



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial**

(VERSÃO DEFINITIVA APÓS DEFESA PÚBLICA)

**Ana Filomena Sequeira Soares**

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

Orientadora: Prof. Doutora Cláudia Mendes Silva  
Coorientadora: Prof. Doutora Paula Carvalho

**Covilhã, julho de 2019**

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

Aos meus excelentes e queridos pais,  
a quem tudo devo.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

## **Agradecimentos**

O gratificante e enriquecedor percurso que fiz, graças às pessoas que me acompanharam, que me fizeram aprender, crescer e a ser grande parte daquilo que sou hoje, é, sem qualquer dúvida, um desafio impossível de traduzir por palavras de profundo reconhecimento e gratidão. Toda a aprendizagem feita, experiências vividas, valores éticos e morais transmitidos e reforçados, devo-os, indubitavelmente, às pessoas que, fazendo parte da minha vida, muito generosamente me acompanharam, aconselharam, escutaram e me motivaram, desde o início, para a concretização desta minha etapa de desenvolvimento pessoal e profissional. É nesta altura, com o aproximar do fim desta caminhada, que me lembro das pessoas que fizeram parte desta minha história. E foram tantas...

Assim, começo por agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Cláudia Silva, pela sua incansável ajuda, pela confiança em mim depositada, pelas valiosas palavras de estímulo, pelo seu cuidado, não esquecendo, jamais, a sua maneira afável e paciente de me receber, sempre que eu precisava. Agradeço por todos os momentos de aprendizagem que me proporcionou.

Não poderei deixar de mencionar e de agradecer, também, ao meu supervisor do Hospital Beatriz Ângelo, o Dr.º Tiago Sousa, o forte elo de ligação entre os diversos profissionais responsáveis e pela sua disponibilidade tão importante para o processo. Agradeço, igualmente, à Dr.ª Catarina Ribeiro pela disponibilidade constante, apoio e acuidade das suas sugestões.

Desta inesquecível caminhada de cinco anos, fazem parte, ainda, todos os professores, os meus modelos de ensino, que tão bem acompanharam o meu percurso e me prepararam para a realização do meu sonho profissional.

Nesta viagem, também, tive a honra de me cruzar com pessoas - os utentes - que participaram neste estudo e sem os quais este trabalho não teria, de todo, sido possível. Agradeço-lhes, pois, a sua colaboração, a sua generosidade, simpatia e disponibilidade para o registo de opiniões e informações sobre a sua experiência pessoal com a medicação e respetivo tratamento, dados basilares para explorar a situação em estudo.

Percorreram, de igual modo, este caminho, os meus familiares, nomeadamente, os meus pais, com o seu apoio incondicional e inesgotável, os seus constantes incentivos, com a transmissão de conhecimentos, de valores éticos e morais tão indispensáveis ao exercício da nobre função para a qual me preparo. Obrigada pelo exemplo que todos os dias me dão na capacidade de sonhar. Tudo o que eu sou hoje, devo-o a eles e, sem dúvida, que são a minha âncora e porto seguro. Tão imprescindível como eles é a minha irmã, cujo apoio foi sempre

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

pautado por serenas palavras de encorajamento, carinho e ânimo. Aos três devo a minha formação, resiliência e realização pessoal.

Não esquecerei, ainda, a restante família, bem como a minha madrinha, tias e primas por toda a motivação e apoio que me prestaram ao longo destes proveitosos anos de aprendizagem e construção pessoal /profissional.

Não quero, ainda, deixar de mostrar a minha profunda gratidão às meninas do coração que sempre me acompanharam ao longo deste importante percurso. Em especial à Ângela, pela partilha de conhecimentos, companheirismo, amizade incondicional, paciência e carinho que sempre demonstrou num ano que, nem sempre foi fácil. Obrigada pela constante presença apesar da distância geográfica que nos separa. À Carolina, a amiga omnipresente, sempre pronta a incentivar-me nos momentos em que me sentia mais débil. São tantos os obrigados que tenho para lhe dar pela força e motivação. À Susana e à Gabriela, por serem os meus pilares, sempre confidentes e presentes no momento certo. Obrigada pela alegria contagiante e palavras de encorajamento num ano tão significativo como este.

Dedico, também, este capítulo da minha vida aos meus avós que já partiram e que, onde quer que se encontrem, continuam, indubitavelmente, a iluminar a minha vida.

Em jeito de conclusão, mas não menos importante, a minha gratidão é extensiva a todas as pessoas que, apesar de não estarem explicitamente mencionadas, contribuíram, igualmente, para a prossecução deste projeto, tendo sido um incalculável e valioso contributo para a concretização desta investigação.

## **Resumo**

Atualmente, mais de metade da população mundial confronta-se com a necessidade de tomar medicação e de adotar medidas de controlo e tratamento de diversas doenças, nomeadamente, crónicas. Os doentes com doença crónica são apontados como os que menos aderem à terapêutica, pelo que será necessário compreender este fenómeno. A hipertensão arterial (HTA) é uma das doenças crónicas mais prevalentes na população portuguesa, com uma prevalência de 26.9% em 2013 (DGS, 2013). O controlo da hipertensão arterial torna-se fundamental a fim de reduzir a morbilidade e a mortalidade por doença cardiovascular. Neste sentido, a hipertensão arterial acarreta inúmeros cuidados médicos diários que passam pela toma da medicação de forma correta e pela alteração de hábitos de vida do doente. Torna-se, igualmente, essencial compreender quais as crenças que os doentes possuem de modo a perceber como as mesmas influenciam o processo de adesão ao tratamento. Também as crenças sobre a medicação são objeto de estudo desta investigação de forma a perceber como estas convicções interferem com a adesão à terapêutica.

A amostra desta investigação foi constituída por 84 indivíduos com hipertensão arterial provenientes do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures. Com o intuito de obter uma representação fíavel das variáveis em estudo, recorreu-se a quatro instrumentos de colheita de dados, sendo eles: o questionário sociodemográfico, o *Illness Perception Questionnaire Brief* (IPQ-B), a Medida de Adesão aos Tratamentos e o Questionário de Crenças acerca da Medicação.

Os resultados permitiram verificar um nível de adesão elevada e hábitos de saúde saudáveis, bem como um nível de satisfação com a informação recebida. A grande maioria da amostra concebe a HTA como uma doença crónica que requer cuidados diários, evidenciando-se na necessidade que os doentes têm da medicação. Constatamos que quando aumenta a perceção do uso excessivo de medicação, maior é a perceção da toxicidade da mesma. Os resultados da pesquisa sugerem que quanto maior é a perceção da recomendação de medicação excessiva pelos médicos, menor é o grau de adesão ao regime terapêutico. Verificamos, ainda, que os sujeitos sem filhos apresentam necessidades específicas relativamente à medicação comparativamente com os sujeitos que não têm filhos. Os doentes mais satisfeitos com a informação sobre a HTA revelaram ter maiores crenças relativamente à necessidade de medicação assim como preocupações específicas sobre os fármacos.

Desta forma, urge a pertinência na atuação dos profissionais de saúde nas crenças que os doentes têm sobre a medicação e a doença de modo a conduzir a um bom sucesso terapêutico.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

## **Palavras-chave**

Hipertensão arterial; Gestão da doença; Adesão ao tratamento; Medicação; Crenças de doença.

## **Abstract**

Currently, more than half of the world population is confronted with the need to take medication and to adopt measures to control and treat various diseases, namely, chronic diseases. Patients with chronic disease are indicated as those who less adhere to medical recommendations, so it is necessary to understand this phenomenon. Hypertension is one of the most prevalent chronic diseases in the Portuguese population, with a prevalence of 26.9% in 2013 (DGS, 2013). Control of high blood pressure becomes essential in to reduce morbidity and mortality from cardiovascular disease. In this sense, high blood pressure is the cause of innumerable daily medical care, that go from taking the medication correctly to changing the habits of the patient. It is also essential to understand what beliefs patients have in order to understand how they influence on the process of adherence to treatment. The beliefs about medication are also object of study of this research in to perceive how these convictions interfere with adherence to medical recommendations.

The sample of this investigation consists of 84 individuals with blood pressure from the Hospital Beatriz Ângelo, in Loures. In order to obtain a reliable representation of the variables under study, four data collection instruments were used: the sociodemographic questionnaire; *the Illness Perception Questionnaire-Brief* (IPQ-B); Treatment Adherence Measure and Medication Belief Questionnaire.

The obtained results showed a high adherence level and healthy habits, as well as level of satisfaction with the adequate information received. The majority of the sample perceives hypertension as a chronic disease that requires daily care, which manifests in the need of medication. We have verified that when the perception of medication overuse increases, the greater the perception of the medication's toxicity. The results also showed that the greater the perception of medication overuse, the lower is the adherence to the therapeutic regimen. We also verified that people without children present specific needs with medication, compared to individuals with children. Patients who were the most satisfied about the information on hypertension, were the ones who had more beliefs about the need of medication, as well as specific concerns about the drugs.

In this way, it is imperative the role of health professionals in patients' beliefs about medication and disease in order to lead to a successful therapeutic success.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

## **Keywords**

Arterial hypertension; Disease Management; Adherence to treatment; Medication; Beliefs about Health.

## Índice

Capítulo 1 - Revisão da Literatura .....	19
Introdução .....	19
1. Doenças Crônicas .....	21
2. Hipertensão Arterial .....	23
2.1. Como é que a pressão arterial é regulada? .....	25
2.2. Determinantes da Hipertensão Arterial .....	25
2.3. Consequências da Hipertensão Arterial .....	27
2.4. Terapêutica Anti-Hipertensiva .....	28
3. A Adesão ao Regime Terapêutico na HTA.....	29
3.1. Adesão Terapêutica .....	30
3.2. Fatores que Influenciam a Adesão Terapêutica.....	32
3.2.1. Fatores demográficos, sociais e económicos.....	32
3.2.2. Fatores associados aos profissionais de saúde e serviços de saúde .....	34
3.2.3. Fatores alusivos à doença e às suas co-morbilidades.....	34
3.2.4. Fatores relativos à terapêutica.....	36
3.2.5. Fatores individuais.....	36
3.3. As Crenças dos Doentes acerca dos Medicamentos.....	37
3.4. Estratégias de Adesão ao Tratamento .....	39
3.5. Modelos Teóricos da Mudança Comportamental .....	40
3.5.1. Modelo de Crenças de Saúde.....	40
3.5.2. Modelo de Autorregulação do Comportamento de Doença de Leventhal .....	42
Capítulo 2 - Metodologia .....	47
2.1. Caracterização Metodológica do Estudo .....	47
2.2. Objetivos de Investigação .....	48
2.3. Participantes .....	49
2.4. Instrumentos.....	52
2.4.1. Questionário Sociodemográfico .....	52
2.4.2. Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) .....	52
2.4.3. Illness Perception Questionnaire-Brief (IPQ-B) .....	53
2.4.4. Questionário de Crenças acerca da Medicação .....	54
2.5. Procedimentos de Investigação .....	55
2.4.1. Análise estatística .....	55
Capítulo 3 - Resultados .....	59
3.1. Consistência interna dos instrumentos.....	59
3.2. Estatísticas descritivas.....	60
3.3. Estatísticas inferenciais .....	68

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

3.3.1. Diferenças na adesão ao tratamento .....	75
3.3.2 Diferenças nas crenças de doença .....	77
3.3.3. Diferenças nas crenças acerca da medicação.....	80
Capítulo 4 - Discussão dos resultados .....	85
4.1. Adesão ao regime terapêutico .....	87
4.2. Crenças de doença .....	89
4.3. Crenças acerca da medicação .....	92
4.4. Limitações do estudo e Implicações para Investigações Futuras .....	95
ANEXOS .....	105
ANEXO I- Documento para obtenção do Consentimento Informado .....	107
ANEXO II - Autorização para a realização do estudo .....	111

## **Lista de Figuras**

Figura 1. Modelo de autorregulação do comportamento de doença de Leventhal (adaptado de Odgen, 1999, p. 61) .....	45
---	----

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1- Níveis de PA segundo a DGS .....	24
Tabela 2- Caracterização dos Dados Sociodemográficos da Amostra .....	51
Tabela 3- Resultados do Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov .....	56
Tabela 4- Consistência Interna dos Instrumentos Utilizados .....	60
Tabela 5- Estatísticas Descritivas da MAT .....	60
Tabela 6- Estatísticas Descritivas dos Itens da MAT .....	61
Tabela 7- Estatísticas Descritivas do IPQ-B.....	63
Tabela 8- Causas Indicadas pelos Participantes no Aparecimento da HTA .....	64
Tabela 9- Estatísticas Descritivas das Crenças Acerca da Medicação.....	64
Tabela 10- Estatísticas Descritivas e Frequências item a item das Crenças Acerca da Medicação .....	66
Tabela 11- Correlações de Pearson entre a MAT e os Itens do IPQ-B .....	70
Tabela 12- Correlações de Pearson entre a MAT e as crenças Acerca da Medicação .....	70
Tabela 13- Correlações de Pearson entre o IPQ-B e as Crenças Acerca da Medicação .....	71
Tabela 14- Correlações de Pearson entre os itens do IPQ-B e as Crenças Acerca da Medicação .....	73
Tabela 15- Correlações de Pearson entre a MAT, Idade, Tempo de diagnóstico e Habilidades Literárias .....	74
Tabela 16- Correlações de Pearson entre o IPQ-B, Idade, Tempo de Diagnóstico e Habilidades Literárias .....	74
Tabela 17- Correlações de Pearson entre o QCM, Idade, Tempo de diagnóstico e Habilidades Literárias .....	74
Tabela 18- Resultados do Teste T da MAT em função do Género .....	75
Tabela 19- Resultados do Teste T da MAT em função das Habilidades Literárias .....	75
Tabela 20- Resultados do Teste T da MAT em função do Viver Sozinho .....	76
Tabela 21- Resultados do Teste T da MAT em função de Ter ou Não Filhos .....	76
Tabela 22- Resultados do Teste ANOVA da MAT em função da Satisfação com a Informação .	76
Tabela 23- Resultados do Teste T do IPQ-B em função do Género .....	77
Tabela 24- Resultados do Teste T do IPQ-B em função das Habilidades Literárias .....	78
Tabela 25- Resultados do Teste T do IPQ-B em função do Viver Sozinho.....	78
Tabela 26- Resultados do Teste T do IPQ-B em função de Ter ou Não Filhos.....	79
Tabela 27- Resultados do Teste T dos Itens do IPQ-B em função de Ter ou Não Filhos .....	79
Tabela 28- Resultados do Teste ANOVA do IPQ-B em função da Satisfação com a Informação	80
Tabela 29- Resultados do Teste T do QCM em função do Género .....	81
Tabela 30- Resultados do Teste t do QCM em função das Habilidades Literárias .....	81

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

Tabela 31- Resultados do Teste T do QCM em função do Viver Sozinho .....	82
Tabela 32- Resultados do Teste T do QCM em função de Ter ou Não Filhos .....	83
Tabela 33- Resultados do Teste ANOVA do QCM em função da Satisfação com a Informação .	84

## **Lista de Acrónimos**

AVC	Acidente vascular cerebral
CV	Cardiovascular
DCV	Doenças cardiovasculares
DNT	Doenças não transmissíveis
DGS	Direção Geral da Saúde
HBA	Hospital Beatriz Ângelo
HTA	Hipertensão arterial
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IECA	Inibidores da enzima conversora de angiotensina
IPQ-B	<i>Illness Perception Questionnaire- Brief</i>
MAT	Medida de Adesão aos Tratamentos
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
QCM	Questionário de crenças sobre a medicação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TDM	Taxa de Dispensa de Medicação
WHO	<i>World Health Organization</i>

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

# Capítulo 1 - Revisão da Literatura

## Introdução

Com o aumento da prevalência das doenças crónicas na população portuguesa, tem havido um crescente interesse pelo estudo da adaptação do doente e dos seus cuidadores à gestão e controlo da doença (Schneiderman, 2004). Os cuidados diários, adaptações e mudanças nos estilos de vida impostos pela doença assim como os sintomas e possíveis complicações clínicas associadas tendem a exercer um impacto significativo na vida do doente e da família a diversos níveis. Esta linha de investigação pretende contribuir para a avaliação de fatores psicossociais em pessoas que têm que aprender a conviver diariamente com as exigências inerentes às doenças crónicas (Schneiderman, 2004; Schneiderman, Antoni, Saab, & Ironson, 2001). Usufruir de cuidados de saúde de qualidade é algo a que todas as pessoas deveriam ter direito uma vez que, com a mudança nos padrões de saúde e doença, há, cada vez mais, a necessidade de reformular os sistemas e práticas de saúde (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2006). Torna-se imperativo chamar a atenção da população para a necessidade de ser constantemente vigiada. O controlo e tratamento da doença aguda fez emergir a tónica para a doença crónica no sentido de se poder diagnosticar, gerir e controlar os efeitos nefastos que dela podem advir, com tendência a um agravamento gradual (Schneiderman, 2004). Perante esta abordagem, importa salientar a hipertensão arterial, em particular.

A hipertensão arterial constitui um sério problema de saúde pública, pelo que se não for devidamente acompanhada e tratada, pode acarretar inúmeros problemas de saúde, principalmente cardíacos, levando a uma menor qualidade de vida do sujeito que padece desta enfermidade. Constata-se que a gestão desta patologia acarreta numerosas alterações drásticas no estilo de vida da pessoa, para as quais esta, muitas vezes, não se sente preparada e não dispõe de recursos necessários à boa adaptação (Radovanovic, Santos, Carvalho, & Marcon, 2014). Este é um processo brusco e repentino, sendo fortemente influenciado pelas representações que os indivíduos possuem acerca da doença e da saúde. Por seu turno, para além de compreender como as pessoas com HTA concebem a doença em si, torna-se fundamental perceber o processo de adesão à terapêutica imposta por esta condição (World Health Organization [WHO], 2005). Sabe-se que a hipertensão arterial requer uma manutenção cuidada e diária uma vez que abarca uma multiplicidade de exigências, pelo que a aquisição de estratégias e competências psicológicas para lidar com a doença são fundamentais. Para tal, é necessário que o sujeito adira à terapêutica recomendada de modo a levar a bom porto a

manutenção da sua saúde e qualidade de vida. Contudo, não se deve descurar o papel que a família exerce no sentido de poder promover alterações no estilo de vida da pessoa e superar potenciais dificuldades que poderão determinar o curso da doença (Williams et al., 2018).

O estudo da representação da doença é imprescindível no sentido em que se baseia na interpretação individual de saúde/doença, o modo como o indivíduo percebe os sinais e sintomas associados e as causas que atribui aos mesmos. Esta conceitualização está intrinsecamente relacionada com os valores e princípios individuais sobre os comportamentos de saúde adotados (Santos, 2006). Assim, as representações da doença compreendem um aglomerado de crenças que as pessoas possuem sobre a sua condição de saúde, sendo estas a base dos comportamentos (Leventhal et al., 1997).

O presente estudo terá como base os modelos do senso comum como um modelo conceptual explicativo para explorar a representação da doença das pessoas que sofrem com hipertensão arterial crónica, o que, por conseguinte, influencia a adesão ou a não adesão à terapêutica. Este modelo enfatiza que as representações que o doente tem sobre a sua doença são fatores explicativos para o seguimento, ou não, das recomendações dadas pelo profissional de saúde.

São, assim, foram os seguintes objetivos do estudo:

- Avaliar o nível de adesão ao tratamento da hipertensão arterial, segundo o relato do doente;
- Avaliar a representação da doença, de acordo com o modelo de senso comum da autorregulação, junto dos utentes com esta patologia;
- Caracterizar a amostra nas diferentes variáveis analisadas: conhecimento sobre medicamentos, crenças gerais e específicas sobre a medicação e o grau de satisfação com a informação recebida sobre a mesma;

Sob o ponto de vista metodológico que é aplicado neste estudo, e segundo a problemática e os objetivos que se pretendem atingir, o estudo é de natureza quantitativo e descritivo-correlacional com recurso a dados quantitativos, procurando a descrição e explicação do fenómeno observado por meio da análise de um número alargado de casos. É uma investigação transversal, sendo a aplicação dos questionários feita apenas num único momento no tempo. Deste modo, pretende-se ter acesso a utentes com hipertensão arterial, no contexto das consultas de ambulatório no Hospital Beatriz Ângelo (HBA), em Loures. Os participantes serão utentes com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos com diagnóstico de hipertensão arterial há mais de 6 meses e que estejam em acompanhamento clínico nas consultas desta instituição.

Tendo em consideração a relevância de se verificar quais são os fatores cognitivos que estão por detrás dos comportamentos dos sujeitos e que, de algum modo, influenciam a adesão ao regime terapêutico, esta pesquisa tem como principal objetivo caracterizar uma amostra de pacientes. Os utentes, com hipertensão arterial, darão opiniões acerca das crenças que possuem sobre a HTA, hábitos de saúde, adesão terapêutica e, ainda, informação acerca da medicação.

## **1. Doenças Crónicas**

Estima-se que em 2005, na Europa, cerca de 86% das mortes tenham sido causadas por doenças crónicas, com tendência a um agravamento até 2020. No entanto, diversos estudos sublinham a importância de medidas de prevenção que podem diminuir até 80% das mortes por doença cardíaca, AVC e diabetes *mellitus* tipo 2, nomeadamente, medidas de alimentação saudável, exercício físico regular e eliminação de produtos tabágicos (Bastos, 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO) as doenças crónicas são definidas como:

*“Diseases which have one or more of the following characteristics: They are permanent, leave residual disability, are caused by nonreversible pathological alteration, require special training of the patient for rehabilitation, or may be expected to require a long period of supervision, observation or care”* (WHO, 2008).

Assim, a doença crónica é caracterizada por ser uma patologia de longa duração e, habitualmente, embora ainda não haja cura efetiva, os seus efeitos podem ser perfeitamente controlados de modo a garantir melhorias na qualidade de vida do sujeito acometido. Estas patologias acompanham a vida toda do indivíduo, podendo apresentar uma sintomatologia constante ou, pelo contrário, ter períodos mais ou menos longos de ausência total (Dias et al., 2011). Como são uma presença permanente na vida do sujeito, originam alterações nos estilos de vida quotidiana ou até podem mesmo impor amplas limitações na funcionalidade do mesmo. Inevitavelmente, as mudanças subjacentes a esta condição acarretam sequelas e alterações a todos os níveis da vida da pessoa. Efetivamente, as doenças crónicas diferem na severidade e no prolongamento dos efeitos na saúde e na vida do sujeito, pelo que a tónica da intervenção é colocada no controlo da doença e no tratamento (Correia, 2011). Apesar de as doenças crónicas se diferenciarem umas das outras, todas elas têm o fator comum de não terem cura e acarretarem um conjunto de mudanças inevitáveis e irreversíveis na vida da pessoa (WHO, 2015). As doenças crónicas têm como principais características a indesejabilidade, o facto de serem, eventualmente, controláveis ou mesmo incontroláveis de onde resultam consequências, muitas vezes, imprevisíveis, podendo constituir uma ameaça e risco de vida ao indivíduo (Correia, 2011).

O impacto da doença crónica não é somente sentido pelo doente, mas também pelos familiares e todos os elementos que estão à sua volta e que são expostos a vários tipos de indutores de *stress* psicológico, económico e social (Holmes & Deb, 2003). O impacto da doença na família depende do papel que o doente tem na mesma e dos recursos que possuem para lidar com esta patologia. Deste modo, é crucial que a doença seja encarada como parte integrante da vida do sujeito, no entanto, não deve ocupar um lugar central que prejudique o bom funcionamento do mesmo. Como meio facilitador, é recomendável que a família se reorganize a fim de estar preparada para as alterações que irão surgir, uma vez que ao longo de todo o processo, esta tem um papel central na manutenção de cuidados, bem como o autocuidado (Bastos, 2013; Holmes & Deb, 2003; WHO, 2015). Habitualmente, as doenças crónicas exigem grandes alterações no seio familiar, principalmente porque será inevitável a ocorrência de alterações consideráveis nas rotinas, provocando uma desorganização funcional (Correia, 2011). Assim, a família assume um papel crucial, uma vez que se apresenta como fonte de suporte familiar e emocional e como influência que pode exercer na adaptação do sujeito ao tratamento e à doença em si. Estas patologias exigem condições ao doente, nomeadamente, a aprendizagem para gerir a situação, principalmente num momento em que a crise está iminente; a inclusão da necessidade de tratamento e, conseqüentemente, a alteração dos estilos de vida; a reestruturação e restabelecimento de objetivos de vida devido à inevitabilidade dos tratamentos e, por fim, a reestruturação da dimensão social a fim de evitar o isolamento a que estas pessoas estão sujeitas (Correia, 2011).

O conceito de *autocuidado* remete para a prática de tarefas levadas a cabo pelo próprio sujeito para a manutenção do bem-estar e prevenção da doença. Estas ações derivam do conhecimento e saber dos profissionais de saúde, mas aplicadas pela própria pessoa de forma independente, porém, com a colaboração de um técnico quando o sujeito não tem meio de resposta, com o intuito de promover, manter ou restaurar a sua saúde (Bastos, 2013). O autocuidado requer o autoexame, perceção ou identificação de alterações na funcionalidade aliado à capacidade de raciocínio, conferindo significado a essas mudanças. Esta noção, tão transversal e necessária a todas as doenças crónicas, implica competências de *coping*, capacidade de tomada de decisão e utilização de recursos pessoais na gestão dos problemas, sendo o indivíduo o principal responsável pela sua própria saúde física e mental. O autocuidado abrange uma panóplia de afazeres que permitem capacitar a pessoa para lidar com o impacto de uma situação a longo prazo, mais concretamente, o lidar com alterações a nível emocional, a adesão ao regime terapêutico e a manutenção da sua vida (Bastos, 2013; Schneiderman et al., 2001). O autocuidado varia de acordo com a gravidade da situação e com a capacidade da pessoa para a resolução e depende da aquisição de competências que são necessárias para assegurar uma vida satisfatória e da autoeficácia, isto é, da crença que a pessoa tem de que consegue ter comportamentos a fim de alcançar determinados objetivos. A autoeficácia

determina o modo como a pessoa pensa, sente, motiva ou age, sendo desenvolvida através da aquisição de ferramentas cognitivas e comportamentais (Bastos, 2013).

Em jeito de conclusão, torna-se imperativo a adoção de uma abordagem familiar nos cuidados de saúde, passando por uma avaliação do contexto relacional ao nível familiar na gestão da doença, pela inclusão dos membros da família como potenciais alvos de intervenção e por uma avaliação das necessidades pessoais, educacionais e relacionais do doente/família (Schneiderman, 2004; Schneiderman et al., 2001).

Dentro das doenças crónicas importa incidir na hipertensão arterial como uma das mais prevalentes na sociedade, sendo a adesão ao regime terapêutico uma condição imprescindível para o controlo dos níveis de pressão arterial.

## **2. Hipertensão Arterial**

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), a hipertensão arterial (HTA) consiste numa condição clínica, caracterizando-se por uma elevação duradoura em vários níveis e diversas circunstâncias da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a níveis de 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) com valores iguais ou superiores a 90 mmHg (DGS, 2011). Esta é uma condição que tende a aumentar com o decorrer da idade do indivíduo, sendo o risco de complicações cardíacas, igualmente, elevado (Lilly, 2016). É uma patologia altamente prevalente entre a população, constituindo umas das principais causas, diretas ou indiretas, de morte por doenças cardíacas. De atentar que a definição de HTA é válida para pessoas com idade superior a 18 anos, sem a presença de outra patologia e na ausência de tratamento farmacológico anti hipertensor (DGS, 2011). De notar, ainda, que para o diagnóstico de hipertensão arterial, a pressão arterial deve manter-se elevada num intervalo de uma semana.

Estima-se que a prevalência da HTA na população portuguesa seja à volta de 43.7%, no entanto, somente 39% destes doentes é que se encontram medicados com fármacos destinados a esta patologia. A taxa de controlo da tensão arterial não é superior a 11%, o que, de facto, corrobora a ideia de que é necessário implementar medidas mais eficazes de controlo e prevenção. Já nos Estados Unidos da América, observa-se uma prevalência de 30%. Abaixo dos 35 anos de idade, estima-se que cerca de 12% das mulheres são hipertensas e 25% pertence ao sexo masculino, sendo que a probabilidade de vir a sofrer desta patologia aumenta significativamente com a idade (Couto & Kaiser, 2003; DGS, 2011; Wong et al., 2007). Segundo estes autores, a hipertensão arterial está mais evidente nos doentes com doença coronária e doenças cerebrovasculares apesar de o acompanhamento e o controlo serem mais exigentes em pacientes que não apresentam outros diagnósticos concomitantes (Wong et al., 2007).

## *Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

Em Portugal, o diagnóstico da hipertensão arterial faz-se, normalmente, em consultório, definindo-se como a elevação contínua de níveis tensionais, em diferentes momentos da vida do sujeito e em várias medições, acima dos limites da normalidade. O valor da pressão arterial de cada sujeito é estabelecido pela pressão a que o sangue circula, sendo este processo produto da ação de bombeamento que o coração exerce a cada pulsação (Lopes, 2013). A pressão mais baixa atingida durante a expulsão sanguínea é designada de pressão diastólica ao passo que a pressão máxima é a pressão sistólica. A tensão arterial pode variar em função de vários fatores, nomeadamente, as emoções (Lopes, 2013).

Como referido em epígrafe, considera-se hipertensão arterial quando os valores da tensão arterial sistólica se encontram superiores ou iguais a 140mmHg (milímetros de mercúrio) e a tensão arterial diastólica (PAD) a 90 mmHg (European Society of Hypertension [ESH], 2007). Existem dois tipos distintos de hipertensão arterial: Por um lado, a hipertensão arterial essencial e a hipertensão arterial secundária. A primeira vertente remete para uma causa primária, isto é, não depende de outra condição ou patologia, ao passo que a hipertensão arterial secundária resulta da existência de outras enfermidades como doenças renais, síndrome de Crohn, doenças renovasculares e coarctação da aorta. Deste modo, pode-se afirmar que na hipertensão arterial essencial há uma forte influência de fatores familiares, contudo, sem que haja necessariamente uma causa médica. Já na hipertensão arterial secundária, existem causas bem estabelecidas que, como tal, necessitam de ser bem diagnosticadas (Handler, 2004; Williams et al., 2018).

Sendo uma doença crónica e, maioritariamente, silenciosa, a HTA tende a ter um diagnóstico tardio devido ao seu curso assintomático. O modo como surge associado à ausência de manifestações sintomáticas faz com que o diagnóstico seja feito com um intervalo muito grande após o início da doença. Não obstante, os sintomas relativos a esta condição, quando surgem, podem ser atribuídos a outras patologias (Lilly, 2016).

Em simultâneo com as definições e classificações defendidas pelas *guidelines* internacionais publicadas sobre esta condição, foi elaborada um regulamento referente ao diagnóstico, tratamento e controlo da hipertensão arterial, adotando a classificação apresentada na Tabela 1.

Tabela 1  
*Níveis De PA Segundo a DGS*

Classificação da PA	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal Alta	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	≥160	≥100

## 2.1. Como é que a pressão arterial é regulada?

A pressão arterial encontra-se intimamente relacionada com diversos mecanismos biológicos que permitem o aumento ou a diminuição para valores anormais. Os valores da pressão arterial dependem do produto do débito cardíaco e resistência vascular (i.e., facilidade com que o sangue passa nos vasos sanguíneos) periférica que podem ser traduzidas na seguinte equação:

$$PA \text{ (pressão arterial)} = DC \text{ (débito cardíaco)} \times RVP \text{ (resistência vascular periférica)}$$

O débito cardíaco refere-se à quantidade de sangue que o coração bombeia num minuto (Vincent, 2008) e depende da frequência cardíaca e do volume sistólico. O controlo da pressão arterial é complexo, implicando mecanismos hemodinâmicos, neurais e hormonais que interagem a fim de regular a pressão quando ocorrem variações (Lilly, 2016).

O rim exerce um papel vital no controlo da pressão arterial na medida em que é responsável pela produção da enzima renina que estimula a conversão do angiotensinogénico (produzido no fígado) em angiotensina I, que por sua vez é convertida em angiotensina II por ação da ECA (enzima conversora da angiotensina). A angiotensina II é responsável pela vasoconstrição (diminuição do diâmetro dos vasos sanguíneos) que influencia o parâmetro da resistência vascular periférica uma vez que uma maior vasoconstrição aumenta a RVP, aumentando a pressão sanguínea (Carvalho & Almeida, 2001). É de ressaltar, ainda, o endotélio como um importante fator regulador. Este é responsável pela síntese de substâncias vasodilatadoras que num indivíduo cujo endotélio é deficitário está diminuída e favorece o desenvolvimento da hipertensão arterial (Carvalho & Almeida, 2001). Sabe-se que a ingestão de sal está intimamente relacionada com a propensão para a hipertensão arterial, porque o sódio é uma carga osmoticamente ativa que aumenta o volume intravascular e, conseqüentemente, o retorno venoso e o volume sistólico. Estes dois elementos aumentam o débito cardíaco e a pressão arterial (Carvalho & Almeida, 2001; Lilly, 2016).

Sempre que uma alteração provoca o aumento da pressão arterial é desencadeado um mecanismo de compensação, na medida em que o organismo procura a homeostase, pelo que tenta manter a pressão arterial em níveis normais (Carvalho & Almeida, 2001).

## 2.2. Determinantes da Hipertensão Arterial

O aparecimento da hipertensão arterial está relacionado a um conjunto de aspetos e hábitos de vida que devem ser tidos em consideração: sedentarismo, fatores genéticos, obesidade, diabetes, consumo de álcool, excesso de sal na alimentação e excesso de trabalho

sob *stress*. Estes fatores podem e devem ser colmatados a fim de prevenir o desenvolvimento desta condição e, conseqüentemente, evitar o início do regime terapêutico para a HTA. Todavia, nem sempre é possível encontrar uma causa para uma pessoa que sofre de hipertensão arterial, pelo que é de destacar que alguns fármacos podem exercer influência no desenvolvimento desta patologia, como é o caso de contraceptivos orais, os antidepressivos tricíclicos e os corticosteroides (Herfindal & Hirschman, 1984; Vaz et al., 2005, citados por Lopes, 2013). Ainda que se verifique um forte progresso na área da fisiologia cardiovascular, os fatores primários que contribuem para o surgimento da HTA ainda não são todos do conhecimento científico, pelo que a explicação para a HTA prende-se por ser um processo multifatorial onde há a interação entre fatores de ordem genética e ambiental que contribuem para o aumento da pressão arterial (Madeira, 2015).

Em diversos estudos realizados com o propósito de perceber a prevalência da HTA em diferentes sujeitos em condições distintas, foi possível verificar que os hipertensos que sofrem de obesidade e que estão empregados recebem mais tratamento uma vez que têm mais acompanhamento clínico, tendo, portanto, maior acesso ao sistema de saúde (Oliveira-Martins, Gomes, Caramona, & Cabrita, 2011). Por seu turno, foram conduzidos outros estudos com o intuito de verificar a relação entre hipertensão arterial e a personalidade do indivíduo hipertenso. Muitas destas pesquisas ressaltam a existência de vários traços de personalidade associados a esta condição, nomeadamente, a agressividade, a dificuldade em lidar com as emoções e introspeção (Normura, Prudencio, & Koblmann, 1995). Inicialmente, pensava-se que o facto de um sujeito ter hipertensão arterial derivava da inibição e sentimentos de incompetência para lidar com as emoções e sentimentos como a raiva e frustração (Normura et al., 1995). Posteriormente, estas hipóteses deram lugar à constatação de que tais sentimentos provinham do diagnóstico e constituem-se como respostas de ajustamento ao mesmo, uma vez que ao ter conhecimento da doença, reações como depressão, redução do bem-estar e desmotivação poderiam ser despoletadas (Normura et al., 1995). Outras pesquisas ressaltam a ideia de que as características de personalidade associadas a estas condições são importantes, no entanto, não se deve generalizar e pensar que todos os hipertensos têm, necessariamente, estes traços. Pelo contrário, pretende-se salientar a ideia de que as emoções são fruto da exposição à atenção médica e conhecimento da doença (Normura et al., 1995).

Várias pesquisas verificaram que os indivíduos com hipertensão arterial, quando submetidos a tratamento e controlo regular da pressão arterial, referem sentir maiores níveis de angústia quando comparados com os indivíduos normotensos. Tal facto aponta para a perceção de menor bem-estar psicológico sentido por estes sujeitos do que aqueles que não se encontram em tratamento e desconhecem sofrer desta condição médica (Normura et al., 1995). Estes resultados revelam que os hipertensos em tratamento médico possuem pior perceção acerca

do seu estado de saúde e, conseqüentemente, têm sentimentos mais negativos do que os indivíduos normotensos da mesma faixa etária.

O *stress* tem sido apontado como um dos mecanismos primordiais que podem explicar o aparecimento da hipertensão arterial, principalmente quando se encontra associado com outros fatores de risco. Estes últimos dizem respeito aos antecedentes familiares, variáveis sociais, económicas e culturais, a dieta alimentar e outros fatores relacionados com a dificuldade de adaptação e adesão ao tratamento desta patologia (Normura et al., 1995). Dentro destes, é de destacar a história familiar como um dos fatores que mais despoleta o *stress*. Verificou-se que filhos de pais com hipertensão arterial, quando submetidos a situações de *stress*, apresentam um aumento da pressão arterial comparativamente com os adolescentes normotensos e sem história familiar prévia (Normura et al., 1995).

### 2.3. Consequências da Hipertensão Arterial

A longo prazo, a HTA pode causar inúmeras complicações dependendo da fase em que a mesma se encontra. Esta enfermidade abarca um conjunto de sintomas de ordem diversa, desde cefaleias e tonturas, visão turva, doença coronária, doença renal e adversidades ao nível do sistema nervoso central (Lilly, 2016). A hipertensão arterial aumenta a força exercida nas paredes das artérias, conduzindo a danos nos vasos sanguíneos e, por conseguinte, o aumento da vulnerabilidade de formação de placas formadas por lípidos e tecido fibroso que se criam nas paredes dos vasos sanguíneos. Esta acumulação pode originar o surgimento de aterosclerose, que consiste na perda de elasticidade e no espessamento das paredes das artérias, mais particularmente do endotélio. Como as artérias se tornam mais duras e estreitas, automaticamente o fluxo sanguíneo é prejudicado (Lilly, 2016). Sem esquecer que pode ainda ocorrer a infiltração lipídica e a acumulação de cálcio, concebendo o bloqueio das paredes dos vasos sanguíneos.

Na hipertensão arterial existem os designados *órgãos-alvo* por serem precisamente os órgãos que dependem de um bom funcionamento sanguíneo, isto é, de uma circulação sanguínea razoável, como é o caso do cérebro, dos olhos, do coração, rins e sistema nervoso. É de ressaltar que a retina, enquanto órgão-alvo, pode apresentar diversas complicações uma vez que é composta por vasos sanguíneos muito vulneráveis e, como tal, está sujeita a diversos problemas, que em quadros de urgência hipertensiva pode resultar em retinopatia hipertensiva (Lilly, 2016). Em 1836, autores como Bright, associaram a doença renal crónica à hipertensão arterial, tendo sido despoletados, posteriormente, diversos estudos acerca desta temática (Couto & Kaiser, 2003). O rim, enquanto órgão responsável pelo controlo da pressão arterial, tem uma atividade aumentada na tentativa de compensação pelo que a sua hiperatividade favorece a doença renal, nomeadamente a insuficiência renal. Relativamente ao coração, as possíveis consequências são a hipertrofia ventricular esquerda e insuficiência cardíaca e

coronária. No sistema nervoso central, a hipertensão tem um papel significativo no AVC trombótico (Lilly, 2016).

Em suma, estima-se que a hipertensão arterial afeta um em cada três adultos a nível mundial, sendo a principal responsável por, aproximadamente, 7.1% milhões de mortes prematuras e considerada um dos mais significativos problemas de saúde (Couto & Kaiser, 2003).

## 2.4. Terapêutica Anti-Hipertensiva

O principal objetivo da terapêutica na hipertensão arterial consiste em manter, a longo prazo, a redução da mortalidade e morbidade cardiovascular e renal. Para se alcançar este fim, há que fazer um esforço no sentido de reduzir os valores elevados da tensão arterial e proceder ao tratamento de fatores de risco que possam ser alterados por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas (Polónia, Martins, Pinto, & Nazare, 2014). Desta forma, o ideal seria atingir valores inferiores a 140/90 mmHg no que diz respeito aos doentes hipertensos diabéticos ou com doenças renais, porém, devem-se adequar os valores desejáveis em função de cada caso. Procura-se, assim, implementar medidas de intervenção nos hábitos de vida de todos os indivíduos hipertensos, nomeadamente, a adoção de dietas ricas em frutas, legumes e baixo teor de gorduras saturadas, a redução da ingestão de sal, a prática de exercício físico, a suspensão do hábito de fumar e a redução do peso corporal (Polónia et al., 2014). Também o consumo de bebidas alcoólicas é um comportamento que deve ser modificado. Diversos dados clínicos consideram que o consumo excessivo de álcool aumenta a pressão arterial, sendo, igualmente, uma das causas de resistência ao regime terapêutico (Feitosa-Filho, Lopes, Poppi, & Guimarães, 2008).

Estas medidas são fundamentais na melhoria da qualidade de vida e redução de outros fatores de risco cardiovascular, demonstrando uma forte eficácia na prevenção do aparecimento da hipertensão arterial e, no caso de indivíduos que já a tenham, permite reduzir o número de fármacos que contribuem para o controlo da patologia (Lilly, 2016).

Relativamente à terapêutica medicamentosa, a decisão de se iniciar baseia-se sobretudo pelo valor da tensão arterial sistólica e diastólica e o risco cardiovascular (Madeira, 2015). Podem ser utilizadas diversas categorias de fármacos para a hipertensão arterial, nomeadamente, diuréticos, beta-bloqueantes, IECA, antagonistas de cálcio e antagonistas de angiotensina II que atuam principalmente nas resistências periféricas, mas também ao nível do débito cardíaco ou sobre o volume sanguíneo. Visto que a grande maioria das variáveis desta patologia não são controláveis apenas com um medicamento, utilizam-se, com frequência, associações com outros fármacos (Feitosa-Filho, 2008; Madeira, 2015). Contudo, esta combinação deve ser feita de forma cautelosa, essencialmente quando se fala em pessoas

diabéticas, idosos ou com propensão para hipotensão (Martins, Martins, Ubaid-Girioli, & Júnior, 2008).

Esta abordagem torna-se mais complexa no sentido em que a presença de outras condições patológicas condiciona fortemente a fusão de outras terapêuticas que são fundamentais na redução do risco ao nível cardiovascular, pelo que a adoção desta medida não deve ser feita apenas na linha da prevenção primária (Pereira, 2010).

### **3. A Adesão ao Regime Terapêutico na HTA**

A noção de *adesão* foi, primeiramente, proposta por Hipócrates há 2400 anos, porém, este conceito só foi desenvolvido mais tarde, em 1979, por Haynes (Dias et al., 2011). A adesão do doente às prescrições e às condições que a doença impõe tem sido, cada vez mais, um tema de grande debate e controvérsia. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), estamos perante a adesão quando o comportamento da pessoa coincide e é congruente com as indicações médicas quer seja em termos de mudanças ao nível do estilo de vida, na toma de uma determinada medicação ou cumprimento de dieta (Dias et al., 2011).

Para que as prescrições dos profissionais de saúde se possam refletir em mudanças positivas no estado de saúde dos indivíduos, é necessário que estas cumpram duas condições básicas: Por um lado, a recomendação deve ser adequada à situação da pessoa, devendo, por outro lado, ser correta, dando resposta às necessidades da pessoa em causa (Brannon & Feist, 1996). Prescrever um determinado tratamento constitui apenas uma das etapas do processo terapêutico na medida em que, no contexto atual, assiste-se a uma preponderância das doenças crónicas sob as doenças agudas, sendo que a participação ativa e colaboração do paciente neste processo reveste-se de tamanha consideração (Sousa, 2005). Parte-se do pressuposto de que a recomendação tem uma evidência científica que comprova as vantagens do tratamento, logo a não adesão repercute-se em perda de oportunidade de saúde. Deste modo, o desafio encontra-se nos profissionais de saúde que se debatem com o dilema de conseguirem dar uma indicação médica no sentido de terem a certeza de que a prescrição vai ser seguida (Sousa, 2005).

A noção amplamente conhecida por ganhos em saúde é vista como um forte desejo de melhorar o nível de saúde, principalmente daqueles que estão longe de alcançar os melhores resultados. Fomentar a adesão ao regime terapêutico constitui um desafio, não só, para os cuidados de saúde primários, como para outros agentes envolvidos no processo, na medida em que esta implica, por parte do sujeito hipertenso, em primeiro lugar a consciencialização, gestão e o controlo de forma autónoma bem como o fornecimento de competências que permitam ao indivíduo considerar as mudanças como um investimento na sua saúde e qualidade de vida (Dias et al., 2011). Os ganhos em saúde referem-se à melhoria significativa dos

resultados, traduzindo-se em ganhos em relação aos anos e qualidade de vida, à diminuição de episódios de doença ou redução da sua frequência, diminuição da incapacidade que esta pode gerar à pessoa bem como o sofrimento subjacente, um aumento significativo da funcionalidade biopsicossocial e melhoria na qualidade de vida (MS, 2011).

Embora tenha havido uma crescente evolução no que diz respeito ao controlo e tratamento da hipertensão arterial, as pesquisas têm evidenciado que a grande parte das pessoas com hipertensão arterial, mais especificamente 57.4%, continua com a HTA não controlada. Diversos estudos apontam para uma percentagem de 30% a 50% das pessoas com doença crónica não aderir ao regime terapêutico independentemente da patologia, do tratamento ou curso da doença (Vermeire et al., 2001). Apesar de existir uma panóplia de planos de educação para a saúde com o objetivo de mudar os estilos de vida, o controlo da HTA na sociedade continua a estar aquém das expectativas (Polónia et al., 2014). Tal lacuna reflete uma das limitações que se encontram no atendimento às pessoas hipertensas: a adesão ao tratamento. Dos estudos analisados, é possível verificar que cerca de 50% dos hipertensos não fazem qualquer tratamento e mesmo aqueles que fazem, não procuram monitorizar a hipertensão. De ressaltar que entre 30% a 50% dos indivíduos interrompem o tratamento e 75% fazem-no após cinco anos (Santos, 2011). A adesão à terapêutica é de extrema relevância quando se fala em doenças crónicas, principalmente na HTA uma vez que estas exercem um forte impacto na população, pois com o avanço da medicina moderna houve a redução da mortalidade e, conseqüentemente, um aumento da esperança média de vida, refletindo-se no envelhecimento da população (Polónia et al., 2014).

Em jeito de conclusão, considera-se que a chave para o sucesso de um determinado tratamento reside na prescrição de um regime terapêutico adequado às necessidades da pessoa, porém ainda falta percorrer um longo caminho a fim de compreender melhor quais os fatores determinantes para a adesão terapêutica para que seja possível concretizar intervenções que a promovam.

### 3.1. Adesão Terapêutica

Etimologicamente, o conceito de *adesão* provém do latim “adhaesione”, sendo sinónimo de concordância, na medida em que o paciente aceita e cumpre as prescrições recomendadas de forma voluntária, em que este assume a responsabilidade do tratamento juntamente com a equipa de prestação de cuidados (Moraes, Rolim, & Costa, 2009). Até ao período do renascimento não se falava desta questão da adesão terapêutica uma vez que os tratamentos eram, na sua grande maioria, aplicados de forma obrigatória. Porém, com a viragem de uma mudança sociopolítica em que os direitos e deveres do sujeito foram reconhecidos, a adesão terapêutica teve um papel mais significativo (Cruz, 2017). Até aos anos 60, obedecer a uma

dada recomendação era considerada uma obrigação, pelo que para quem não o fazia era visto como um ato de “insanidade mental”. No entanto, por volta dos anos 90, o doente “ganha” um maior protagonismo relativamente à sua saúde e à forma como quer participar na sua manutenção (Cruz, 2017). Deste modo, a adesão sugere que o paciente tem um papel ativo em todo o processo, responsabilizando-se pela promoção do seu bem-estar, recuperação ou reabilitação, seguindo “à risca” as orientações dadas (Cruz, 2017).

Existem, fundamentalmente, quatro grupos de conceituais de não-adesão: primária, secundária, intencional e não intencional. A primeira refere-se à impossibilidade que o indivíduo tem em levantar as receitas médicas, ao passo que a adesão secundária remete para a ingestão inadequada da medicação. A não-adesão intencional, tal como o nome indica, ocorre quando o sujeito, de forma deliberada e intencional, não segue a recomendação prescrita, podendo alterar a dose ou o tempo recomendado de tratamento. Por fim, a não intencional tem lugar quando o paciente se esquece de tomar a medicação, constituindo esta a razão mais comum para a falta de adesão (Palmeirinha, 2012). Leite e Vasconcellos consideram que há adesão terapêutica quando, pelo menos, 80% das indicações médicas são seguidas. Este conceito é, assim, definido holisticamente ao ressaltar o papel que a família e outros elementos que são mais próximas da pessoa têm para a adesão ao tratamento, para o conhecimento sobre a medicação, motivação do doente e na relação que este estabelece com o médico que o acompanha (Leite & Vasconcellos, 2003; Madeira, 2015). Mais concretamente na hipertensão arterial, estima-se que cerca de 50% a 70% dos hipertensos aderem à terapêutica recomendada (Lopes, 2013). A adesão à terapêutica em regimes de curta duração (3 a 5 dias) em situações agudas revela-se alta (70 a 80%), em comparação com regimes terapêuticos longos que requerem a mudança de estilos de vida, correspondendo a apenas 50% ou menos, sendo mais acentuada quando a sintomatologia desaparece (Ribeiro, 1998). Existem diversas evidências de que muitos pacientes com doenças crónicas revelam muita dificuldade em aderir às indicações terapêuticas, conduzindo a uma deficiente gestão dos níveis de controlo da patologia (Costa, 2012).

O baixo nível de adesão refere-se, assim, ao comportamento da pessoa que não coincide com as recomendações do médico, abarcando não só desvios àquilo que é solicitado pelo profissional de saúde, mas também ao facto de não seguir, de todo, as indicações terapêuticas no sentido da adoção de práticas saudáveis, bem como à não realização de exames frequentemente e comparecimento a consultas (Brannon & Feist, 1997; Osterberg & Blaschke, 2005; WHO, 2003).

A adesão no portador de HTA tem sido foco de investigação nos últimos anos. A adesão nesta condição constitui um fator fundamental para o controlo dos níveis da pressão arterial,

no entanto, os resultados só serão obtidos no decorrer dos anos, não sendo, portanto, imediatos, fazendo com que a não adesão ganhe contornos nesta problemática.

### 3.2. Fatores que Influenciam a Adesão Terapêutica

Existem inúmeros fatores que contribuem para uma melhor adesão, pautando-se por diversos elementos de cariz biológico e sociocultural; representações da doença e da saúde: relação entre o profissional de saúde e o paciente com hipertensão; colaboração e participação da família, não esquecendo, ainda, o acesso aos sistemas e políticas de saúde (Santos, 2011). A adesão ao regime terapêutico constitui um sério problema de etiologia diversa que ocorre em situações onde a autoadministração do tratamento está presente, independentemente do tipo de patologia e da acessibilidade aos recursos de saúde (Bugalho & Carneiro, 2004).

A Organização Mundial da Saúde ressaltou as fontes que poderão influenciar a adesão à terapêutica, postulando uma variabilidade da sua influência. Esta perspectiva de identificar os motivos que levam à não-adesão permite compreender, de forma integrada, as razões que levam as pessoas a aderir mais do que outras (Ogden, 1999). Autores como Araújo e Garcia (2006) postularam um modelo teórico que assenta na adesão do sujeito ao tratamento da hipertensão arterial. Segundo os autores, este processo salienta a necessidade de participação ativa do indivíduo em que este não é apenas um mero agente que cumpre e segue as recomendações médicas, mas também se assume como uma pessoa que toma as suas decisões juntamente com os profissionais de saúde que servem de suporte ao mesmo (Costa, 2012).

Dentro dos preditores que permitem compreender a falta de adesão, é possível verificar o agrupamento destes em cinco grupos: fatores demográficos, sociais e económicos; fatores associados aos profissionais de saúde e serviços de saúde; fatores alusivos à doença e às suas comorbilidades; fatores relativos à terapêutica prescrita; e, por fim, fatores individuais.

#### 3.2.1. Fatores demográficos, sociais e económicos

Estes fatores estão relacionados com a pobreza, estatuto socioeconómico mais baixo, analfabetismo, desemprego, instabilidade ao nível da residência, alto custo de transportes e da medicação e o acesso ao tratamento. Vários estudos têm demonstrado que o grau de adesão se encontra intimamente relacionado com a capacidade financeira do sujeito, pois as pessoas que possuem uma maior capacidade a esse nível têm maiores níveis de adesão (Lopes, 2013).

O meio social em que o indivíduo se encontra integrado é um fator de grande relevância visto que o apoio que o sujeito recebe da sua rede de suporte social constitui um ponto forte para a adesão ao tratamento. Contrariamente, pessoas que não usufruem de uma rede social ampla têm mais tendência para não seguirem com tanta eficácia as indicações dos profissionais de saúde (Navalhas, 1998; Serafino, 2002). Tal facto deriva do menor apoio social sentido pelos

pacientes, pois é usual a dificuldade em alterar hábitos de vida quando a pessoa se encontra totalmente sozinha. Sabe-se que a inclusão numa família permitirá seguir, mais facilmente, as recomendações dadas pelo médico, na medida em que esta encoraja e auxilia na adoção de estilos de vida saudáveis (Brannon & Feist, 1997). As pessoas que têm um maior apoio social sentem que os outros se preocupam com elas, pelo que aderem mais facilmente aos comportamentos de saúde. Um estudo conduzido no México com o intuito de determinar a influência entre o suporte familiar e a adesão na hipertensão arterial comprovou a importância do suporte familiar como sendo um elemento chave na adesão ao tratamento (Marín - Reyes & Rodrigues - Morán, 2001).

No que diz respeito à associação entre as características sociodemográficas, é de destacar que a adesão e idade apresentam um fator complexo, tendo em conta diversos fatores biológicos inerentes à faixa etária. Sabe-se que o fator idade pode prejudicar em muito a adesão ao tratamento na hipertensão. Vários são os autores que apontam para a dificuldade que as pessoas mais velhas têm em cumprir as recomendações, pois existem condições associadas à idade, como por exemplo a memória, audição e visão que influenciam justamente a toma de medicação. Também o excesso de medicação nesta faixa etária é muito comum (Cabral & Silva, 2010). No entanto, tal não pode ser generalizado às pessoas mais idosas, pois em função da especificidade da doença e do tratamento, os níveis de adesão tanto podem aumentar como diminuir (Brannon & Feist, 1996). Já relativamente aos adolescentes, é de ressaltar a eventual falta de supervisão e até mesmo influências a nível social que possam contribuir para uma menor adesão terapêutica quando comparados com crianças (Lopes, 2013; Sousa, 2005).

Outros aspetos devem, ainda, ser considerados. É de sublinhar a importância do género, no qual se sobressai o sexo feminino como tendo uma melhor adesão, mais particularmente associada a dietas alimentares e tipos de fármacos mais específicos (Brannon & Feist, 1996).

Foram investigados a influência de alguns estados psicológicos no processo de adesão, nomeadamente, a falta de motivação, a apatia, o pessimismo ou sentimentos de culpa que são fatores que conduzem a uma maior falta de adesão ao tratamento (Lopes, 2013). Meichenbaum e Turk (1987) realçam o papel das crenças de saúde que cada sujeito possui na adoção de comportamentos em conformidade com as mesmas no tratamento. As representações da doença têm sido objeto de diversas investigações, pois estas influenciam direta ou indiretamente a conduta perante a adesão terapêutica (Silva, 2010). Estes elementos são fundamentais para perceber como determinadas pessoas reagem de forma muito distinta quando comparadas com outras, pois se o interesse é compreender o porquê de as pessoas não aderirem, deveremos explorar o que elas pensam sobre a sua doença e respetivo tratamento (Silva, 2010). Os doentes com HTA que olhavam para a doença crónica como uma patologia que

requereria um tratamento a longo prazo tendiam a permanecer nele mais tempo quando comparados com pessoas que percebem a hipertensão como uma enfermidade aguda que, uma vez tratada, já é vista como uma doença provisória e passageira (Sousa, 2005).

Diversos estudos fazem referência às cognições errôneas nos doentes com hipertensão que se apoiam na sua capacidade intuitiva de saber quando a pressão arterial está mais elevada, apontando para a presença de sintomas como dores de cabeça, ansiedade, rubor facial e tonturas. As consequências destas representações remetem para a alteração ou suspensão frequente da medicação que são baseadas nas avaliações subjetivas dos valores de pressão arterial (Leventhal, Leventhal, & Contrada, 1998).

### 3.2.2. Fatores associados aos profissionais de saúde e serviços de saúde

O sistema de distribuição de medicamentos e o acesso que o doente tem a eles, os recursos humanos e técnicos disponibilizados nos serviços de saúde, horários e frequência das consultas de acompanhamento, os conhecimentos que os profissionais de saúde demonstram ter face à doença e ao que ela comporta (Teixeira, 2004). Os fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde têm muito peso na “hora” de aderir ao tratamento. A confiança que o doente deposita no clínico é fundamental para a adesão, uma vez que esta ligação se baseia, essencialmente, na capacidade que o médico tem de comunicar com o doente e na relação terapêutica que se estabelece entre os dois. O profissional de saúde deve adotar uma linguagem adequada ao nível de compreensão e competências cognitivas do paciente, para além de compreender e gerir as expectativas criadas pelo mesmo (Teixeira, 2004). A qualidade da comunicação entre o médico e o doente é um fator decisivo para a adesão, pois quanto maior é a compreensão e escuta por parte do médico, melhor é a relação entre os dois agentes e, conseqüentemente, a adesão ao regime terapêutico é aumentada (Lorient-Arín & Serrano-del-Rosa, 2009).

Gáscon (2004) conduziu um estudo qualitativo a fim de identificar os fatores da não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo e verificou que a falta de adesão se prendia à falta de esclarecimentos sobre a doença dada pelo profissional de saúde, salientando ainda a falta de interação entre os dois elementos. Posteriormente, dividiu-se a amostra do estudo em seis grupos distintos, cada um deles com um profissional diferente e verificou-se que, embora tenham tido todos a mesma orientação relativamente ao conhecimento da doença, a atitude do clínico demonstrou ser essencial na adesão ao tratamento (Ono & Fujita, 2003).

### 3.2.3. Fatores alusivos à doença e às suas co-morbilidades

Estes elementos dizem respeito à gravidade percebida dos sintomas, a incapacidade física ou psicológica que a doença pode incluir, o risco que a pessoa atribui à doença e o impacto que esta percebe que tem na sua vida (Lopes, 2013). Como a hipertensão arterial não acarreta dores

nem tem uma sintomatologia muito presente, por vezes pode ser difícil para o paciente acreditar no médico ou outros técnicos de saúde, contribuindo para uma menor taxa de adesão (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001). Portanto, estes doentes assintomáticos têm maior tendência para não seguir as indicações médicas. Também a duração, benefícios e complexidade dos tratamentos constituem elementos fulcrais na tomada de decisão por parte do doente, uma vez que quanto mais difícil e complexo for o tratamento, menos predisposição o paciente apresenta (Calista, Vasconcelos, & Oliveira, 2008).

De ressaltar um estudo conduzido por Lopes, Alarcão, Fernandes, Nicola e Rocha (2010), cujo objetivo foi perceber como as representações da doença influenciam a adesão à terapêutica recomendada. Esta pesquisa contou com cerca de 1094 sujeitos com hipertensão arterial e chegou à conclusão de que os sujeitos que sentiam maior necessidade de tomar a medicação eram aqueles que já o faziam há muito tempo (aproximadamente, 10 anos). A explicação para esta conclusão reside no facto de se acreditar que os indivíduos que seguem as prescrições médicas creem que a toma da medicação os protege de sentir sintomas e, conseqüentemente, teriam uma melhor qualidade de vida (Sousa, 2005). Verificou-se, ainda, que quando os indivíduos acreditam na cronicidade da doença, têm tendência para considerarem que precisam de ser medicados. Da mesma forma, os doentes que julgam conseguir controlar a hipertensão arterial sentem maior necessidade de aderir e seguir as recomendações médicas (Sousa, 2005). Neste estudo percebeu-se, igualmente, a relação entre a duração da doença e a adesão, na medida em que os resultados sugerem haver uma forte associação entre estes dois elementos. Os pacientes que consideram a HTA uma patologia crónica preparam-se para ter de conviver com a mesma até ao fim da vida e, por isso, aderem melhor ao tratamento comparativamente com aqueles que esperam que a doença tenha uma natureza aguda e temporária (Matos, Alfonso, & Veia, 2007).

Além do que já foi referido, quando o diagnóstico da hipertensão arterial é definido, duas situações podem condicionar a atitude do paciente: por um lado, se o diagnóstico for percebido como pouco grave, a pessoa pode ficar mais aliviada, o que faz com que tenha menos motivação para seguir as prescrições (Lima, Santos, Nascimento, & Caetano, 2010). Por outro lado, caso o diagnóstico for visto como grave, a ansiedade do sujeito pode aumentar, interferindo com as recomendações dadas (Calista et al., 2008; Lima et al., 2010). Porém, o contrário também ocorre, isto é, se os pacientes perceberem a sua condição como tendo conseqüências graves, a probabilidade de aderirem melhor ao tratamento é maior (Quine et al., 2012). Já no que concerne aos sintomas, a literatura aponta para uma menor adesão quando os sintomas estão mais presentes, pois os indivíduos que percecionam mais sintomas possuem sentimentos mais negativos acerca da sua condição uma vez que esta é mais negativa. Conseqüentemente, têm uma menor percepção de controlo.

Figueiras e colaboradores apontam para a existência de três grupos de sujeitos com graus de representações de doença diferentes. O primeiro grupo é formado pelos pacientes que têm uma representação mais negativa da hipertensão arterial e que acreditam que a sua evolução é crônica. Evidentemente, atribuem uma maior identidade à doença e ao seu curso, sentimentos de preocupação elevados, representação emocional negativa e uma forte crença no contributo do tratamento (Figueiras et al., 2010). O segundo grupo contém crenças menos negativas relativamente às consequências, identidade e preocupação relativamente ao primeiro. Por último, o terceiro grupo caracteriza-se por possuírem representações cognitivas mais positivas sobre as consequências da HTA, acreditando menos na eficácia do tratamento e controlo. Por seu turno, tendem a apresentar um menor grau de preocupação, exibindo uma resposta emocional mais positiva (Figueiras et al., 2010).

Assim, as representações da doença constituem um forte preditor dos níveis de adesão à terapêutica na medida em que geram imagens mentais acerca da mesma, assumindo-se como um determinante das respostas emocionais e comportamentais do indivíduo (Bennet, 2000).

#### 3.2.4. Fatores relativos à terapêutica

Os fatores referentes à terapêutica prescrita compreendem a complexidade da medicação, a duração do tratamento e a ausência imediata que a medicação pode ter no alívio dos sintomas bem como os sintomas secundários da medicação. Convém ter em consideração os eventuais efeitos secundários da medicação para a hipertensão que pode, concomitantemente, ser um fator de não adesão ao tratamento. Tal pode ocorrer porque o cumprimento da prescrição tende a aumentar quando não estão tão presentes os efeitos que podem advir da medicação, nomeadamente, sonolência, alteração de rotinas e interdição de bebidas alcoólicas (Bugalho & Carneiro, 2004). O tipo de medicamento como a sua forma, cor ou sabor podem, igualmente, ser determinantes para a adesão à terapêutica.

#### 3.2.5. Fatores individuais

Destes fatores é possível salientar a ausência de conhecimento ou literacia em saúde, redução da motivação para continuar o tratamento, a ansiedade subjacente às tomas de fármacos, a ausência da perceção de necessidade de seguir o tratamento, mas também o medo da dependência da medicação (Madeira, 2015). Os fatores cognitivos e emocionais têm um papel igualmente preponderante na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. O esquecimento é o principal motivo para a não adesão, pois a terapêutica associada à HTA requer a toma diária de fármacos. Não se deve descurar, ainda, as crenças relativamente à medicação.

Diversos estudos sugerem que os pacientes possuem crenças acerca da medicação em geral e os medicamentos em concreto que são simultaneamente influenciadas pelas crenças da doença em si e pela perceção da gravidade (Horne & Weinman, 1999). As preocupações

relacionadas com a medicação podem refletir uma reação emocional de medo e ansiedade, aumentando a possibilidade de diminuir adesão à medicação. Por outro lado, a percepção da existência de sinais e sintomas pode incrementar a crença na necessidade de medicação, pelo que o oposto também ocorre, isto é, a ausência de sintomas pode originar dúvidas acerca do tratamento e, conseqüentemente, menos grau de adesão à terapêutica (Horne & Weinman, 1999).

Os principais motivos que levam os indivíduos a não aderirem ao tratamento prendem-se com os eventuais efeitos secundários, a dependência face aos fármacos, a ineficácia que estes podem revelar ter no tratamento e a toma conjunta de vários medicamentos prescritos. Por tudo isto, torna-se fundamental incluir no presente estudo a influência das crenças dos indivíduos acerca da medicação uma vez que a literatura sugere uma forte influência destas nos comportamentos de saúde.

O conhecimento destes aspetos poderá ajudar os profissionais de saúde a fazer uma alteração de uma orientação prescritiva para uma que permita capacitar e reforçar as competências do sujeito, conduzindo-o a adotar uma postura ativa no processo de autogestão da sua condição. Antecipar a causa da não-adesão contribui para um melhor controlo sobre a patologia de forma a agir, de antemão, para retardar a ocorrência destas causas. Por outro lado, a aquisição de resultados positivos pode ser vista como um reforço por parte do paciente e da própria família, permitindo uma manutenção do comportamento de adesão (Sousa, 2005).

A não-adesão pode provocar conseqüências nefastas no paciente, contribuindo para a redução da qualidade de vida e desgastando os recursos dos sistemas de saúde disponíveis (Madeira, 2015).

### 3.3. As Crenças dos Doentes acerca dos Medicamentos

Atualmente, uma percentagem considerável da população depara-se com a necessidade de tomar medicação a fim de controlar e tratar quadros de saúde agudos e crónicos. Nestes últimos, a medicação é tida, na maior parte das vezes, como a primeira escolha no tratamento da enfermidade, pelo que constitui a intervenção mais comum (Odgen, 2004).

As crenças refletem as convicções e opiniões das pessoas, sendo algo não muito fácil de alterar, à partida. A partir do momento em que um indivíduo constrói uma dada representação, este terá tendência para interpretar a realidade de forma a que as suas crenças sejam confirmadas, ainda que todas as alternativas de interpretar sejam distorcidas para dar lugar à validade da crença principal (Catillo, Godoy-Izquierdo, Vásquez, & Godoy, 2013). Cada vez mais, tem-se assistido a um crescente interesse em estudar as crenças relativamente aos medicamentos e a sua associação com os comportamentos de saúde e adesão. Por seu turno,

## *Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

as crenças dos profissionais de saúde quanto à medicação têm sido alvo de pesquisa na medida em que as opiniões poderão influenciar o comportamento do doente (Odgen, 2004).

Vários estudos preconizam a existência de crenças gerais e crenças específicas sobre os medicamentos, sendo estas um dos fatores que mais condicionam o comportamento de adesão à terapêutica, no geral. Os conhecimentos que as pessoas detêm sobre a medicação, as ideias e experiências prévias influenciam fortemente a forma como o indivíduo atua nos comportamentos de saúde. A visão pejorativa sobre os fármacos, a percepção ou crença de que estes são substâncias tóxicas utilizadas de forma deliberada e desmedida pelos profissionais de saúde, a convicção de que os tratamentos alternativos são mais seguros e a atribuição de origens químicas aos medicamentos são fatores relevantes a ter em consideração no curso de adesão ao tratamento (Horne & Weinman, 1999). Assim, diversas pesquisas apontam para a relação entre as crenças de que os medicamentos são substâncias nocivas com um menor grau de adesão ao tratamento.

Parece relevante referir que os doentes apresentam diferentes graus de adesão face a diversos medicamentos. Tal significa que a tomada de decisão em aderir à terapêutica ocorre, muitas vezes, em função das crenças de um determinado medicamento, conhecimento acerca desse fármaco e condição médica associada. Desta forma, há doentes que aderem a certos medicamentos e a outros não devido a decisões que são próprias de cada um deles (Horne, Clatworthy, Polmear, & Weinman, 2001). Estas decisões são baseadas nas diferentes perspectivas de eficácia, segurança, importância da medicação e benefícios esperados. Assim, os doentes que são medicados com vários fármacos em simultâneo aderem mais a uns do que a outros consoante a importância e necessidade que atribuem a cada um deles (Horne et al., 2011). São vários os estudos que demonstram esta associação entre as crenças da necessidade e preocupação acerca da medicação como um fator explicativo para o comportamento de adesão ao regime terapêutico. Sendo assim, há uma clara evidência entre a associação dos valores mais elevados de adesão com a percepção mais forte da necessidade da intervenção medicamentosa. Deste modo, urge a utilidade de ter em conta as crenças dos doentes sobre a necessidade dos medicamentos bem como as preocupações inerentes aos mesmos uma vez que estas condições poderão influenciar fortemente a adesão às prescrições.

O curso assintomático da hipertensão arterial contribui para a falta de compreensão na doença, fazendo com os doentes não levem a sério a cronicidade da mesma, postulando a intermitência da doença e, conseqüentemente, da medicação (Barreto, Reiners, & Marcon, 2014). Esta crença leva, inevitavelmente, à ideia de que a hipertensão arterial pode ser tratada por meio de terapias não farmacológicas, mais convencionais e “naturais” em detrimento do tratamento medicamentoso (Barreto et al., 2014).

A informação que os profissionais de saúde passam ao doente é, ainda, um fator fundamental a ter em atenção quando se fala das crenças sobre a medicação e a consequente adesão ao tratamento farmacológico (Reis, Dussault, Ávila, & Dias, 2012). Dado que as taxas de não-adesão passam, frequentemente, pelo facto de os doentes não compreenderem a doença, a adequada informação do doente sobre os medicamentos torna-se um importante preditor para se conseguir um uso correto do medicamento, conduzindo a um aumento dos níveis de adesão (DeVries, 1993). Por conhecimento dos doentes sobre os medicamentos entende-se a informação adquirida, que engloba o objetivo, o processo de utilização, a segurança bem como os cuidados a ter para conservar o mesmo, de modo a fazer deles um uso adequado (DeVries, 1993). De facto, parece relevante o doente ter conhecimento da efetividade da medicação, nomeadamente, a forma como utilizar, a frequência e a dose que toma, não esquecendo os possíveis efeitos secundários e precauções que deve ter a fim de aumentar a segurança relacionada com a utilização dos fármacos. Tudo isto é importante para o doente fazer um bom uso da medicação. O desconhecimento envolto no medicamento poderá ser um elemento que condiciona a adesão ou a adesão parcial da medicação uma vez que esta lacuna no conhecimento contribui para o aumento da probabilidade de que a terapêutica não produza o seu objetivo (DeVries, 1993).

Em suma, o conhecimento do doente acerca da medicação parece ser um elemento essencial para a promoção da adesão ao regime terapêutico, não descurado o uso adequado e correto dos medicamentos.

### 3.4. Estratégias de Adesão ao Tratamento

De modo a melhorar a adesão ao regime terapêutico, devem existir dois tipos de intervenções que devem ser alargadas a toda a população: comportamentais e educacionais. As estratégias de índole comportamental visam a incorporação no quotidiano de ações direcionadas para a adaptação no tratamento. Têm como objetivo ajudar na integração de mecanismos na rotina diária de modo a facilitar o cumprimento do tratamento e os regimes terapêuticos, envolvendo o doente no processo de tratamento (Bugalho & Carneiro, 2004). Por sua vez, as estratégias educacionais tratam de promover o conhecimento acerca da problemática, da medicação ou da doença com recurso a meios orais, escritos, audiovisuais e informatizados em grupo ou individual. Este procedimento pode, ainda, contar com a conceção de panfletos ou filmes de forma a facilitar a compreensão e integração da informação, sendo que a linguagem deve ser adequada ao nível cognitivo do doente e, preferencialmente, de fácil memorização (Bugalho & Carneiro, 2004).

Para que a adesão seja um sucesso, torna-se imperativo que os profissionais de saúde estabeleçam com o doente um diálogo em que deve ser utilizada uma linguagem clara, precisa e objetiva, considerando fatores como as capacidades cognitivas do sujeito em compreender o

que está a ser comunicado bem como as crenças culturais e situação socioeconómica da pessoa. O estabelecimento de uma relação terapêutica empática é um fator crucial para que o doente sinta que pode confiar no clínico, o que é de extrema importância para levar a cabo a orientação relativa ao tratamento (Dias et al., 2011).

No que concerne à hipertensão arterial, é notória a influência que os enfermeiros exercem na consciencialização para a mudança bem como a monitorização constante que a doença requer. Tal carece do fornecimento de estratégias que ajudem a pessoa a desenvolver habilidades e competências de autogestão da sua doença, prevenindo, detetando ou controlando a HTA (Madeira, 2015). Concomitantemente, e principalmente em relação às pessoas com risco de contrair HTA, é imperativo ampliar o leque de conhecimentos sobre quais os fatores de risco da hipertensão arterial. Este processo pode ser feito por meio da educação para a saúde que permite fornecer informação e dando uma maior liberdade aos sujeitos no que toca às decisões que eles tomam relativamente ao que fazer com os seus hábitos de vida e comportamentos de saúde (Madeira, 2015).

### **3.5. Modelos Teóricos da Mudança Comportamental**

Tendo em conta a diversidade de fatores que contribuem para o processo de adesão ao regime terapêutico, torna-se fulcral o conhecimento dos mesmos para que os profissionais de saúde os saibam reconhecer e intervir. Os modelos teóricos têm como objetivo dar a conhecer os elementos que contribuem para a adesão bem como facilitar a adequação das intervenções. As pesquisas sobre a adesão têm-se debruçado em diversas teorias explicativas, nomeadamente, biomédica, comportamental, comunicacional, cognitiva e autorregulação (Moraes, Rolim & Costa, 2009).

Será feita uma breve referência ao modelo das crenças de saúde, uma vez que esta abordagem se debruça sobre as representações centrais que estão na base da predição do comportamento ligado à saúde. No entanto, ao longo do presente estudo, o enfoque será dado ao modelo de autorregulação do comportamento em saúde de Leventhal.

#### **3.5.1. Modelo de Crenças de Saúde**

O modelo de crenças de saúde foi o primeiro paradigma desenvolvido com o intuito de explicar o comportamento de saúde e doença no tratamento de doenças agudas e crónicas (Ogden, 2004).

Este modelo enfatiza que o comportamento é o produto de um conjunto de crenças centrais que têm vindo a ser redefinidas ao longo do tempo, influenciando, por conseguinte, a forma como o indivíduo se comporta no que diz respeito à adesão como a procura de comportamentos de saúde (Brannon & Feist, 1996, citados por Sousa, 2005; Ogden, 2004). A probabilidade de

uma pessoa adotar um dado comportamento a fim de prevenir uma patologia ou a manutenção de uma determinada conduta depende fortemente das crenças pessoais, isto é, das percepções individuais. De acordo com este modelo, existem quatro crenças: A suscetibilidade à doença, a gravidade da doença e os custos e os benefícios envolvidos (Ogden, 2004). A suscetibilidade à doença indica a percepção do risco de saúde, isto é, até que ponto a pessoa poderá vir a sofrer daquela doença. Este componente tende a aumentar quando existe algum caso por perto que já tenha tido aquele problema em particular. A gravidade da doença remete para a proporção dos efeitos negativos da doença que influencia a forma como nos comportamos face à adesão de medidas preventivas, como por exemplo, um rastreio (Sousa, 2005). Face à ameaça da doença, a pessoa avalia os custos (e.g., tomar um comprimido todos os dias) e os eventuais benefícios (e.g., o comprimido vai ajudar a equilibrar a minha pressão arterial), pesando os obstáculos e os custos envolvidos na mudança do comportamento (Sousa, 2005; Ogden, 2004). Dentro dos custos, é de realçar os custos económicos, fatores a nível emocional como o medo e a ansiedade, confronto com uma má notícia, entre outros. Os benefícios envolvidos são também variados, desde a deteção de uma anomalia ou o tratamento da mesma numa fase precoce.

As pistas para a ação consistem em estímulos desencadeadores necessários à mudança comportamental, ou seja, alertas para agir. Estes sinais podem ser internos quando é algo que o sujeito sente como sintomas de dor de cabeça ou externas como uma campanha dos meios da comunicação social, leitura de folhetos ou alertas da família ou de um amigo (Ogden, 2004; Ribeiro, 1998; Sousa, 2005).

Outras versões integraram duas outras dimensões, sendo estas a motivação para a saúde e controlo percebido. A primeira refere-se à disposição dos indivíduos para se preocuparem com as questões relacionadas à saúde, isto é, características individuais que nos permitem distinguir uns dos outros. Já o controlo percebido é a percepção de que temos controlo sobre o comportamento (Ogden, 2004).

As pesquisas feitas neste âmbito revelaram que os indícios externos para ação como a promoção de programas de saúde constituem importantes bases para modificar as crenças das pessoas no sentido de fomentar comportamentos saudáveis (Ogden, 2004). De facto, e segundo vários autores, a informação sobre a forma de alertas que induzam o medo pode exercer tal impacto na mudança de comportamentos, remetendo para a existência de uma associação entre os conhecimentos da doença e a prevenção de comportamentos associados à saúde (Ogden, 2004). Deste modo, a compreensão da adesão passa por explorar e compreender as ideias das pessoas acerca da própria doença, sendo que as variáveis supramencionadas representam pré-requisitos da adesão. Um indivíduo que se sente suscetível para a hipertensão arterial, percecionando-a como grave e que dê a uma maior importância aos benefícios em

detrimento dos custos, tem maior probabilidade de aderir às prescrições médicas quando comparado com outras pessoas que não se sentem ameaçadas pela doença e que deem mais valor aos custos do que aos benefícios (Odgen, 2004; Serafino, 2002).

Atualmente, torna-se imperativo aumentar o conhecimento da pessoa ao fornecer-lhe informação acerca da doença bem como das consequências, conduzindo a uma maior probabilidade de persuadir estilos de vida mais saudáveis. Sendo este fundamental para a saúde, educar a pessoa sobre a eficácia do tratamento a que se propõe é, indubitavelmente, uma forma de melhorar o comportamento de adesão (Odgen, 2004).

### **3.5.2. Modelo de Autorregulação do Comportamento de Doença de Leventhal**

O conceito de *autorregulação* descreve o processo a partir do qual os sistemas atuam no sentido de alcançar determinados objetivos e as estratégias mobilizadas para esse propósito. O modelo da autorregulação do comportamento de doença de Leventhal ou modelo do senso comum, teve origem a partir da insatisfação com a interpretação dos modelos anteriores. Este modelo remete para a forma como os indivíduos concetualizam as doenças que é imprescindível para a compreensão do seu comportamento, sempre orientado pelas representações da doença (Figueiras, 2006). As cognições ou representações da doença consistem em crenças individuais que o sujeito possui sobre a doença, podendo ser encaradas como a principal ferramenta que a pessoa tem para lidar com a realidade (Leventhal et al., 1997).

Numa primeira fase, a experiência com a doença consiste num processo subjetivo, privado e individual. É com base nos sistemas de crenças individuais que toda a informação proveniente do exterior é interpretada, dando um cunho pessoal ao que está a ser vivenciado (Figueiras, 2006). O significado da patologia é reciprocamente influenciado pelo contexto social, onde existem normas e crenças acerca do que é estar doente. Estas representações ou esquemas cognitivos, como é comumente designado, integram-se num corpo de conhecimentos ao nível geral, sustentado pelo contexto sociocultural envolvente, incentivando a construção de representações relacionados com a saúde. Howard Leventhal postula que os sujeitos constroem esquemas cognitivos que determinam a sua resposta aos sintomas, às prescrições dos profissionais de saúde e a adesão ao tratamento. Este modelo enfatiza o papel ativo do sujeito na construção das suas crenças, sendo a informação posteriormente integrada em função dos esquemas mentais pré-existentes (Figueiras, 2006; Margarato, 2010). Assim, assumindo que as pessoas são ativas no que diz respeito ao processamento da informação, tendem a elaborar representações e, de acordo com elas, reagem emocionalmente à doença (Claudino, 2012; Leventhal, 1997).

Segundo esta perspetiva, os indivíduos regulam a sua conduta no sentido de maximizar o bem-estar e, conseqüentemente, reduzir o desconforto em função das suas representações

cognitivas e emocionais. Face um problema no estado de saúde da pessoa, esta encontra-se motivada para resolvê-lo de forma a restabelecer o seu estado dito normal. Este processo tem lugar em três fases: interpretação da situação, *coping* (a forma de lidar com o problema) e avaliação (avaliação da eficácia da intervenção) (Claudino, 2012). A adaptação à doença decorre de um processo de resolução de problemas na medida em que a decisão de realizar certas ações advém da reflexão e compreensão de uma ameaça, da capacidade individual para lidar com ela e da experiência dos custos e benefícios a fim de implementar uma intervenção (Claudino, 2012). Segundo este modelo, estas fases continuarão até que as estratégias de *coping* sejam percebidas como eficazes e o estado de equilíbrio alcançado (Leventhal et al., 1997).

A primeira fase, a interpretação, refere-se ao momento em que a pessoa é confrontada com a existência de uma potencial doença por meio da perceção de sintomas (e.g., tenho uma dor de cabeça) ou de mensagens sociais (e.g., o médico diagnosticou esta dor como estando relacionada com alta pressão sanguínea). Após este período, a pessoa está motivada para voltar ao seu estado de normalidade, pelo que começa a dar sentido ao problema presente, mediante as suas cognições que são produzidas de acordo com diversas dimensões: Identidade, causa, consequências, tempo e possibilidade de cura/controlo (Leventhal et al., 1997). A identidade aponta para o diagnóstico médico, para a designação da doença bem como os sinais que lhe está associada (Figueiras, 2006; Margarato, 2010). A causa da doença traduz-se na ideia do que causa a patologia e advém da informação que é recolhida junto da experiência pessoal, profissionais de saúde e comunicação social. A dimensão temporal é a perceção de tempo de duração da doença, se é aguda ou crónica, sendo constantemente reavaliadas em função do tempo. As consequências dizem respeito aos efeitos que a doença pode ter na vida do sujeito, sejam elas consequências físicas, psicológicas, sociais ou emocionais. Por último, a possibilidade de cura ou controlo da doença refletem-se nas crenças de que a doença pode ser curada, conferindo um papel ativo e/ou passivo nesse processo (Margarato, 2010). Estas representações cognitivas da doença permitirão com que a pessoa desenvolva e considere, a posteriori, as estratégias de *coping* mais adequadas para lidar com a mesma.

Na fase 2, referente ao *coping*, há a identificação e desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas ao estado da pessoa. Por *coping* entende-se como sendo os “recursos cognitivos, emocionais e comportamentais que o indivíduo emprega na tentativa de lidar com situações stressoras” (Kristensen, Schaefer, & Busnello, 2010, p. 21), podendo assumir duas formas: *coping* de aproximação, em que o sujeito procura encarar e explorar as emoções inerentes à sua doença de forma direta, e o *coping* de evitamento em que há uma clara negação da realidade (Figueiras, 2006; Leventhal, 1997).

A fase da ponderação é a última do modelo de autorregulação e baseia-se na avaliação individual da eficácia das estratégias de *coping* utilizadas e a resolução de manter as mesmas

ou caso contrário, optar por outras mais eficientes (Figueiras, 2006; Margarato, 2010). A chave para avaliar a eficácia das estratégias de *coping* depende de inúmeros aspetos como as explicações de causalidade, o desenvolvimento de um sentimento de controlo pessoal, a satisfação com o suporte social e a manutenção de uma autoestima positiva (Felgueiras, 2006; Leventhal, 1997).

Aplicando este modelo a pesquisas feitas com pessoas com hipertensão arterial, é possível verificar que, tal como já foi referido anteriormente, as pessoas que sentem uma maior necessidade de seguirem as instruções médicas, tendencialmente têm um maior grau de adesão ao tratamento. Estudos indicam que os indivíduos com hipertensão arterial sentem que a medicação é urgente (Ross, Walker, & MacLeod, 2004). Numa investigação nacional levada a cabo por Lopes, Alarcão, Fernandes, Nicola e Rocha (2010), chegou-se à conclusão de que os pacientes que tomavam medicação há mais de dez anos sentiam essa mesma necessidade, pois consideravam que a toma dos fármacos contribuía para a proteção do estado de saúde e melhoria da qualidade de vida. Por outro lado, constata-se que as pessoas que percebem a hipertensão arterial como uma doença crónica tendem a acreditar mais facilmente que precisam de ser medicados (Leventhal, 1997). A este facto acrescenta-se, ainda, a observação de que mesmo os indivíduos que tomam medicação e que sabem que a sua condição não irá desaparecer aderem melhor uma vez que se preparam para lidar com isso o resto da vida, premissa esta considerada, por eles próprios, já inerente à sua condição (Sousa, Landeiro, Pires, & Santos, 2011).

No que concerne aos sintomas percebidos, os sujeitos que percecionam a existência de mais sintomas tendem a ter sentimentos mais negativos e têm uma menor perceção de controlo na HTA, originando uma menor taxa de adesão. Tal se pode explicar pela procura de explicações causais para a sua condição. Contrariamente, os pacientes que consideram a ocorrência de conseqüências nefastas para a sua saúde, possivelmente aderem com mais facilidade (Quine, Steadman, Thompson, & Rutter 2012).

Este paradigma permite ter uma noção mais abrangente das decisões de saúde, enfatizando o papel ativo da relação entre as representações e comportamentos. Para Leventhal a escolha de um método de *coping*, como tomar a medicação diária, é condicionada pelo que faz sentido à pessoa, à luz das suas próprias convicções acerca doença e dos sintomas (Leventhal, 1997; Sousa et al., 2011).

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

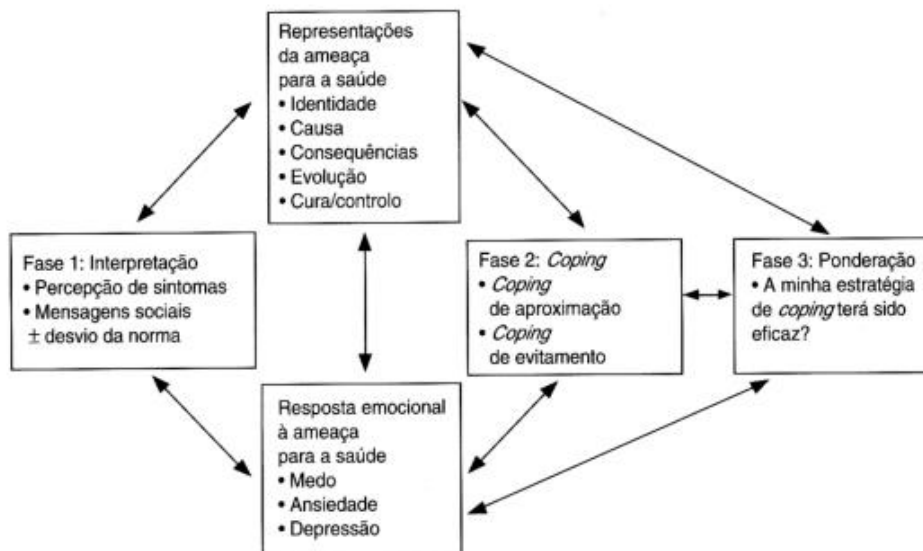


Figura 1. Modelo de autorregulação do comportamento de doença de Leventhal (adaptado de Odgen, 1999, p. 61)

Deste modo, este modelo permite explicar os processos através dos quais os pacientes tomam consciência da ameaça relativa à sua saúde, desenvolvendo, posteriormente, respostas e recursos efetivos para lidar com a mesma através da formulação de ações de tratamento. De acordo com esta elaboração, criam-se planos de ação para confrontar a ameaça percebida e, no fim, integram uma retrospectiva contínua acerca do plano desenvolvido (Figueiras, 2006). Apesar de este ser um modelo que possui uma linha de investigação muito sustentada, é de atentar à necessidade de mais conhecimento que permita uma facilitação da adesão ao regime terapêutico. Não obstante a existência de uma panóplia de modelos, será importante não nos restringirmos apenas aos elementos que os compõem uma vez que existem fatores que nem sempre são tidos em consideração (Claudino, 2012).

Em jeito de remate, pode-se afirmar que as representações da doença exercem um impacto preponderante nas imagens criadas sobre a doença, sendo a utilização deste modelo muito profícua, na medida em que permite ao clínico conhecer um conjunto de cognições da pessoa que podem estar a condicionar de forma negativa a adaptação do doente à patologia.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

## **Capítulo 2 - Metodologia**

Neste capítulo estão presentes os aspetos metodológicos e a configuração da investigação efetuada, descrevendo os procedimentos empregues em cada etapa do estudo. Deste modo, pretende-se caracterizar o estudo no sentido de divulgar os procedimentos de recolha de dados, que integram as variáveis a estudar, bem como os instrumentos de avaliação. A metodologia de investigação compreende a fase em que o investigador delimita os métodos e estratégias a incorporar num plano de trabalho que conduzirá a bom porto a realização da investigação. Tudo isto é feito de forma a encontrar respostas aos objetivos propostos previamente.

### **2.1. Caracterização Metodológica do Estudo**

Um trabalho eficaz e profícuo exige uma definição correta sobre aquilo que se procura estudar, de modo a manter um fio condutor que o encaminhe a um resultado estruturado. Nesta fase são expostos os aspetos referentes à metodologia utilizada, em conformidade com os objetivos formulados. O tipo de estudo escolhido determina o desenho e a estrutura “utilizada segundo a questão de investigação e visa descrever as variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis, ou ainda verificar hipóteses de causalidade” (Fortin, 2009, p. 133).

Sabe-se que a população possui algumas crenças de senso comum acerca da medicação, independentemente de terem tido ou não experiência direta com uma determinada patologia. Consequentemente, estas representações influenciam os comportamentos relacionados com a saúde e tudo o que pode interferir com a adesão ao regime terapêutico. A não adesão à terapêutica nos doentes com hipertensão arterial constitui um entrave ao estado de saúde e à qualidade de vida do doente, bem como dos familiares e pessoas mais próximas. Este facto é justificativo da escolha da problemática do presente estudo “Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial”. A fim de se alcançarem todos os objetivos propostos para esta pesquisa, foi elaborado um estudo não-experimental, quantitativo, transversal e descritivo-correlacional. É não-experimental na medida em que as variáveis de interesse são observadas no seu contexto natural, sem que haja a manipulação de uma variável independente (Pereira, 2010). Neste caso, optou-se por levar a cabo um estudo não-experimental precisamente por ocorrer no contexto hospitalar. Por sua vez, é um estudo quantitativo, pois procura explicar a relação entre variáveis através do estabelecimento de objetivos gerais e específicos, recorrendo a procedimentos estatísticos. Assinala-se, ainda, a natureza transversal desta investigação, uma vez que os questionários foram aplicados uma única vez no tempo, num período pré-definido. Por último, e por explorar a relação entre as variáveis, esta pesquisa é descritivo-correlacional, sendo o principal objetivo

a descrição das características da amostra, assim como o estabelecimento de relações entre as variáveis em estudo. Relativamente à natureza das variáveis em estudo, definiu-se a adesão ao regime terapêutico como a variável dependente e como variáveis independentes as representações da doença e as crenças acerca da medicação, na medida em que a adesão depende fortemente das crenças enraizadas por cada um.

## **2.2. Objetivos de Investigação**

Os objetivos gerais desta investigação consistem na avaliação, numa amostra de doentes com hipertensão arterial, do nível de adesão ao tratamento, das representações acerca da doença e das crenças acerca da medicação, de acordo com o relato do doente. O grau de adesão ao regime terapêutico foi avaliado através da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), que explora questões relacionadas com o esquecimento em tomar a medicação e interrupção da mesma por motivos vários (e.g., por deixar acabar as receitas de prescrição ou por iniciativa própria). As representações de doença, de acordo com o modelo de senso comum da autorregulação de Leventhal, foram avaliadas através do *Illness Perception Questionnaire-Brief* (IPQ-B) que possui um conjunto de itens que procura mensurar a perceção da pessoa no que diz respeito à doença (e.g., grau em que a doença afeta a vida da pessoa, o grau de controlo que sente sobre a doença, ou o tempo que a pessoa pensa que a doença vai durar). Por último, as crenças acerca da medicação foram avaliadas através do Questionário das Crenças acerca da Medicação. No questionário sociodemográfico incluiu-se uma questão acerca do grau de satisfação com a informação recebida.

Definimos como questão de investigação: será que as crenças sobre a doença e as crenças acerca da medicação interferem no nível de adesão ao tratamento em doentes com hipertensão arterial? Neste sentido, passo a enumerar alguns objetivos específicos, a saber:

1. Averiguar a diferença nos níveis de adesão entre indivíduos dos dois sexos;
2. Analisar a diferença no nível de adesão entre indivíduos com maiores e menores níveis de habilitações literárias;
3. Averiguar a diferença entre as crenças da doença com a satisfação dos doentes com a informação recebida;
4. Explorar a relação entre o tempo de diagnóstico da doença e a adesão ao tratamento;
5. Explorar a relação entre as várias crenças de doença (consequências, duração, o controlo pessoal, controlo por meio do tratamento, identidade da doença, preocupação, compreensão e resposta emocional) e a adesão terapêutica;
6. Analisar a relação entre a idade dos doentes e as crenças acerca da doença;
7. Explorar a relação entre as crenças da medicação e a adesão ao tratamento;
8. Averiguar a diferença entre as crenças da medicação e o facto de ter filhos;

9. Explorar a relação entre as crenças da medicação e as crenças da doença.

### **2.3. Participantes**

A amostra da presente investigação foi não probabilística na medida em que foi constituída por um conjunto de indivíduos portadores de hipertensão arterial seguidos na consulta externa de Nutrição do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, em regime de ambulatório, que aceitaram participar no estudo. Esta instituição procura dar resposta à população residente nos concelhos de Loures (freguesias de Loures, Camarate, Bucelas, Unhos, Apelação, Santo António dos Cavaleiros, Santo Antão do Tojal, São Julião do Tojal, Fanhões, Lousa e Frielas), Odivelas, Sobral de Monte Agraço e Mafra (freguesias de Malveira, Milharado, Santo Estêvão das Galés e Venda do Pinheiro).

Esta pesquisa compreende 84 sujeitos inquiridos na consulta externa de nutrição do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, às terças-feiras de tarde, 48 indivíduos do sexo masculino (57.1%) e 36 do sexo feminino (42.9%) com idades compreendidas entre os 39 e os 65 anos de idade ( $M=55.88$ ;  $SD=8.04$ ), constatando-se que a maior parte da amostra tem mais de 56 anos de idade (Tabela 2). É possível observar que a idade mais baixa presente na amostra é 39, no entanto, existem muitos sujeitos com idade superior a 60 anos. No que diz respeito ao estado civil dos inquiridos, é de destacar que 52.4% são casados, seguidos de 16 divorciados (19.0%) e 16 indivíduos solteiros. Quanto à área de residência apontada pelos inquiridos, todos os participantes provêm do distrito de Lisboa, no entanto, de diferentes concelhos. De salientar uma maior percentagem de sujeitos provenientes de Loures (44%), sendo que o segundo concelho mais referido é Odivelas, com 25 participantes (29.8%). No entanto, interessa mencionar que existem concelhos que pertencem a Odivelas e Loures (alguns participantes optaram por mencionar a zona de residência ao invés do concelho pertencente). Sendo assim, de Loures conta-se, no total, com 39 sujeitos (37 já enunciados conjuntamente com um indivíduo de Apelação, um de Frielas e dois de Santo António dos Cavaleiros). Já de Odivelas, a juntar aos 25, é de acrescentar um sujeito proveniente da Amadora, dois de Caneças e três da Ramada que perfaz um total de 31 indivíduos. No que diz respeito ao concelho de Lisboa, existem 4 utentes; de Sintra apenas um (Massamá); 1 do Seixal; 1 de Óbidos e 5 de Mafra.

No que concerne ao nível de escolaridade, a grande maioria dos participantes apresentava uma formação académica heterogénea, uma vez que 22 indivíduos concluíram o 4º ano de escolaridade (26.2%); 18 sujeitos têm a licenciatura (21.4%) e 19 frequentaram até ao 12º ano de escolaridade. De salientar que apenas um sujeito tem doutoramento, sendo que o mesmo ocorre com o mestrado. Relativamente à situação profissional ( $M=3.40$ ;  $SD=0.84$ ), verifica-se que a maior parte da amostra está empregada (67.9%) e 15 já se encontram reformados (17.9%). Os participantes domésticos e desempregados contam com uma percentagem de

## *Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

14.3%, não fazendo parte desta amostra nenhum estudante. Quanto ao agregado familiar, sabe-se que 21 sujeitos afirmam viver sozinhos (25.0%) e 75% vivem acompanhados. Destes, 66 têm filhos (78.6%) e 18 não têm. Quando questionados se possuem alguma doença crônica concomitante (física ou mental), 70.2% afirmaram não ter nenhuma doença ao passo que apenas 25 sujeitos deram a conhecer a existência de uma enfermidade. De ressaltar que, embora não esteja especificamente no estudo a natureza da doença, considero oportuno referir que a grande maioria alegou ter diabetes e problemas de tiroide.

Ao investigar as variáveis associadas à hipertensão arterial em particular, é de referir que 71.4% da amostra aponta para uma componente genética, isto é, 60 sujeitos referem ter familiares com esta condição, contrariamente a 24 indivíduos que não apresentam antecedentes familiares. Apenas 1 sujeito não toma medicação para a hipertensão arterial, pelo que 83 se encontram medicados para a mesma (98.8%). Cerca de 84.5% faz a medição e controlo dos níveis de pressão arterial ( $M = 0.85$ ;  $SD = 0.37$ ) e, dentro destes, a esmagadora maioria refere fazer a medição com regularidade (32.1% fá-lo diariamente e 26 sujeitos (31.0%) semanalmente). No que diz respeito à qualidade dos níveis de tensão arterial nas últimas quatro semanas 60.7% alega que os seus valores estão “mais ou menos” e apenas 28 doentes (33.3%) referem ter bons valores. Já 5 utentes (6.0%) revelam ter maus valores, o que remete para um controlo deficitário. O tempo de diagnóstico varia de meio ano (6 meses) até 30 anos. Em média, o diagnóstico da hipertensão arterial terá sido feito há sete anos atrás ( $M = 7.03$ ), contudo, 15.5% dos doentes referem ter sido diagnosticados há cerca de um ano, sendo possível observar que 6 doentes relataram ter sido diagnosticados há menos de um ano (7.2%). Por outro lado, consegue-se perceber que o tempo de diagnóstico mais vezes referido pelos pacientes é de 2, 3, 4 e 10 anos, aproximadamente. Quando questionados sobre os níveis de pressão arterial e sua respetiva classificação, 35 doentes (41.7%) posicionam-se na categoria de “hipertensão arterial 1”, 28 na “normal” e 18 na “hipertensão arterial 2” (21.4%).

No que diz respeito a comportamentos de saúde a fim de manter os níveis normais da pressão arterial, 58 indivíduos (69.0%) declaram pesar-se regularmente; 60 (71.4%) mantêm uma dieta alimentar rica em verduras, fruta e fibra; 42 doentes praticam exercício físico regularmente (50.0%); 78 declaram ter diminuído o uso do sal (92.9%); 79 alegam ter reduzido o consumo de álcool bem como o consumo de tabaco (94.0%). Por fim, relativamente às complicações associadas hipertensão arterial, é de verificar que a maior parte dos pacientes alega ter sofrido de enfarte(s) do miocárdio, com uma percentagem de 56% e 40 sujeitos com complicações relativas à visão (47.6%). Por seu turno, a complicação menos referida diz respeito à diminuição da função renal, com apenas 11 (13.1%) sujeitos a enuncia-la. Já a ocorrência de acidentes vasculares cerebrais e insuficiência cardíaca são as menos apontadas pelos pacientes, com 14.3% e 19.0%, respetivamente.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

Por fim, no que concerne ao nível de satisfação quer da informação acerca da hipertensão arterial quer dos serviços de saúde prestados pela instituição (HBA), é de mencionar que os doentes, na sua grande maioria, no primeiro tópico se posicionaram em “nem insatisfeito nem satisfeito” (15.5%), “satisfeito” com 62 indivíduos (73.8%) e “muito satisfeito” (10.7%). Já referente aos serviços de saúde prestados verifica-se um utente (1.2%) que diz estar insatisfeito, 3.6% nem insatisfeito nem satisfeito e cerca de 57 sujeitos revelam estar satisfeitos (67.9%) e muito satisfeitos (27.4%).

Tabela 2  
*Caraterização dos Dados Sociodemográficos da Amostra*

Variáveis	Classes	N = 84	Frequências (%)
Género	Masculino	48	57.1%
	Feminino	36	42.9%
Idade	Até 52 anos de idade	24	28.8%
	Dos 52 aos 65 anos de idade	60	71.2%
Estado civil	Solteiro	16	19.0%
	Casado	44	52.4%
	União de facto	2	2.4%
	Divorciado	16	19.0%
	Viúvo	6	7.1%
Nível de escolaridade	Até ao 4º ano	22	26.2%
	6º ano	10	11.9%
	9º ano	13	15.5%
	12º ano	19	22.6%
	Licenciatura	18	21.4%
	Mestrado	1	1.2%
	Doutoramento	1	1.2%
Situação profissional	Reformados ou desempregados	23	27.4%
	Empregados ou domésticos	61	72.7%
Classificação da pressão arterial	Normal	28	33.3%
	Hipertensão estágio 1	35	41.7%
	Hipertensão estágio 2	18	21.4%
	Hipertensão estágio 3	3	3.6%
Frequência do controlo dos níveis de pressão arterial	Diariamente	27	32.1%
	Semanalmente	26	31.0%
	Mensalmente	11	13.1%
	Outra	20	23.8%

## **2.4. Instrumentos**

Um instrumento de colheita de dados traduz-se numa ferramenta utilizada pelo investigador com a finalidade de recolher informação fidedigna e válida para a elaboração de um trabalho. Os dados foram recolhidos por meio da aplicação de um protocolo de autorresposta composto por três escalas de medida validadas para a população portuguesa:

- Questionário Sociodemográfico e Informação Clínica;
- Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) de Delgado e Lima (2001);
- *Illness Perception Questionnaire-Brief* (IPQ-B) de Weinman e Petrie (2004); versão portuguesa McIntyre, Araújo-Soares e Trovisqueira (2007);
- Questionário das Crenças acerca da Medicação, adaptado por Pereira, Pedras e Machado (2013).

### **2.4.1. Questionário Sociodemográfico**

O Questionário Sociodemográfico é constituído por 18 questões de resposta rápida relativas aos dados sociodemográficos. Neste são avaliadas algumas variáveis como a idade, o sexo, o local de residência, o nível de escolaridade do inquirido, a sua situação profissional, o seu estatuto socioeconómico, se tem filhos e quantos tem bem como algumas questões referentes à condição clínica em que se encontra. Estas últimas remetem para o tempo de diagnóstico de hipertensão arterial, a existência de mais alguma patologia, os antecedentes familiares que, como se sabe, exercem forte impacto no aparecimento desta condição, se existe algum tipo de controlo da doença e com que frequência.

Por outro lado, procurou-se aprofundar melhor a informação relativa à hipertensão arterial, em particular. Na ficha clínica são explorados aspetos relativos à terapêutica da doença, nomeadamente, a medição regular da pressão arterial, a prática de exercício físico, alterações ao nível alimentar, redução do consumo de álcool, tabaco e sal.

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

Quanto à Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), esta foi construída por Delgado e Lima, em 2001, num estudo que envolveu 167 participantes diagnosticados com hipertensão arterial e que tinha como objetivo avaliar os fatores associados ao comportamento de não-adesão ao tratamento (Delgado & Lima, 2001). Este instrumento foi desenvolvido a partir da medida de adesão de Morisky e colaboradores (1986) que consistia numa forma indireta de avaliar a adesão, contendo quatro itens com respostas de tipo dicotómico. Delgado e Lima acrescentaram três itens aos quatro que já existiam na versão original e um item adaptado de Ramalinho (1994, citado por Delgado & Lima, 2001). Deste modo, trata-se de um questionário de sete itens que avalia os comportamentos do sujeito relativamente ao uso diário dos

medicamentos, sendo que as respostas são obtidas através de uma escala de Likert de seis pontos que varia de 1 (*sempre*), indicando menor adesão, e 6 (*nunca*), apontando para uma maior adesão (Carvalho, Dantas, Pelegrino, & Corbi, 2010). O índice de adesão ao tratamento é conseguido através do somatório de todos os itens do instrumento, dividido pelo número de itens do mesmo. Assim, valores mais elevados refletem maior grau de adesão.

Os últimos três itens acrescentados pelos autores permitem verificar a possibilidade de não adesão, algo que não era possível identificar apenas com os quatro itens originais. Se o item 5 explora aspetos relacionados à não-adesão por excesso na toma (“Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?”), já o item 6 faz alusão a eventuais dificuldades económicas, que podem ser, igualmente, um entrave à adesão terapêutica (“Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?”). Por fim, o item 7 convida o indivíduo a refletir acerca de outros motivos pelos quais deixa de tomar a medicação, funcionando como uma pergunta aberta (Dias, 2014).

Relativamente às características psicométricas deste instrumento, diversos estudos demonstraram uma boa consistência interna, traduzida por um valor de alfa de Cronbach de .74, apresentando, ainda, elevados níveis de correlações de validade concorrente (Delgado & Lima, 2001).

#### 2.4.3. Illness Perception Questionnaire-Brief (IPQ-B)

Relativamente ao IPQ-B, este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Trovisqueira e McIntyre (2007), tendo sido desenvolvido inicialmente por Broadbent, Petrie, Main e Weinman em 2004. É um instrumento composto por oito itens, pontuados numa escala de Likert de 0 a 10, que avalia as representações cognitivas e emocionais associadas à doença. Estas cognições abrangem cinco itens: Consequências, através do item 1 (“Qual o grau em que a sua doença afeta a sua vida?”); duração, no item 2 (“Quanto tempo pensa que vai durar a sua doença?”); o controlo pessoal, presente no item 3 (“Qual o grau de controlo que sente sobre a sua doença?”); controlo por meio do tratamento, no item 4 (“Até que ponto pensa que o seu tratamento pode ajudar a sua doença?”) e identidade da doença, no item 5 (“Qual o grau em que sente sintomas da sua doença?”). As representações emocionais, como a preocupação e emoção, são avaliadas no item 6 e 8, respetivamente. Já o grau de compreensão com a patologia é evidente no item 7 (“Até que ponto sente que compreende a sua doença?”). Por último, a avaliação das representações das causas é feita através de uma pergunta aberta, permitindo ao doente referir, por ordem decrescente, quais os três motivos mais importantes que ele acredita terem causado a doença (Nogueira, Seidl, & Tróccoli, 2016).

#### 2.4.4. Questionário de Crenças acerca da Medicação

Por fim, no que concerne ao Questionário de Crenças acerca da Medicação, a sua versão original é da autoria Horne et al. (1999), sendo desenvolvido a fim de avaliar as crenças que os indivíduos possuem sobre a medicação. A versão original é constituída por duas partes: Parte I - Crenças Gerais Sobre a Medicação, abrangendo oito itens, e a Parte II - Crenças Específicas Sobre a Medicação, incluindo dez itens (Pereira et al., 2013). De salientar que, embora o questionário original faça uma separação entre as duas partes, optamos por fazer uma compilação de todos os itens, devidamente identificados.

A primeira parte, composta por oito itens, analisa as crenças gerais acerca dos medicamentos, já a segunda avalia as crenças específicas em relação aos fármacos prescritos ao doente, integrando 10 itens. A parte I integra dois fatores de quatro itens. O primeiro fator, Escala Efeitos Nocivos, avalia crenças relacionadas com eventuais efeitos nocivos, aditivos e tóxicos dos medicamentos, sendo composta pelos itens 2 (“Pessoas que tomam medicamentos deveriam parar o seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando”), 3 (“Muitos medicamentos provocam dependência”), 5 (“Os medicamentos fazem mais mal que bem”) e 6 (“Todos os medicamentos são tóxicos”). O segundo fator, Escala de Uso Excessivo, avalia a crença da medicação estar a ser utilizada em demasia pelos médicos.

A segunda parte é constituída por dois fatores de cinco itens. O primeiro fator, relativo à Escala Necessidades Específicas, examina as crenças acerca da necessidade da medicação que lhes foi recomendada, e é formada pelos itens 9 (“Neste momento a minha saúde depende de medicamentos”), 11 (“A minha vida seria impossível sem medicamentos”), 12 (“Sem medicamentos eu estaria muito doente”), 15 (“A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos”) e 18 (“Os meus medicamentos impedem-me de piorar”).

O segundo fator, referente à Escala de Preocupações Específicas, avalia as crenças acerca dos perigos de dependência ou os efeitos secundários a longo prazo, e é composta pelos itens 10 (“Ter que tomar medicamentos preocupa-me”), 13 (“Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo”), 16 (“Os meus medicamentos desorganizam a minha vida”) e 9 (“Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos meus medicamentos” (Pereira, Pedras & Machado, 2016).

É utilizada uma escala de tipo *Likert* de 1 a 5 pontos, sendo que 1 corresponde a “Discordo Totalmente” e 5 a “Concordo Totalmente”. O total na Escala de Efeitos Nocivos varia de 4 a 20 pontos, assim como a Escala de Uso Excessivo. Já as Escalas de Necessidades Específicas e a Escala de Preocupações Específicas variam entre 5 a 25 pontos. Uma pontuação mais elevada na Escala das Crenças Gerais reflete crenças mais desfavoráveis acerca da medicação, assim

como ocorre na Escala das Crenças Específicas, que aponta para crenças de maior necessidade e preocupação com a mediação

## **2.5. Procedimentos de Investigação**

Após a escolha das escalas e testes psicométricos a aplicar na presente pesquisa, foram solicitadas as devidas autorizações para a utilização dos mesmos aos autores, em simultâneo com a elaboração do questionário sociodemográfico com a informação relevante. Posteriormente, o plano foi submetido à comissão de ética do Hospital Beatriz Ângelo com vista a obter o consentimento para recolher uma amostra de pacientes com hipertensão arterial acompanhados na Consulta Externa de Nutrição. A aplicação dos protocolos ocorreu, presencialmente, durante os meses de fevereiro, março e abril, somente após o consentimento informado de cada participante. Aos utentes que aceitaram fazer parte da investigação, foi entregue, em duplicado, e lido o Consentimento Informado, bem como o protocolo do estudo.

Este estudo contou com a aplicação de critérios de inclusão e exclusão para a seleção da amostra. No presente estudo, os critérios de inclusão obedecem a um conjunto de convenções, a saber: Encontrar-se integrado nas consultas de ambulatório no Hospital Beatriz Ângelo; ter idade compreendida entre os 18 e os 65 anos de idade; com diagnóstico de hipertensão arterial há mais de seis meses e aceitar participar, de livre vontade, no estudo, assinando o “Consentimento Informado”.

Por outro lado, os critérios de exclusão compreendem as regras que impossibilitam a participação de um sujeito num estudo (Patino & Ferreira, 2018). Como critérios de exclusão, consideram-se: a recusa em participar no estudo; a presença de limitações intelectuais evidentes; o utente encontrar-se sob o efeito de álcool ou de estupefacientes. Consideramos importante referir que foram excluídos 13 sujeitos com hipertensão arterial da presente investigação por terem idade superior a 65 anos de idade. Do mesmo modo, foram, igualmente, retirados 8 indivíduos, 2 com idade acima dos 65 anos, por terem sido diagnosticados com HTA há menos de 6 meses. Tal ocorreu devido ao não cumprimento dos critérios de inclusão.

### **2.4.1. Análise estatística**

Os dados foram inseridos e analisados quantitativamente com recurso ao IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) (versão 23), um programa de análise estatística, tendo sido utilizado para todo o tratamento de dados estatísticos. Para a caracterização da amostra foi realizada a análise das suas características sociodemográficas e clínicas por recurso à estatística descritiva. Desta forma, foram calculados os valores médios, desvios-padrão, valores mínimos e máximos. De seguida procedeu-se ao teste da normalidade da distribuição

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

amostral como forma de apoiar a decisão na escolha dos testes estatísticos a utilizar posteriormente (Tabela 3). Tendo em consideração o tamanho da amostra ( $n = 84$ ) recorreu-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*, que revelou que o *Illness Perception Questionnaire - Brief* (IPQ-B) e o Questionário de Crenças acerca da Medicação têm uma distribuição normal, contudo a Medida de Adesão ao tratamento (MAT) e os fatores que compõem os dois questionários acima referidos não apresentam uma distribuição normal dos resultados ( $p < .05$ ). No entanto, e atendendo ao tamanho da amostra, pode-se aplicar o Teorema do Limite Central que postula que quando o tamanho da amostra aumenta, a medida da distribuição amostral aproxima-se cada vez mais da distribuição normal (Marôco, 2011). Vários autores enfatizam que em amostras iguais ou superiores a 30 sujeitos, admite-se uma distribuição normal. Considerando que o presente estudo compreende 84 sujeitos, decidiu-se utilizar testes paramétricos na análise dos dados.

Tabela 3  
*Resultados do Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov*

Instrumentos	Kolmogorov-Smirnov	Curtose	Assimetria
MAT	.000	10.8	-2.79
IPQB - Total	.200*	1.13	-0.50
Dimensão cognitiva	.200*	0.20	-0.22
Dimensão emocional	.009	1.63	-1.26
Dimensão da compreensão	.000	-0.52	-0.44
Questionário de Crenças da Medicação - Total	.200*	0.19	0.50
Dimensão das crenças gerais	.002	-0.89	0.16
Dimensão das crenças específicas	.007	0.19	0.58

\* $p > .05$

De seguida, foi examinada a consistência interna de todos os instrumentos utilizados, isto é, perceber o grau de confiabilidade na medição do construto que cada teste se propõe a avaliar através do alfa de Cronbach. Posteriormente, procedeu-se a uma análise descritiva das três escalas utilizadas (Medida de Adesão ao Tratamento, *Illness Perception Questionnaire-Brief* e Questionário de Crenças acerca da Medicação). Na análise inferencial, utilizou-se o teste de correlação de Pearson ( $r$ ) para avaliar a associação entre variáveis. Sabe-se que quanto mais próximo o valor estiver de -1 ou 1, maior é a associação entre as variáveis, pelo que a sua associação é menor quando o valor está próximo de 0 (Marôco, 2011). Segundo Marôco, as associações podem classificar-se como fracas quando o valor está entre 0 e 0.25, como moderadas entre os 0.25 e 0.5, como fortes entre 0.5 e os 0.75 e quando o valor de  $|r|$  é igual ou superior a 0.75 a associação entre as mesmas é considerada muito forte (Marôco, 2011). Por último, recorreu-se ao teste  $t$  de Student para avaliar as diferenças verificadas nas escalas MAT,

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

IPQ-B e Questionário de Crenças acerca da Medicação em função das variáveis sociodemográficas, nomeadamente no que diz respeito ao género, habilitações literárias, viver ou não sozinho, ter ou não filhos. Já para a variável da satisfação com a informação utilizou-se a análise da variância (ANOVA) uma vez que comparamos três ou mais grupos independentes.

De salientar que para todas as análises efetuadas no presente estudo foram considerados valores estatisticamente significativos os testes com valores  $p$  iguais ou inferiores a .05, na medida em que foi considerado um nível de significância de 95%.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

## Capítulo 3 - Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados da análise estatística dos dados, realizada através do programa IBM SPSS (versão 23). Deste modo, são expostos os resultados obtidos da consistência interna dos instrumentos utilizados na presente pesquisa, apresentada a análise descritiva dos resultados em cada instrumento, exploradas as relações entre as variáveis e a análise das variações entre as variáveis estudadas em função do género, habilitações literárias, viver sozinho, ter ou não ter filhos e nível de satisfação com a informação.

### 3.1. Consistência interna dos instrumentos

No sentido de examinar a consistência interna das escalas utilizadas (Medida de adesão ao tratamento, *Illness Perception Questionnaire-brief* e Questionário das crenças acerca da medicação), calculou-se o alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) de modo a perceber o grau de confiabilidade na medição do construto que cada teste pretende medir. Na Medida de Adesão ao Tratamento verificou-se um alfa de .84, o que revela uma consistência interna bastante elevada ( $\alpha > 0.8$ ) comparativamente ao alfa de Cronbach apontado pelo valor obtido no estudo da adaptação portuguesa ( $\alpha = .74$ ) (Delgado & Lima, 2001).

Relativamente ao IPQ-B, averiguou-se uma consistência interna indesejável ( $\alpha = .72$ , exceto na dimensão do fator emocional ( $\alpha = .72$ ). Na dimensão cognitiva foi possível constatar um alfa emocional de .10 e no geral o alfa de Cronbach foi de .48. Diversos estudos evidenciaram a importância do cálculo do alfa de Cronbach nas três subescalas (Sobral, 2014). De acordo com DeVellis, valores incluídos abaixo de .60 são considerados inaceitáveis. Assim, estes últimos são considerados abaixo do que é aceitável (Marôco, 2011). Estes valores podem encontrar-se associados à limitada diversidade de respostas dadas neste questionário.

Por fim, no que concerne ao Questionário de Crenças acerca da Medicação, os resultados apontam para uma consistência interna minimamente aceitável de .68. O mesmo ocorre com os valores obtidos para o fator das crenças gerais ( $\alpha = .68$ ) e para as crenças específicas ( $\alpha = .72$ ) (DeVellis, 1991). No estudo de validação para a população portuguesa, os dados da consistência interna foram superiores, quer nas crenças gerais ( $\alpha = .76$ ) quer nas crenças específicas, nomeadamente, nas necessidades específicas ( $\alpha = .77$ ) (Pereira, Pedras & Machado, 2013).

Tabela 4  
Consistência Interna dos Instrumentos Utilizados

Instrumento	Dimensões	Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )
MAT	Total	.84
IPQ-B	Total	.48
	Cognitivo	.10
	Emocional	.72
Questionário crenças acerca da medicação	Total	.68
	Crenças gerais	.68
	Crenças específicas	.72

### 3.2. Estatísticas descritivas

Torna-se essencial efetuar uma análise descritiva com o intuito de fazer uma caracterização dos resultados obtidos pelos participantes por meio dos instrumentos utilizados. Assim, é feita uma descrição das médias e desvios-padrão de cada escala utilizada, integrando, ainda, os fatores incluídos em cada instrumento de avaliação. Começa-se por apresentar os resultados descritivos das variáveis: Medida de Adesão à Terapêutica (MAT); *Illness Perception Questionnaire-Brief* (IPQ-B) e Questionário de Crenças acerca da Medicação.

Como se pode observar na Tabela 5, verifica-se que a média total de adesão ao tratamento para a hipertensão arterial é bastante elevada com uma média de 5.55 ( $SD = 0.56$ ), numa pontuação máxima de 6. Assim, num questionário que varia de 0 a 6, constata-se que em todos os itens a média é superior a 5, o que remete para uma boa adesão ao tratamento dos utentes inseridos no presente estudo.

Tabela 5  
Estatísticas Descritivas da MAT

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mínimo	Máximo
Adesão ao tratamento	5.55	0.56	2.71	6.00

Ao observar a Tabela 6, pode-se averiguar que a média mais elevada diz respeito ao item 7 “Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?”. Tal como se pode verificar, apenas 1 sujeito (1.2%) referiu ter interrompido a terapêutica por outra razão que não seja a indicação do médico e 6 relataram tê-lo feito raramente.

Como se pode verificar, 86.9% dos participantes referiu nunca ter deixado de tomar os medicamentos para a hipertensão arterial, por iniciativa própria, após se ter sentido pior e apenas um sujeito afirmou fazê-lo quase sempre, assim como 1 participante (1.2%) alegou fazê-

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

lo com frequência. Por sua vez, a média mais baixa foi obtida no item 1 “Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?” ( $M = 4.98$ ), no entanto, pode-se verificar que 31 sujeitos alegam nunca se terem esquecido (36.9%), 31% indicaram que tal acontecia raramente, 26.2% esqueceu-se “por vezes” e apenas 4 (4.8%) “com frequência”. Existe apenas um sujeito que se posicionou no “Quase sempre” (1.2%), não havendo nenhum inquirido que tenha respondido “sempre”. O item 2, referente às horas de tomar a medicação para a HTA, pontua com 39 sujeitos (46.4%) que referiram que nunca foram descuidados com os horários, seguidos dos doentes que responderam “Por vezes” (23.8%) e “Raramente” com 18 pacientes. Já no item 3 “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?” consegue-se perceber que a grande maioria da amostra (84.5%) referiu nunca o ter feito, à exceção de um sujeito (1.2%) que respondeu “Com frequência” e 8 (9.5%) “Por vezes”. O item 4 faz referência à interrupção da medicação, por iniciativa própria, após se ter sentido pior durante o tratamento. Neste, 73 indivíduos dizem nunca tê-lo feito, ao passo que apenas um respondeu “Quase sempre” e outro “Com frequência”.

É, ainda, possível, observar que, quer no item 5 “Alguma vez tomou um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?”, quer no item 7 “Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?”, 75 sujeitos (89.3%) responderam “nunca” a ambas as questões. No item 6, que remete para a interrupção da terapêutica por deixar acabar a medicação, 70 sujeitos referiram que nunca o tinham feito e apenas 1 respondeu que o fazia com frequência.

Tabela 6  
*Estatísticas Descritivas dos Itens da MAT*

Item	Respostas	N	%	M (SD)
MAT 1	Quase Sempre	1	1.2%	4.98 (0.97)
	Com frequência	4	4.8%	
	Por vezes	22	26.2%	
	Raramente	26	31.0%	
	Nunca	31	36.9%	
MAT 2	Quase Sempre	3	3.6%	5.02 (1.11)
	Com frequência	4	4.8%	
	Por vezes	20	23.8%	
	Raramente	18	21.4%	
	Nunca	39	46.4%	
MAT 3	Com frequência	1	1.2%	5.73 (0.68)
	Por vezes	8	9.5%	
	Raramente	4	4.8%	
	Nunca	71	84.5%	
MAT 4	Quase Sempre	1	1.2%	5.74 (0.75)
	Com frequência	1	1.2%	
	Por vezes	6	7.1%	
	Raramente	3	3.6%	
	Nunca	73	86.9%	

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

MAT 5	Quase Sempre	1	1.2%	5.80 (0.65)
	Por vezes	5	6.0%	
	Raramente	3	3.6%	
	Nunca	75	89.3%	
MAT 6	Com frequência	2	2.4%	5.76 (0.61)
	Por vezes	2	2.4%	
	Raramente	10	11.9%	
	Nunca	70	83.3%	
MAT 7	Com frequência	1	1.2%	5.85 (0.50)
	Por vezes	2	2.4%	
	Raramente	6	7.1%	
	Nunca	75	89.3%	

O IPQ-B avalia as representações cognitivas em nove dimensões: identidade, duração, consequências, controlo pessoal, controlo do tratamento, preocupação, compreensão, resposta emocional e causas da doença. Através da análise dos resultados, consegue-se perceber que em todas as subescalas há uma pontuação alta, excetuando o item 5 (“Qual o grau em que sente sintomas da sua doença?”) que obteve uma média de 4.93 (Tabela 7). Tal significa que a grande maioria dos participantes referiu não sentir muitos sintomas relacionados com a Hipertensão Arterial, o que permite confirmar o curso assintomático desta condição. O valor médio mais elevado obtido neste questionário remete para o item Duração ( $M = 8.58$ ,  $SD = 2.21$ ), o que significa que grande parte da amostra acredita que a hipertensão arterial é uma condição crónica e que irá durar para sempre. De salientar que outra subescala que apresenta, igualmente, um valor médio elevado é o Controlo do tratamento ( $M = 8.56$ ,  $SD = 1.75$ ), o que aponta para o facto de os utentes considerarem que os tratamentos são eficazes no auxílio da doença. Quanto à subescala que avalia o nível de preocupação com a doença (item 6), percebe-se que os sujeitos estão preocupados com a sua condição clínica ( $M = 7.27$ ,  $SD = 1.75$ ). No que concerne à subescala da resposta emocional, constata-se que os sujeitos inquiridos se sentem afetados emocionalmente com a sua doença, embora não seja um valor muito elevado ( $M = 6.37$ ,  $SD = 2.72$ ). De referir que na escala da compreensão, a maior parte dos sujeitos acredita compreender bem a doença, bem como tudo o que esta implica ( $M = 7.75$ ,  $SD = 1.75$ ). Encontraram-se, ainda, pontuações médias altas nas subescalas Controlo pessoal ( $M = 6.76$ ,  $SD = 2.30$ ), que diz respeito à perceção do grau de controlo do indivíduo sobre a sua doença, e na subescala das Consequências ( $M = 6.59$ ,  $SD = 2.16$ ), que avalia o impacto da patologia na vida do sujeito, sendo que apresenta um resultado que aponta para o reconhecimento dos sintomas e gravidade por parte da amostra estudada.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

Tabela 7  
*Estatísticas Descritivas do IPQ-B*

IPQ-B	Média	Desvios-padrão	Min. - Max.
1. Consequências	6.59	2.16	0-10
2. Duração	8.58	2.21	1-10
3. Controlo pessoal	6.76	2.30	0-10
4. Controlo de tratamento	8.56	1.75	3-10
5. Identidade	4.93	2.76	0-10
6. Preocupação	7.27	2.63	0-10
7. Compreensão	7.75	1.75	3-10
8. Resposta emocional	6.37	2.72	0-10

Assim, e tendo em consideração os fatores constituintes do IPQ-B (cognitivo, emocional e de compreensão), o fator da compreensão foi o que registou uma média mais elevada ( $M = 7.75$ ), seguindo-se a dimensão cognitiva ( $M = 7.08$ ) e, por fim, a emocional ( $M = 6.82$ ).

Relativamente à última secção, constituída por três itens que avaliam a perceção das causas que poderão estar associadas ao desenvolvimento da Hipertensão Arterial, foi possível verificar um conjunto de motivos muito homogêneos na amostra em estudo. Neste sentido, podemos contemplá-las de forma hierárquica e de acordo com o grau de importância. Atendendo à Tabela 8, a razão mais referida prende-se com o *stress*, sendo que dois sujeitos referiram o *stress* laboral e o *stress* do dia-a-dia, mas que foram integrados na mesma dimensão ( $n = 19$ ), seguida da alimentação desequilibrada e dos excessos alimentares ( $n = 16$ ) e do tabagismo como um fator preponderante no surgimento desta condição ( $n = 9$ ). Em “Outras doenças” convém referir que muitos sujeitos indicaram a presença de colesterol elevado, diabetes, hipertriglicémia e a utilização de vários comprimidos devido à existência de inúmeras condições clínicas associadas. Em segunda instância, são apontados, novamente, aspetos referentes ao *stress* no geral ( $n = 17$ ) e à alimentação ( $n = 14$ ), havendo uma referência também ao trabalho ( $n = 11$ ). Neste último, foram incluídos fatores como o excesso de trabalho, as condições e ambiente do mesmo, o trabalho por turnos e ainda o trabalho com produtos químicos. Já nas últimas opções, são referidas a alimentação desequilibrada ou excessos na mesma ( $n = 14$ ), a falta de exercício físico ( $n = 9$ ), seguida do sedentarismo, que se encontra intrinsecamente relacionado com a falta de exercício anteriormente apontado ( $n = 7$ ). Ainda que não esteja presente na Tabela 8, alguns sujeitos fizeram menção à idade e à falta de companhia, estando esta última associada à reforma e viuvez, como importantes dados para o desenvolvimento da HTA. Julgamos oportuno mencionar que é notável a presença de respostas omissas, o que indica que em muitos casos os participantes apenas preencheram as duas primeiras opções e 5 respondentes não deram resposta a nenhum destes itens.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

Tabela 8  
*Causas Indicadas pelos Participantes para o Aparecimento da HTA*

1ª Ordem	n	2ª Ordem	n	3ª Ordem	n
Stress	19	Stress	17	Alimentação	14
Alimentação	16	Alimentação	14	Falta de exercício físico	9
Tabaco	9	Trabalho	11	Sedentarismo	7
Hereditariedade	7	Falta de exercício físico	5	Stress	6
Trabalho	4	Genética	5	Pouco descanso	5
Sedentarismo	3	Tabagismo	4	Ingestão de bebidas alcoólicas	3
Outras doenças	4	Falta de descanso	3	Sal	2
Outros	17	Outros	18	Outros	14
Omisso	5	Omisso	7	Omisso	24

No que concerne ao Questionário das Crenças acerca da Medicação (QCM), a média total corresponde a 3.30 ( $SD = 0.36$ ). A Tabela 9 apresenta os resultados para as subescalas que compõem este questionário e pode-se deduzir que a dimensão das necessidades de medicação foi o fator cuja média foi mais elevada ( $M = 3.8$ ,  $SD = 0.61$ ), o que sugere que os respondentes consideram que a medicação é indispensável à sua sobrevivência. Contrariamente, a dimensão concernente às preocupações específicas foi a que evidenciou a média mais baixa ( $M = 3.01$ ), remetendo para o facto de os participantes não sentirem e/ou pensarem nos efeitos da medicação. Os itens que constituem a subescala das preocupações específicas dizem respeito aos efeitos secundários e possibilidade de dependência face aos fármacos. Consegue-se verificar que o fator do uso excessivo pontuou, igualmente, alto ( $M = 3.14$ ,  $SD = 0.55$ ), pelo que se conclui que os respondentes consideram que os médicos prescrevem medicamentos em demasia.

Tabela 9  
*Estatísticas Descritivas das Crenças Acerca da Medicação*

	Média	Desvios-padrão	Min. - Max.
QCM	3.30	0.36	2.72-4.50
Uso excessivo	3.14	0.55	1.75-4.00
Efeitos nocivos	3.22	0.50	2.00-4.25
Necessidades de medicação	3.8	0.61	2.40-5.00
Preocupações específicas	3.01	0.66	1.60-4.80

De modo a perceber melhor quais os itens, incluídos nos fatores do referido questionário, que obtiveram uma média mais elevada, procedeu-se à análise das estatísticas descritivas e frequências de cada um deles. Através da análise da Tabela 10, verificou-se que nenhum participante respondeu “Discordo totalmente” aos itens 3 (“Muitos medicamentos provocam dependência”), 7 (“Os médicos confiam demais nos medicamentos”), 9 (“Neste momento a

minha saúde depende de medicamentos”), 10 (“Ter que tomar medicamentos preocupa-me”), 11 (“A minha vida seria impossível sem medicamentos”), 12 (“Sem medicamentos eu estaria muito doente”), 15 (“A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos”) e 18 (“Os meus medicamentos impedem-se de piorar”). O item que obteve uma pontuação média mais elevada diz respeito ao item 9 ( $M = 4.20$ ,  $SD = 0.69$ ), que aponta para a percepção que os sujeitos têm de a sua saúde depender de medicamentos. Nesta questão, 59.5% e 32.1% responderam “Concordo” e “Concordo totalmente”, respetivamente, pelo que grande parte da amostra percebe que a sua saúde depende fortemente da medicação. Apenas 3 sujeitos discordaram desta premissa ao posicionarem-se na resposta “Discordo”. O item que obteve uma média igualmente alta refere-se à questão 18 ( $M = 4.11$ ,  $SD = 0.58$ ) que remete para o facto de os medicamentos impedirem o sujeito de piorar. Neste, cerca de 92.8% responderam “Concordo” e “Concordo totalmente” e somente 2 sujeitos discordaram de tal facto. Com uma média de 3.73 ( $SD = 0.84$ ) encontra-se o item 3 que faz referência à eventual dependência que os medicamentos podem provocar. Aqui, 55 indivíduos responderam “Concordo”, 11 “Concordo totalmente” e 13.1% discordaram. Convém realçar que o item em que a resposta mais frequente foi “Não tenho a certeza” foi o item 4 (“Os produtos naturais são mais seguros que os medicamentos”), o que significa que mais de metade da amostra não sabe se há eficácia e segurança nos produtos alternativos aos medicamentos convencionais. Apenas 2 sujeitos concordaram totalmente com a afirmação e 1 discordou totalmente. Nos itens 1 e 7, que dizem respeito à utilização e confiança que os médicos depositam na medicação, verificou-se que 41.7% da amostra respondeu “Discordo” na questão 1 ao passo que 19% discordou no item 7. Contrariamente, 29 sujeitos (34.5%) concordou com a afirmação de que “Os médicos usam medicamentos a mais” e 45.3% discordou com a afirmação. No que concerne aos itens referentes aos efeitos nocivos e tóxicos da medicação, constata-se que 46.4% discordou quando se afirma que as pessoas que tomam medicação deveriam parar um certo tempo de vez em quando. Já quanto ao nível de dependência que esta pode provocar, 78.6% posiciona-se no “Concordo” e “Concordo totalmente”, pelo que há uma grande maioria dos participantes que consideram que a medicação provoca dependência. Quando se afirma “Os medicamentos fazem mais mal que bem” é considerável a percentagem (34.5%) de sujeitos que respondeu “Não tenho a certeza”. Ainda assim, a maior parte discorda desta premissa. Do mesmo modo, e ainda dentro da subescala dos efeitos nocivos, 65.5% da amostra concordou com a afirmação “Todos os medicamentos são tóxicos”, com apenas 10 sujeitos a pontuarem no “Discordo” e “Discordo totalmente”.

Verificou-se que a subescala que apresentou maior pontuação média foi a necessidade de medicação. Analisando os itens que a compõem, verificamos que 77 sujeitos posicionaram-no no “Concordo” e “Concordo totalmente” no item 9 (“Neste momento a minha saúde depende de medicamentos”), pelo que apenas 3 sujeitos discordaram da afirmação. No item 11, ainda

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

que haja uma percentagem considerável de participantes que discorda (31%), é visível a percentagem de pessoas que concordaram com a declaração (“A minha vida seria impossível sem medicamentos”). O mesmo ocorre com o item 12 que aponta para o facto de o indivíduo ficar doente sem a medicação, nesta apesar de 17.9% discordar, evidencia-se uma percentagem de 59.6% de sujeitos que responderam “Concordo” e “Concordo totalmente”. Também no item 15 (“A minha saúde irá depender de medicamentos”), salta à vista o número de sujeitos que concordaram com a assunção (um total de 61 participantes).

A escala das preocupações específicas obteve uma média mais baixa. A análise item a item da mesma mostra que no item “Ter de tomar medicamentos preocupa-me” 28 sujeitos (33.3%), discordou da afirmação, ao passo que 55 indivíduos concordaram com a mesma. Relativamente aos efeitos que advêm da medicação se esta for tomada durante muito tempo, 47 sujeitos relatam preocupar-se, contrariamente a 30 que negam essa preocupação. Intrinsecamente relacionada com este aspeto, 46.5% da amostra revelou preocupar-se com a possibilidade de ficar dependente dos medicamentos, enquanto 47.2% afirmou não se preocupar com essa hipótese. Por último, 55 indivíduos discordaram da afirmação de que os medicamentos desorganizam a vida, tendo uma percentagem de 32.2% de sujeitos que concordam.

Tabela 10

*Estatísticas Descritivas e Frequências Item a Item das Crenças Acerca da Medicação*

Escala de Crenças sobre a medicação		N	%	Média
QCM-1	Discordo totalmente	3	3.6%	2.88
	Discordo	35	41.7%	
	Não tenho a certeza	16	19.0%	
	Concordo	29	34.5%	
	Concordo totalmente	1	1.2%	
QCM-2	Discordo totalmente	3	3.6%	2.82
	Discordo	39	46.4%	
	Não tenho a certeza	13	15.5%	
	Concordo	28	33.3%	
	Concordo totalmente	1	1.2%	
QCM-3	Discordo	11	13.1%	3.79
	Não tenho a certeza	7	8.3%	
	Concordo	55	65.5%	
	Concordo totalmente	11	13.1%	
QCM-4	Discordo totalmente	1	1.2%	3.00
	Discordo	16	19.0%	
	Não tenho a certeza	51	60.7%	
	Concordo	14	16.7%	
	Concordo totalmente	2	2.4%	
QCM-5	Discordo totalmente	3	3.6%	2.81
	Discordo	31	36.9%	

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

	Não tenho a certeza	29	34.5%	
	Concordo	21	25.0%	
QCM-6	Discordo totalmente	1	1.2%	3.52
	Discordo	9	10.7%	
	Não tenho a certeza	19	22.6%	
	Concordo	55	65.5%	
QCM-7	Discordo	16	19.0%	3.37
	Não tenho a certeza	21	25.0%	
	Concordo	47	56.0%	
QCM-8	Discordo	16	19.0%	3.43
	Não tenho a certeza	20	23.8%	
	Concordo	44	52.4%	
	Concordo totalmente	4	4.8%	
QCM-9	Discordo	3	3.6%	4.20
	Não tenho a certeza	4	4.8%	
	Concordo	50	59.5%	
	Concordo totalmente	27	32.1%	
QCM-10	Discordo	28	33.3%	3.48
	Não tenho a certeza	1	1.2%	
	Concordo	42	50.0%	
	Concordo totalmente	13	15.5%	
QCM-11	Discordo	26	31.0%	3.30
	Não tenho a certeza	18	21.4%	
	Concordo	29	34.5%	
	Concordo totalmente	11	13.1%	
QCM-12	Discordo	15	17.9%	3.58
	Não tenho a certeza	19	22.6%	
	Concordo	36	42.9%	
	Concordo totalmente	14	16.7%	
QCM-13	Discordo totalmente	1	1.2%	3.27
	Discordo	29	34.5%	
	Não tenho a certeza	7	8.3%	
	Concordo	40	47.6%	
	Concordo totalmente	7	8.3%	
QCM-14	Discordo totalmente	2	2.4%	2.67
	Discordo	49	58.3%	
	Não tenho a certeza	10	11.9%	
	Concordo	21	25.0%	
	Concordo totalmente	2	2.4%	

## Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial

QCM-15	Discordo	8	9.5%	3.76
	Não tenho a certeza	15	17.9%	
	Concordo	50	59.5%	
	Concordo totalmente	11	13.1%	
QCM-16	Discordo totalmente	5	6.0%	2.63
	Discordo	50	59.5%	
	Não tenho a certeza	2	2.4%	
	Concordo	25	29.8%	
	Concordo totalmente	2	2.4%	
QCM-17	Discordo totalmente	2	2.4%	3.02
	Discordo	38	45.2%	
	Não tenho a certeza	5	6.0%	
	Concordo	35	41.7%	
	Concordo totalmente	4	4.8%	
QCM-18	Discordo	2	2.4%	4.11
	Não tenho a certeza	4	4.8%	
	Concordo	61	72.6%	
	Concordo totalmente	17	20.2%	

### 3.3. Estatísticas inferenciais

De seguida procedeu-se à análise da relação entre as variáveis por meio do teste da correlação de *Pearson* com vista a compreender se existem associações entre a adesão ao tratamento, as crenças sobre a doença e as crenças acerca da medicação.

O estudo da associação entre a medida de adesão ao tratamento (MAT) com o questionário breve das crenças de doença (IPQ-B) revelou que não existem associações entre o MAT e o IPQ-B, uma vez que as correlações apresentam valores sem significância estatística, para um nível de significância de 95% (Tabela 11), podendo-se concluir que não existe associação entre o nível de adesão e o nível global das crenças sobre a doença.

No entanto, pode-se verificar que existem correlações entre as subescalas do IPQ-B. A subescala Consequência correlaciona-se positiva e significativamente com as subescalas da Identidade ( $r = .532, p < .001$ ), Preocupação ( $r = .482, p < .001$ ), Resposta emocional ( $r = .468, p < .001$ ) e Duração ( $r = .223, p = .042$ ). Estes resultados sugerem que à medida que a percepção das consequências da HTA aumenta, mais sintomas são experienciados, havendo, também, um aumento na percepção de cronicidade da doença. Da mesma forma, consegue-se perceber que quanto mais negativas são as crenças concernentes às consequências desta patologia, maior é a preocupação sentida pelos doentes. Quanto à subescala da Resposta emocional, os dados indicam que quanto maior é a percepção dos efeitos da HTA, mais os doentes se sentem afetados

emocionalmente por sofrerem da mesma. Pode-se, ainda, verificar que a subescala Controlo pessoal está negativamente correlacionada com a subescala Consequência ( $r = -.383, p < .001$ ). Quer isto dizer que a percepção das consequências resultantes da HTA relaciona-se com uma menor percepção de controlo pessoal face a mesma.

A subescala Duração associa-se positiva e significativamente, com uma intensidade moderada com a subescala da Preocupação ( $r = .307, p = .004$ ), o que significa que os sujeitos que percecionam a HTA como sendo uma patologia crónica tendem a apresentar mais preocupação quanto à sua condição clínica.

Verificou-se que a subescala Controlo pessoal se associa positivamente e com uma intensidade forte com a subescala Controlo do tratamento ( $r = .515, p < .001$ ), o que indica que à medida que os sujeitos percecionam uma maior controlo pessoal acreditam mais que o tratamento será eficaz. Por outro lado, existe uma correlação moderada com a subescala da compreensão, o que revela que os sujeitos que percecionam maior controlo pessoal sobre a HTA, creem compreender melhor os aspetos inerentes a esta condição. Contrariamente, o controlo pessoal associa-se negativa e moderadamente com as subescalas da identidade ( $r = -.369, p = .001$ ) e preocupação ( $r = -.256, p = .019$ ). A resposta emocional apresenta uma correlação negativa com o controlo pessoal, embora seja consideração uma associação fraca ( $r = -.240, p = .028$ ). Estes resultados sugerem que os doentes que percecionam maior controlo pessoal vivenciam menos sintomas, sentem-se menos preocupados e, conseqüentemente, apresentam menos reações emocionais, sendo, por isso, menos afetados a nível emocional pela sua condição médica. A subescala do Controlo do tratamento evidencia uma correlação positiva moderada ( $r = .363, p = .001$ ) com a subescala da Compreensão, o que nos indica que os sujeitos que acreditam na eficácia do tratamento creem compreender melhor os aspetos inerentes à HTA ou vice-versa.

No que diz respeito à subescala da Identidade, verificaram-se correlações positivas moderadas com as subescalas da preocupação ( $r = .331, p = .002$ ) e da resposta emocional ( $r = .366, p = .001$ ). Quer isto dizer que quanto maior é a percepção de sintomas da HTA, maior é a preocupação e mais afetados se sentem os sujeitos emocionalmente. Verificou-se, igualmente, que quanto maior é o nível de preocupação dos sujeitos, maior é a resposta emocional dos mesmos ( $r = .557, p < .001$ ), verificando-se uma correlação forte entre estes dois itens.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

Tabela 11

*Correlações de Pearson entre a MAT e os Itens do IPQ-B*

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. MAT	—							
2. Consequência	.022	—						
3. Duração	-.047	<b>.223*</b>	—					
4. C. Pessoal	.114	<b>-.383**</b>	-.133	—				
5. C. Tratam.	.125	-.170	-.035	<b>.515**</b>	—			
6. Identidade	-.200	<b>.532**</b>	.212	<b>-.369**</b>	-.161	—		
7. Preocupação	.117	<b>.482**</b>	<b>.307**</b>	<b>-.256*</b>	-.047	<b>.331**</b>	—	
8. Compreensão	.092	-.006	.041	<b>.269*</b>	<b>.363**</b>	-.198	.106	—
9. R. Emocional	.022	<b>.468**</b>	.110	<b>-.240*</b>	-.125	<b>.366**</b>	<b>.557**</b>	-.144

*Notas.* MAT = medida de adesão ao tratamento; C. Pessoal = Controlo pessoal; C. Tratam. = Controlo de tratamento; R. Emocional = resposta emocional; a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

Relativamente às dimensões do Questionário das Crenças acerca da Medicação e a Medida de Adesão ao Tratamento, pode-se verificar que esta apresenta uma correlação negativa com a subescala do Uso excessivo ( $r = -.219$ ,  $p = .04$ ), ainda que seja considerada fraca. Este resultado indica que à medida que o nível de adesão aumenta, a perceção dos doentes face à medicação prescrita em excesso diminui ou vice-versa. Tal significa que quanto maior é a perceção da recomendação de medicação excessiva pelos médicos, menor é o grau de adesão ao regime terapêutico.

Consegue-se, ainda, encontrar mais resultados estatisticamente significativos. Tendo em consideração a subescala do uso excessivo do questionário das crenças acerca da medicação, consegue-se perceber que há uma associação positiva forte com a subescala dos efeitos nocivos ( $r = .511$ ,  $p < .001$ ) (Tabela 12). Estes dados revelam que à medida que há um aumento na perceção do uso excessivo de medicação, maior é a perceção dos efeitos tóxicos e nocivos contidos nos fármacos. Os resultados demonstram, ainda, uma correlação positiva e moderada entre a subescala das necessidades específicas com a subescala das preocupações específicas ( $r = .339$ ,  $p = .002$ ). Tal significa que quanto maior é a perceção das necessidades específicas de medicação, maior é a presença de preocupações específicas. Por outras palavras, quando os sujeitos sentem maior necessidade de medicação, há um aumento nas preocupações relativas à sua condição clínica. Consegue-se, ainda, perceber que existem correlações positivas fortes com as crenças da medicação no geral com as restantes subescalas que integram o instrumento.

Tabela 12

*Correlações de Pearson entre a MAT e as Crenças Acerca da Medicação*

	1	2	3	4	5
1. MAT	—				

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

2.QCM- Uso excessivo	<b>-.219*</b>	—			
3.QCM - Ef. Nocivos	-.087	<b>.511**</b>	—		
4. QCM - NE	.003	-.069	-.042	—	
5. QCM- PE	.052	.143	.089	<b>.339**</b>	—
6. QCM - Total	-.210	<b>.556**</b>	<b>.523**</b>	<b>.591**</b>	<b>.733**</b>

*Notas.* QCM - U = Questionário de crenças da medicação, escala do uso excessivo; QCM - Ef. Noc. = Questionário de crenças da medicação, escala dos Efeitos nocivos; QCM - NE = Questionário de crenças da medicação, escala Necessidades específicas; QCM - PE = Questionário das crenças da medicação, escala das Preocupações específicas; a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

A Tabela 13 apresenta as correlações entre o Questionário das Crenças sobre a Doença e o Questionário de Crenças acerca da Medicação, em função dos fatores que compõem os mesmos. Atendendo à Tabela 13 abaixo representada, é possível averiguar que os itens do IPQ-B da dimensão cognitiva se correlacionam, positiva e moderadamente, com as necessidades específicas ( $r = .259$ ,  $p = .017$ ), isto é, quanto maior a percepção das consequências, duração, controlo e identidade da HTA, maior é a percepção das necessidades da medicação para a HTA. Do mesmo modo, podemos verificar correlações positivas com as necessidades específicas e as preocupações específicas da medicação com relevância estatística de um intervalo de confiança de 95%. Assim, a dimensão emocional do IPQ-B correlaciona-se positivamente e significativamente com as necessidades específicas ( $r = .465$ ,  $p < .001$ ) e preocupações específicas ( $r = .234$ ,  $p = .032$ ), ainda que esta última seja uma considerada uma associação fraca. De notar uma associação negativa moderada entre a dimensão da compreensão do IPQ-B com a dimensão dos efeitos nocivos ( $r = -.303$ ,  $p = .005$ ). Estes dados sugerem que à medida que aumenta a percepção de compreensão da doença, os sujeitos acreditam haver menos efeitos nocivos nos medicamentos.

Tabela 13

*Correlações de Pearson entre o IPQ-B e as Crenças Acerca da Medicação*

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. IPQ-B - Total	—							
2. IPQ-B - Cog.	<b>.847**</b>	—						
3. IPQ-B - Emoc.	<b>.772**</b>	<b>.371**</b>	—					
4. IPQ-B - C.	<b>.282**</b>	.149	-.024	—				
5. QCM - Uso exc.	-.072	-.036	-.042	-.132	—			
6. QCM - Ef. Noc.	-.098	.019	-.087	<b>-.303**</b>	<b>.511**</b>	—		
7. QCM - NE	<b>.434**</b>	<b>.259*</b>	<b>.465**</b>	.095	-.069	-.042	—	
8. QCM - PE	<b>.231*</b>	.212	<b>.234*</b>	-.134	.143	.089	<b>.339**</b>	—
9. QCM - total	<b>.258*</b>	<b>.218*</b>	<b>.288**</b>	-.166	<b>.556**</b>	<b>.523**</b>	<b>.591**</b>	<b>.733**</b>

## *Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

*Notas.* IPQ - B - Cog. = *Illness Perception questionnaire brief*, dimensão cognitiva; IPQ - B - Emoc. = *Illness Perception questionnaire brief*, dimensão emocional; IPQ - B - C. = *Illness Perception questionnaire brief*, dimensão compreensão; a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

Consideramos essencial a análise do IPQ-B item a item de forma a compreender quais destes (dentro dos fatores) se correlacionam mais com as dimensões que dizem respeito às crenças da medicação.

Atendendo à Tabela 14, podemos verificar a existência de uma correlação positiva moderada ( $r = .279$ ,  $p = .010$ ) entre o item “Consequências” do IPQ-B e a subescala que diz respeito às necessidades específicas das crenças acerca da medicação. Estes dados indicam que quanto maior a percepção das consequências da HTA, maior é a percepção de necessidades específicas de medicação para a sua condição. A subescala referente ao Controlo do tratamento associa-se negativa e moderadamente com os efeitos nocivos dos medicamentos ( $r = -.307$ ,  $p = .005$ ), ou seja, quanto mais os sujeitos acreditam na eficácia dos tratamentos para a sua condição, menores são as crenças relativamente aos efeitos nocivos contidos nos fármacos.

Também com relevância estatística é a correlação evidente na dimensão da Identidade com uma associação positiva e significativa com as preocupações específicas ( $r = .354$ ,  $p = .001$ ), considerada moderada. Percebemos, então, que um aumento da percepção dos sintomas relacionados com a HTA associa-se a um aumento das preocupações relacionadas a esta patologia. A subescala da Preocupação surge correlacionada positivamente com as Necessidades específicas ( $r = .451$ ,  $p < .001$ ) e Preocupações específicas ( $r = .215$ ,  $p = .050$ ), de intensidade moderada e fraca, respetivamente. Os primeiros resultados indicam que os sujeitos que percecionam maior grau de preocupação, têm uma maior percepção de necessidades específicas à sua condição clínica. Quanto às Preocupações específicas, os dados revelam que um aumento na preocupação relacionada com a HTA, surge relacionado com um aumento das crenças acerca dos perigos de dependência ou os efeitos secundários a longo prazo da medicação para a doença.

A subescala da Resposta emocional associa-se, positiva e significativamente, com as Necessidades específicas, sendo considerada uma correlação moderada ( $r = .372$ ,  $p < .001$ ). Tal significa que os sujeitos que se sentem mais afetados emocionalmente pela doença, tendem a apresentar mais crenças acerca da necessidade da medicação que lhes foi recomendada.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

Tabela 14

*Correlações de Pearson entre os Itens do IPQ-B e as Crenças Acerca da Medicação*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Consequências	—												
2. Duração	<b>.223*</b>	—											
3. C. pessoal	<b>-.383**</b>	-.133	—										
4. C. tratamento	-.170	-.035	<b>.515**</b>	—									
5. Identidade	<b>.532**</b>	.212	<b>-.369**</b>	-.161	—								
6. Preocupação	<b>.482**</b>	<b>.307**</b>	<b>-.256*</b>	-.047	<b>.331**</b>	—							
7. Compreensão	<b>-.006</b>	.041	<b>.269*</b>	<b>.363**</b>	-.198	.106	—						
8. R. emocional	<b>.468**</b>	.110	<b>-.240*</b>	-.125	<b>.366**</b>	<b>.557**</b>	-.144	—					
9. IPQ-B total	<b>.636**</b>	<b>.475**</b>	.024	<b>.258*</b>	<b>.554**</b>	<b>.732**</b>	<b>.282**</b>	<b>.631**</b>	—				
10. QCM- Uso exc.	-.101	.050	.091	-.139	-.017	-.080	-.132	.004	-.072	—			
11. QCM- Ef. Noc.	-.011	.149	.025	<b>-.307**</b>	.100	-.169	<b>-.303**</b>	.013	-.098	<b>.511**</b>	—		
12. QCM- NE	<b>.279*</b>	.050	.005	.087	.177	<b>.451**</b>	.095	<b>.372**</b>	<b>.434**</b>	-.069	-.042	—	
13. QCM- PE	.106	.000	-.065	.035	<b>.354**</b>	<b>.215*</b>	-.134	.199	<b>.231*</b>	.143	.089	<b>.339**</b>	—
14. QCM- total	.142	.088	.010	-.089	<b>.283**</b>	<b>-.232*</b>	-.166	<b>.275*</b>	<b>.258*</b>	<b>.556**</b>	<b>.523**</b>	<b>.591**</b>	<b>.733**</b>

*Notas.* a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos.

\*p < .05. \*\*p < .01. \*\*\*p < .001.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

A Tabela 15 exhibe as correlações efetuadas para as três variáveis sociodemográficas (idade, tempo de diagnóstico e habilitações literárias) em função da medida de adesão ao tratamento. Podemos verificar que a adesão ao regime terapêutico não está muito associada com a idade, tempo de diagnóstico ou habilitações literárias, uma vez que os resultados não apresentam relevância estatística.

Tabela 15

*Correlações de Pearson Entre a MAT com a Idade, Tempo De Diagnóstico e Habilitações Literárias*

	Idade	Tempo de diagnóstico	Habilitações literárias
1.MAT	-.173	-.126	.029

\*p < .05. \*\*p < .01. \*\*\*p < .001.

Observando a Tabela 16, onde se apresentamos resultados relativos às correlações entre as crenças da doença com as três variáveis sociodemográficas anteriormente referidas, verificamos que a idade apresentou associações negativas e moderadas com o total do IPQ-B ( $r = -.264$ ,  $p < .05$ ) e com a dimensão cognitiva ( $r = -.281$ ,  $p < .001$ ). Os resultados indicam que à medida que a idade aumenta, menor são as reações emocionais associadas à HTA. Pelo contrário, deduz-se que quanto mais novo o sujeito for, mais se sente afetado emocionalmente com a doença. O tempo de diagnóstico e as habilitações literárias não se correlacionam com as crenças da doença.

Tabela 16

*Correlações de Pearson Entre o IPQ-B com a Idade, Tempo de Diagnóstico e Habilitações Literárias*

	Idade	Tempo de diagnóstico	Habilitações literárias
1.IPQ - B - total	<b>-.264*</b>	.000	.069
2.IPQ - B - Cog.	-.168	.040	.052
3.IPQ - B - Emoc.	<b>-.281**</b>	-.012	.129
4.IPQ -B - C.	-.032	-.089	-.163

*Notas.* a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos.

\*p < .05. \*\*p < .01. \*\*\*p < .001.

A Tabela 17 expõe as correlações entre as variáveis sociodemográficas as crenças sobre a medicação. Tal como se pode observar, não existem resultados com relevância estatística para nenhum dos fatores que constituem o questionário das crenças sobre a medicação, pelo que se pode afirmar que a idade, o tempo de diagnóstico e as habilitações literárias não se encontram associadas às crenças que os doentes têm sobre a medicação.

Tabela 17

*Correlações de Pearson entre o QCM com a Idade, Tempo de Diagnóstico e Habilitações Literárias*

	Idade	Tempo de diagnóstico	Habilitações literárias
1.QCM - total	.050	.115	-.144

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

2.QCM - Uso exc.	-.120	.028	-.147
3.QCM- Ef. Noc.	.060	.177	.177
4.QCM- NE	-.010	.137	.137
5.QCM- PE	-.045	-.030	.022

*Notas.* a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

### 3.3.1. Diferenças na adesão ao tratamento

Procurou-se verificar a existência de diferenças entre grupos nas variáveis estudadas, começando pela adesão ao tratamento em função das variáveis sociodemográficas como o género, habilitações literárias, viver sozinho, ter ou não ter filhos e satisfação com a informação.

Através do teste  $t$  de Student, podemos verificar que não existem diferenças significativamente estatísticas na adesão ao tratamento em função do género [ $t(47.58) = 0.94$ ,  $p = .35$ ], ainda que o género masculino tenha revelado uma média mais alta de adesão à terapêutica, com um valor de 5.61 ( $SD = 0.36$ ), comparativamente ao género feminino que obteve uma média de 5.48 ( $SD = 0.74$ ).

Tabela 18

*Resultados do Teste T da Escala MAT em Função do Género*

Escala	Masculino		Feminino		$t$	$p$	95% CI	
	$n$	$M (SD)$	$n$	$M (SD)$			LL	UL
MAT	48	5.61 (0.36)	36	5.48 (0.74)	0.94	.35	-0.14	0.40

*Notas.* LL = limite inferior; UL = limite superior.

A Tabela 19 apresenta os resultados referentes às diferenças na Medida de Adesão ao Tratamento em função das Habilitações literárias. Com recurso ao teste  $t$  de Student, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas no nível de adesão [ $t(82) = 0.09$ ,  $p = .93$ ] entre participantes com a escolaridade básica e escolaridade superior.

Tabela 19

*Resultados do Teste T da MAT em Função das Habilitações Literárias*

Escala	Do 4º ao 12º ano de escolaridade		Da licenciatura ao Doutoramento		$t$	$p$	95% CI	
	$N$	$M (SD)$	$N$	$M (SD)$			LL	UL
MAT	64	5.55 (0.53)	20	5.54 (0.66)	0.09	.93	-0.27	0.29

*Notas.* LL = limite inferior; UL = limite superior.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

Relativamente aos resultados na Medida de Adesão ao Tratamento em função dos sujeitos viverem ou não sozinhos, é possível verificar que, na nossa amostra, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [ $t(61.33) = -0.23, p = .82$ ]. Assim, não existem diferenças quanto ao viver sozinho ou não no nível de adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Tabela 20

*Resultados do Teste T na MAT em Função de Viver ou Não Sozinho*

Escala	Sim	Não	<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI	
	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )			<i>LL</i>	<i>UL</i>
MAT	5.57 (0.35)	5.55 (0.61)	-0.23	.82	-0.24	0.19

No que diz respeito à variável de ter filhos, através do teste t de Student, procurou-se verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas no nível de adesão ao tratamento. Da observação da Tabela 21, verifica-se que, independentemente de os sujeitos da amostra terem filhos ou não, não existem diferenças significativas no nível de adesão, [ $t(52.88) = 1.36, p = .17$ ].

Tabela 21

*Resultados do Teste T na Escala MAT em Função de Ter ou Não Filhos*

Escala	Sim	Não	<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI	
	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )			<i>LL</i>	<i>UL</i>
MAT	5.52 (0.61)	5.66 (0.32)	1.36	.18	-0.06	0.36

Relativamente à satisfação com a informação que possuem sobre a hipertensão arterial, é possível verificar que não foram encontradas diferenças significativas relativamente à adesão ao tratamento, para um nível de significância de 95%, entre os grupos de resposta da satisfação com a informação [ $F(2,15.72) = 1.23$ ].

Tabela 22

*Resultados do Teste ANOVA da MAT em função do Grau de Satisfação com a Informação*

Escala	Muito insat.	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisf.	<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )		
MAT	—	—	5.63 (0.39)	5.57 (0.48)	5.28 (1.06)	1.23	.64

*Notas.* Muito insat. = muito insatisfeito; Muito satisf. = muito satisfeito; *LL* = limite inferior; *UL* = limite superior.

### 3.3.2 Diferenças nas crenças de doença

Neste tópico, procurou-se proceder à análise da variação dos resultados para as seis variáveis (género, habilitações literárias, viver sozinho, ter ou não ter filhos e satisfação com a informação) anteriormente referidas e analisadas no que diz respeito às crenças que os sujeitos possuem acerca da doença.

Atendendo à Tabela 23, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto às crenças da doença em função do género. Independentemente de se ser do sexo masculino ou do sexo feminino, consegue-se perceber que as crenças quanto à doença não variam. Tal se verifica na escala total do IPQ-B [ $t(82) = -0.64, p = .52$ ] bem como nas restantes subescalas que constituem o IPQ-B. Verifica-se que na dimensão cognitiva não existem diferenças de género [ $t(82) = -0.12, p = .90$ ] ainda que o género feminino tenha revelado uma pontuação média maior do que no sexo masculino ( $M = 7.10, SD = 1.15$ ). Para a dimensão emocional, não se verificam diferenças, pelo que não existem diferenças a nível emocional entre os géneros [ $t(82) = -1.74, p = .09$ ]. Por fim, e embora a pontuação média seja superior no género masculino, quando à compreensão da hipertensão arterial, não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros [ $t(82) = 1.91, p = .06$ ].

Tabela 23  
Resultados do Teste T do IPQ-B em função do Género

Escala	Masculino		Feminino		t	p	95% CI	
	M	(SD)	M	(SD)			LL	UL
IPQ-B	7.04	(1.05)	7.19	(1.11)	-0.64	.53	-0.62	0.32
IPQ-B-CO.	7.07	(0.99)	7.10	(1.15)	-0.12	.90	-0.49	0.44
IPQ-B-E.	6.44	(2.53)	7.33	(2.05)	-1.74	.08	-1.92	0.13
IPQ-B-C.	8.06	(1.64)	7.33	(1.84)	1.91	.06	-0.02	1.49

Notas. IPQ-B-CO = Illness Perception Questionnaire, dimensão cognitiva; IPQ-B-E = Illness Perception Questionnaire, dimensão emocional; IPQ-B-C = Illness Perception Questionnaire, dimensão compreensão.

No que concerne às Habilitações Literárias, verificaram-se diferenças significativas para um nível de significância de 95% quer no IPQ-B cognitivo [ $t(82) = -2.06, p = .04$ ], IPQ-B emocional [ $t(82) = -2.28, p = .02$ ] e na dimensão da compreensão [ $t(82) = 2.24, p = .03$ ]. Os resultados sugerem que o grupo que frequentou o Ensino Superior evidencia crenças mais desenvolvidas sobre a HTA ao nível cognitivo, sendo que este grupo apresentou uma pontuação média superior ( $M = 7.50; SD = 0.92$ ) comparativamente ao grupo de participantes com escolaridade entre o 4º ano e o 12º ano de escolaridade. De igual forma, constatou-se que, a nível emocional, também

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

o grupo referente ao Ensino Superior apresenta uma média mais elevada e com relevância estatística ( $M = 7.85$ ;  $SD = 1.56$ ) em comparação com o grupo de participantes que têm o Ensino Básico e Secundário. Por fim, averiguou-se a presença de diferenças significativas no item da compreensão entre os dois grupos. O grupo do 4º ao 12º ano de escolaridade apresenta uma média superior quando comparado com o grupo que frequentou o Ensino Superior ( $M = 7.98$ ;  $SD = 1.66$ ). Podemos afirmar que os sujeitos que se incluem entre o 4º ano e o 12º ano consideram compreender melhor as questões relativas à HTA do que os indivíduos com o Ensino Superior.

Tabela 24  
*Resultados do Teste T do IPQ-B em função das Habilitações Literárias*

Escala	Do 4º ao 12º ano de escolaridade	Da licenciatura ao Doutoramento	<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI	
	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )			<i>LL</i>	<i>UL</i>
IPQ-B-T	6.97 (1.08)	7.53 (0.94)	-2.06	<b>.04*</b>	-1.09	-0.02
IPQ-B- CO.	6.95 (1.06)	7.50 (0.92)	-2.06	<b>.04*</b>	-1.07	-0.01
IPQ-B- E.	6.50 (2.48)	7.85 (1.56)	-2.28	<b>.02*</b>	-2.52	-0.17
IPQ-B-C.	7.98 (1.66)	7.00 (1.89)	2.24	<b>.03*</b>	0.11	1.86

*Notas.* a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos.  
\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

No que ao viver sozinho diz respeito (Tabela 25), os resultados obtidos pelo teste *t* de Student revelam não existir diferenças estatisticamente significativas quando o sujeito vive sozinho ou não relativamente às crenças que o mesmo possui acerca da doença. Desta forma, pode-se afirmar que viver sozinho ou viver acompanhado não interfere com as crenças relativas à hipertensão arterial quer ao nível cognitivo [ $t(82) = 1.33$ ,  $p = .18$ ], emocional [ $t(82) = 0.82$ ,  $p = .41$ ] e da compreensão [ $t(82) = -.90$ ,  $p = .37$ ].

Tabela 25  
*Resultados do Teste T da Escala IPQ-B em função do Viver Sozinho*

	Sim	Não	<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI	
	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )			<i>LL</i>	<i>UL</i>
IPQ-B	6.88 (0.90)	7.17 (1.13)	1.08	.28	-0.24	0.83
IPQ-B-CO.	6.82 (0.96)	7.17 (1.08)	1.33	.18	-0.17	0.87
IPQ-B-E.	6.45 (2.18)	6.94 (2.42)	0.82	.41	-0.69	0.48
IPQ-B-C.	8.05 (1.60)	7.65 (1.81)	-0.89	.37	-1.27	0.48

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

Quanto à variável ter ou não filhos (Tabela 26), verificamos diferenças estatisticamente significativas nas dimensões do IPQ-B. Embora esteja assinalado no IPQ-B total ( $p < .05$ ), mas não apareça presente nas restantes subescalas torna-se imperativo proceder à análise item a item (Tabela 27) de forma a compreender em qual dos itens existem diferenças relativamente às crenças da doença.

Tabela 26  
*Resultados do Teste T do IPQ-B em função de Ter ou Não Filhos*

	Sim		Não		95% CI	
	M (SD)	M (SD)	t	P	LL	UL
IPQ-B	6.97 (1.10)	7.57 (0.84)	2.13	<b>.03*</b>	0.03	1.15
IPQ-B-CO.	7.00 (1.08)	7.40 (0.92)	1.45	.15	-0.15	0.96
IPQ-B-E.	6.56 (2.48)	7.78 (1.61)	1.97	.05	-0.01	2.44
IPQ-B-C.	7.68 (1.78)	8.00 (1.68)	0.68	.49	-0.61	1.25

Atendendo à Tabela 27, podemos observar que o item que diz respeito à preocupação com a hipertensão arterial apresenta diferenças estatisticamente significativas quando o sujeito tem ou não tem filhos. Desta forma, foi possível perceber que os sujeitos que não têm filhos revelam um nível de preocupação superior quando comparados com aqueles que têm [ $t(4.12) = 2.73, p < .001$ ].

Tabela 27  
*Resultados do Teste T dos Itens do IPQ-B em função de Ter ou Não Filhos*

	Sim		Não		95% CI	
	M (SD)	M (SD)	t	p	LL	UL
Consequências	6.52 (2.23)	6.83 (1.95)	0.55	.58	-0.83	1.47
Duração	8.41 (2.33)	9.22 (1.63)	1.70	.09	-0.35	1.97
C. pessoal	6.73 (2.35)	6.89 (2.16)	0.26	.79	-1.06	1.39
C. tratamento	8.50 (1.79)	8.78 (1.63)	0.59	.55	-0.65	1.21
Identidade	4.83 (2.78)	5.28 (2.72)	0.60	.54	-1.02	1.91
Preocupação	6.88 (2.77)	8.72 (1.23)	2.73	<b>.00**</b>	0.95	2.74
Compreensão	7.68 (1.78)	8.00 (1.68)	0.68	.49	-0.61	1.25
R. emocional	6.24 (2.81)	6.83 (2.41)	0.81	.41	-0.85	2.03

Notas. C. pessoal = Controlo pessoal; C. tratamento = Controlo de tratamento; R. emocional = resposta emocional; a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

Relativamente à satisfação com a informação, podemos verificar que a escala total do IPQ-B [ $F(2,81) = 3.81$ ] e as dimensões cognitiva [ $F(2,81) = 5.91$ ] e compreensão [ $F(2,81) = 4.74$ ] revelam diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com a informação. Conseguimos, assim, perceber que existem diferenças significativas nas crenças da doença em função do nível de satisfação que cada sujeito sente com a informação que é fornecida. Torna-se necessário averiguar quais os grupos em que existem diferenças. Na análise das comparações múltiplas, no IPQ-B total constatam-se diferenças significativas entre as pessoas que se posicionaram no “muito satisfeito” e “satisfeito”. Desta forma, os sujeitos muito satisfeitos com a informação possuem maiores crenças sobre a doença comparativamente com os sujeitos que dizem estar apenas satisfeitos. No IPQ-B, dimensão cognitiva, verificam-se diferenças significativas entre os grupos “satisfeito” e “muito satisfeito” à semelhança da escala total. Deste modo, as pessoas muito satisfeitas evidenciam maiores crenças da doença, nomeadamente nas consequências que esta acarreta, na duração, no controlo pessoal e de tratamento e na identidade da doença do que as pessoas satisfeitas. Por fim, na dimensão compreensão verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que reponderam “nem satisfeito nem insatisfeito” com os que assumiram estar “satisfeito” e “muito satisfeito”. Percebe-se que as pessoas mais satisfeitas com a informação acreditam compreender melhor a doença quando comparados com os sujeitos que deram uma resposta neutra (“nem satisfeito nem insatisfeito”).

Tabela 28  
*Resultados do Teste ANOVA do IPQ-B em função da Satisfação com a Informação*

	Muito ins.	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito sat.		
Escala	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F	p
IPQ-B	—	—	7.23 (0.71)	6.95 (1.10)	7.96 (1.01)	3.81	.02*
IPQ-B-CO	—	—	7.28 (0.64)	6.90 (1.06)	8.09 (0.93)	5.91	.00*
IPQ-B-E.	—	—	7.50 (1.44)	6.58 (2.39)	7.44 (3.08)	1.15	.32
IPQ-B-C.	—	—	6.46 (1.81)	7.94 (1.65)	8.33 (1.73)	4.74	.01*

*Notas.* a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos.  
\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

### 3.3.3. Diferenças nas crenças acerca da medicação

De seguida, procedeu-se à análise de diferenças relativamente às crenças acerca da medicação. Em função das variáveis sociodemográficas já anteriormente estudadas.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

Ao observar a Tabela 29, pode-se depreender que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente às crenças da medicação em função do género, ainda que o género feminino apresente valores médios mais elevados nas subescalas do uso excessivo e dos efeitos nocivos. Contrariamente, já no que diz respeito às subescalas das necessidades específicas e preocupações específicas, é notório que o sexo masculino evidencia uma pontuação média superior. No entanto, estas diferenças não são significativas em nenhuma das subescalas apresentadas. Como se pode verificar, na escala total das crenças sobre a medicação [ $t(82) = -.18, p = .86$ ] na subescala do uso excessivo [ $t(82) = -0.73, p = .47$ ] a subescala dos efeitos nocivos [ $t(82) = -1.99, p = .05$ ] as necessidades específicas [ $t(82) = 1.29, p = .19$ ] e, por fim, as preocupações específicas [ $t(82) = 0.21, p = .83$ ].

Tabela 29  
Resultados do Teste T no QCM em função do Género

Escala	Masculino	Feminino	<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI	
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>
QCM	3.31 (0.36)	3.32 (0.36)	-0.18	.86	-0.01	0.08
QCM- U. excessivo	3.13 (0.61)	3.22 (0.52)	-0.73	.47	-0.09	0.13
QCM- Ef. Nocivos	3.14 (0.50)	3.36 (0.51)	-1.99	.05	-0.22	0.11
QCM- Nec. específicas	3.86 (0.58)	3.69 (0.61)	1.29	.19	0.17	0.13
QCM- P. específicas	3.03 (0.62)	2.99 (0.68)	0.21	.83	-0.26	0.32

Notas. QCM = Questionário das crenças sobre a medicação; U. excessivo = Uso excessivo; Ef. Nocivos = Efeitos nocivos; Nec. Específicas = Necessidades específicas; P. específicas = Preocupações específicas.

No que diz respeito às Habilitações literárias, percebe-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos que têm o Ensino Básico e Secundário e o grupo relativo ao Ensino Superior relativamente às crenças da medicação. Nas subescalas do uso excessivo [ $t(82) = 0.51, p = .61$ ] e necessidades específicas [ $t(82) = 0.35, p = .73$ ] é evidente uma pontuação média mais elevada no grupo do 4º ao 12º ano de escolaridade, ainda que a diferença não tenha relevância estatística. Já nas subescalas que dizem respeito aos efeitos nocivos [ $t(82) = -0.77, p = .44$ ] e preocupações específicas [ $t(82) = -0.54, p = .59$ ] consegue-se constatar uma média mais elevada no grupo que frequentou o Ensino Superior, ainda que estes resultados não tenham relevância estatística.

Tabela 30  
Resultados do Teste T no QCM em função das Habilitações Literárias

	Do 4º ao 12º ano de escolaridade	Da licenciatura ao Doutoramento	95% CI

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

Escala	M (SD)		t	p	95% CI	
					LL	UL
QCM-T	3.31 (0.36)	3.33 (0.35)	-0.17	.86	-0.19	0.17
QCM-U. Excessivo	3.19 (0.55)	3.11 (0.63)	0.51	.61	-0.22	0.36
QCM-Ef. Nocivos	3.21 (0.52)	3.31 (0.49)	-0.77	.44	-0.36	0.16
QCM-Nec. Espec.	3.80 (0.61)	3.75 (0.52)	0.35	.73	-0.25	0.36
QCM-P. Específicas	2.99 (0.65)	3.08 (0.63)	-0.54	.59	-0.41	0.24

Notas. QCM = Questionário das crenças sobre a medicação; U. excessivo = Uso excessivo; Ef. Nocivos = Efeitos nocivos; Nec. Espec. = Necessidades específicas; P. específicas = Preocupações específicas.

Atendendo à Tabela 31, o Teste t de Student revelou que, para um nível de significância de 95%, não existem diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao facto de o sujeito viver sozinho ou acompanhado. Tal ocorre em todas as subescalas do questionário de crenças sobre a medicação quer na subescala do uso excessivo [ $t(82) = 0.47, p = .64$ ]; na subescala dos efeitos nocivos [ $t(82) = -1.02, p = .31$ ]; na subescala das necessidades específicas, [ $t(82) = 0.25, p = .80$ ] e, por último, nas preocupações específicas [ $t(82) = -0.91, p = .36$ ]. Apesar haver uma média superior nas crenças sobre os medicamentos quando os sujeitos vivem sozinhos, à exceção da subescala do uso excessivo e das necessidades específicas, tais diferenças não são relevantes.

Tabela 31  
Resultados do Teste T no QCM em função do Viver Sozinho

	M (SD)		t	p	95% CI	
	Sim	Não			LL	UL
QCM	3.35 (0.37)	3.30 (0.35)	-0.50	.62	-0.23	0.14
QCM- U. excessivo	3.12 (0.54)	3.19 (0.58)	0.47	.64	-0.22	0.35
QCM- Ef. nocivos	3.33 (0.54)	3.20 (0.50)	-1.02	.31	-0.39	0.13
QCM- Nec. específicas	3.77 (0.65)	3.80 (0.58)	0.25	.80	-0.26	0.34
QCM- P. específicas	3.12 (0.69)	2.97 (0.63)	-0.91	.36	-0.47	0.17

Quanto à variável ter ou não filhos, constata-se que os sujeitos que dizem não ter filhos possuem maiores crenças acerca da medicação comparativamente com os que têm ( $M = 3.42$ ;

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

$SD = 0.32$ ). Podemos verificar que, também nas restantes subescalas do presente questionário, a pontuação média é superior quando comparada com os participantes que têm filhos. Na escala total [ $t(82) = 1.40, p = .17$ ], na subescala respeitante ao uso excessivo [ $t(82) = 0.65, p = .37$ ], nos efeitos nocivos [ $t(82) = 0.26, p = .89$ ] e nas preocupações específicas [ $t(82) = 0.80, p = .87$ ] não existem diferenças estatisticamente significativas. Apenas existem diferenças estatisticamente significativas na subescala das necessidades específicas [ $t(82) = 0.21, p < .05$ ]. Pode-se afirmar que os sujeitos que não têm filhos reportam maiores crenças de necessidades específicas, quando comparados com os que têm filhos, ou seja, os indivíduos que não têm filhos consideram ter uma maior necessidade de serem medicados do que os que têm.

Tabela 32  
Resultados Do Teste T no QCM em função de Ter ou Não Filhos

	Sim		Não		95% CI	
	M (SD)	M (SD)	t	p	LL	UL
QCM	3.28 (0.37)	3.42 (0.32)	1.40	.17	-0.05	0.32
QCM- U. excessivo	3.14 (0.57)	3.27 (0.59)	0.65	.37	-0.16	0.44
QCM- Ef. Nocivos	3.23 (0.49)	3.25 (0.61)	0.26	.89	-0.25	0.29
QCM- Nec. específicas	3.72 (0.60)	4.04 (0.47)	0.21	<b>.04*</b>	.001	0.63
QCM-P. específicas	3.01 (0.64)	3.03 (0.66)	0.80	.87	-0.31	0.37

Notas. a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos.  
\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

Relativamente à satisfação com a informação sobre a hipertensão arterial, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos nas crenças que os doentes têm sobre a medicação. Podemos verificar que, para um nível de significância de 5%, apenas existem diferenças estatisticamente significativas na subescala das necessidades específicas [ $F(2,81) = 4.62$ ] e nas preocupações específicas [ $F(2,81) = 4.21$ ]. Desta forma e relativamente à subescala das necessidades específicas, podemos admitir que os indivíduos que relatam estar muito satisfeitos ( $M = 4.33, SD = 0.60$ ) possuem maiores crenças relativas à necessidade de medicação, quando comparados com os que apenas se encontram satisfeitos ( $M = 3.72, SD = 0.57$ ). De igual forma, estão presentes diferenças significativas na subescala das preocupações específicas. Neste sentido, os indivíduos que referem estar muito satisfeitos com a informação recebida apresentam mais preocupações específicas sobre os fármacos comparativamente com os que referem estar apenas satisfeitos.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

Tabela 33

*Resultados Do Teste ANOVA do QCM em função Da Satisfação Com a Informação*

	Muito ins.	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito sat.		
	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>F</i>	<i>p</i>
QCM	–	–	3.33 (0.43)	3.26 (0.33)	3.65 (0.27)	5.33	<b>.00*</b>
QCM- U. excessivo	–	–	3.33 (0.65)	3.11 (0.56)	3.33 (0.50)	1.81	.31
QCM- Ef. Nocivos	–	–	3.33 (0.59)	3.22 (0.47)	3.22 (0.69)	0.24	.78
QCM- Nec. específicas	–	–	3.74 (0.53)	3.72 (0.57)	4.33 (0.60)	4.62	<b>.01*</b>
QCM- P. específicas	–	–	2.94 (0.83)	2.95 (0.56)	3.58 (0.67)	4.21	<b>.02*</b>

*Notas.* a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos.

\**p* < .05. \*\**p* < .01. \*\*\**p* < .001.

## Capítulo 4 - Discussão dos resultados

Atualmente, as doenças crónicas representam uma das principais causas de morbilidade e mortalidade na sociedade, conduzindo, inúmeras vezes, à diminuição da qualidade de vida e cenários pautados por incapacidade (Gasperin, Netuveli, Dias-daCosta & Pattussi, 2009). A Organização Mundial da Saúde considera as doenças crónicas como enfermidades causadas por alterações irreversíveis e que podem exigir cuidados continuados ou longos períodos de supervisão (Oliveira, Sá & Freitas, 2013). Todas as doenças crónicas podem minar a capacidade do organismo ao provocar dor e, eventualmente, incapacidade funcional, limitando a autonomia do sujeito, a independência e até as relações sociais que o mesmo estabelece com o meio que o envolve (Oliveira, Sá & Freitas, 2013). Nos dias que correm, existem cada vez mais fármacos e medidas terapêuticas que fazem jus à melhoria da qualidade de vida. Sendo a hipertensão arterial um dos fatores de risco mais prevalentes e responsáveis pelo risco de doenças cardiovasculares e cerebrais, esta torna-se uma das mais preocupantes sagas de saúde pública.

Porém, e apesar de todo o investimento, a grande maioria das pessoas com hipertensão arterial mantém esta condição não controlada, pelo que urge a necessidade de definição de estratégias mais eficazes ao combate à não adesão terapêutica. Os fatores explicativos para esta problemática residem no diagnóstico tardio e no curso moroso e assintomático da doença. A não adesão à terapêutica é um fenómeno complexo e que se encontra, frequentemente, associada com múltiplos fatores, nomeadamente, o baixo nível socioeconómico e a insatisfação com a informação recebida pelos profissionais de saúde, bem como com a complexidade do regime terapêutico (Gusmão et al., 2009). A principal finalidade do tratamento anti-hipertensivo passa por reduzir a mortalidade e morbilidade associada a complicações cardiovasculares e renais, a longo termo (Pinto & Martins, 2017).

Partindo dos resultados anteriormente expostos e descritos, pretende-se, agora, fazer uma apreciação crítica e dar resposta aos objetivos que conduziram o presente estudo, integrando os dados de natureza teórica e empírica. Por último, são assinalados alguns aspetos metodológicos que poderiam ter sido melhorados, bem como apontadas sugestões a fim de contribuir eventuais intervenções e pesquisas futuras. A presente investigação visava compreender a relação entre as crenças acerca da doença e da medicação, tendo em consideração o grau de adesão ao tratamento por parte dos doentes com hipertensão arterial.

A presente amostra foi constituída por 84 doentes com hipertensão arterial, com idades compreendidas entre os 39 e os 65 anos de idade, seguidos na consulta externa de nutrição do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures. Como foi possível verificar, a idade média dos participantes

## *Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

é de, aproximadamente, 56 anos de idade, tendo uma maior expressão o sexo masculino (57.1%). Observa-se, de igual forma, uma reduzida amplitude de idades uma vez que o participante mais novo tem 39 anos e o mais velho 65 anos de idade (este número constituía um dos principais critérios de inclusão). No que concerne ao nível de escolaridade, a grande maioria da amostra frequentou a escola até ao 12º ano (76.2%) e 21.4% dos inquiridos, o Ensino Superior. Tais dados são significativos no sentido de irem ao encontro do contexto em que o estudo foi realizado- Loures- cidade, antigamente com um registo mais rural. Apesar de não pertencer ao concelho de Lisboa, caracteriza-se por uma camada social bastante heterogénea no que diz respeito às habilitações literárias. Verificou-se, ainda, que 72.7% dos participantes encontravam-se, ainda, profissionalmente ativos e cerca de metade dos participantes era casada (52.4%). O tempo de diagnóstico, em média, era de 7 anos e o máximo observado foi de 30 anos, o que remete para o facto de as doenças crónicas não estarem presentes na população idosa.

A esmagadora maioria da amostra refere a presença de complicações associadas à hipertensão arterial. As mais predominantes eram as do foro cardiovascular, nomeadamente, indivíduos com enfarte do miocárdio, com 56%, e indivíduos com acidentes vasculares de cerebrais (14.3%). Existe, ainda, um número considerável de doentes com insuficiência renal (13.1%). Este número exacerbado de pessoas que sofrem problemas cardíacos parece, à partida, invulgar. No entanto, a explicação para tal evidência prende-se com o facto de a amostra ser oriunda da consulta de Cardiologia. Assim se justifica, na presente investigação, a maior percentagem do sexo masculino, uma vez que este tipo de doenças acomete, maioritariamente, os homens (Mussi & Teixeira, 2018).

Grande parte dos inquiridos não apresenta comorbilidades (70.2%), mas refere a componente genética como um forte fator que exerce influência no desenvolvimento desta patologia, sendo que 60 sujeitos afirmaram ter familiares com hipertensão arterial. Relativamente ao perfil de saúde dos participantes, procurou-se saber se estes estão medicados ou não para a HTA, se fazem o controlo regular dos níveis de pressão arterial e qual a sua frequência. A este nível, percebeu-se que apenas um sujeito não se encontrava medicado, ao passo que os restantes 83 referiram tomar medicação diária para esta condição. Um dado que consideramos relevante expor prende-se com a regularidade dos níveis de controlo da PA, sendo que 85% dos sujeitos com hipertensão alegou fazer a medição e o controlo e, dentro destes, 32% referiram fazê-lo diariamente. De ressaltar que, ao nível da satisfação com a informação dada pelo médico acerca da HTA, uma minoria da amostra (16%) apresenta uma resposta neutra ao posicionar-se em “nem insatisfeito nem satisfeito”, ao contrário dos restantes sujeitos que se acham satisfeitos com a informação transmitida pelo profissional de saúde.

No que diz respeito aos comportamentos de saúde adotados pelos participantes, julgamos oportuno referir que 71% alegou ter uma alimentação equilibrada com base numa dieta rica em verduras, fruta e fibra; metade da amostra disse praticar exercício físico regularmente e quase a totalidade da amostra (93%) declarou ter reduzido substancialmente o consumo de sal. O consumo do tabaco bem como o do álcool são, de acordo com os participantes, condutas não concebidas. Tais medidas são compatíveis com os resultados obtidos pelo MAT, o instrumento escolhido para avaliar o nível de adesão. Este questionário pareceu-nos relevante na recolha de informação sobre a adesão, pois permite perceber os aspetos de maior dificuldade no cumprimento da prescrição médica para, posteriormente, se poder adequar melhor as necessidades a cada sujeito.

#### 4.1. Adesão ao regime terapêutico

Ao analisar os dados referentes à adesão ao regime terapêutico, mais concretamente, a adesão medicamentosa, surgiam dados interessantes. No presente estudo, os sujeitos obtiveram valores muito elevados na MAT, com uma média de 5.5 num valor máximo de 6, o que sugere uma adesão bastante satisfatória. Os nossos resultados ultrapassam os valores da investigação levada a cabo por Silva, Morgado e Almeida (2012), que apontam uma percentagem de 42% de adesão ao regime terapêutico numa amostra com 101 sujeitos com hipertensão arterial. Relativamente à associação entre a adesão à terapêutica e as variáveis sociodemográficas não se registou qualquer relação estatisticamente significativa no corrente estudo.

Estudos conduzidos por Brannon e Feist (1996) apontam para o sexo feminino como tendo uma maior adesão à terapêutica, o que não ocorreu na presente pesquisa. Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas no nível de adesão em função do sexo, embora se verifique uma média ligeiramente superior nos homens. Desta forma, relativamente ao objetivo 1 constatou-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre géneros, ao nível de adesão ao tratamento. Estudos de Vermeire e colaboradores (2011), corroboram este nosso achado, preconizando que a variável género não tem demonstrado uma associação com o nível de adesão ao regime terapêutico (Vermeire et. al, 2011).

Outro facto que nos parece interessante analisar prende-se com o fator do esquecimento como sendo um elemento explicativo da não adesão ao regime terapêutico. O estudo de Horne e colaboradores (2005) aponta o esquecimento como sendo uma das principais causas da não adesão ao tratamento. Na nossa investigação, podemos verificar que, em toda a escala do MAT, o item relativo ao esquecimento é, de facto, o que pontua mais baixo, ou seja, traduzindo um nível de adesão mais reduzido. Este trabalho confirma que o esquecimento pode ser um dos responsáveis pela baixa adesão.

## *Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

Grande parte dos autores referem que os fatores sociodemográficos têm pouca influência no nível de adesão (Martin, Williams, Haskard & DiMatteo, 2005). No mesmo sentido, neste estudo não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre grupos em função da maioria das variáveis sociodemográficas estudadas (gênero, Habilitações literárias, viver sozinho, ter ou não filhos e satisfação com a informação).

No que diz respeito à idade, os estudos não são unânimes. De acordo com a revisão efetuada por Brannon e Feist (1996), os níveis de adesão variam independentemente da faixa etária. Se, por um lado, a idade pode dificultar a adesão devido ao déficit de memória, audição e visão, por outro, é preciso atender que os mais idosos podem aderir mais facilmente, tendo em conta a possível habituação, disponibilidade e, em princípio, maior capacidade para gerir a situação (Martin, Williams, Haskard & DiMatteo, 2005). No nosso estudo, não foram encontradas quaisquer associações entre o nível de adesão e a idade do sujeito, pelo que podemos admitir que a idade não é um fator preponderante no comportamento aderente, de acordo com a nossa pesquisa. Pensamos que este pode ser um aspeto que deve ser mais bem explorado, uma vez que o reduzido número de participantes, bem como uma homogeneidade de idades na amostra, não o permitem verificar.

Sabe-se que o nível de escolaridade está intrinsecamente relacionado com um maior conhecimento sobre a hipertensão arterial, uma vez que a aquisição de certas formas de pensamento influencia diretamente na aprendizagem de leitura das bulas, bem como a organização dos fármacos (Bastos, 2012). Tal relação explica-se pelo grau de compreensão das informações providenciadas pelo profissional de saúde (Motter, Olinto & Paniz, 2015). Outros autores há que preconizam a ideia de que o nível de escolaridade não constitui uma condição basilar para que haja uma melhor adesão ao regime terapêutico. Bastos (2012) reconhece que, embora o nível de escolaridade seja fundamental na forma como as pessoas compreendem a informação que lhes é transmitida verificou no seu estudo, que isso nem sempre acontece. Esta autora constatou que os doentes analfabetos conseguem, de igual forma, acatar a informação recebida. O objetivo 2 do nosso estudo propunha averiguar se existiam diferenças no nível de adesão em função das habilitações literárias dos participantes. Não foram encontradas associações entre o grau de adesão e o nível de escolaridade na presente amostra. Apesar de reunirmos um conjunto de pessoas com habilitações literárias diversas, o nosso estudo demonstrou que esta variável não se mostrou relevante para a adesão ao tratamento.

Devemos ter em consideração os fatores referentes à terapêutica em si e o modo como os doentes encaram a medicação. Diversas investigações enfatizam a importância das crenças que os sujeitos possuem sobre os fármacos. No geral, as preocupações com os mesmos refletem uma reação emocional nem sempre positiva, abrangendo fatores como os efeitos secundários, a dependência destas substâncias, bem como a prescrição em excesso por parte dos

profissionais (Horne & Weinman, 1999). Um estudo conduzido por Horne e colaboradores realçou as crenças da medicação com base na sensação de segurança e eficácia que os doentes podem obter. O presente estudo visou compreender a relação entre as crenças da medicação e o grau de adesão ao tratamento por meio do objetivo 7. Os resultados desta pesquisa sugerem uma correlação negativa com a subescala do uso excessivo, indicando que quanto maior é a percepção da prescrição dos medicamentos, menor é o grau de adesão à terapêutica. Isto é, quanto maior a quantidade prescrita da medicação pelo médico, mais reticentes os doentes parecem ficar na adesão à mesma. Notamos, assim, que a um número elevado de medicamentos prescritos associam-se menores níveis de adesão. De facto, entre os pacientes idosos é comum o uso de diversos medicamentos, entre os quais anti-hipertensivos, diuréticos, antidepressivos, betabloqueadores, vasodilatadores, analgésicos, anti-inflamatórios, entre outros. Esta combinação de fármacos conduz a um menor grau de adesão, tal como o estudo de Blanski e Lenardt sugere. Segundo os autores, a utilização concomitante de várias medicações constitui a principal causa do não cumprimento da prescrição terapêutica (Blanski & Lenardt, 2005).

Outros aspetos devem, ainda, ser considerados. O estudo feito por Matos, Alfonso e Vea (2007) constatou que o tempo de diagnóstico é um elemento chave na adesão à terapêutica recomendada, pois os pacientes que estão diagnosticados há mais tempo tendem a aderir melhor, uma vez que podem sentir-se preparados para conviver com ela vitaliciamente. A cronicidade induz os pacientes a pensarem que necessitam de ser medicados comparativamente com os utentes que consideram a HTA uma doença aguda (Ross, Walker & MacLeod, 2004). No objetivo 4 propusemos explorar a relação entre o tempo de diagnóstico da HTA e a adesão ao tratamento. O nosso estudo não encontrou qualquer relação entre o tempo de diagnóstico e a adesão terapêutica. Embora haja uma amplitude considerável na duração da doença na presente pesquisa (entre meio ano a trinta anos), verificou-se que o tempo de diagnóstico não está associado a uma melhor ou pior adesão ao regime terapêutico. Contudo, os nossos resultados não foram ao encontro do que seria esperado em função de outros estudos.

## 4.2. Crenças de doença

A análise da associação entre os itens do IPQ-B demonstrou que existe uma relação moderada positiva entre Identidade, Resposta Emocional, Duração e Preocupação. Tal significa que os sujeitos que sentem mais sintomatologia da HTA têm sentimentos mais negativos e índices de preocupação mais elevados no que respeita à sua condição. Concluímos, ainda, que os sujeitos da presente amostra creem que a hipertensão arterial é uma patologia crónica que irá durar a vida toda, conduzindo a um maior nível de preocupação. A confirmar tais resultados, é de salientar um estudo realizado por Praça (2013), cujos dados apontam para a percepção de cronicidade da HTA visível no item da “Duração” do IPQ-B (Praça, 2013). Curiosamente, os indivíduos que consideram ter maior controlo pessoal sobre a HTA, acreditam que os

## *Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

tratamentos são eficazes no tratamento da mesma, vivenciam menos sintomas e sentem-se menos preocupados. Por outro lado, os doentes que acreditam nos efeitos dos tratamentos apresentam também níveis mais elevados de compreensão. Verificamos, igualmente, que quanto mais desfavoráveis são as crenças dos sujeitos relativamente às consequências da HTA, menor é a perceção que estes têm no controlo pessoal da doença e na autogestão da mesma.

Constatámos que não existia nenhuma associação significativa entre os itens do IPQ-B e a adesão ao tratamento, o que consideramos que se explica pelo facto de a adesão ter tido valores muito elevados, bem como valores muito altos em todos os itens da escala de crenças de doença. Convém destacar que neste questionário, a média mais elevada foi na dimensão do controlo do tratamento, pelo que podemos afirmar que os participantes colocam muita esperança e confiança nos tratamentos para a hipertensão arterial. Seguidamente a esta dimensão, a duração apresenta, também, uma média elevada o que significa, que tal como já foi referido, que os participantes encaram a hipertensão arterial como uma doença crónica. No que diz respeito às causas da hipertensão arterial, os participantes indicam a junção da hereditariedade com fatores de vida diária, como a alimentação desequilibrada, sedentarismo e o *stress*.

No que diz respeito aos conhecimentos que os sujeitos tinham sobre os comportamentos de saúde a fim de controlar a HTA, encontrou-se um grande grau de conhecimento. Assim, constatou-se que os participantes referiram realizar o controlo e medição regular da pressão arterial, adotar uma dieta alimentar cuidada, ter reduzido a ingestão do sal, praticar regularmente exercício físico. Ao comparar os resultados obtidos neste domínio com outros estudos anteriores, encontramos dados congruentes com os estudos de Sousa (2005) que apontaram para uma percentagem de 91% de sujeitos que considerava relevante diminuir o sal na alimentação e 87% a redução do consumo de tabaco. Os nossos resultados remetem para 93% na redução do sal e 94% para a redução do álcool e para a redução do tabaco, valores ainda mais elevados. No que respeita à atividade física, 50% de indivíduos que referiram praticá-la com regularidade, ao passo que nos estudos reportados por Sousa, esta percentagem era diminuta (12%).

Foi, ainda, explorada a relação entre o grau de adesão e as várias crenças relacionadas com a doença, objetivo 5 do nosso estudo. Estudos conduzidos por Ross, Walker e MacLeod (2004) concluíram que as várias crenças de doença estão relacionadas com um maior ou menor grau de adesão. De acordo com os autores, os pacientes que acreditam deter mais controlo sobre a HTA, aderiam menos à terapêutica em comparação com os que percecionavam os tratamentos como um meio de controlo da sua condição (Ross, Walker e MacLeod, 2004). Também as reações emocionais foram evidenciadas como fatores de entrave à adesão, pois fortes reações emocionais estão ligadas a mecanismos de *coping* mais deficitários bem como traços depressivos e ansiosos, o que afeta a adesão ao tratamento (Ross, Walker e MacLeod (2004).

## *Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

Surpreendentemente, na nossa investigação não foram encontradas quaisquer associações significativas entre o nível de adesão e as crenças dos doentes (acerca da gravidade dos sintomas percebidos, da duração da doença, do nível de preocupação, do grau de compreensão face às informações recebidas e as consequências da HTA). Tal resultado deve-se, a nosso ver, à natureza da amostra em estudo. Será importante realçar que a maioria dos participantes possuía inúmeras complicações associadas à HTA, sendo seguidos no serviço de Cardiologia do Hospital. Assim, a grande maioria dos utentes apresentava problemas de saúde graves como acidentes vasculares cerebrais, enfartes do miocárdio, insuficiência cardíaca e problemas renais e de visão.

Desta forma, o facto de não se registarem diferenças estatisticamente significativas, bem como correlações relevantes com a medida de adesão e a escala do IPQ-B, tem a ver com a gravidade do seu estado de saúde, com complicações comórbidas com a HTA, pelo que o nível de adesão é elevado. Além disso, existem, naturalmente, outros tipos de fatores relevantes que interferem com a adesão ao tratamento, entre os quais a satisfação com a informação (de que falaremos posteriormente), o conhecimento da doença e o nível de literacia.

No que diz respeito às relações entre a MAT e o questionário de crenças sobre a medicação, que apenas se encontrou uma associação negativa fraca entre a adesão e a subescala do uso excessivo, tal como indica o estudo efetuado por Ross, Walker e MacLeod (2004). Este dado sugere que à medida que o grau de adesão aumenta, a perceção de fármacos prescritos em excesso diminui, ou que quanto menor a perceção de prescrição em excesso, maior o nível de adesão à medicação. Este dado reforça a importância dos profissionais de saúde explicarem adequadamente o objetivo de cada fármaco e reforçarem a necessidade de cada toma.

No objetivo 6 propusemos analisar a relação entre a idade dos participantes e as crenças relativamente à doença. Não foi encontrada uma relação significativa entre estas duas variáveis, pelo que consideramos que a idade não parece ser relevante para o desenvolvimento das crenças da doença. Será relevante ter em conta outros fatores como fatores culturais que podem estar relacionados com as mesmas, a literacia em saúde ou o conhecimento acerca da doença (Dias, 2014). Por outro lado, o objetivo 3 previa a análise da relação entre as crenças da doença com a satisfação dos doentes com a informação recebida sobre a HTA. Os sujeitos que se dizem estar “muito satisfeitos” apresentam cognições da doença mais desenvolvidas do que os sujeitos que afirmaram estar apenas “satisfeitos”. Tal pode explicar-se pelo facto de serem indivíduos com mais informação e, conseqüentemente, têm mais presente os sinais da HTA, as consequências e o nível de interferência desta doença na sua vida, a duração da mesma, os sintomas, a possibilidade de controlo pessoal e através do tratamento. Da mesma forma, verificámos que os sujeitos que referem estar muito satisfeitos com a informação compreendem melhor a hipertensão arterial do que aqueles que se mostram indiferentes face ao grau de

satisfação com a informação. A satisfação com a informação não se pode equiparar com o nível de conhecimentos que os sujeitos têm, mas espera-se que os indivíduos que afirmam maior satisfação com a informação recebida possuam maior conhecimento da doença. Sabe-se que as taxas de não adesão estão associadas em grande medida à falta de conhecimento da doença, pelo que a adequada informação sobre a condição patológica, medicamentos, englobando o objetivo, a forma de utilização e os cuidados a ter, são fatores relevantes para aumentar o nível de conhecimento e, por conseguinte, o nível de adesão com a mesma (DeVries, 1993).

Autores como Haynes, Sacket, Taylor e Ley (1988), concluíram que a satisfação com a consulta é o produto de variados fatores, a saber: fatores emocionais como o suporte social e fatores comportamentais, nomeadamente, explicações e prescrições de fármacos de modo adequado (Odgen, 2004). Partindo do pressuposto que o doente satisfeito é mais saudável e feliz, torna-se essencial trabalhar a satisfação como um preditor indireto da saúde, pois pode deduzir-se que esta variável se relaciona fortemente com a adesão à terapêutica.

#### 4.3. Crenças acerca da medicação

Foram, igualmente, objeto deste estudo as crenças acerca da medicação e a forma como estas podem influenciar ou não a adesão à terapêutica. Verificamos que a dimensão relativa às necessidades específicas, que avalia as crenças dos doentes acerca da necessidade específica da medicação, foi a dimensão que obteve uma pontuação média mais alta. As mulheres evidenciaram uma forte crença nos efeitos tóxicos dos fármacos, enquanto os homens apresentaram maiores crenças nas necessidades específicas da medicação recomendada, porém, estas diferenças não mostram relevância estatística. Estes achados são contraditórios com os resultados obtidos pelos estudos de Dias, Cunha, Ribeiro, Albuquerque e Andrade (2016), que se depararam com resultados opostos na população com hipertensão arterial, ou seja, os homens demonstraram fortes crenças na toxicidade da medicação, ao invés das mulheres que evidenciaram maior percepção da necessidade farmacológica. Tal pode ser explicado pelo facto de a maioria da amostra ser do sexo masculino e como tal, sabendo que o género masculino tem mais complicações no presente estudo, sentem maior necessidade quanto à medicação prescrita.

Com o objetivo de explorar, mais detalhadamente, as relações entre as crenças acerca da medicação e as crenças de doença, objetivo 9, procedeu-se à análise das correlações entre as dimensões do IPQ-B e as crenças que os doentes possuem sobre os fármacos. Conseguimos perceber que quanto maior é a percepção das consequências da HTA, a longa duração por que é caracterizada, a possibilidade de controlo pessoal e através do tratamento e os sintomas manifestados, maior é a percepção dos sujeitos da necessidade de serem medicados. Os nossos resultados são corroborados por Leventhal e colaboradores que referem que a percepção dos sintomas pode reforçar a crença na necessidade de medicação e pode, também, aumentar o

nível de preocupação se os sintomas forem vistos e interpretados como efeitos secundários nefastos (Leventhal et. al., 1987). Diversos autores referem que as preocupações com a medicação podem traduzir uma reação emocional de medo e ansiedade, o que pode levar à diminuição da adesão (Horne, 2013).

Averiguámos, ainda, se os sujeitos que diziam compreender melhor a doença, percecionavam menos os efeitos nocivos dos medicamentos. Na nossa amostra verificamos que os sujeitos que percecionam mais os sintomas da HTA têm maiores preocupações específicas quanto à medicação e ao perigo de efeitos secundários, ao passo que aqueles que creem na eficácia do tratamento percecionam menos os efeitos tóxicos dos fármacos. Os indivíduos muito preocupados com a sua condição referem sentir mais necessidade específica de medicação. Tais resultados são semelhantes aos do estudo feito por Neame e Hammond (2005), em que concluíram que 74% da sua amostra acreditava na necessidade de medicação para a manutenção da saúde e metade dos participantes mencionavam preocupar-se com as consequências de tomar a mesma (Neame & Hammond, 2005).

Nesta investigação foi também proposto, explorar a diferença nas crenças acerca da medicação em função de ter ou não filhos (objetivo 8). Os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, nomeadamente, na subescala das necessidades específicas. Admitimos, assim, que os sujeitos que não têm filhos consideram-se mais dependentes da medicação do que aqueles que os têm. Tal, poder-se-á justificar pelo facto de se encontrarem mais disponíveis, ou seja, como não possuem tantos fatores indutores de preocupação noutras áreas de vida (e.g: filhos), têm uma maior capacidade para se focarem nos assuntos relacionados com a saúde.

Ainda que não tenha sido definido como um objetivo de estudo, queremos frisar a associação positiva e a presença de diferenças significativas entre a variável da satisfação com a informação e as subescalas das preocupações específicas e necessidades específicas do questionário de crenças acerca da medicação. Tal descoberta sugere que à medida que os sujeitos se sentem mais satisfeitos com a informação, maiores são as perceções de necessitarem da medicação e preocuparem-se mais com a sua condição. Verificamos, assim, que os sujeitos que dizem estar “muito satisfeitos” sentem maior necessidade de serem medicados, do que aqueles que dizem estar apenas satisfeitos com a informação. À semelhança desta observação, e no que respeita à subescala das preocupações específicas, os indivíduos muito satisfeitos com a informação apresentam maiores preocupações com a medicação. Esta apreciação pode dever-se, talvez, ao grau de conhecimento que os pacientes têm sobre a hipertensão arterial, o que, conseqüentemente, se repercute mais na forma como identificam e interpretam os sinais ou indícios desta doença. São vários os estudos que comprovam que as crenças da necessidade e preocupação acerca da medicação constituem um fator importante para o comportamento de

adesão ao regime terapêutico. Concluiu-se que existe uma clara evidência entre a associação dos valores mais elevados de adesão com a percepção mais forte da necessidade da intervenção medicamentosa (Horne et. al, 2013). Este autor conduziu um estudo com 94 sujeitos durante tratamentos medicamentosos e chegou à conclusão que os índices mais altos de adesão apresentam associações fortes com a necessidade do tratamento e as preocupações relativas ao mesmo. Desta forma, será crucial ter em consideração as cognições dos doentes quanto à necessidade e preocupações com a medicação, uma vez que poderão ter influência no envolvimento dos doentes na adesão ao tratamento.

Deste modo, entendemos que, em geral, os conhecimentos que os doentes possuem sobre a hipertensão arterial são notáveis, quer no que diz respeito às causas que atribuem ao aparecimento desta condição quer ao que consideram que é necessário fazer para diminuir a mesma. Assim, e dando resposta à questão de investigação formulada “será que as crenças sobre a doença e as crenças acerca da medicação interferem no nível de adesão ao tratamento em doentes com hipertensão arterial?”, podemos concluir, no nosso estudo, que as crenças da doença e as crenças acerca da medicação não parecem mostrar grande associação com a adesão ao tratamento dos nossos participantes. Tal deve-se ao facto da amostra se tratar de condições graves de saúde, tendo características amostrais muito peculiares. Constatámos que os pacientes têm consciência da importância da adesão ao tratamento e quase todos eles cumprem as prescrições médicas.

Tendo presente o modelo de autorregulação do comportamento de doença de Leventhal, entendemos o papel ativo que o sujeito tem na resolução dos seus problemas de saúde (Sousa, 2005). O indivíduo, ao ser confrontado com sinais internos ou externos da doença, atribui um significado à mesma de acordo com as representações que possui sobre essa doença (Leventhal, Musumeci & Contrada, 2007). Estas contribuem para o desenvolvimento posterior de estratégias de *coping* (de aproximação ou evitamento) e numa fase final, a pessoa é levada a ponderar e avaliar o resultado da estratégia de *coping* adotada para fazer frente ao problema e conduzindo a esforços de autogestão da doença (McAndrew, Martin, Friedlander, Shaffer, Breland, Slotkin & Leventhal, 2018). As representações da doença incluem a identidade, a causa, as consequências, a evolução e a cura/controlo que podem despoletar o desenvolvimento de estratégias de *coping*. No nosso estudo, os sujeitos com hipertensão arterial veem esta condição como uma doença crónica e, com graves consequências para a sua saúde. Também é evidente a crença na possibilidade de controlo da HTA, na medida em que houve uma elevada pontuação no controlo de tratamento e no controlo pessoal, o que, de acordo com Horne (1997), são importantes indicadores de influência na adesão ao tratamento (McAndrew et al., 2018). Neste sentido, procuram implementar um plano de ação que, neste caso, se prende com a ida às consultas médicas de forma regular, com a medicação da pressão arterial e a toma da

medicação diária. A avaliação da eficácia das estratégias de *coping* adotadas constitui a terceira e última fase desta abordagem. Estas três componentes estão interligadas a fim de manter o equilíbrio e a manutenção de comportamentos de saúde saudáveis (McAndrew et al., 2018).

Com este estudo podemos concluir que a Psicologia pode encontrar na melhoria da satisfação com a informação um terreno fértil à intervenção nos doentes com HTA. As intervenções com os doentes devem contemplar as principais preocupações sentidas por eles, as crenças que possuem acerca dos fármacos, no geral, e as manifestações psicopatológicas. Estes podem ser fatores preditores importantes a ter em consideração na hora de otimizar e agilizar a intervenção para a promoção da adesão terapêutica. No que concerne aos profissionais de saúde, estes devem ser promotores de uma comunicação assertiva, empática e contextualizada, a todos os níveis de modo a não menosprezar o conhecimento e a compreensão associada ao comportamento aderente, até porque, de acordo com os nossos resultados, os sujeitos tendem a aderir melhor ao tratamento quando a perceção de medicamentos prescritos em excesso é mais baixa.

#### 4.4. Limitações do estudo e Implicações para Investigações Futuras

Ao longo do presente estudo, confrontámo-nos com diversas limitações metodológicas que deverão ser tomadas em consideração na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, apraz-nos referir que a amostra foi selecionada num contexto clínico, mais particularmente, no Hospital Beatriz Ângelo, pelo que devemos ter presente as características socioculturais inerentes à região. Será conveniente focar que, não tendo sido aplicada uma técnica probabilística de amostragem, os resultados obtidos não poderão ser estendidos a outras populações ou regiões. Assim, seria recomendável a replicação do estudo a fim de se conseguir uma maior representatividade geográfica. Ainda neste âmbito, importa salientar a visão reduzida e incompleta na obtenção destes resultados, pois nem todos os pacientes com HTA recorrem aos serviços médicos em que se efetuou este estudo, o que interfere diretamente na possibilidade de generalização dos resultados obtidos. Sabendo nós que, a maior parte dos pacientes que frequenta este estabelecimento representam casos de elevada gravidade, não nos é possível, ter uma perspetiva real do comportamento não aderente em doentes com hipertensão arterial.

A extensão do protocolo de investigação, que envolveu muito tempo na sua aplicação e, conseqüentemente, impossibilitou a passagem do mesmo a todos os utentes que recorriam à consulta. Muitos doentes não reuniam condições para ler e responder autonomamente aos questionários, pelo que em muitos casos foi a investigadora a aplicá-los a cada paciente.

## *Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

Outro constrangimento explica-se pelo facto de grande parte dos doentes da amostra sofrer de várias doenças em simultâneo e, conseqüentemente, tomar vários medicamentos. Os vários sintomas comuns a várias doenças podem comprometer diretamente os resultados, na medida em que o indivíduo pode responder não em função da doença em estudo, a hipertensão arterial, mas das restantes. Relembramos que o nível de adesão foi muito elevado, o que estará associado à homogeneidade da amostra em termos de faixa etária e de gravidade da doença.

Convém também referir a desejabilidade social que pode ter contribuído para que os participantes tenham deturpado a informação. A recolha individual da informação foi feita muitas vezes no corredor do hospital, na presença de outros utentes e profissionais de saúde, tudo isto acrescido de interferências sonoras próprias do contexto. A faixa etária dos pacientes foi outra das preocupações, visto que foi muito homogénea. No entanto, esta opção deveu-se à maior probabilidade com mais de 65 anos apresentarem outras doenças associadas à hipertensão arterial.

Sabemos que a utilização de questionários de autorresposta pode também constituir uma limitação, podendo existir algumas discrepâncias entre o que é referido pelos inquiridos e o que fazem na realidade. Os intervenientes revelaram dificuldades na resposta a algumas questões, mais concretamente, no que diz respeito ao questionário das crenças sobre a medicação. Este foi alvo de dúvidas por parte dos utentes, na interpretação das questões.

Apesar de termos avaliado o nível de satisfação dos doentes acerca dos conhecimentos destes relativamente à HTA, apontamos a superficialidade da avaliação que foi feita através de uma única questão. Tal justificaria uma investigação mais aprofundada e pormenorizada.

Tendo em conta que, tentar persuadir o comportamento dos indivíduos, de modo a incentivá-los a agir em conformidade com as recomendações de saúde, é um processo complexo, pensamos ser necessário atender a outras variáveis que possam influenciar a adesão ao tratamento. Variáveis como o *locus* de controlo, a motivação para o tratamento e o compromisso entre o paciente e o profissional de saúde não devem ser, de todo, descuradas, pois poderão ser um contributo para um bom sucesso terapêutico. O conhecimento da toma e da quantidade dos comprimidos consumidos pelos pacientes seria também uma vertente bastante importante a ter em conta. Por outro lado, seria profícuo proceder a uma investigação qualitativa, na medida em que esta permitiria uma maior atenção valores e interesses pessoais, culturais e ambientais de cada participante.

Será, pois, necessário prosseguir com o desenvolvimento contínuo da investigação nesta área, pois a melhoria da saúde da população deve ser sempre a maior preocupação dos diversos profissionais de saúde.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, J. (2003). *Impacto dos fatores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1* (Tese de Doutoramento). Universidade do Minho, Braga. Retirado de <https://core.ac.uk/download/pdf/55611303.pdf>.
- Alves, F. (2012). *Perceção do estado de saúde e adesão terapêutica na diabetes: Estudo com população jovem Portuguesa* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã. Retirado de <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2681/2/Dissertação%20de%20Mestrado.pdf>.
- Araújo, G., B., S. & Garcia, T., R. (2006). Adesão ao tratamento antihipertensivo: Uma análise conceitual. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 8(2), 259-272.
- Bastos, S. F. (2013). *A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto. Retirado de [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11990/1/A%20pessoa%20com%20doença%20cronica\\_Tese%20Doutoramento\\_Reitoria.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11990/1/A%20pessoa%20com%20doença%20cronica_Tese%20Doutoramento_Reitoria.pdf).
- Barreto, S. M., Reiners, O. A., & Marcon, S. S. (2014). Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 484-490.
- Bennett, P. (2000). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Blanski, C. R. K. & Lenardt, M. H. (2005). A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. *Rev Gaúcha Enferm*, 26(2), 180-188.
- Brannon, L. & Feist, J. (1997). *Health psychology: An introduction to behavior and health* (3<sup>rd</sup> ed.). Belmont, C.A.: Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Bugalho, A. & Carneiro, A. (2004). *Intervenção para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Cabral, M. & Silva, P. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. Realizado pela Apifarma sobre Adesão à terapêutica*. Disponível em <https://www.apifarma.pt/publicacoes/siteestudos/Documents/Conclus%C3%B5es%20des%C3%A3o%20C3%A0%20Terap%C3%AAutica%20PT.pdf>.
- Carvalho, A., Dantas, R., Pelegriño, F., & Corbi, I. (2010). Adaptação e validação de uma medida de adesão à terapia de anticoagulação oral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 1-8.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

- Carvalho, R., G. & Almeida, V. (2001). O papel do rim na hipertensão essencial: Correlações e abordagem terapêutica. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 8(3), 291-296.
- Claudino, A. (2012). Perceptions of illness in mental health. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 3(1), 157-167.
- Castillo, D. A., Godoy-Izquierdo, D., Vásquez L. M., & Godoy, F. J. (2013). Illness beliefs about hypertension among non-patients and healthy relatives of patient. *Health*, 5(4), 47-58.
- Coleman, M. & Newton, K. (2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*, 72(5), 1503-1510.
- Correia, D. (2011). *Psiquiatria de Ligação na prática clínica: Intervenção psiquiátrica e psicológica em doentes com patologia orgânica*. Lisboa: LIDEL.
- Couto, A. & Kaiser, E. (2003). *Manual de hipertensão arterial da Sociedade de Hipertensão do Estado do Rio de Janeiro*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Cruz, R. (2017). Evolução do conceito de adesão à terapêutica. *Saúde e Tecnologia*, 18, 11-16.
- 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.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- DeVries, T. P. (1993). Presenting clinical pharmacology and therapeutics: A problem-based approach for choosing and prescribing drugs. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 35, 581-586.
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. *Millenium*, 40, 201-219.
- Dias, A., Cunha, M., Ribeiro, O., Albuquerque, C. & Andrade, A. (2016). Crenças acerca da medicação e adesão terapêutica em utentes hipertensos. *Revista Servir*, 59(3), 50-55.
- Dias, N. (2014). *Variáveis psicossociais associadas à adesão à terapêutica farmacológica em doentes crónicos: Conhecimento, crenças e satisfação com a informação sobre medicamentos* (Dissertação de Mestrado), Universidade Católica Portuguesa, Braga. Retirado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/17192>.
- Direção Geral de Saúde. (2013). Norma da Direção Geral de Saúde: Hipertensão arterial: definição e classificação. Direção-Geral da Saúde. Lisboa. Retirado de <https://nocs.pt/definicao-classificacao-hipertensao-arterial/>.
- Dunbar-Jacob, J. & Mortimer-Stephens, M. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal Clinical Epidemiology*, 54, 857-860.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2006). Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 288(19), 2469-2475.

- European Society of Hypertension. (2007) Guidelines for the management of arterial hypertension. *The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)*. European Society of Hypertension. Retirado de <http://www.eshonline.org/Guidelines/ArterialHypertension.aspx>.
- Feitosa-Filho, G., Lopes, R., Poppi, N., & Guimarães, H. (2008). Emergências hipertensivas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(3), 305-312.
- 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* (99-116). Coimbra: Quarteto.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gasperin, D., Netuveli, G., Dias-da-Costa, J. & Pattussi, M. (2009). Effect of psychological stress on blood pressure increase: a meta-analysis of cohort studies. *Cad. Saúde Pública*, 25(4), 715-726.
- Gusmão, J., Ginani, G., Silva, G., Ortega, K. & Mion, D. (2009). Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens*, 16(1), 38-43.
- Handler, C. (2004). *Guia prático de cardiologia nos cuidados primários*. Lisboa: Climepsi.
- Holmes, A. & Deb, P. (2003). The effect of chronic illness on the psychological health of family members. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 6, 13-22.
- Horne, R. & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567.
- Horne, R., Clatworthy, J., Polmear, A., & Weinman, J. (2001). Do hypertensive patients' beliefs about their illness and treatment influence medication adherence and quality of life? *Journal of Human Hypertension*, 15(1), 65-68.
- Horne, R., Chapman, S., Parham, R., Freemantle, N., Forbes, A. & Cooper, V. (2013). Understanding Patients' Adherence-Related Beliefs about Medicines Prescribed for Long-Term Conditions: A Meta-Analytic Review of the Necessity-Concerns Framework. *PloS One*, 8(12).
- Jin, J., Sklar, G., Oh, S., & Li, S. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutic and Clinical Risk Management*, 4(1), 269-286.
- Kaplan, R. & Schub, T. (2012). Hypertension: Alternative therapies. *Cinahl*, 1, 1-2.
- Kristensen, H., Schaeffer, S., & Busnello, B. F. (2010). Coping strategies and stress symptoms in adolescence. *Estudos de Psicologia*, 27(1), 21-30.
- Leite, S. & Vaconcellos, M. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: Elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E., & PatrickMiller, L. (1997). Illness representation: Theoretical foundations. In K. Petrie & J. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness: Current research & applications*. Singapore: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Leventhal, E., & Contrada, R. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health, 13*, 717-733.
- Lima, H., Santos, Z., Nascimento, J., & Caetano, J. (2010). Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 11*(2), 170-178.
- Lilly, L. (2016). *Hypertension*. In L. Lilly (Ed.), *Pathophysiology of heart disease: A collaborative project of medical students and faculty* (6<sup>th</sup> edition). Boston: Wolters Kluwer.
- Lopes, A. (2013). *Avaliação da adesão à terapêutica em doentes com hipertensão em Vila Franca de Xira*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve, Algarve. Retirado de <https://core.ac.uk/download/pdf/61522443.pdf>.
- Loriente-Arín, N. & Serrano-del-Rosal, R. (2009). Hable con los pacientes, no para ellos. Análisis de las fuentes de confianza del acto médico. *Revista Internacional de Sociología, 67*(2), 309-328.
- Madeira, T. (2015). *Conhecimento dos Portugueses sobre a hipertensão arterial* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra. Retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29688/1/Tese%20Tiago%20Madeira.pdf>.
- Margarato, J., M. (2010). *A representação da doença e o coping na pessoa com tumor do aparelho locomotor* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Porto. Retirado de [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17719/1/RUI\\_MARGATO\\_TESE\\_MESTRADO.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17719/1/RUI_MARGATO_TESE_MESTRADO.pdf).
- Marín-Reyes, F. & Rodríguez-Morán, M. (2001). Family support and drug therapy compliance in essential hypertension. *Salud Publica de México, 43*(4), 336-339.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Martin, L., Williams, S., Haskard, K. & DiMatteo, M. (2005). The Challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management, 1*(3), 189-199.
- Martins, C. L., Martins, L., Ubaid-Girioli, S., & Júnior, H. (2008). Pharmacological treatment of the hard-to-control hypertension. *Revista Brasileira de Hipertensão, 15*(1), 28-33.
- Matos, Y., Alfonso, L., & Veá, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 23*(1), 1-8.
- McAndrew, M. L., Martin, L. J., Friedlander, L. M., Shaffer, K., Breland, Y. J. Sloktin, S. & Leventhal, H. (2018). The common sense of counseling psychology: introducing the

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

- Common-Sense Model of self-regulation. *Counselling Psychology Quarterly*, 31(4), 497-512.
- Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, Circular Normativa Nº: 020/DGCG de 28/09/2011 *Diagnóstico, tratamento e controlo da hipertensão arterial*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde.
- Myers, L. B. & Midence, K. (1998). Concepts and issues in adherence. In L. Myers & K. Midence (Eds.), *Adherence to treatment in medical conditions* (pp. 1-24). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Moraes, A., Rolim, G., & Costa, A. (2009). Adherence process from a behavioral analysis perspective. *Revista Brasileira de Terapia Cognitivo-Comportamental*, 12(2), 329-345.
- Motter, F., Olinto, M. & Paniz, V. (2015). Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil. *Caderno Saúde Pública*, 31(2), 395-404.
- Mussi, F. & Teixeira, J. (2018). Cardiopatía isquémica y masculinidad como factores de riesgo cardiovascular. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2).
- Neame, R. & Hammond, A. (2005). Beliefs about medications: a questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 44, 762-767.
- Nogueira, G., Seidl, E., & Tróccoli, B. (2016). Exploratory factor analysis of the Illness Perception Questionnaire Brief Version (Brief IPQ). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 161-168.
- Nomura, I. P., Prudencio, R. A. L. & Koblmann, O. (1995). Características do indivíduo hipertenso. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 17(1), 13-20.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, A., Sá, M. & Freitas, A. (2013). Learning to Live with a Chronic Illness, without Thinking about Death. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, 2(9), 326-334.
- Oliveira-Martins, S., Oliveira, T., Gomes, J., Caramona, M., & Cabrita, J. (2011). Factores associados à hipertensão arterial nos utentes de farmácias em Portugal. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 136-144.
- Ono, A., & Fujita, T. (2003). Factors relating to inadequate control of blood pressure in hypertensive outpatients. *Hypertension*, 26, 219-224.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Retirado de [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/).
- Osterg, L. & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Patino, M. C. & Ferreira, C. J. (2018). Critérios de inclusão e exclusão em estudos de pesquisa: Definição e por que eles importam. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 44(2), 84-84.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

- Pereira, E. M. (2010). Experimental method in social psychology: On experimental research in a relativistic milieu. *Psicologia em Pesquisa*, 4(2), 156-164.
- Pereira, S. (2010). Abordagem do risco cardiovascular no doente hipertenso. *Acta Médica Portuguesa*, 23(2), 223-226.
- Pereira, G. M., Pedras, S. & Machado, C. J. (2013). Validation of the Questionnaire on Beliefs about Medication with Type 2 Diabetic Patients. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(2), 229-236.
- Pinheiro, C. (2008). *A gestão das doenças crónicas nos cuidados de saúde primários* (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta, Lisboa. Retirado de [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1233/1/dissertação\\_Carla%20Pinheiro.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1233/1/dissertação_Carla%20Pinheiro.pdf).
- Pinto, I. & Martins, D. (2017). Prevalence and risk factors of arterial hypertension: A literature review. *J Cardiovasc Med Ther*, 1(2), 1-7.
- 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 PHISA study. *Journal of Hypertension*, 32(6), 1211-1221.
- Praça, R. (2013). Representações Cognitivas, Conhecimentos acerca da Hipertensão Arterial, Satisfação com a Informação acerca da Medicação, e Adesão terapêutica em Utentes Hipertensos. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Braga. Retirado de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15227/1/Tese%20Ricardo.pdf>.
- Quine, L., Steadman, L., Thompson, S., & Rutter, D. (2012). Adherence to antihypertensive medication: Proposing and testing a conceptual model. *British Journal of Health Psychology*, 17, 202-219.
- Radovanovic, C., Santos, L., Carvalho, M., & Marcon, S. (2014). Arterial hypertension and other risk factors associated with cardiovascular diseases among adults. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 547-553.
- Raymundo, N. C. & Pierin, G. (2014). Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: Estudo longitudinal retrospectivo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(5), 811-819.
- Reis, B. L., Dussault, G., Ávila, P., & Dias, S. (2012). O conhecimento sobre o medicamento e a literacia em saúde: Um estudo em adultos utentes de farmácias do concelho de Lisboa. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 4, 87-102.
- Ribeiro, P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ross, S., Walker, A. & MacLeod, M. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18, 607-613.
- Santos, C. (2006). *Doença oncológica: Representação, coping e qualidade de vida* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

- Santos, Z. (2011). Hipertensão arterial: Um problema de saúde pública. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 24(4), 285-286.
- Serafino, P. (2002). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (4<sup>th</sup> ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Schneiderman, N. (2004). Psychosocial, behavioral, and biological aspects of chronic diseases. *Current Directions in Psychological Science*, 13(6), 247-251.
- Schneiderman, N., Antoni, M., Saab, P., & Ironson, G. (2001). Health psychology: Psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annual Review of Psychology*, 52, 555-580.
- Sobral, M. (2014). Crenças sobre a doença, morbidade psicológica e dimensões da dor em doentes com dor crónica. (*Dissertação de Mestrado*). Universidade Católica Portuguesa, Braga. Retirado de [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17242/1/Disserta%C3%A7%C3%A7%C3%A3o%20Manuel.pdf?fbclid=IwAR0\\_rwRIWkJqhYD\\_KAP64OgcpSKekpCCyRjdgSxrSgjGGQo5HDJWsdDHY](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17242/1/Disserta%C3%A7%C3%A7%C3%A3o%20Manuel.pdf?fbclid=IwAR0_rwRIWkJqhYD_KAP64OgcpSKekpCCyRjdgSxrSgjGGQo5HDJWsdDHY).
- Sousa, M., Landeiro, M., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 151-160.
- Teixeira, A. (2004). Comunicação em saúde: Relação entre técnicos de saúde-utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: Three decades of research. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331-342.
- Vincent, L. J. (2008). Understanding cardiac output. *Critical Care*, 12(4), 174.
- World Health Organization & International Society of Hypertension Writing Group. (2003). 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 21(11), 1983-1992.
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D., Coca, A., Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S., Kreutz, R., Laurent, S., Lip, G., McManus, R., Narkiewicz, K., Ruschitzka, F., Schmieder, R., Shlyakhto, E., Tsioufis, C., Aboyans, V., & Desormais, I. (2018). Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 00, 1-98.
- World Health Organization. (2005). *Clinical Guidelines for the management of hyperthension*. Geneva: WHO Library Cataloguing in Publication Data. Retirado de <http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa234.pdf>.
- World Health Organization. (2008-2013). *Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

- Publication Data. Retirado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44009/9789241597418\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44009/9789241597418_eng.pdf?sequence=1).
- World Health Organization. (2015). *Preventing chronic diseases a vital investment: WHO global report*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Retirado de [https://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/full\\_report.pdf](https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf).
- World Health Organization & International Society of Hypertension Writing Group. (2003). 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 21(11), 1983-1992.
- Wong, N. D., Lopez, V. A., L'Italien, G., Chen, R., Kline, S. E., & Franklin, S. S. (2007). Inadequate control of hypertension in US adults with cardiovascular disease comorbidities in 2003-2004. *Archives of internal Medicine*, 167(22), 2431-2436.

## ANEXOS

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

**ANEXO I- Documento para obtenção do Consentimento Informado**

*Representações de Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**Título da Investigação:** “*Representações da Doença, Crenças acerca da Medicação e Adesão ao Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial*”

**Nome do Investigador, Instituição de Ensino e Orientadora da Investigação:**

Ana Filomena Sequeira Soares

Universidade da Beira Interior

Professora Doutora Cláudia Mendes Silva

Investigador do HBA: Dr. Tiago Teixeira de Sousa

**1. Natureza da Investigação:** a (o) sra (sr.) está a ser convidada (o) a participar nesta investigação no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior que tem como objetivo obter informações relativamente à doença Hipertensão Arterial e implicações relacionadas com a adesão ao regime terapêutico, crenças sobre a doença e medicação.

**2. Participantes da Investigação:** esta investigação terá a participação de cerca 60 indivíduos com hipertensão arterial que frequentam a consulta de Nutrição.

**3. Envolvimento na Investigação:** ao participar deste estudo, permitirá que o investigador fique a conhecer como lida com a doença. Tem direito de se recusar a participar e ainda recusar a continuar a participar em qualquer fase desta investigação, sem qualquer prejuízo para si. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a investigação através do e-mail do investigador que se encontra abaixo deste termo de consentimento.

**4. Sobre o procedimento:** se aceitar participar nesta investigação, terá de preencher primeiramente uma ficha sociodemográfica e, posteriormente, três curtos questionários; a duração total do procedimento será de cerca de 15 minutos.

**5. Riscos e desconforto:** a participação nesta investigação não lhe traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta investigação obedecem à Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, Artigo 3.º - Direito à integridade do ser humano. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade.

**6. Confidencialidade:** todos os dados recolhidos nesta investigação serão mantidos em **total confidencialidade** e anonimato; apenas o investigador e orientador de tese terão acesso aos mesmos e serão unicamente utilizados para fins de análise estatística.

**7. Benefícios:** ao participar desta investigação não obterá um benefício de forma direta. No entanto, esperamos, que esta investigação traga informações pertinentes, relativamente à hipertensão arterial, de modo a ajudar outras pessoas que são diagnosticadas com a mesma doença.

**8. Pagamento:** não terá qualquer tipo de pagamento por participar na presente investigação, nem terá de efetuar qualquer tipo de pagamento para a sua participação, sendo esta considerada a título **voluntário**.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar nesta investigação.

### **Consentimento Informado**

Tomei conhecimento que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, me foram prestadas todas as informações relacionadas com os objetivos e os procedimentos do estudo e que todas as minhas questões e dúvidas foram esclarecidas. Tendo eu lido e aceite todos os itens acima apresentados, eu \_\_\_\_\_  
(nome completo do participante), de forma livre e esclarecida, expresse o meu consentimento em participar na investigação. Declaro que me foi dada a opção de obter uma cópia deste termo de consentimento e autorizo a realização da investigação e a divulgação dos dados obtidos em termos gerais (não identificados e no conjunto da investigação) e decorrentes da análise estatística.

\_\_\_\_\_ (localidade), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
(Participante ou Representante Legal)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do representante legal quando aplicável)

Assinatura do Investigador

\_\_\_\_\_  
(Ana Soares)

**Investigador principal:**

➤ Ana Soares

**E-mail:** ana.filomena.soares@ubi.pt

Caso pretenda ter acesso às conclusões gerais do estudo indique o seu e-mail:

\_\_\_\_\_

**ANEXO II - Autorização para a realização do estudo**