas no fundo não é muito debatida, nem aprofundada, visto que aparece associada a outras patologias de maior relevância. Assim, para futuras investigações fica a sugestão do aprofundar do estudo da Hipertensão arterial em doentes sem outras co-morbilidades, dado que apesar de ser uma doença com o qual é possível viver com qualidade de vida, se esta não controlada pode causar danos irreversíveis a médio ou longo prazo.



## Conclusão

Tomando consciência dos diferentes aspetos que envolvem a importância e complexidade de uma doença crónica, como a hipertensão arterial, esta investigação debruçou-se sobre a adesão ao tratamento da mesma, nomeadamente ao tratamento farmacológico e aos autocuidados a adotar pelo doente, bem como as crenças que são desenvolvidas sobre este tipo de patologia. Assim, os resultados encontrados revelam bons níveis de adesão à toma da medicação, mas um baixo nível de adesão à prática de exercício físico.

Os resultados desta investigação referentes às crenças sobre a doença revelam que os participantes percecionam a doença como sendo uma patologia com alguma gravidade e que facilmente percecionam os sintomas da mesma. Revelaram ainda que estes detêm uma boa perceção de controlo da doença e uma boa perceção da eficácia dos tratamentos. Ao nível emocional os participantes desenvolvem crenças mais elevadas acerca da preocupação com a doença, mas também das emoções que se desencadeiam com a mesma, como é o medo, a ansiedade e a raiva. Neste estudo foi também encontrado a perceção de um bom nível de compreensão da doença.

A problemática deste estudo parece estar esquecida e encoberta entre outras doenças que se impõem mais facilmente através do aparecimento de sintomatologia ou evidências físicas, no entanto a hipertensão arterial está mais presente do que aquilo que se possa esperar, indicando os dados epidemiológicos um crescimento, como já foi descrito anteriormente.

Assim, pensa-se que os dados apresentados possam contribuir para uma melhor gestão da doença, uma vez que as estratégias preventivas focadas na adesão à terapêutica, nomeadamente mudanças nos comportamentos alimentares, nos hábitos tabágicos, consumo de bebidas alcoólicas e muito principalmente na prática de atividade física, uma vez que a população em estudo apresentava uma deficitária participação em atividades que requeressem esforço físico. É importante salientar que uma das barreiras que as pessoas com hipertensão arterial se deparam são as crenças que constroem sobre a sua própria doença, muitas vezes fruto da pouca acessibilidade a informação fidedigna, ou também ao excesso de informação que nem sempre é a mais correta.

Como tal, as crenças acerca da doença vão evoluindo à medida que o tempo passa e que a problemática se desencadeia, sendo que variadas vezes os alicerces destas são assentes em emoções desajustadas, como a ansiedade, o medo e a preocupação excessiva. No entanto, as crenças cognitivas, como é o caso das consequências, da possível duração da doença e até mesmo a sensação de controlo pessoal e do tratamento são em certa parte fatores protetores que permitem lidar com a hipertensão arterial de uma forma saudável.

Assim e para finalizar, torna-se essencial promover a adoção de um autocuidado ajustado, tanto à pessoa, como à representação que faz da doença, uma vez que a autogestão da doença é da responsabilidade do utente. Deste modo o tratamento deve ser flexível e estar de acordo com as características do doente, com o intuito de manter os níveis de pressão arterial nos níveis considerados normais, permitindo assim viver com a melhor qualidade de vida possível.

## Referências Bibliográficas

- Amaral, O., Chaves, C., Duarte, J., Coutinho, E., Nelas, P., & Preto, O. (2015). Treatment adherence in hypertensive patients - a cross-sectional study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 171, 1288-1295. doi: doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.243.
- Amarante, P. (2013). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- Ashworth, M., Medina, J., & Morgan, M. (2008). Effect of social deprivation on blood pressure monitoring and control in England: a survey of data from the quality and outcomes framework. *The British Medical Journal*, 337, 1-7. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.a2030.
- Balduino, A. F. A., Mantovani, M. F., Lacerda, M. R., & Meier, M. J. (2013). Análise Conceitual de Autogestão do Indivíduo Hipertenso. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(4), 37-44.
- Banhato, E. C., & Guedes, D. V. (2011). Cognição e hipertensão: influência da escolaridade. *Estudos de Psicologia*, 28(2), 143-151.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187. doi: 10.1016/s0738-3991(02)00032-0.
- Barros, V., Carrageta, M., Graça, P., Queiroz, J., & Sarmiento, M. (2013). *Dieta Mediterrânea - Um património civilizacional partilhado*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à Psicologia da Saúde* (2ª Eds). Lisboa: Climepsi.
- Biolo, A., Shibata, R., Ouchi, N., Kihara, S., Sonoda, M., Kenneth, W., & Sam, F. (2010). Determinants of Adiponectin Levels in Patients with Chronic Systolic Heart Failure. *The American Journal of Cardiology*, 105(8), 1147-1152. doi: 10.1016/j.amjcard.2009.12.015.
- Blanski, C. K., & Lenardt, M. H. (2005). A Compreensão da Terapêutica Medicamentosa pelo Idoso. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26(2), 180-188.
- Bortolotto, L. A. (2008). Hipertensão arterial e insuficiência renal crónica. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 15(3), 152-155.

- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseado na Evidência - CEMBE.
- Busato, O. (2003). Hipertensão. In Quid Novi. *Grande Enciclopédia Médica Saúde da Família*. Volume 8 (pp. 70-85). Matosinhos: Quid Novi.
- Cappuccio, F. P. (2007). Salt and cardiovascular disease. *The British Medical Journal*, 334, 859-862. doi: 10.1136/bmj.39175.364954.BE.
- Carrageta, M. (2006). Tudo o que deve saber sobre a Hipertensão Arterial. *Fundação Portuguesa de Cardiologia - Clube Rei Coração*, 9, 1-9.
- Castelnuovo, A. D., Rotondo, S., Iacoviello, L., Donati, M. B., & Gaetano, G. (2002). Meta-Analysis of wine and Beer Consumption in Relation to Vascular Risk. *Circulation*, 105(24), 2836-2844. doi: 10.1161/01.CIR.0000018653.19696.01.
- Coelho, E. B., & Nobre, F. (2006). Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 51-54.
- Chen, S. L., Tsai, J. C., & Lee, W. L. (2009). The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2234-2244. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02706.x>.
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L. Jr., ... National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. (2003). Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Journal of Hypertension*, 42(6), 1206-1252. doi: 10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2.
- 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., Neves, A. G., Pinto, A. C., Silva, A. A., & Castro, S. A. (2011). Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 40(16), 201-219.
- Direção Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

- Direção Geral de Saúde (2010). *Elementos Estatísticos Informação Geral Saúde/2008*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Estratégia para a redução do consumo de sal na alimentação em Portugal*. Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Norma da Direção Geral da Saúde nº 020/2011 de 28 de setembro de 2011 e atualizada a 19 de março de 2013.
- Doubova, S. V., Pérez-Cuevas, R., Zepeda-Arias, M., & Flores-Hernández, S. (2008). Satisfaction of patients suffering from type 2 diabetes and/or hypertension with care offered in family medicine clinics in Mexico. *Salud Pública de México*, 51(3), 231-239. doi: 10.1590/s0036-36342009000300014.
- Druss, B. G., Schlesinger, M., Thomas, T., & Allen, H. (2000). Chronic Illness and Plan Satisfaction Under Managed Care. *Health Affairs*, 19(1), 203-209. doi: doi.org/10.1377/hlthaff.19.1.203
- European Society of Hypertension, & European Society of Cardiology Guidelines Committee. (2003). 2003 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, 21(6), 1011-1053. doi: 10.1097/00004872-200306000-00001.
- Figueiras, M. J. (2006). Psicologia da doença vs Psicologia da saúde: A relevância dos modelos de senso-comum. In I. Leal (Eds.), *Perspetivas em Psicologia da Saúde* (pp. 99-116). Coimbra: Quarteto.
- Figueiras, M., Marcelino, D. S., Claudino, A., Cortes, M. A., Maroco, J., & Weinman, J. (2009). Patients' illness schemata of hypertension: the role of beliefs for the choice of treatment. *Psychology and Health*, 25(4), 1-11. doi: 10.1080/08870440802578961.
- Fongwa, M. N., Evangelista, L. S., Hays, R. D., Martins, D. S., Elashoff, D., Cowan, M. J., & Morisky, D. E. (2008). Adherence treatment factors in hypertensive African American women. *Vascular Health and Risk Management*, 4(1), 157-166. doi: 10.2147/vhrm.2008.04.01.157.
- Foster, C., Brown, J., Killen, M., & Brearley, S. (2007). The NCRI cancer experiences collaborative: defining self management. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(4), 295-297. doi: 10.1016/j.ejon.2007.08.002.

- Freitas, M. C., & Mendes, M. R. (2007). Condição Crónica: Análise do Conceito no Contexto da Saúde do Adulto. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15(4), 77-84. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000400011>.
- Gazzinelli, M. F., Gazzinelli, A., Reis, D. C., & Penna, C. M. M. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Caderno de Saúde Pública*, 21(1), 200-206. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100022>.
- Gravina, C. F., Grespan, S. M., & Borges, J. L. (2007). Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 14(1), 33-36.
- Hamer, M., & Stamatakis, E. (2009). Pysical ativity and risk of cardiovascular disease events: inflammatory and metabolic mechanisms. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41(6), 1206-1211. doi: 10.1249/MSS.0b013e3181971247.
- Handler, C. (2006). *Cardiologia nos Cuidados Primários: Guia Prático de Medicina*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Helena, E. S., Nemes, M. B., & Neto, J. E. (2010). Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 614-626. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300013>.
- Hsiao, C. Y., Chang, C., & Chen, C. D. (2012). An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 28(8), 442-447. doi: <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2012.02.015>.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência (2011). *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jacomini, C. Z., & Hannouche, R. Z. (2001). Retinopatia hipertensiva. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 8(3), 321-327.
- Jin, J., Sklar, G. E., Min Sen Oh, V., & Chuen Li, S. (2008). Factores affecting therapeutic compliance: A reviem from the patient's perspective. *Therapeutics and clinical risk management*, 4(1), 269-286. doi: 10.2147/tcrm.s1458.
- Kelley, G. A., Kelley, K. A., & Tran, Z. V. (2001). Aerobic Exercise and Resting Blood Pressure: A Meta-Analytic Review of Randomized, Controlled Trials. *Preventive Cardiology*, 4(2), 73-80. doi: 10.1111/j.1520-037x.2001.00529.x.

- Leal, J., Fernández, R. L., Gray, A., Petersen, S., & Rayner, M. (2006). Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *European Heart Journal*, 27(13), 1610-1619. doi: 10.1093/eurheartj/ehi733.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Eds.), *Medical psychology* (pp. 7-30). New York: Pergamon.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163. doi: 10.1007/BF01173486.
- Leventhal, H., Leventhal, E., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In A. Baum, A. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 19-47). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. A. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CMS): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(6), 1-32. doi: 10.1007/s10865-016-9782-2.
- Lima, S. L., Portela, M. C., Koster, I., Escosteguy, C. C., Ferreira, V. B., Brito, C., ... Vasconcellos, M. L. (2009). Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9), 2001-2011. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900014>.
- Lima, H. P., Santos, Z. A., Nascimento, J. C., & Caetano, J. A. (2010). Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. *Revista Rene Fortaleza*, 11(2), 170-178.
- Lobão, A., Marques, P., Leite, C., Almeida, M., Araújo, P., Cardoso, V., ... Vidal, F. (2010). Tabagismo e Fatores de Risco Cardiovascular no Centro de Saúde de Barão do Corvo. *Revista Científica da Ordem dos Médicos - Acta Médica Portuguesa*, 23(2), 159-166.
- Lurbe, E., Cifkova, R., Cruickshank, J., Dillon, M., Ferreira, I., Invitti, C., ... Zanchetti, A. (2009). Management of high blood pressure in children and adolescents: recommendations of the Europran Society of Hypertension. *Journal of Hypertension* 27(9), 1719-1742. doi: 10.1097/HJH.0b013e32832f4f6b.
- Macedo, M. E., & Ferreira, R. C. (2013). *A Hipertensão Arterial em Portugal 2013. Análise epidemiológica nos cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

- Macedo, M. E., Lima, M. J., Silva, A. O., Alcântara, P., Ramalinho, V., & Carmona, J. (2007). Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26(1), 21-39.
- Maciel, B. C. (2001). A hipertrofia cardíaca na hipertensão arterial sistémica: mecanismo compensatório e desencadeante de insuficiência cardíaca. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 8(4), 409-413.
- Marques, J. P., Pinheiro, J. P., Veríssimo, M. T., & Ramos, D. (2015). A hipertensão arterial e o exercício físico: elementos para uma prescrição médica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31, 46-50. doi: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v31i1.11431>
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics (7ª Ed)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Martins, S. O., Oliveira, T., Gomes, J. J. F., Caramona, M., & Cabrita, J. (2011). Factores associados à hipertensão arterial nos utentes de farmácias em Portugal. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 136-144. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000056>.
- Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1999). *Despacho Conjunto nº 861/99*. Diário da República nº 235 - 2ª série de 8 de outubro de 1999.
- Molina, M. C. B., Cunha, R. S., Herkenhoff, L. F., & Mill, J. G. (2003). Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 743-750. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000600009>.
- Moreira, L., Fernandes, M., Couto, E., Martins, L., & Moreira, F. (2010). Análise Retrospectiva dos doentes seguidos pela especialidade de Medicina Interna numa consulta de HTA. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 19, 2-34.
- Moreira, P., Sousa, A. S., Guerra, R. S., Santos, A., Borges, N., Afonso, C., ... Padrão, P. (2018). Sodium and potassium urinary excretion and their ratio in the elderly results from the Nutrition UP 65 study. *Food & nutrition research*, 62, 1-10. doi: [10.29219/fnr.v62.1288](https://doi.org/10.29219/fnr.v62.1288).
- Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*, 364, 1523-1537. doi: [10.1016/S0140-6736\(04\)17277-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17277-2).
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 981-1010. doi: [10.1016/j.cpr.2004.08.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.003).

- Nolte, E., & Mckeen, M. (2008). *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press.
- Nunes, E. (2006). Consumo de Tabaco - Efeitos na saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 22(2), 225-244. doi: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v22i2.10231>.
- Odgen, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª Ed). Lisboa: Climepsi.
- Ogedegbe, G., Mancuso, C. A., Allegrante, J. P., & Charlson, M. E. (2003). Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(6), 520-529. doi: 10.1016/s0895-4356(03)00053-2.
- Ogedegbe, G., Mancuso, C. A., & Allegrante, J. P. (2004). Expectations of blood pressure management in hypertensive African-American patients: a qualitative study. *Journal of the National Medical Association*, 96(4), 442-449.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Prevenção de doenças crónicas um investimento vital*. Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2013). *World Health Day 2013: calls for intensified efforts to prevent and control hypertension*. Global Health Workforce Alliance.
- Pereira, A. S. (2006). Stress e Doença: contributos da Psicologia da Saúde na última década. In I. Leal (Coord.) *Perspetivas em Psicologia da Saúde* (pp.145-167). Coimbra: Quarteto.
- Pereira, S. (2010). Abordagem do Risco Cardiovascular no Doente Hipertenso. *Acta Médica Portuguesa*, 23(2), 223-226.
- Pereira, A., & Patrício, T. (2013). *Guia Prático de Utilização do SPSS - Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. (8ª Ed). Lisboa: Sílabo.
- Pereira, M. G., & Roios, E. (2011). Crenças e Ajustamento Psicossocial à Doença Crónica. *Psicologia na Atualidade*, 3, 36-47.
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical medicine*, 6(6), 536-539. doi: 10.7861/clinmedicine.6-6-536.
- Phillips, L. A., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2012). Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British Journal of Health Psychology*, 17(2), 244-257. doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02035.x.

- Pickett, S., Allen, W., Franklin, M., & Peters, M. (2014). Illness Beliefs in African Americans With Hypertension. *Western Journal of Nursing Research*, 36(2), 152-170. doi: 10.1177/0193945913491837.
- Pinto, C. A. M. (2016). *A gestão da pessoa com Hipertensão Arterial na Unidade Móvel de Saúde* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- Pires, C. G. S., & Mussi, F. C. (2008). Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(2), 2257-2267. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900030>.
- Polónia, J., Martins, L., Pinto, F., & Nazaré, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PSYSA study. *Journal of Hypertension*, 32(6), 1211-1221. doi: 10.1097/HJH.000000000000162.
- Polónia, J., Ramalhinho, V., Martins, L., & Saavedra, J. (2006). Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 25(6), 649-660.
- Rahmouni, K., Correia, M. L. G., Haynes, W. G., & Mark, A. L. (2005). Obesity-associated hypertension: new insights into mechanisms. *Hypertension*, 45(1), 9-14. doi: 10.1161/01.HYP.0000151325.83008.b4.
- Ribeiro, D. C. (2013). *Adesão terapêutica e qualidade de vida em adultos e adultos idosos com Hipertensão: Fatores motivacionais* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Rosendo, I., Fonseca, G., Guedes, A. R., & Martins, V. (2009). Caracterização dos fumadores e factores que influenciam a motivação para a cessação tabágica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(5), 783-802. doi: 10.1016/S0873-2159(15)30179-3.
- Rosendo, I., Santiago, L. M., & Marques, M. (2017). Fatores Associados a Tensão Arterial Não Controlada em Pessoas com Diabetes Tipo 2 Seguidas nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Científica da Ordem dos Médicos - Acta Médica Portuguesa*, 30(3), 197-204.
- Ross, S., Walker, A., & MacLeod, M. J. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18, 607-613. doi: 10.1038/sj.jhh.1001721.

- 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.
- Santos, Z. M. S. A. (2011). Hipertensão Arterial - Um problema de saúde pública. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 24(4), 285-286. doi: 10.5020/18061230.2011.p285.
- Santos, A., Gregório, M. J., Sousa, S. M., Anjo, C., Martins, S., Bica, M., & Graça, P. (2018). *A importância do potássio e da alimentação na regulação da pressão arterial*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Sharma, A. M., Wittchen, H. U., Kirch, W., Pittrow, D., Ritz, E., Gokke, B., ... Hydra Study Group. (2004). High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross-sectional study. *Journal of Hypertension*, 22(3), 479-486. doi: 10.1097/00004872-200403000-00009.
- Silva, M. G. (2001). Doenças crónicas na infância: conceito, prevalência e repercussões emocionais. *Revista Pediátrica*, 2(2), 29-32.
- Silva, M. G. C., Domingos, T. S., & Caramaschi, S. (2018). Hipertensão Arterial e cuidados com a saúde: concepções de homens e mulheres. *Psicologia, Saúde & Doença*, 19(2), 435-452.
- Siqueira, L. G., Versiani, C. C., Alves, A. N., Borges, D. M., Ribeiro, G. G., & Jesus, V. F. (2014). Crenças e Atitudes de clientes hipertensos relacionadas ao controle da hipertensão arterial sistêmica. *Humanidades*, 3(2), 51-59.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH). (sd). Publicações [página oficial da SPH]. Recuperada de <https://www.sphta.org.pt/pt/base3/17>.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2014). Tradução Portuguesa das Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 39, 1-91.
- Sousa, I. M. C. (2005). *A Adesão às Recomendações Terapêuticas nos Doentes Hipertensos*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Souza, D. & Póvoa, R. (2014). Álcool e Hipertensão Arterial. *Revista Fatores de Risco*, 32, 33-39.

- Spencer, J., Phillips, E., & Ogedegbe, G. (2005). Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Blood Pressure Control in a Community-Based Sample in Ghana. *Ethnicity & Disease, 15*(4), 748-752.
- Tavares, D. S., Paiva, M. M., Dias, F. A., Diniz, M. A., & Martins, N. F. (2013). Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 21*(1), 1-8.
- Teles, I., Adão, A. M., Rainho, C., Silva, S., & Pousa, J. (2018). Controlo dos fatores de risco cardiovascular modificáveis em doentes com enfarte agudo do miocárdio. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular, 66*, 6-10.
- Thompson, P. D., Franklin, B. A., Balady, G. J., Blair, S. N., Corrado, D., Estes, N. A. M. ... Costa, F. (2007). Exercise and cardiovascular events placing the risks into perspective: a scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism and the Council on Clinical Cardiology. *Circulation, 115*(17), 2358-2368. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.181485
- Trovisqueira, A. (2007). *Impacto de uma intervenção informativa baseada na teoria das cognições de doença, em doentes no pós-enfarte do miocárdio*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga.
- Vázquez, M. A., Sacanella, E., Tobias, E., Monagas, M., Antúnez, E., Zamora, R., R. ... Estruch, R. (2007). Inflammatory markers of atherosclerosis are decreased after moderate consumption of cava (sparkling wine) in men with low cardiovascular risk. *The Journal of Nutrition, 137*(10), 2279-2284. doi: 10.1093/jn/137.10.2279
- Whelton, S. P., Chin, A., Xin, X., & He, J. (2002). Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Annals of Internal Medicine, 136*(2), 493-503. doi: 10.7326/0003-4819-136-7-200204020-00006.
- Whitworth, J. A., World Health Organization, & International Society of Hypertension. (2003). 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension, 21*(11), 1983-1992. doi: 10.1097/00004872-200311000-00002.
- World Health Organization. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions. Building Blocks for Action*. Noncommunicable Diseases and Mental Health - World Health Organization.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies - Evidence for action*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2008). *WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2009). *Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (sd). *Health topics* [página oficial da WHO]. Recuperada de <https://www.who.int/health-topics/hypertension/>.

Wright, J. T. J. R., Williamson, J. D., Whelton, P. K., Snyder, J. K., Sink, K. M., Rocco, M. V., ... Ambrosius, W. T. (2015). A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *The New England journal of medicine*, 373(22), 2103-2116. doi: 10.1056/NEJMoa1511939

Xin, X., He, J., Frontini, M. G., Ogden, L. G., Motsamai, O. I., & Whelton, P. K. (2001). Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*, 38(5), 1112-1117. doi: 10.1161/hy1101.093424

Zugelj, U., Zupancic, M., Komidar, L., Kenda, R., Varda, N. M., & Gregoric, A. (2010). Self-reported Adherence Behavior in Adolescent Hypertensive Patients: The Role of Illness Representations and Personality. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(9), 1049-1060. doi: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq027>.



## **Anexos**





REPÚBLICA  
PORTUGUESA  
SAÚDE



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



Unidade Local de Saúde  
Castelo Branco, EPE

*Comissão de Ética da ULS de Castelo Branco*

Sua Referência	Sua comunicação	N/ Ofício - Data
		18/03/2019

Assunto	Informação de parecer da Comissão de Ética da ULSCB sobre pedido de autorização para realização do estudo “ <b>Determinantes da adaptação à doença: autogestão e representações da doença em doentes com Hipertensão Arterial</b> ”
---------	---

Para conhecimento e devidos efeitos, junto se anexa cópia do parecer da Comissão de Ética da ULSCB, datado de 22 de Fevereiro de 2019, e homologado pelo Conselho de Administração da ULSCB, E.P.E no dia 07 de Março de 2019.

O Serviço de Investigação, Formação e Ensino da ULSCB

O Gabinete de Comissões Técnicas da ULSCB

Na resposta indicar a nossa referência. Em cada ofício tratar apenas um assunto.



**Documento:** Formulário de Submissão para pedido de apreciação da Comissão de Ética da ULSCB

**Assunto:** Autorização para realização de estudo de investigação

**Requerente/Investigadoras:** Carla Loureiro e Daniela Pinheiro – Alunas do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

**Título:** "Determinantes da adaptação à doença: autogestão e representações da doença em doentes com Hipertensão Arterial", com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de conhecimento que apoie a melhoria dos cuidados ao doente com Hipertensão Arterial e a compreensão do processo de adaptação à doença.

**Orientadoras:** Cláudia Mendes Silva e Paula Saraiva Carvalho

**População do estudo:** Adultos com diagnóstico de Hipertensão Arterial

**Serviço onde decorre o estudo:** UCSP S. Tiago

**Data do pedido:** Datado no HAL a 28-01-2019

A Comissão de Ética da ULSCB, concorda com o referido estudo desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação sejam respeitados.

ULS de Castelo Branco, E.P.E., 22 de Fevereiro de 2019

A Comissão de Ética

UCSP S. Tiago Saúde

---

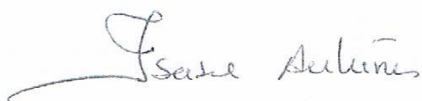
Declaração

Após apreciação do projecto de investigação: "Determinantes da adaptação à doença: autogestão e representação da doença em doentes com hipertensão arterial", com o objectivo de contribuir para o desenvolvimento de conhecimento que apoie a melhoria dos cuidados ao doente com Hipertensão arterial e a compreensão do processo de adaptação á doença que se pretende efectuar na UCSP S. Tiago saúde e dado o parecer positivo da comissão de ética da ULSCB, entende-se que se poderá efectuar o estudo na unidade desde que seja mantida a confidencialidade dos participantes e sejam respeitados todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

Dá-se conhecimento desde mesmo processo ao Diretor Executivo do ACES BIS.

UCSP S. Tiago Saúde, 23 Março 2019

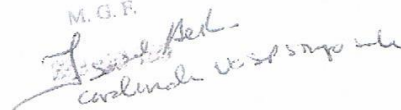
Coordenadora da UCSP S. Tiago saúde



(Isabel Antunes)

ISABEL ANTUNES

M. G. R.



## DETERMINANTES DE ADAPTAÇÃO À DOENÇA

### MEMBROS DA EQUIPA

Cláudia Silva e Paula Carvalho

Docentes do Departamento de Psicologia e Educação | UBI

Carla Loureiro e Daniela Pinheiro

Alunas de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde | DPE-UBI

---

**Objetivos Gerais:** Esta investigação pretende contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico que suporte a definição de estratégias de intervenção na doença, com vista a melhorar a adaptação e bem-estar psicológico do(a)s doentes, focalizando-se em diferentes níveis e contextos.

**Papel dos participantes:** Responder a um conjunto de questionários acerca de diferentes áreas, como vida familiar, variáveis do contexto de trabalho e qualidade de vida.

Os dados fornecidos são absolutamente confidenciais e serão tratados apenas coletivamente, de forma a garantir o anonimato dos participantes. Os questionários não terão nenhum elemento que permita a sua identificação pessoal. Em qualquer momento e por qualquer motivo (inclusive se sentir a sua privacidade invadida) é possível desistir de colaborar neste projeto, sem que por isso seja prejudicado no atendimento clínico que lhe é disponibilizado.

**Papel dos investigadores:** Os investigadores deste projeto comprometem-se a: a) Garantir total confidencialidade sobre os dados que forem fornecidos pelos participantes; b) Utilizar os dados fornecidos pelos participantes somente para fins de investigação (os resultados têm unicamente valor coletivo e serão apenas tratados como um todo).

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que li e compreendi a informação sobre a participação neste estudo e que tive oportunidade de colocar questões que me esclareceram sobre todos os procedimentos. Assim, de forma livre e esclarecida, declaro consentir a minha participação, nos termos acima enunciados, respondendo a um conjunto de questionários, sendo que a informação recolhida será anónima, confidencial e tratada coletivamente pela equipa responsável por este projeto de investigação.

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador: \_\_\_\_\_