

Adesão ao tratamento e estratégias de *coping* numa amostra de pessoas com Hipertensão Arterial

Bárbara do Amaral Freitas Resende

VERSÃO FINAL APÓS DEFESA

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

Orientador: Prof. Doutora Paula Susana Loureiro Saraiva de Carvalho
Coorientadores: Prof. Doutor Jorge Manuel dos Reis Gama
Prof. Doutora Cláudia Maria Gomes Mendes da Silva

julho de 2020

Dedicatória

Aos meus pais, por serem o maior suporte da minha vida.

Agradecimentos

Ao finalizar esta etapa importante do meu percurso académico, gostaria de agradecer a todas as pessoas que contribuíram, direta e indiretamente, para a conclusão deste estudo e que me ajudaram a concluir esta fase.

Inicialmente, gostaria de agradecer à Prof. Dr.^a Paula Carvalho, por toda a orientação que me deu durante este período e, principalmente, por toda a paciência que teve comigo. Agradeço também à Prof. Dr.^a Cláudia Silva e ao Prof. Dr. Jorge Gama, por todos os esclarecimentos.

Agradeço ao Centro de Saúde de Vagos por me terem dado a possibilidade de recolher a amostra, a todos os doentes que aceitaram participar no estudo e aos funcionários, médicos e enfermeiros, por toda a simpatia.

Um enorme obrigada, do tamanho do mundo, aos meus pais e à minha irmã, por nunca duvidarem das minhas capacidades, por acreditarem sempre que concluiria esta etapa com todo o sucesso e por nunca terem desistido de mim. Espero deixar-vos orgulhosos, sempre. Tudo o que sou, devo-o a vocês, amo-vos muito. À restante família, agradeço por toda a compreensão nas ausências em momentos familiares e por todo o apoio.

Não podia deixar de agradecer à Filipa e à Joana por todas as tardes de estudo motivacionais e por toda a amizade que sempre tivemos. Desde pequenas juntas e sei que vai ser assim sempre.

À Inês, Marina e Mariana, o meu desmedido obrigada. Não tenho palavras para vocês. Obrigada por serem os meus maiores apoios, por me terem dado na cabeça quando foi preciso e por me motivarem sempre que achava que não conseguia alcançar os meus objetivos. São muito importantes para mim e tenham a certeza de que vos levo guardadas no meu coração. A Covilhã tornou-se uma cidade marcante e especial, muito pela vossa presença e por vos ter encontrado.

Por fim, mas não menos importante, quero agradecer ao meu namorado, Mário, por ter aguentado todas as crises de desespero, todos os momentos de choro em que achei que não era capaz. Obrigada por me dares sempre a motivação que preciso, por seres das primeiras pessoas a dizer “tu consegues, eu acredito em ti”, por sentires as minhas vitórias como tuas e as minhas derrotas como tuas também e por todo o suporte incondicional.

Resumo

O presente estudo está integrado no projeto “Determinantes de adaptação à doença” que contribui para a avaliação dos fatores psicossociais de pessoas com doenças crónicas, que convivem diariamente com as exigências impostas pelas mesmas. O objetivo geral da presente investigação é avaliar os níveis de adesão ao tratamento e as estratégias de *coping* em pessoas com hipertensão arterial, assistidas no Centro de Saúde de Vagos. Neste estudo, foram aplicados os questionários sociodemográfico, de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) e o *Brief Cope*. Participaram 146 indivíduos com hipertensão arterial, 74 homens e 72 mulheres, com uma média de idades de 68.79 anos. Trata-se de um estudo correlacional, quantitativo, comparativo e transversal.

Os principais resultados obtidos evidenciam diferenças significativas para a adesão ao tratamento na idade; e entre algumas subescalas das estratégias de *coping* na idade, género, estado civil e habilitações literárias. Relativamente às características clínicas, para as estratégias de *coping* verificaram-se diferenças no tempo de diagnóstico, existência de outro problema de saúde crónico e controlo da pressão arterial. Encontraram-se ainda associações entre a adesão ao tratamento e as estratégias de *coping*, nomeadamente foram verificadas correlações positivas para as subescalas *Coping* Ativo e Reinterpretação positiva e correlações negativas para as subescalas Auto-culpabilização e Negação.

O aumento do conhecimento em relação à adesão e às estratégias de *coping* revela-se fulcral para o desenvolvimento de programas de intervenção eficazes, que possam contribuir para o bem-estar físico e psicológico do doente a longo prazo.

Palavras-chave

Doenças crónicas; hipertensão arterial; adesão ao tratamento; estratégias de *coping*

Abstract

This study is part of the project "Determinants of adaptation to the disease", which contributes to the assessment of the psychosocial factors of people with chronic diseases, who live daily with the demands imposed by them. The general objective of the present investigation is to evaluate the levels of treatment adherence and coping strategies in people with arterial hypertension, assisted at the Vagos Health Center. In this study, the questionnaires applied were the sociodemographic, the Treatment Adherence Measure (MAT) and the Brief Cope. 146 individuals with arterial hypertension participated, 74 men and 72 women, with an average age of 68.79 years. This is a correlational, quantitative, comparative and cross-sectional study.

The main results obtained show significant differences for adherence to treatment in age; and among some subscales of coping strategies, in age, gender, marital status and educational qualifications. Regarding the clinical characteristics, for coping strategies, there were differences in the time of diagnosis, existence of another chronic health problem and control of blood pressure. Associations between adherence to treatment and coping strategies were also found, namely positive correlations were found for the Active Coping and Positive Reinterpretation subscales, and negative correlations for the Self-blame and Denial subscales.

The increase in knowledge regarding adherence and coping strategies is essential in the development of effective intervention programs that contribute to the patient's physical and psychological well-being in the long term.

Keywords

Chronic disease; arterial hypertension; adherence to treatment; coping strategies.

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento teórico	3
Capítulo 1: Hipertensão arterial, adesão ao tratamento e <i>coping</i>	3
1.1 Doença crónica.....	3
1.2 Hipertensão arterial.....	4
1.3 Adesão ao tratamento	9
1.3.1 Modelos explicativos da adesão ao tratamento	12
1.3.2 Adesão ao tratamento na hipertensão arterial.....	15
1.4 <i>Coping</i>	18
1.4.1 Modelo explicativo do <i>coping</i>	19
1.4.2 Estratégias de <i>coping</i> focadas na emoção e no problema.....	21
1.4.3 Estratégias de <i>coping</i> na hipertensão arterial	23
II. Estudo Empírico	25
Capítulo 2: Metodologia	25
2.1 Apresentação do estudo e dos objetivos	25
2.2 Método	26
2.2.1 Instrumentos.....	26
2.2.1.2 Medida de adesão ao tratamento (MAT)	27
2.2.1.3 <i>Brief Cope</i>	28
2.3.1 Recolha de dados.....	30
2.3.2 Tratamento estatístico dos dados	30
Capítulo 3: Apresentação dos resultados	33
3.1 Participantes	33
3.2 Análise descritiva dos resultados.....	37
3.2.1 MAT.....	37
3.2.2 <i>Brief Cope</i>	37
3.3 Análise inferencial dos dados	38
3.3.1 Adesão e características sociodemográficas.....	38
3.3.2 Adesão e características clínicas	40
3.3.3 <i>Coping</i> e características sociodemográficas	42
3.3.4 <i>Coping</i> e características clínicas	46
3.3.6 Síntese dos principais resultados	51
Capítulo 4: Discussão	53
4.1 Limitações da investigação	59
4.2 Implicações práticas.....	60

Conclusão	63
Referências Bibliográficas	65
Anexos	85

Lista de Figuras

Figura 1 – Modelo de Autorregulação do Comportamento da Doença

Figura 2 – Modelo Transacional de *Coping* de Folkman e Lazarus

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Valores da PAS e PAD e Respetivas Classificações de HTA

Tabela 2 – Cálculo da Confiabilidade do MAT através do Alfa de Cronbach

Tabela 3 – Idade

Tabela 4 – Características Sociodemográficas

Tabela 5 – Tempo de Diagnóstico

Tabela 6 – Características Clínicas

Tabela 7 – Estatística Descritiva do MAT

Tabela 8 – Estatística Descritiva das Subescalas do *Brief Cope*

Tabela 9 – Comparação do MAT entre Grupos Etários – ANOVA para Amostras Independentes

Tabela 10 – Análise da Influência do Género no MAT – Teste t de *Student*

Tabela 11 – Análise da Influência do Estado Civil no MAT – Teste t de *Student*

Tabela 12 – Análise da Influência das Habilitações Literárias no MAT – Teste t de *Student*

Tabela 13 – Análise da Influência do Tempo de Diagnóstico no MAT – ANOVA para Amostras Independentes

Tabela 14 – Análise da Influência de Problemas de Saúde Crónicos no MAT – Teste t de *Student*

Tabela 15 – Análise da Influência do Controlo da Pressão Arterial no MAT – Teste t de *Student*

Tabela 16 – Análise da Diferença em cada Escala do *Brief Cope* entre as Faixas Etárias – Teste *Kruskal-Wallis*

Tabela 17 – Comparação da Subescala Utilização do suporte instrumental entre Grupos Etários – teste *Kruskal-Wallis*

Tabela 18 – Análise da Diferença em cada Escala do *Brief Cope* devida ao Género – Teste *Mann-Whitney*

Tabela 19 – Análise da Diferença em cada Escala do *Brief Cope* devida ao Estado Civil – Teste *Mann-Whitney*

Tabela 20 – Análise da Diferença em cada Escala do *Brief Cope* devida às Habilitações Literárias – Teste *Mann-Whitney*

Tabela 21 – Análise da Diferença em cada Escala do *Brief Cope* entre as Classes do Tempo de Diagnóstico – teste *Kruskal-Wallis*

Tabela 22 – Comparação da Subescala Humor as Classes do Tempo de Diagnóstico – Teste *Kruskal-Wallis*

Tabela 23 – Análise da Diferença em cada Escala do *Brief Cope* devida à Existência de Outro Problema de Saúde Crónico – teste *Mann-Whitney*

Tabela 24 – Análise da Diferença em cada Escala do *Brief Cope* devida ao Controlo da Pressão Arterial – teste *Mann-Whitney*

Tabela 25 – Coeficiente de Correlação de *Spearman* entre o MAT e as Escalas do *Brief Cope*

Lista de Acrónimos

WHO	World Health Organization
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
HTA	Hipertensão arterial
PA	Pressão arterial
AVC	Acidente vascular cerebral
PAS	Pressão arterial sistólica
PAD	Pressão arterial diastólica
mmHg	Milímetro de mercúrio
MAPA	Monitorização ambulatorial da pressão arterial
MAT	Medida de adesão ao tratamento
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
LSD	Least Significant Difference

Introdução

As doenças crónicas são, atualmente, consideradas um problema grave de saúde pública devido ao alto índice de mortalidade associado (Mantovani, Maciel, Pelinski, Fusuma, & Ulbrich, 2011) e são vários os fatores de risco que estão na base do desenvolvimento destas doenças como o sedentarismo, alimentação pouco saudável, consumo de álcool e tabaco (Oliveira, Fagundes, Moreira, Trindade, & Carvalho, 2010).

A hipertensão arterial, uma doença crónica bastante prevalente em Portugal e no mundo, é uma condição clínica caracterizada por níveis de pressão arterial elevados e está diretamente associada a alterações funcionais e estruturais dos órgãos-alvo (Plavnik, Machado, Malta, Scala, & Fuchs, 2016). Além disso, está também associada ao desenvolvimento de complicações como o acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença renal crónica, entre outras (Lewington, Clarke, Qizilbash, Peto & Collins, 2002; Weber et al., 2014).

Devido às suas características, a hipertensão arterial necessita de um acompanhamento contínuo no tempo, sendo que é de extrema importância o cumprimento do seu tratamento (Direção-Geral da Saúde, 2013). O tratamento dos doentes hipertensos deve assentar, principalmente, na mudança de hábitos de vida de modo a prevenir complicações (Mantovani et al., 2011) e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento nestes doentes representa um grande desafio para os profissionais de saúde (Silveira & Riberi, 2005). Neste contexto, salienta-se ainda que a adesão ao tratamento na hipertensão é um processo bastante complexo, influenciado por vários fatores, sendo necessária uma grande atenção pelo facto da doença ser assintomática, uma vez que o doente acredita que está curado devido à ausência de sintomas (Guedes et al., 2011).

As doenças crónicas como a hipertensão arterial acarretam adaptações e mudanças específicas por parte do doente (Carter & McGoldrick, 2001 citados por Gonçalves, Ferreira, Zanini, Vasconcelos, & Gonçalves, 2015) e, por isso, é necessário desenvolver um conjunto de esforços que permitam lidar com a doença de forma eficaz (Gonçalves et al., 2015), esforços esses que são denominados estratégias de *coping*. Os principais autores desta temática são Lazarus e Folkman (1984) que definiram *coping* como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais usados para lidar com as exigências internas e externas provenientes de situações adversas, diferenciando as estratégias de *coping* focadas na emoção e focadas no problema. Assim, as estratégias de *coping* assumem-se como uma temática importante no âmbito da doença crónica,

possibilitando uma intervenção mais focada nos problemas vivenciados por estes doentes, a partir do momento do diagnóstico e durante todo o tratamento.

Neste sentido, o objetivo geral do presente estudo é avaliar os níveis de adesão ao tratamento e as estratégias de *coping* numa amostra de pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial, seguidas na consulta de Hipertensão do Centro de Saúde de Vagos. Além do referido, pretende-se também avaliar as diferenças entre as características sociodemográficas, a adesão ao tratamento e as estratégias de *coping* utilizadas; analisar se existem diferenças entre as características clínicas da hipertensão em função da adesão ao tratamento e das estratégias de *coping* e, por fim, avaliar a associação entre a adesão ao tratamento e o uso das estratégias de *coping*.

Este trabalho encontra-se organizado em duas partes distintas, sendo que a primeira se refere ao enquadramento teórico onde é realizada uma revisão da literatura sobre a doença crónica, a hipertensão arterial e as suas características, a adesão ao tratamento e o *coping* assim como modelos explicativos dos mesmos; e a segunda diz respeito ao estudo empírico onde é descrita a metodologia do estudo, os objetivos, os instrumentos utilizados, os procedimentos e também é feita uma apresentação dos resultados obtidos, integrando a discussão dos mesmos, as limitações do estudo e as conclusões finais.

I. Enquadramento teórico

Capítulo 1: Hipertensão arterial, adesão ao tratamento e *coping*

1.1 Doença crónica

A doença crónica pode ser definida como uma enfermidade de curso prolongado, ultrapassando o intervalo de 3 a 6 meses (Danielson, Melin-Johansson, & Modanloo, 2019). Apresenta uma evolução gradual dos sintomas e aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitantes, que afetam as funções psicológicas, fisiológicas e/ou anatómicas de um indivíduo (Machado, 2009, citado por Dias et al., 2011).

De acordo com a *World Health Organization* (WHO) (2003), para se considerar uma doença crónica tem que possuir uma ou mais das seguintes particularidades: ser permanente, produzir incapacidade/deficiência residual, ser causada por alterações patológicas irreversíveis e exigir longos períodos de supervisão, observação e/ou cuidados. Além disso, as doenças crónicas ameaçam a saúde e a longevidade de todos os cidadãos, sendo que a maior parte das condições crónicas estão associadas a escolhas inadequadas de estilo de vida, como dieta inapropriada, falta de exercício, consumo de tabaco (Bunnell et al., 2012) e a fatores externos como a poluição, condição económica e cultura (Nugent, 2008).

Desta forma, o aparecimento de uma doença crónica implica, frequentemente, a modificação dos hábitos de vida e também a necessidade de recorrer a métodos terapêuticos. Na maior parte das vezes, a pessoa não é capaz de integrar estas mudanças no seu dia-a-dia, o que potencia os riscos para a saúde (Machado, 2009, citado por Dias et al., 2011).

As doenças crónicas tornaram-se extremamente relevantes devido às taxas de mortalidade associadas assim como à sua prevalência (Jansà et al., 2010). Continua a ser a principal causa de morte no mundo (Daniali, Darani, Eslami, & Mazaheri, 2017), sendo-lhe atribuído 70% das mortes globais, com uma estimativa de cerca de 38 milhões de mortes anuais (Malta et al., 2017).

De acordo com um estudo realizado em 2015 pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) acerca da doença crónica, verificou-se que mais de metade dos portugueses na faixa etária analisada (entre os 25 e os 74 anos), correspondente a 57,8%, referiu ter pelo menos uma doença crónica, sendo mais frequente nas mulheres

(INSA, 2019). Posto isto, é estimado que 50% dos cidadãos portugueses tenham uma doença crónica e que 25% terá mais do que uma (George & Gomes, 2011).

A maior parte das doenças crónicas conhecidas não são passíveis de cura, mas existem tratamentos possíveis. Contudo, têm a particularidade de poderem ser influenciadas pelos próprios comportamentos dos cidadãos, o que implementa a adoção urgente de medidas promotoras da saúde assim como medidas de prevenção (George & Gomes, 2011). Consequentemente, é necessário que haja uma monitorização contínua dos comportamentos de risco adotados pelos sujeitos (Chowdhury et al., 2016; Senitan, Alhaiti, & Gillespie, 2018).

1.2 Hipertensão arterial

A hipertensão arterial (HTA) é uma doença crónica (Direção-Geral da Saúde, 2013), com um longo curso assintomático, que exige mudanças no estilo de vida e no uso diário de medicação (Miranda et al., 2002), caracterizada pela presença de níveis de pressão arterial (PA) elevados associados a alterações metabólicas e hormonais (Salgado & Carvalhães, 2003).

A doença hipertensiva tem-se constituído num dos mais graves problemas de saúde pública (Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão & Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010; WHO, 2013) assumindo-se como a doença crónica que apresenta maior prevalência no mundo, sendo um fator de risco importante e independente para a doença cardiovascular, acidente vascular cerebral (AVC) e doença renal (Ribeiro et al., 2011; Salgado & Carvalhães, 2003).

A doença crónica referida é de origem multifatorial caracterizada por níveis de pressão arterial sistólica (PAS) e/ou diastólica (PAD) elevados, sendo classificada em hipertensão primária e secundária (Palota, 2010). A hipertensão primária representa 95% dos casos, sem uma etiologia conhecida, não existindo uma causa única que explique as suas alterações subjacentes, tendo uma componente genética (Staessen, Wang, Bianchi, & Birkenhager, 2003); por sua vez, a hipertensão secundária, correspondente a 3-5% dos indivíduos hipertensos, está associada a uma causa específica e tem uma etiologia definida (Amodeu et al., 2010; Corrêa et al., 2005).

Assim, o hipertenso é o indivíduo adulto, com mais de 18 anos, com valores de PAS igual ou superior a 140 mmHg (milímetro de mercúrio) ou com PAD igual ou superior a 90 mmHg, em pelo menos duas medidas realizadas em ocasiões diferentes (Mancia et al., 2013; Ramalhinho, 2012; Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2018).

Os limiares para a definição dos valores de HTA e dos valores de pressão ideal que se deve atingir com o tratamento devem ser considerados flexíveis, dependendo do perfil do risco cardiovascular global de cada indivíduo (Polónia, Ramalinho, Martins, & Saavedra, 2006). Esses valores são apresentados na tabela seguinte, de acordo com Polónia e colaboradores (2006).

Tabela 1

Valores da PAS e PAD e Respetivas Classificações de HTA

Categoria	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	120 – 129	80 – 84
Normal Alto	130 – 139	85 – 89
Hipertensão Estádio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão Estádio 2	160	100

O facto da doença evoluir de forma assintomática, sem manifestar desconforto físico (Santos, Frota, Cruz, & Holanda, 2005), faz com que o seu diagnóstico esteja dependente do paciente, sendo que este deve procurar medir a sua pressão arterial espontaneamente ou realizar exames periódicos (Barreto & Santello, 2002). Desta forma, são muitos os casos em que a doença é diagnosticada tardiamente, mas em idades prematuras (Lessa, 2006) ou quando o paciente já apresenta algumas complicações (Barreto & Santello, 2002), uma vez que os indivíduos apenas se consideram doentes quando surge uma alteração na sua qualidade de vida (Santos et al., 2005).

A prevalência mundial da HTA é da ordem de 1 bilião de indivíduos hipertensos (Chobanian et al., 2003), pelo que é estimado que esta doença seja responsável por cerca de 7,1 milhões de mortes prematuras no mundo (Sehestedt, Ibsen, & Jorgensen, 2007). Além disso, influencia o aparecimento de 62% das doenças cerebrovasculares e de 49% dos casos de doença isquémica cardíaca (Sehestedt et al., 2007). De acordo com a WHO (2013), afeta um em cada três adultos e conduz a mais de 9 milhões de mortes em todo o mundo, a cada ano. Esta doença torna-se mais comum à medida que a idade avança, com uma prevalência de mais de 60% em pessoas com idade superior a 60 anos (Chow et al., 2013).

Em Portugal a hipertensão afeta cerca de 43% da população adulta (indivíduos maiores de 18 anos) (Polónia et al., 2014; Uva, Victorino, Roquette, Machado, & Dias, 2014). Porém, cerca de 40 a 83% da população hipertensa desconhece o seu diagnóstico, sendo que 75 a 92% dos doentes que estão em tratamento não controlam a pressão arterial (Fuchs, Castro, & Fuchs, 2004).

O estudo *Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Portugal (PAP Study)*, realizado a nível nacional em 2003, identificou 42.1% de hipertensos na população adulta inquirida (18-90 anos); 46.1% destes estavam cientes de o ser, 39.0% encontravam-se tratadas e quando tratados, 11.2% estavam controlados. Contudo, estes valores são considerados baixos, particularmente no que diz respeito ao controlo da hipertensão (Macedo et al., 2005). Entre 2010-2012, Polónia e colaboradores (2014) replicaram o mesmo estudo, com o objetivo de atualizar os dados sobre a prevalência e controlo da HTA, verificando-se que 42.2% da amostra tinha a doença e 74.9% desses estavam medicados; e também 42.6% tinham a doença controlada, o que representou uma proporção quatro vezes maior do que no estudo de Macedo e colaboradores (2005). Pinto (2013), depois de avaliar os dados, referiu que o grau de tratamento da HTA melhorou consideravelmente e que os doentes hipertensos estão mais medicados e controlados. Assim, um grande desafio no diagnóstico e controlo da hipertensão arterial é conhecer o impacto da doença e do tratamento na vida do paciente (Dosse, Cesarino, Martin, & Castedo, 2009).

O **diagnóstico da HTA** é extremamente simples e barato (Jardim, Sousa, & Monego, 1996; Lessa, 2006), sendo que a medida da PA é crucial, devendo ser realizada por profissionais de saúde devidamente preparados e orientados para a obtenção de valores corretos (Palota, 2010). Para a deteção precoce é necessário que o doente tenha uma prática eficaz de autocuidado e que a consulta médica seja efetuada de forma rotineira (Santos et al., 2005).

A literatura defende a existência de diversos métodos de avaliação da PA que podem auxiliar no diagnóstico e na efetividade do tratamento (Palota, 2010), destacando-se a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA). A MAPA tem sido amplamente utilizada para o diagnóstico da HTA em todo o mundo, podendo ser considerada um fator decisivo para a escolha adequada do tratamento (Gusmão, Pierin, & Mion, 2006; Michelini, 2004; Nobre, Coelho, & Mion, 2006).

O método referido baseia-se, então, no princípio de que quantas mais vezes a pressão arterial for medida durante 24 horas, mais realista vai ser o seu verdadeiro valor comparativamente à medição efetuada apenas uma vez, como medida isolada (Morgenstern, 2002; Nehal & Ingelfinger, 2002). Este método permite o registo indireto da PA enquanto o doente realiza as suas atividades diárias na vigília e durante o sono (Júnior et al., 2011). Apesar de ser a primeira técnica de medição da PA fora do consultório que demonstrou melhorias significativas no acompanhamento dos doentes hipertensos (Staessen et al., 2004), a MAPA é recomendada apenas para alguns pacientes, devido ao custo dos aparelhos, à necessidade de profissionais com formação e

à interferência provocada no quotidiano dos pacientes (Mancia et al., 2007; O'Brien et al., 2003).

O controlo da HTA faz-se com a participação do hipertenso e com a coparticipação da família, dos profissionais de saúde e do correto desempenho dos programas de saúde geridos pela instituição (Lessa, 2006).

Apesar de existirem tratamentos eficazes, vários estudos epidemiológicos têm mostrado que o controlo da pressão arterial é insuficiente (Bennet et al., 2009; Nicodème, Albessard, Amar, Chamontin, & Lang, 2009). A adoção de um estilo de vida saudável pode prevenir o aparecimento da doença ou diminuir os níveis de PA, prevenindo também o risco de doença cardiovascular (Durrani, Irvine, & Nolan, 2012).

A avaliação inicial do paciente hipertenso tem como objetivos confirmar a elevação persistente da pressão arterial, avaliar o estilo de vida, averiguar a presença de lesões em órgãos-alvo e identificar fatores de risco cardiovascular, diagnosticar doenças associadas e determinar a etiologia da hipertensão, sendo necessário realizar uma história clínica pormenorizada (Corrêa et al., 2005).

O facto do diagnóstico da HTA ser feito de forma casual está relacionado com a falta de práticas adequadas de promoção de saúde dos indivíduos (Santos et al., 2005), sendo que as mudanças de comportamentos necessárias para o controlo da PA são desafiantes tanto para os doentes como para os serviços de saúde (Giroto, Andrade, Cabrera, & Matsuo, 2013). Salienta-se que os pacientes devem ser educados em relação à doença durante as consultas médicas e, sempre que possível, em grupos com assistência multiprofissional (Miranda et al., 2002), devido também ao carácter multifatorial da HTA (Palota, 2010).

No que toca aos serviços de saúde, a consulta é o momento e o local propício para se fazer educação em saúde, com o objetivo de capacitar o doente para o autocuidado. É um espaço para o sujeito expor as suas queixas e identificar quais as suas necessidades e capacidades, sendo também necessário preparar o indivíduo e a família para as consequências da doença e alertá-los sobre a melhor forma de lidar com as mesmas. Desta forma, contribui-se para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (Santos & Silva, 2002).

É importante enfatizar que muitos **fatores de risco** para a hipertensão são modificáveis, o que torna a doença evitável, na maioria dos casos, ou com uma alta probabilidade de controlo, se já estiver presente. Este controlo pode evitar uma grande parte das complicações e do seu impacto social (Lessa, 2006).

Os hábitos de vida inadequados exercem uma grande influência nos valores elevados da pressão arterial como o sedentarismo, o tabaco, o álcool e o consumo de sal pelo que as alterações a este nível assumem-se como determinantes no controlo da HTA (Dickinson et al., 2014). Além disso, também as pessoas que estão constantemente expostas ao *stress* têm uma maior probabilidade de desenvolver hipertensão arterial, uma vez que tem sido constatado a associação entre o *stress* e a evolução de várias doenças, assumindo efeitos prejudiciais a longo prazo (Cohen, Janicki-Deverts, & Miller, 2007).

Desta forma, é necessário um cuidado contínuo pois se não for tratada adequadamente, a hipertensão arterial pode acarretar graves consequências em alguns órgãos-alvo vitais (Kaplan & Schub, 2012).

A hipertensão arterial primária não tem cura, porém, o tratamento previne as suas complicações. O objetivo do tratamento é evitar sequelas a longo prazo e reduzir a mortalidade e morbidades que estão associadas à doença (Carvalho, Siqueira, Sousa & Jardim, 2013).

Antes de prescrever a administração de medicamentos, é recomendável que o sujeito adote medidas que estimulem hábitos de vida saudáveis (Mion, 2002, citado por Lopes & Moraes, 2012). Desta forma, o tratamento para o controlo da hipertensão arterial inclui, além do uso de medicação, a modificação dos estilos de vida (Carvalho et al., 2013). Tanto o tratamento farmacológico como o não farmacológico devem ser aplicados, considerando sempre as comorbidades e expectativas do indivíduo hipertenso (Miranda et al., 2002).

Assim, um dos aspetos primordiais para o sucesso do tratamento inicial da HTA é a modificação dos hábitos diários desajustados, sendo que o seu objetivo principal passa pela redução da pressão arterial e a prevenção de complicações posteriores como a doença cardiovascular (Durrani, Irvine & Nolan, 2012). Ao assumir este tipo de tratamento, o sujeito dá, assim, um passo importante relativamente ao controlo da sua pressão arterial. Nesta primeira fase convém que seja sempre avaliado o grau de comprometimento do indivíduo com a sua saúde (Jardim et al., 1996).

O tratamento não farmacológico é essencial e indispensável para todos os hipertensos (Travieso-Gonzalez, Núñez-Gil, Riha, Donaire, & Ramakrishna, 2019). Este tratamento, que visa a diminuição dos níveis pressóricos, assenta na prevenção da obesidade, redução da ingestão de sal e do consumo de bebidas alcoólicas, a prática de exercício físico regular, entre outros (Durrani et al., 2012; Ribeiro et al., 2011). Todos estes elementos, se não forem seguidos, favorecem o aumento da pressão arterial, sendo

expectável que estas mudanças no estilo de vida diminuam a morbidade e a mortalidade cardiovasculares que estão associadas à doença (Salgado & Carvalhães, 2003).

A prevenção e o tratamento da hipertensão através de intervenções não farmacológicas têm conquistado adeptos (médicos e pacientes) que utilizam esta estratégia terapêutica com mais frequência, dispondo dos seus benefícios a médio e longo prazo (Mion, 2002, citado por Lopes & Moraes, 2012). Contudo, se os níveis ideais de pressão arterial não forem atingidos com este tipo de intervenção, deve então instituir-se o tratamento farmacológico (Corrêa et al., 2005).

A escolha do tratamento farmacológico depende do perfil do doente, do tipo de hipertensão que apresenta, da presença ou ausência de lesões em órgãos-alvo e de possíveis comorbilidades (Lessa, 2006).

É importante enfatizar que, segundo a revisão de literatura, mais de 2/3 dos pacientes hipertensos não atingem os níveis de pressão adequados com apenas um medicamento, necessitando assim de dois ou mais para alcançar o controlo ideal da sua pressão arterial (Chobanian et al., 2003). Assim, o uso da terapia farmacológica combinada é considerado uma necessidade, principalmente para os idosos, de forma a melhorar a adesão e a eficácia anti-hipertensiva, diminuindo os efeitos colaterais (Miranda et al., 2002).

É de notar que, devido à cronicidade da doença, a HTA requer um acompanhamento contínuo, englobando medidas farmacológicas e não farmacológicas (Reiners, Seabra, Azevedo, Sudré & Duarte, 2012).

1.3 Adesão ao tratamento

De acordo com a WHO (2003), a adesão surge quando o comportamento de uma pessoa coincide com as recomendações do prestador de cuidados de saúde, ao nível das mudanças no estilo de vida, no cumprimento de tarefas propostas, entre outras. A adesão é vista, assim, como o grau de conformidade entre as recomendações dadas e o comportamento da pessoa relativamente ao tratamento prescrito (Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald, & Yao, 2008).

A temática da adesão, quando se relaciona com as doenças crónicas, tem uma relevância extrema uma vez que estas assumem um grande impacto na população em geral (Dias et al., 2011). A adesão ao tratamento pode ser melhorada através das mudanças do estilo de vida com o objetivo de reduzir os sintomas e as complicações da doença (Newson et al., 2012). Como resultado pode, então, aumentar a qualidade de vida

dos pacientes (Mirkarimi, Khoddam, Vakili, Sadeghi, & Modanloo, 2018; SeyedFatemi, Rafii, Hajizadeh, & Mondaloo, 2018).

São diversos os estudos que relacionam a adesão ao tratamento com a adesão à medicação; contudo, o termo “adesão” refere-se a diversos comportamentos inerentes à saúde que, maioritariamente, vão além do cumprimento da prescrição de medicamentos, envolvendo aspetos referentes ao sistema de saúde e a fatores socioeconómicos (Haynes, 1979, citado por Gusmão & Mion, 2006). As definições de adesão devem abranger e reconhecer a vontade do indivíduo em participar e colaborar com o seu tratamento, o que não é abordado em algumas conceções (Gusmão & Mion, 2006; Jin, Sklar, Oh, & Li, 2008).

A adesão ao tratamento tornou-se um dos maiores problemas enfrentados na prática médica pela sua complexidade (Higgins & Regan, 2004), sendo hoje conhecida como a principal causa para o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excessiva utilização dos serviços de saúde (Telles-Correia, Barbosa, Barroso, & Monteiro, 2008).

A não adesão pode ser classificada em intencional – quando o doente não cumpre o tratamento, apesar de o conhecer, sendo mais comum numa fase aguda da doença – ou não intencional – quando não compreende a informação prestada pelo profissional de saúde, comumente observado em crianças e idosos (Rudd, 1995, citado por Faria, 2008; WHO, 2003). É estimado que 30 a 50% dos doentes, independentemente da doença, do tratamento ou do prognóstico, não adiram ao tratamento (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen, & Denekens, 2001). No mesmo sentido, alguns autores referem que cerca de 40 a 60% dos pacientes não fazem uso da medicação prescrita (Barbosa & Lima, 2006; Higgins & Regan, 2004) e as proporções são consideravelmente maiores quando a falta de adesão se relaciona a fatores como o estilo de vida, sobressaindo a dieta, o sedentarismo, o tabagismo, entre outros (Higgins & Regan, 2004). Além dos referidos, são muitos os fatores que contribuem para uma baixa adesão como a natureza assintomática da doença e a sua duração ao longo da vida, fatores demográficos como a idade e a educação, o nível socioeconómico, perceção do risco relacionado à doença assim como a sua compreensão e aceitação (WHO, 2003). A literatura refere ainda as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença, entre outros (Busnello et al., 2001; Leite & Vasconcellos, 2003).

Passamos a descrever alguns dos fatores que contribuem para uma baixa adesão.

O conceito de adesão está intimamente associado à **relação dos profissionais de saúde com o doente**, tornando-se imprescindível que os profissionais se preocupem em estabelecer um diálogo proveitoso com os doentes. Isto é, tendo como princípios o uso de uma linguagem clara e o tratamento individualizado e personalizado de forma a atender às suas necessidades de esclarecimento, respeitando genuinamente as capacidades cognitivas, as crenças culturais, a situação económica, entre outros (Dias et al., 2011).

Alguns pesquisadores demonstraram que a adesão é influenciada pelo aumento do **conhecimento que o indivíduo tem sobre a sua condição médica** (Pamboukian et al., 2008; Rafii, SeyedFatemi, Danielson, Johansson, & Modanloo, 2014; Van Hecke, Grypdonck, & Defloor, 2008).

Desta forma, a adesão do cliente é possibilitada mediante a consciencialização deste e através da educação em saúde, pelo que deve ser desenvolvida de forma articulada por uma equipa multiprofissional (Santos et al., 2005). Perante a equipa multiprofissional, o paciente é submetido a uma grande quantidade de informações com focos diferentes, tendo assim a possibilidade de se tornar um indivíduo bem informado relativamente à doença e às suas consequências, com uma boa adesão e com a possibilidade de incorporação e orientação de hábitos adequados de vida (Silva, Colósimo, & Pierin, 2010). A literatura refere que a atuação de **equipas multiprofissionais** é facilitadora da educação em saúde e, como consequência, de uma melhor adesão e envolvimento no tratamento (Nobre, Pierin, & Mion, 2001; Silva et al. 2010). As equipas são compostas por indivíduos com formações diferentes que proporcionam, na ação educativa, uma maior aglomeração de informações com diversas visões do problema e esse facto contribui para facilitar a aprendizagem (Nobre et al., 2001).

Uma das contribuições da promoção da saúde é a educação que visa o entendimento sobre a própria saúde, concorrendo para o processo em que a comunidade aumenta a sua capacidade de resolver os seus próprios problemas com competência e intensifica a participação no tratamento (Flores & Drehmer, 2003). Alguns estudos são sugestivos de que a adesão é facilitada pela promoção de autonomia, que inclui a competência no autocuidado, adaptação e persistência no tratamento (Danielson et al., 2019).

O problema da não adesão começa no momento em que o profissional de saúde prescreve a medicação sendo que a probabilidade de o paciente não cumprir na totalidade o que lhe é recomendado é muito elevada (Rudd, 1998). Com isto, conclui-se

que a não adesão ao tratamento pode limitar a eficácia do regime terapêutico prescrito (Granger et al., 2009; Mills et al., 2016; Saarti et al., 2016; Seyed et al., 2018; WHO, 2003; WHO, 2013).

Para o tratamento ser efetivo, os pacientes devem identificar os benefícios do tratamento assim como qualquer barreira que reconheçam. Posteriormente, é expectável que assumam toda ou parte da prescrição recomendada e que tentem assumir um papel ativo no tratamento. A participação ativa dos pacientes, como já foi mencionado, é uma mais-valia para alcançar o plano acordado e o resultado esperado (Pamboukian et al., 2008).

Assim, assume-se que a adesão é um conceito multidimensional, determinado pela interação de fatores relacionados com o sistema de saúde, com as condições socioeconómicas, com o tratamento, com a doença e com o próprio doente (Haynes et al., 1979, citado por Gusmão & Mion, 2006). A crença de que o paciente é o único responsável pelo seguimento do tratamento é errada, sendo que também os outros fatores referidos afetam o comportamento e a capacidade da pessoa aderir ao seu tratamento (Gusmão & Mion, 2006).

A partir dos fatores mencionados anteriormente, é importante que sejam delineadas estratégias que facilitem o processo de adesão, tendo em consideração que cada doente é um ser social único, em interação com o ambiente, com um projeto de vida, procurando constantemente o equilíbrio (Machado, 2009, citado por Dias et al., 2011).

1.3.1 Modelos explicativos da adesão ao tratamento

São vários os fatores que interagem no processo de adesão ao tratamento e, consequentemente, fazem parte deste. Devido a esta diversidade, diferentes autores desenvolveram alguns modelos e teorias explicativas desta temática que visam explicar as razões que podem ou não levar os indivíduos a adotar determinado tipo de comportamentos relacionados com a adesão. Seguidamente, serão abordados, de forma sintética, alguns dos modelos explicativos que consideramos mais relevantes.

O **modelo de autorregulação do comportamento da doença** desenvolvido por Leventhal e colaboradores (1997) (Figura 1) analisa os processos perceptivos, comportamentais e cognitivos dos indivíduos perante o aparecimento de uma doença, que provoca, automaticamente, uma mudança no estado do indivíduo. De acordo com Sousa e colaboradores (2011), nesta etapa de confronto com a doença, o sujeito tem duas formas de responder sendo elas a representação cognitiva da doença (identidade, causa, consequências, evolução, cura) e a representação emocional (ansiedade, depressão, medo). O modelo referido possui três fases essenciais como a fase

de interpretação, de *coping* e de ponderação. A fase de interpretação ocorre quando o doente é confrontado com as alterações na saúde e estes podem responder através de duas vias sendo elas a perceção de sintomas e a receção de mensagens sociais. Salienta-se, ainda, que toda a informação sobre a doença é interpretada de acordo com os sistemas de crenças de cada indivíduo. A fase do *coping*, além de estar relacionada com as cognições da doença, está também associada à resposta emocional na medida em que as estratégias de *coping* podem ser de aproximação (respeitando as prescrições médicas, por exemplo) ou de evitamento (através da negação). Por fim, na fase de ponderação ocorre a avaliação individual da eficácia da estratégia de *coping* que foi adotada pelo doente e que pode promover a continuação ou a modificação dessa estratégia. Todas estas etapas têm o objetivo de desenvolver estratégias que visem a redução da angústia e o controlo da doença, por isso, a eficácia de cada procedimento é constantemente reavaliada, de forma a que as estratégias possam ser alteradas sempre que for necessário (Sousa, Landeiro, Pires, & Santos, 2011).

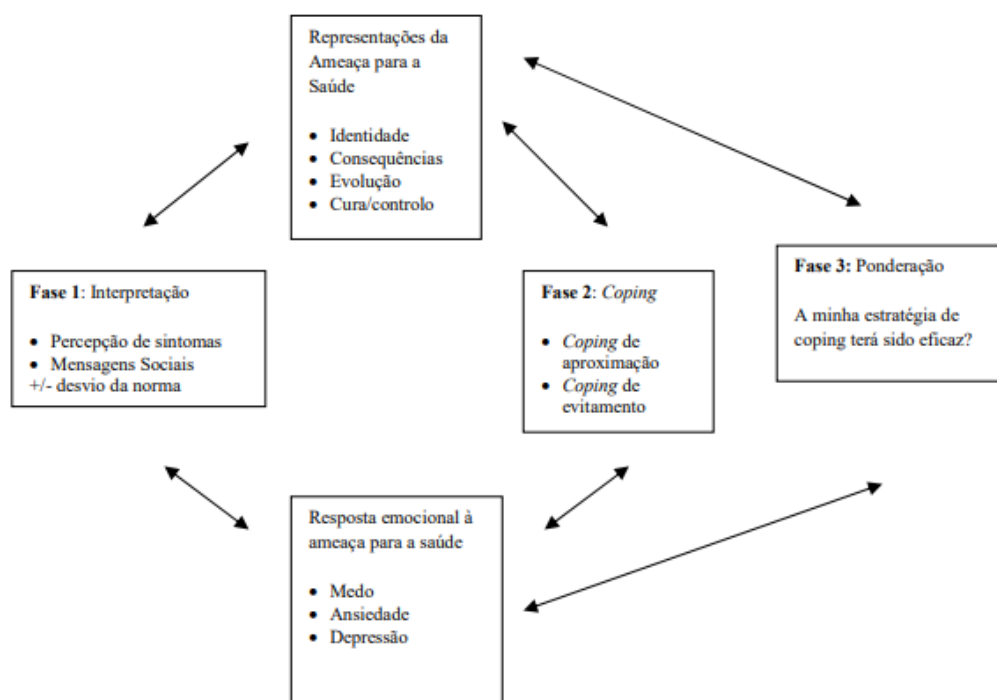


Figura 1: Modelo de Autorregulação do Comportamento da Doença (Adaptado de Leventhal et al., 1997)

O **modelo de adesão como norma**, desenvolvido por Stone (1979), tem por base a ideologia de que qualquer médico tem o direito de esperar que as suas indicações sejam fielmente cumpridas, sendo que a não adesão é perspectivada como uma desobediência. Apesar desta desobediência poder ter motivos comportamentais, cognitivos ou emocionais, é sempre vista como inadaptativa (Haynes, Taylor, & Sackett, 1979). Desta forma, o doente é considerado como não cooperante e descuidado se não cumprir as prescrições que lhe foram dadas (Deaton & Olbrisch, 1987; Stimson, 1974). O papel do psicólogo, neste modelo, assenta na sua colaboração com o médico através de métodos comportamentais de planeamento de atividades, aprendizagem por aproximações sucessivas ou modelagem de forma a eliminar os episódios de esquecimento e não cumprimento das indicações a nível da medicação, reforçando, assim, os esforços de adesão. Uma crítica recorrente a este modelo é o facto de não valorizar as representações do sujeito; contudo, continua a prevalecer nas interações médico-paciente (Barros & Santos, 1999).

O **modelo de adesão como interiorização**, preconizado por DiMatteo & DiNicola (1982), caracteriza-se por valorizar a importância da partilha de crenças e representações médicas que o doente possui. Assim, apesar de o médico continuar a exercer um papel de autoridade na definição dos tratamentos, assume-se também como um persuasivo que tem o objetivo de convencer a pessoa a aderir de forma racional,

percebendo que é o melhor para ela (Joyce-Moniz & Barros, 1994). Desta forma, a não adesão continua a ser vista como um problema, tendo o médico e o serviço de saúde a função de fazer com que o paciente acredite que tem uma opinião própria na escolha do tratamento (Turk, Salovey, & Litt, 1986). Neste modelo, o psicólogo comunica adequadamente com o paciente, auxiliando-o a compreender o seu diagnóstico e a necessidade de intervenção, antecipando a eficácia do tratamento, através do recurso a metodologias cognitivas e comportamentais como, por exemplo, a reestruturação de crenças irracionais sobre o processo saúde-doença (Barros & Santos, 1999).

Por fim, existe ainda o **modelo de adesão transacional** de Stone (1979), que sugere uma evolução no modo de considerar os doentes e de valorizar a sua autonomia e os seus direitos. Assim, este modelo baseia-se no reconhecimento da problemática da não adesão tanto por parte do paciente como do médico. Com isto, o doente passa a ser considerado um membro da equipa de saúde, com todo o direito de tomar livremente decisões e de elaborar planos (Kassiner, 1983), assumindo um papel ativo na avaliação do tratamento (Barros & Santos, 1999). É aceitável que o paciente tenha razões para não aderir e, apenas neste modelo é que a não adesão deixa de ser vista como não adaptativa, aceitando-se que pode ser a escolha mais favorável, em determinados casos (Weintraub, 1976). A partir do momento em que o doente possui as informações que precisa relativamente ao diagnóstico e ao tratamento, está totalmente esclarecido tendo o pleno direito de fazer as suas opções, sendo que deve ser tratado como um indivíduo autónomo e responsável pelo seu processo de doença e tratamento. O profissional de saúde serve de conselheiro e fonte de informação clara; o psicólogo está numa permanente interação com o paciente procurando que este tenha recorrentemente formas de adaptar as soluções mais eficazes às suas condições de vida. Assim, a maior vantagem apontada a este modelo assenta na valorização da avaliação global que sujeito faz do seu bem-estar e da sua saúde (Barros & Santos, 1999).

É importante salientar que a escolha do modelo de adesão depende da capacidade do profissional de saúde corresponder às significações do doente e ao tipo de doença envolvida. Em situações de doenças crónicas são adequados modelos de adesão que estejam associados a uma partilha de conhecimentos e de tomada de decisão, onde exista um conjunto de alternativas de tratamento e que exijam uma adesão muito fiel por parte do doente e dos seus familiares (Barros & Santos, 1999).

1.3.2 Adesão ao tratamento na hipertensão arterial

A adesão ao tratamento afeta a gestão das doenças crónicas (Urbinati et al., 2015) e é um dos maiores desafios no combate à hipertensão arterial (Leite & Vasconcellos,

2003). Alguns autores referem que 50% dos hipertensos conhecidos não realizam nenhum tipo de tratamento e dos que seguem um tratamento, são poucos os que têm a pressão arterial controlada (Péres et al., 2003).

O controlo adequado da pressão arterial pode ser alcançado, na maioria dos pacientes, se houver adesão ao tratamento, mudanças comportamentais e, essencialmente, persistência no tratamento a longo prazo (Barbosa & Lima, 2006; Burkhart & Sabaté, 2003; Martins, 2010). A adesão, além de ser um fator primordial para a obtenção do controlo da PA, que é extremamente difícil de detetar e, sobretudo, quantificar (Barbosa & Lima, 2006; Gusmão & Pierin, 2004), é também um dos fatores com maior relevância no sucesso terapêutico dos doentes hipertensos (WHO, 2013).

A consciencialização das consequências da HTA e da sua gravidade, está associada a uma melhor adesão ao tratamento e, conseqüentemente, a alterações do estilo de vida (Jankowska-Polańska, Uchmanowicz, Dudek, & Mazur, 2016).

A adesão do doente ao tratamento integra a presença nas consultas, o uso regular do esquema terapêutico, a adoção do estilo de vida saudável, entre outros (Santos et al., 2005). Assim, a ida às consultas pode ser um dos parâmetros para avaliar a adesão ao tratamento (Homedes & Ugalde, 1994, citado por Dosse et al., 2009). Neste âmbito, verificou-se que indivíduos mais assíduos nas consultas e que aderem ao tratamento conseguem atingir níveis mais baixos da PA e, posteriormente, estarão mais motivados a adotar atitudes que contribuam para o controlo da HTA (Dosse et al., 2009).

A literatura refere que a falta de adesão continua a ser um problema frequente motivada por diversos fatores relacionados com a doença, o tratamento, o próprio portador, o sistema de saúde/instituição, a relação com os profissionais de saúde, entre outros (Tavares et al., 2013). Especificando cada um deles, os **fatores relativos à doença** englobam a cronicidade, a ausência de sintomas, as consequências tardias, entre outros; os **fatores relacionados com o tratamento** baseiam-se nos custos, nos efeitos indesejáveis do mesmo, na complexidade dos esquemas terapêuticos; **no que toca ao doente**, podem influenciar aspetos como idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, nível socioeconómico; **relativamente ao sistema de saúde**, são tidos em conta elementos como as políticas de saúde, a facilidade de acesso aos serviços de saúde, o tempo de espera vs. o tempo de atendimento; e, por fim, a própria **relação com os profissionais de saúde** (Gusmão & Mion, 2006) que, se for vista de forma negativa, é promotora da não adesão.

A associação de sintomas à hipertensão é também um fator relevante na adesão, pois, devido à falta da sintomatologia ou falta de compreensão sobre o curso da doença, o doente pode ter dificuldades em aderir ao tratamento, não tomando os medicamentos prescritos (Osterberg & Blaschke, 2005).

É de salientar que entre 30 a 50% dos hipertensos interrompem o tratamento no primeiro ano e 75% depois dos cinco anos de doença (Péres et al., 2003). A falta dos medicamentos, infelizmente, é também muito frequente, o que resulta na descontinuidade do tratamento e no difícil controlo da HTA dos doentes de estatutos socioeconómicos mais baixos, propiciando o abandono e/ou a não-adesão (Lessa, 2006).

Os benefícios do tratamento da HTA deveriam ser amplamente divulgados e enfatizados, uma vez que a maioria dos hipertensos, com ou sem lesões nos órgãos-alvo, não aderem ao tratamento ou simplesmente não têm acesso contínuo à medicação prescrita (Lessa, 2006). Assim, dentro dos fatores já referidos que influenciam a adesão ao tratamento, destaca-se, então, o comportamento relativo ao uso de medicação (Strelec, Pierin, & Mion, 2003). A terapia farmacológica costuma ser mais dispendiosa e convidativa ao abandono do tratamento (Lessa, 2001), sendo relevante referir que muitos doentes suspendem a toma da medicação quando alcançam o controlo da pressão arterial (Lessa, 2006).

Uma das formas mais importantes de controlar a hipertensão é a prática de atividade física e também a dieta (Vitor, Sakai, & Consoni, 2009). Contudo, a população geral e, principalmente, os doentes hipertensos apresentam uma baixa adesão a estas práticas (Giroto, Andrade, Cabrera, & Matsuo, 2013).

Para fomentar o aumento da adesão, estão referenciadas na literatura vários tipos de estratégias relativas à hipertensão tais como estratégias educacionais sobre o paciente e o profissional de saúde, estratégias comportamentais sobre o paciente e, também, estratégias combinadas que consideram os aspetos educacionais e comportamentais associados (Schroeder, Fahey, & Ebrahim, 2004).

No que diz respeito às **estratégias educacionais**, estas aumentam o grau de conhecimento sobre a doença e a satisfação com o tratamento (Bugalho & Carneiro, 2004; Schroeder et al., 2004; Sousa & Pereira, 2014), uma vez que as crenças que o doente possui afetam diretamente a forma como este vai enfrentar a doença e o seu tratamento (Car, Pierin, Mion, Giorgi, 1988, citado por Péres et al., 2003). Dentro das políticas públicas para o controlo da doença hipertensiva, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento (Dunbar-Jacob, 2007). Tornar o paciente mais consciente dos seus níveis de pressão arterial aumenta a compreensão do paciente acerca do carácter assintomático e da natureza crónica da doença, desenvolvendo assim estímulos motivacionais para a adesão (Logan, Milne, Achber, Campbell, & Haynes, 1979; Robinson, Segal, Lopez, & Doty, 2010). Para que o processo educativo relativamente à doença seja eficaz, é necessário conhecer a atitude do

indivíduo ao nível da doença que possui (Sawaia, 1994). Quanto maior o grau de conhecimento do indivíduo sobre o seu problema, independentemente da sua idade ou risco, maior é a possibilidade do seu comprometimento efetivo com tratamento e, portanto, maior a sua probabilidade de sucesso (Jardim, 2001).

Por sua vez, as **estratégias comportamentais** enfatizam as barreiras psicológicas dos pacientes (Santos et al., 2013), visando a incorporação, na rotina diária, dos mecanismos de adaptação ao tratamento, de forma a facilitar a adesão (Bugalho & Carneiro, 2004; Sousa & Pereira, 2014). Neste grupo, a alternativa que se tem demonstrado mais bem-sucedida é o uso de combinações de fármacos anti-hipertensivos em doses fixas, tendo este sido associado a um aumento das taxas de adesão ao tratamento (Erdine, 2010; Schoenthaler et al., 2009; Shaya et al., 2009). Contudo, deve-se ter enraizada a ideia de que cumprir de forma adequada o tratamento não é apenas utilizar o medicamento prescrito, mas sim seguir os comportamentos terapêuticos sugeridos como a moderação do consumo de álcool e tabaco, diminuição da ingestão de sal, prática regular de exercício físico, entre outros (Moreira, Santos, & Caetano, 2009).

É de extrema importância que os doentes hipertensos estejam sensibilizados para aderir ao tratamento (Moreira et al., 2009). A maior parte dos doentes declara ter algum medo no que toca às consequências da hipertensão quando esta não está controlada. Este aspeto pode estimular a adoção de comportamentos positivos em relação ao autocuidado na doença (Péres et al., 2003).

1.4 *Coping*

Quando falamos de *coping*, é inevitável referirmos os autores que desenvolveram este conceito, nomeadamente Richard Lazarus e Susan Folkman. De um ponto de vista cognitivo-comportamental, estes autores definem *coping* como o conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para se adaptarem a circunstâncias adversas ou de *stress* (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998; Lazarus & Folkman, 1984).

As estratégias referidas têm o potencial de impactar, de forma positiva ou negativa, a saúde física e mental dos sujeitos para modificar a evolução do *stress*, evitando ou confrontando a situação stressora (Lazarus & Folkman, 1984). Sugere-se, assim, que os fatores psicológicos, incluindo o *stress* e o *coping*, afetam a saúde dos indivíduos através de mecanismos fisiológicos ou da modificação de comportamentos (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

Segundo Beresford (1994), o *coping* deve ser visto como independente do seu resultado positivo ou negativo. Desta forma, determinada estratégia de *coping* não pode

ser considerada como intrinsecamente boa ou má, adaptativa ou mal adaptativa, mas necessita de ser avaliada a partir do contexto em que o episódio de *stress* ocorre, das características do próprio evento e dos indivíduos que nele estão envolvidos (Antoniazzi et al., 1998).

Atualmente, existem duas grandes correntes conceituais de *coping*: disposicional e situacional. Do ponto de vista disposicional, o *coping* é visto como um traço ou um estilo, considerando os diferentes estilos como disposições de personalidade que ultrapassam a influência dos contextos situacionais ou do tempo (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Endler & Parker, 1990; Holahan, Moos, & Schaefer, 1996). De acordo com a corrente situacional, o *coping* caracteriza-se como um processo cognitivo, ativo e consciente de avaliação e resposta perante situações de *stress*. Desta forma, pressupõe-se que as reações constituem um conjunto de pensamentos e comportamentos que ocorrem de forma a responder a eventos problemáticos específicos e que se podem modificar em função das particularidades da própria situação ou do próprio tempo (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986; Lazarus & Folkman, 1984).

Os resultados de um estudo feito por Dell'Aglio e Hutz (2002) permitiram verificar que as estratégias de *coping* não são simplesmente disposicionais, mas sim determinadas pelo contexto do evento stressante. Devido à sua característica dinâmica, o processo de *coping* pode ser eficaz numa determinada situação, mas não noutra, dependendo em que medida a situação é ou não controlável (Folkman & Moskowitz, 2004) e da forma como é percebida pelo sujeito.

Assume-se, então, que as estratégias de *coping* são recursos cognitivos, emocionais e comportamentais que o indivíduo emprega na tentativa de lidar com situações que geram *stress* (Lisboa et al., 2002, citado por Kristensen, Schaefer, & Busnello, 2010).

1.4.1 Modelo explicativo do *coping*

O modelo transacional de *coping* de Folkman e Lazarus (Figura 2) defende que o *stress* é contextual, tratando-se então de um processo de relação entre a pessoa e o ambiente que se transforma ao longo do tempo. Neste sentido, é definido como uma situação avaliada pelo indivíduo como significativa e com exigências que ultrapassam os recursos existentes para lidar com o evento (Folkman, 2010; Folkman & Lazarus, 1980). Assim, o *coping* é visto como uma resposta que objetiva o aumento, criação ou

manutenção da percepção de controlo pessoal frente ao fator de *stress* (Savóia, Santana, & Mejias, 1996) de forma a conseguir lidar com as exigências internas e externas criadas (Folkman, 2010; Folkman & Lazarus, 1980).

Este modelo envolve quatro aspetos principais sendo eles: (1) o *coping* como um processo entre o indivíduo e o ambiente; (2) a função principal é de controlar a situação stressante; (3) os processos de *coping* calculam a noção de avaliação, isto é, o modo como o fenómeno é percebido; e (4) define-se como uma mobilização de recursos, onde os indivíduos adotam recursos cognitivos e comportamentais para lidar com as exigências internas e internas que surgem da interação com o ambiente (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984).

Na constante interação com o ambiente, o indivíduo faz uma avaliação da situação stressora de forma cognitiva. No que diz respeito aos tipos de avaliação de *coping*, concetualizadas no modelo referido, distinguem-se a avaliação primária e secundária. A **avaliação primária** é um processo cognitivo através do qual os indivíduos avaliam o risco envolvido numa determinada situação de *stress*, sendo moldada através de crenças pessoais, valores e objetivos. Por outro lado, **na avaliação secundária**, os sujeitos analisam quais são os recursos disponíveis para lidar com o problema, sendo essas opções determinadas tanto pela situação como pelos recursos físicos, psicológicos, materiais e espirituais do indivíduo (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984).

Contudo, a fase de avaliação do *coping* é frequentemente negligenciada, sendo que existem algumas evidências que mostram que a maneira pela qual os eventos (avaliação primária) ou recursos (avaliação secundária) são avaliados pode constituir um ponto de partida proveitoso (Ridder & Schreurs, 2001). Salienta-se que as duas formas de avaliação referidas decretam se a situação é avaliada como dano/perda ou ameaça/desafio (Folkman, 2010), daí a sua importância.

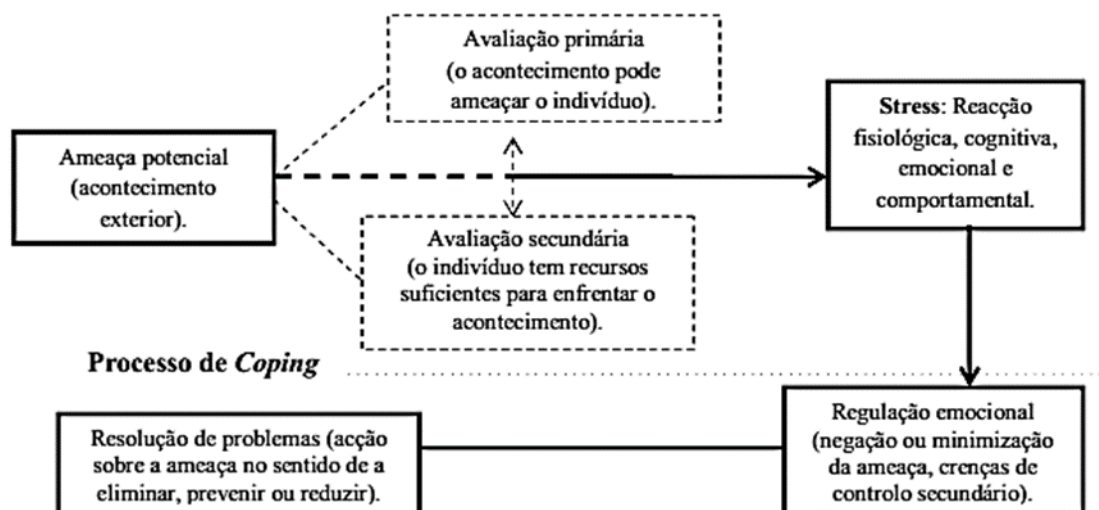


Figura 2: Modelo Transaccional de *Coping* de Folkman e Lazarus (Adaptado de Martins, 2005)

1.4.2 Estratégias de *coping* focadas na emoção e no problema

Numa perspetiva cognitivista, o modelo mencionado anteriormente divide o *coping* em duas categorias funcionais: *coping* focalizado no problema e na emoção (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Folkman & Lazarus, 1980).

O *coping* focalizado no problema inclui estratégias de definição do problema, o encontro de soluções alternativas, a comparação de custos e benefícios e a seleção e implementação da alternativa escolhida, de forma a permitir a mudança da situação ao tentar remover o problema ou diminuir o impacto do mesmo (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984). Ou seja, este tipo de *coping* visa solucionar o problema e encontrar uma solução eficaz e adequada para alterar as fontes de *stress* (Carver et al., 1989), seja através de negociações, procura de informações ou pedidos de ajuda externa (Lazarus & Folkman, 1984).

Por outro lado, o *coping* focalizado na emoção, dirigido a nível somático (Dias & Pais-Ribeiro, 2019), tem como objetivo desenvolver ações para controlar o estado emocional, assim como impedir que as emoções negativas afetem a solução dos problemas (Folkman & Lazarus, 1980). Desta forma, visam minimizar o sofrimento desencadeado pelos stressores de forma emocional, como por exemplo, atitudes de afastamento em relação à fonte de *stress* (Seidl, Tróccoli, & Zannon, 2001), culpar os outros, usar orações (Mushtaq & Najam, 2014), uso de substâncias como drogas e álcool,

aceitação da doença, pensamento positivo, recurso ao apoio social, entre outros (Varela & Leal, 2007).

O *coping* focado na emoção, se for eficaz, diminui a angústia provocada, de maneira a que a pessoa considere o problema com mais calma, pensando de forma mais adaptativa, ao contrário do *coping* focado no problema. Verifica-se, então, que o *coping* orientado para as emoções ocorre imediatamente depois dos acontecimentos, sendo gradualmente substituído pelo *coping* orientado para a resolução do problema (Varela & Leal, 2007). Assim, a interconexão dos dois tipos de *coping* faz com que sejam adotadas funções complementares ao invés de duas categorias completamente diferentes e independentes (Mushtaq & Najam, 2014).

Desta forma, o ideal é que os diversos tipos de *coping*, nomeadamente os acima referidos, trabalhem maioritariamente em conjunto, de forma a que a ansiedade sentida (*coping* focado na emoção) permita que o indivíduo se concentre para tomar uma decisão (*coping* focado no problema) (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

O uso de qualquer um dos tipos de *coping* mencionados anteriormente depende, então, da avaliação da situação stressora em que o sujeito se encontra e, para isso, este deve refletir sobre as ações, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com o stressor (Folkman et al., 1986; Lazarus & Folkman, 1984).

Em situações avaliadas como modificáveis, o *coping* focalizado no problema tende a ser mais usado, enquanto que o *coping* focalizado na emoção costuma ser mais utilizado em situações avaliadas como inalteráveis (Folkman & Lazarus, 1980), com o objetivo de reduzir os altos níveis de angústia provocados pela doença que possuem (Manuel, Roth, Keefe, & Brantley, 1987; Newman, Fitzpatrick, Lamb, & Shipley, 1990, citados por Ridder & Schreurs, 2001).

Além dos tipos de *coping* referidos (focado no problema e na emoção), diversos autores distinguem, ainda, estilos de *coping* e estratégias de *coping*. Embora o primeiro possa influenciar o segundo, são fenómenos independentes e têm diferentes origens teóricas (Antoniazzi et al., 1998; Kristensen et al., 2010; Ryan-Wenger, 1992). Os estilos de *coping* referem-se a características de personalidade, a formas habituais de a pessoa lidar com o *stress* percebido (Antoniazzi et al., 1998). As estratégias de *coping* dizem respeito a comportamentos ou ações cognitivas tomadas no desenvolvimento de um episódio particular de *stress*, ou seja, estão relacionadas a fatores situacionais, podendo mudar de momento para momento durante os estágios da situação de *stress* (Antoniazzi et al., 1998; Folkman & Lazarus, 1980). Desta forma, assume-se então que as estratégias de *coping* são reconhecidas como importantes mediadores entre o *stress* relacionado à

doença e o ajustamento psicológico do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 2000 citado por Mihalca, Diaconu-Gherasim, & Butnariu, 2017).

1.4.3 Estratégias de *coping* na hipertensão arterial

A utilização de estratégias de *coping* apropriadas para lidar com as situações de *stress* está associada positivamente à qualidade de vida (Lo Buono, Corallo, Bramanti, & Marino, 2017). Assim, a identificação das estratégias usadas por pessoas com problemas de hipertensão revela padrões específicos nas respostas a situações de *stress* (Casagrande et al., 2019).

Hildingh e Baigi (2010) referem que o aumento contínuo da pressão arterial afeta a saúde de aproximadamente 25% dos adultos, tanto do género feminino como masculino, o que exacerba o *stress* provocado pela doença. Tendo por base a crença de que a hipertensão é o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares (Mozaffarian et al., 2016), demonstrou-se que as estratégias de *coping* são suscetíveis de afetar a pressão arterial (Lindquest, Beilin, & Knuiman, 1997) e, conseqüentemente, a saúde cardiovascular (Svensson et al., 2016). Desta forma, assume-se que o uso de estratégias de *coping* eficazes auxilia a redução do impacto negativo do *stress* no sistema cardiovascular (Svensson et al., 2016).

Na presença de eventos stressantes, como o caso da existência de uma doença crónica, os sujeitos procuram meios para enfrentar as dificuldades implícitas. Contudo, a forma como cada indivíduo lida com o *stress* varia de pessoa para pessoa. No caso da hipertensão arterial, quando o controlo do *stress* se torna difícil, há uma elevação da PA, deixando o indivíduo descontrolado (Mushtaq & Najam, 2014). Segundo a literatura, o *stress* encontra-se significativamente associado à subida da pressão arterial, o que, conseqüentemente, causa a hipertensão (Lindquest et al., 1997).

Nesta linha de pensamento, alguns pesquisadores relataram a existência de uma relação entre a hipertensão e o *coping* focalizado na emoção (Ariff, Suthahar & Ramli, 2011). Contrariamente, Clark (2003) indicou uma associação positiva entre a hipertensão e o *coping* focalizado no problema, sendo que foi também explorada por Ming e colaboradores (2004) a relação entre este tipo de *coping* e um alto nível de pressão arterial.

Tendo em conta a bibliografia que abrange este tópico, relatam-se evidências de que os pacientes hipertensos, tendencialmente, utilizam estratégias de *coping* mais ativas, sendo a religião uma variável afetiva influenciadora da forma como estes lidam com a doença (Schutte et al., 2006). Rueda e Pérez-García (2013) referem, ainda, que os

pacientes que usam de forma consistente as estratégias de *coping* focadas na emoção estão mais propícios a desenvolver dificuldades na adaptação da doença.

No que toca à adaptação à doença, supõe-se que as estratégias de *coping* adaptativas levem à resolução do problema ou então a um ajuste na doença, conduzindo a uma redução do sofrimento emocional dos pacientes e à promoção do seu bem-estar (Bennett & Boothby, 2007; Zeidner & Saklofske, 1996).

No estudo realizado por Mushtaq e Najam (2014), concluiu-se que as estratégias de *coping* utilizadas por pacientes com hipertensão diferem de país para país devido a fatores culturais. O objetivo do estudo baseava-se em perceber se havia ou não uma relação entre as diferentes estratégias de *coping* e a hipertensão, se estas estratégias seriam preditoras da doença e quais as diferenças do seu uso entre homens e mulheres hipertensos. Uma relação estatisticamente significativa entre a doença e o *coping* ativo foi um dos resultados do estudo, sendo referido que o *coping* ativo é análogo ao *coping* focado no problema de Lazarus. Além disso, a hipertensão apresentou também uma correlação positiva com o uso de substâncias, o apoio social instrumental, a reinterpretação positiva, o planear, a aceitação e a auto-culpabilização.

De uma forma geral, concluiu-se que os pacientes hipertensos parecem adotar estratégias de *coping* desadaptativas, focadas nas emoções (Jabbarifard, Sharifi, Rezaee, & Hafshejani, 2015), frequentemente mediadas por sintomas depressivos (Xiao, et al., 2011), o que conduz a uma redução da qualidade de vida (Rueda & Pérez-García, 2013). Neste ponto de vista, o risco de pressão arterial alta aumenta em 80% nas pessoas que adotam este tipo de *coping* em relação às pessoas que não o usam (Mund & Mitte, 2012).

É referido, ainda, que uma estratégia de *coping* ineficaz é a repressão das emoções (John & Gross, 2004; Nicole et al., 2008, citados por Casagrande, et al., 2019), que pode levar a uma exacerbação da pressão arterial (Pervichko et al., 2014, citado por Casagrande et al., 2019).

Apesar da pesquisa acerca da relação entre a associação dos tipos de *coping* e a hipertensão ser muito limitada (Clark, 2003), a revisão da literatura refere uma influência clara das estratégias de *coping* no desenvolvimento da hipertensão. Sugere-se, assim, que as estratégias de *coping* são os principais fatores causais da doença referida (Gerin, Davidson, Christenfeld, Goyal, & Schwartz, 2006; Ming et al., 2004).

II. Estudo Empírico

Capítulo 2: Metodologia

No decorrer deste capítulo pretende-se realizar uma descrição da metodologia adotada no presente estudo, sendo feita uma apresentação breve do mesmo onde serão expostos os objetivos que foram testados estatisticamente. De seguida, será caracterizada a amostra deste estudo de forma a permitir uma melhor perceção da mesma. Por fim, serão detalhados os instrumentos utilizados no seguimento da investigação assim como os procedimentos efetuados.

2.1 Apresentação do estudo e dos objetivos

A hipertensão arterial é uma doença crónica bastante prevalente (Direção-Geral da Saúde, 2013), sendo também um importante fator de risco que contribui para o aparecimento de doenças cardiovasculares (World Health Organization, 2013b). A adesão ao tratamento é um fator imprescindível na gestão das doenças crónicas (Urbinati et al., 2015) e a forma como os doentes lidam com a doença é determinante para o seu controlo e para uma melhor adaptação à mesma (Holt et al., 2012). Assim, e tendo em conta o referencial teórico apresentado anteriormente, torna-se relevante estudar a relação da doença com os níveis de adesão ao tratamento e, também, que estratégias de *coping* estão associadas a estes doentes, assim como a relação destas variáveis com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Para uma recolha e tratamento dos dados efetivos é fulcral que se planifique o estudo e selecione a metodologia mais adequada de acordo com as variáveis de investigação, os objetivos estabelecidos e problema de investigação. Desta forma, é importante salientar que o presente estudo aponta para um design correlacional uma vez que o seu objetivo passa por avaliar relações, associações ou correlações, entre as variáveis em questão (Martins, 2011). Seguindo esta linha, refere-se ainda que se trata de um estudo quantitativo por se avaliar e analisar dados observáveis e quantificáveis, através de procedimentos estatísticos (Martins, 2011), e também comparativo, uma vez que se pretende identificar diferenças ou semelhanças entre as categorias de algumas variáveis categóricas em estudo (Daen, 2011). No que diz respeito ao momento da recolha de dados, trata-se de um estudo transversal, uma vez que a recolha de dados foi realizada num único momento sem que fosse expectável explorar alterações das variáveis ao longo do tempo (Pais Ribeiro, 2010).

Tendo em conta o referido, o presente estudo assume enquanto objetivo geral avaliar a adesão ao tratamento e as estratégias de *coping* mais utilizadas numa amostra de doentes diagnosticados com hipertensão arterial, seguidos nas consultas de Hipertensão Arterial no Centro de Saúde de Vagos.

Como objetivos específicos preconizam-se: (1) avaliar se existem diferenças entre os níveis de adesão ao tratamento em função de algumas características sociodemográficas como a idade, o género, o estado civil e as habilitações literárias; (2) avaliar se existem diferenças entre os níveis de adesão ao tratamento em função de algumas características clínicas como o tempo de diagnóstico, a existência de outros problemas de saúde crónicos e controlo da pressão arterial; (3) avaliar se existem diferenças entre o tipo de estratégias de *coping* utilizadas em função de algumas características sociodemográficas como a idade, o género, o estado civil e as habilitações literárias; (4) avaliar se existem diferenças entre o tipo de estratégias de *coping* utilizadas em função de algumas características clínicas como o tempo de diagnóstico, a existência de outros problemas de saúde crónicos e controlo da pressão arterial; e (5) avaliar se existe relação entre o tipo de estratégias de *coping* utilizadas e os níveis de adesão ao tratamento.

2.2 Método

2.2.1 Instrumentos

De acordo com as variáveis em estudo, foram selecionados os questionários que permitam proceder à recolha de informação relativa aos objetivos propostos. Desta forma, foram aplicados um questionário sociodemográfico, o questionário da medida de adesão ao tratamento (MAT) e o questionário Brief Cope, que serão caracterizados de seguida.

2.2.1.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi realizado com o objetivo de recolher informações relativas ao participante e ao seu diagnóstico de hipertensão. Foi constituído por 29 questões de cariz sociodemográfico incluindo dados gerais relacionados com o paciente como a idade, género, habilitações literárias, local de residência; informações relativas à situação familiar como o estado civil, número de filhos, se vive sozinho ou acompanhado; informações referentes à situação profissional e, por último, informações sobre a condição clínica (e.g., há quanto tempo foi diagnosticado com hipertensão, existência de mais alguma patologia crónica,

acompanhamento psicológico/psiquiátrico, familiares com hipertensão, uso da medicação, alterações na dieta).

As últimas duas questões são respondidas numa escala tipo Likert de 5 pontos (de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito”) e relacionam-se com a satisfação que os participantes têm no que diz respeito às informações que possuem sobre a hipertensão e o seu tratamento e também sobre a qualidade dos serviços prestados pela instituição de saúde que frequentam.

2.2.1.2 Medida de adesão ao tratamento (MAT)

O MAT, construído por Delgado e Lima (2001), foi desenvolvido com o objetivo de apresentar uma elevada relação com medidas objetivas de adesão ao tratamento, surgindo a partir de adaptações de versões anteriores, nomeadamente a versão de Morisky, Green e Levine (1986), de Ramalinho (1994) e de Shea, Misra, Ehrlich, Field e Francis (1992). Este instrumento é aplicável na maioria dos contextos clínicos devido à sua flexibilidade e fácil adaptação, traçando um perfil de adesão ao tratamento farmacológico, sendo bastante útil aos profissionais de saúde (Delgado & Lima, 2001).

Posto isto, a versão utilizada neste estudo contém 7 itens, sendo que os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky e colaboradores (1986), o item 6 foi adaptado de Ramalinho (1994) e o item 7 foi adaptado de Shea e colaboradores (1992). Relativamente à forma de resposta, os indivíduos respondem numa escala tipo Likert de 6 pontos, variável entre 1 (“sempre”) a 6 (“nunca”); refere-se ainda que esta escala é, posteriormente, convertida numa escala dicotómica de sim/não (adesão/não adesão). Assim, o nível de adesão é obtido consoante a soma dos valores de cada item, dividindo o resultado dessa soma pelo número de itens que constituem o questionário; logo, valores mais elevados são sugestivos de um maior nível de adesão (Delgado & Lima, 2001).

Relativamente aos estudos psicométricos do instrumento, o MAT apresentou uma consistência interna boa, com um alfa de Cronbach de .74, verificando-se o mesmo quando a escala tipo *Likert* é convertida para uma escala dicotómica (alfa de Cronbach = .75) (Delgado & Lima, 2001).

No que diz respeito ao presente estudo, o instrumento referido apresenta um alfa de Cronbach de .58 (cf. Tabela 2).

Tabela 2

Cálculo da Confiabilidade do MAT através do Alfa de Cronbach

	Alfa de Cronbach	Itens
Estatísticas de Fiabilidade	.58	7

2.2.1.3 *Brief Cope*

Originalmente, o COPE inclui 60 itens distribuídos por 15 escalas como proposto por Carver e colaboradores (1989), destinando-se a avaliar as estratégias individuais de *coping* e as orientações preferenciais de cada um (Cabral & Matos, 2010). Os itens foram formulados de forma a que as respostas fossem dadas numa escala ordinal com quatro alternativas (0 a 3) entre “nunca faço isto” a “faço quase sempre isto” (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O *Brief Cope*, adaptado e validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004), foi desenvolvido com o objetivo de reduzir o tempo necessário que os respondentes levariam para responder ao questionário e, também, para uma melhor avaliação das qualidades psicológicas importantes relacionadas com o *coping*. Desta forma, esta versão passou a conter 28 itens organizados em 14 subescalas sendo elas **Coping ativo** (itens 2 e 7), **Planear** (itens 14 e 25), **Utilização de suporte instrumental** (itens 10 e 23), **Utilização de suporte social emocional** (itens 5 e 15), **Religião** (itens 22 e 27), **Reinterpretação positiva** (12 e 17), **Auto-culpabilização** (itens 13 e 26), **Aceitação** (itens 20 e 24), **Expressão de sentimentos** (itens 9 e 21), **Negação** (itens 3 e 8), **Auto-distração** (itens 1 e 19), **Desinvestimento comportamental** (itens 6 e 16), **Uso de substâncias** (itens 4 e 11) e **Humor** (itens 18 e 28). É importante referir que as 14 subescalas são cotadas separadamente, não existindo uma pontuação da escala total (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

De uma forma breve, a subescala **Coping ativo** diz respeito ao facto de o indivíduo iniciar uma ação ou fazer esforços para remover o stressor; o **Planear** refere-se ao pensar sobre o modo de confronto com o stressor e planear esforços; a **Utilização de suporte instrumental** e **Utilização de suporte social emocional** abrangem a procura de ajuda, informações e conselhos acerca do que fazer e a obtenção de simpatia ou suporte emocional de alguém, respetivamente; a **Religião** associa-se ao aumento da participação em atividades religiosas; a **Reinterpretação positiva** está relacionada com a visão do problema de um modo mais favorável; a **Auto-culpabilização** compreende a autocritica pelo que aconteceu; a **Aceitação** está relacionada com o

aceitar o facto de que o evento ocorreu e é real; a **Expressão de sentimentos** refere-se ao aumento da consciência do stress emocional pessoal e a tendência para exprimir os sentimentos; a **Negação** assenta na tentativa de rejeitar a realidade; a **Auto-distração** compreende um desinvestimento mental do objetivo; o **Desinvestimento comportamental** implica a deixar de se esforçar para alcançar o objetivo; o **Uso de substâncias** diz respeito ao consumo de álcool e drogas para atenuar o stressor; e, por fim, o **Humor** relaciona-se com piadas acerca do evento que causa *stress* (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

No que diz respeito às propriedades psicométricas do instrumento, é indicado que a estrutura fatorial da versão portuguesa *Brief Cope* possui características semelhantes à escala original e apresenta valores satisfatórios de consistência interna para cada escala com recurso ao alfa de Cronbach, seguindo também os padrões da versão original. Os alfas para as 14 subescalas são: **Coping ativo** (.65), **Planear** (.70), **Reinterpretação positiva** (.74), **Aceitação** (.55), **Humor** (.83), **Religião** (.80), **Utilização do suporte emocional** (.79), **Utilização do suporte instrumental** (.81), **Auto-distração** (.67), **Negação** (.72), **Expressão de sentimentos** (.84), **Uso de substâncias** (.81), **Desinvestimento comportamental** (.78) e **Auto-culpabilização** (.62) (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

No presente estudo foi calculada a consistência interna das subescalas e a análise de confiabilidade foi realizada de acordo com os intervalos definidos por Pereira e Patrício (2013). Assim, obteve-se uma consistência interna inaceitável nas subescalas **Planear**, **Desinvestimento comportamental**, **Coping Ativo** e **Auto-distração** (.02, .23, .27 e .36, respetivamente), uma consistência fraca na subescala **Auto-culpabilização** (.50) e nas subescalas **Aceitação**, **Utilização do suporte instrumental** e **Reinterpretação positiva** obteve-se uma consistência interna aceitável (.62, .63 e .65, respetivamente). No que diz respeito às subescalas **Humor** (0.70), **Utilização do suporte emocional** (.75) e **Negação** (.86) verificou-se uma consistência interna boa e, por fim, para as subescalas **Expressão de sentimentos** (.95), **Religião** (.97) e **Uso de substâncias** (1.00) obteve-se uma consistência interna muito boa. Contudo, de acordo com Streiner (2003), um valor de alfa de Cronbach muito elevado pode não representar uma consistência interna muito boa, uma vez que o alfa é influenciado pela extensão da escala e pela redundância dos itens do próprio instrumento.

2.3 Procedimentos

2.3.1 Recolha de dados

Primeiramente, antes do início da recolha de dados, o presente projeto de investigação (objetivos, metodologia a ser utilizada e o protocolo) foi apresentado à Comissão de Ética do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga, tendo sido feito um pedido de autorização para a realização deste estudo na instituição (Centro de saúde de Vagos). Após algum tempo, foi obtido então o parecer positivo de modo a iniciar o procedimento (anexo 1).

O estabelecimento de uma relação com a coordenação do serviço de consultas externas de Hipertensão foi o primeiro passo para iniciar a recolha de dados, tendo sido fornecidas todas as informações necessárias acerca de quem poderia participar no estudo. Neste seguimento, o recrutamento foi feito de acordo com os doentes que tinham consulta de Hipertensão marcada no serviço, sendo encaminhados para a participação no projeto.

Previamente à aplicação dos instrumentos, foi explicado aos participantes a natureza e os objetivos do estudo, tendo sido obtido o consentimento informado para a sua participação voluntária, informando que poderia, em qualquer momento e por qualquer motivo, desistir de colaborar no projeto sem que fosse prejudicado no atendimento clínico que lhe é disponibilizado.

Durante todo o estudo foram cumpridos os princípios éticos e deontológicos indicados pela Ordem dos Psicólogos Portugueses para a investigação na área da Psicologia. A participação dos respondentes foi totalmente voluntária e, caso preenchesse os critérios de inclusão, seguia-se com a aplicação dos instrumentos. No protocolo de investigação inserem-se dois questionários de autorresposta, o MAT e o *Brief Cope* e um questionário sociodemográfico, com um tempo médio de preenchimento de 10 a 15 minutos.

2.3.2 Tratamento estatístico dos dados

Para proceder à análise dos dados, foi criada uma base de dados de raiz, incluindo todas as variáveis presentes no protocolo do estudo, tendo sido utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 25.

No que diz respeito à codificação dos dois instrumentos utilizados (MAT e *Brief Cope*), foi criada uma variável nova para a escala geral do MAT e novas variáveis para cada subescala do *Brief Cope*, compostas pela totalidade dos itens que integram cada uma (*coping* ativo, planejar, utilização do suporte instrumental, utilização do suporte social, religião, reinterpretação positiva, auto-culpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, auto-distração, desinvestimento comportamental, uso de substâncias e humor). Para uma melhor compreensão das pontuações globais do instrumento do *Brief Cope*, calculou-se a média, desvio-padrão, mediana, amplitude interquartil, mínimo e máximo para cada uma das subescalas, de forma a perceber qual o comportamento distribucional das respostas dos indivíduos da amostra.

É necessário referir que, para o tratamento dos dados estatísticos, foi realizada uma análise descritiva e inferencial. Inicialmente, recorreu-se ao cálculo das frequências relativas, médias e desvio-padrão das variáveis sociodemográficas e clínicas de forma a caracterização a amostra no geral. Posteriormente, foi calculada a consistência interna dos instrumentos utilizados no presente estudo assim como das suas subescalas, quando aplicável. Desta forma, considerou-se que valores de alfa de Cronbach inferiores a .50 assumem uma consistência interna inaceitável, valores entre .50 e .60 indicam uma consistência interna fraca, valores entre .60 e .70 apontam para uma consistência interna aceitável, valores entre .70 e .90 correspondem a uma consistência interna boa e, por fim, valores superiores a .90 indicam uma consistência interna muito boa (Pereira & Patrício, 2013).

No presente estudo, seguiu-se o Teorema do Limite Central que assume que para amostras de dimensão superior a 25-30 sujeitos, a distribuição da média amostral é satisfatoriamente aproximada à distribuição normal (Marôco, 2014). Deste modo, foi possível a relativização de desvios ao pressuposto da normalidade, dada a dimensão da amostra em cada grupo comparado, usando-se, para o efeito, testes paramétricos para o teste MAT. Assim, para a comparação das médias, de modo a verificar a existência de diferenças e/ou semelhanças, entre dois grupos interdependentes recorreu-se ao teste *t* de *Student* e, entre três ou mais grupos, foi usado o teste paramétrico de análises univariadas (ANOVA). Convém referir que o pressuposto da homogeneidade das variâncias, requerido pela ANOVA, foi em geral violado. No entanto, é sabido que uma ANOVA é robusta à violação dos seus pressupostos. Assim, por precaução, recorreu-se, quando necessário, à transformação dos dados e utilização dos testes robustos de *Brown-Forsythe* e *Welsh*. Como os resultados obtidos por todas estas análises foram similares, decidimos reportar somente os resultados obtidos com a ANOVA.

Já em relação às análises realizadas para a escala *Brief Cope*, optou-se pela realização de testes não paramétricos, uma vez que esta escala é constituída por variáveis discretas tomando poucos valores. Assim, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney U*, para se compararem dois grupos independentes e o teste de *Kruskal-Wallis H* para compararem três ou mais grupos independentes (Martins, 2011).

Para uma interpretação correta dos resultados, adotou-se o nível de significância de .05 e, assim, sempre que o valor de prova não excedeu .05, considerou-se o teste de hipóteses significativo, assumindo-se então a existência de diferenças entre os grupos em estudo; na situação oposta, um teste de hipóteses considerou-se, obviamente, não significativo. Salienta-se ainda que, quando uma ANOVA se mostrou significativa, recorreu-se ao teste *Post-Hoc* LSD (*Least Significant Difference*) de Fisher com correção de *Bonferroni* (abreviadamente, teste de *Bonferroni*) para comparações entre pares de grupos para se identificarem onde houve diferenças significativas (Martins, 2011). As comparações *Post-Hoc* para o teste de *Kruskal-Wallis H* significativo foram realizadas com o teste de *Dunn* com correção de *Bonferroni*.

Para a associação entre as variáveis, recorreu-se ao cálculo do coeficiente de correlação não paramétrico de *Spearman* (*rs*). Adotou-se o critério de Cohen (1998) para se classificar uma correlação. Este autor preconiza que valores entre .01 e .25 são preditores de uma correlação fraca, valores entre .26 e .36 uma correlação moderada e valores iguais ou superiores a .37 uma correlação forte.

Capítulo 3: Apresentação dos resultados

3.1 Participantes

A amostra deste estudo, não probabilística e de conveniência, é constituída por 146 utentes do Centro de Saúde de Vagos, pertencente ao distrito de Aveiro, com diagnóstico de Hipertensão Arterial, com idades compreendidas entre os 47 e os 95 anos, que responderam de forma válida aos questionários aplicados.

Como critérios de inclusão no estudo considerámos: diagnóstico de HTA feito pelo menos há 6 meses; acompanhamento clínico nas consultas de ambulatório do Centro de Saúde de Vagos; não apresentar nenhuma alteração do estado da consciência; idade igual ou superior aos 18 anos de idade. Por outro lado, os critérios de exclusão consistem: na recusa por parte dos sujeitos em participar no estudo; a presença de limitações intelectuais evidentes; o utente encontrar-se sob o efeito de álcool ou drogas.

No que diz respeito à **caracterização sociodemográfica** da amostra (tabelas 3 e 4), esta foi composta por 146 participantes, com um intervalo de idades entre 47 e 95 anos, ($M = 68.79$; $DP = 10.31$), com uma predominância semelhante entre os sexos (50.7% do sexo masculino e 49.3% do sexo feminino).

Tabela 3

Idade

	<i>N</i>	Mínimo	Máximo	Média	<i>DP</i>
Idade	146	47	95	68.79	10.31

Relativamente às habilitações literárias, a maioria dos participantes (72.6%) completou os estudos até ao 4^o ano, sendo que 11.0% possui o 6^o ano, 8.2% tem 9^o ano, 6.2% concluiu o 12^o ano e apenas 2.1% completou a licenciatura. A generalidade dos inquiridos (76.0%) é casado, 14.4% é viúvo, 6.2% é divorciado, 2.7% é solteiro e apenas .7% vive em união de facto. No que concerne à situação profissional, a maior parte dos respondentes é reformado (69.2%), sendo que a restante amostra se subdivide por empregado (23.3%), desempregado (6.8%) e apenas .7% dos participantes é doméstico. Refere-se, ainda, que quase a totalidade dos participantes (98.6%) reside no concelho de Vagos.

Em relação ao nível de satisfação que os participantes apresentam a respeito das informações que têm sobre a doença e o seu tratamento, 40.4% demonstrou-se satisfeito

e 54.8% nem satisfeito nem insatisfeito, verificando-se que 82.9% se encontra também satisfeito com os cuidados prestados no serviço de saúde onde foi recolhida a amostra.

Tabela 4*Características Sociodemográficas*

		<i>N</i>	%
Sexo	Masculino	74	50.7
	Feminino	72	49.3
	Total	146	100.0
Habilitações Literárias	Até ao 4 ^o ano	106	72.6
	6 ^o ano	16	11.0
	9 ^o ano	12	8.2
	12 ^o ano	9	6.2
	Licenciatura	3	2.1
	Total	146	100.0
Estado Civil	Solteiro/a	4	2.7
	Casado/a	111	76.0
	União de facto	1	.7
	Divorciado/a	9	6.2
	Viúvo/a	21	14.4
	Total	146	100.0
Situação Profissional	Doméstico/a	1	.7
	Empregado/a	34	23.3
	Desempregado/a	10	6.8
	Reformado/a	101	69.2
	Total	146	100.0
Residência	Águeda	1	.7
	Oliveira do Bairro	1	.7
	Vagos	144	98.6
	Total	146	100.0

No que toca à **caracterização clínica** da amostra (tabelas 5 e 6), o tempo de diagnóstico de hipertensão apresenta uma média de 16.03 anos (DP = 10.62). Grande parte dos participantes (72.6%) refere ter mais algum problema de saúde crónico e 27.4% indica não possuir nenhum. Além disso, 62.3% dos inquiridos referem não ter familiares com hipertensão enquanto 37.7% mencionam ter familiares com esta doença.

No que diz respeito à toma da medicação para a doença, a totalidade dos participantes (100.0%) faz medicação oral para o controlo da hipertensão. Em relação ao controlo da tensão arterial, 74.0% dos respondentes controla regularmente sendo que 26.0% não o faz. Assim, observa-se que 30.1% controla a pressão arterial mensalmente,

semanalmente (28.8%), diariamente (6.8%) e com outro tipo de regularidade (8.2%), referenciando o estado dos níveis de pressão arterial nas últimas 4 semanas como bons (47.9%), mais ou menos (24.7%) e maus (1.4%).

Tendo por base os hábitos e estilos de vida, 72.6% dos participantes admitem ter feito alterações na dieta alimentar e 80.8% assumem ter reduzido a ingestão de sal; no que toca ao consumo de bebidas alcoólicas, 34.9% dos inquiridos consome diariamente, 28.8% nunca consome, 28.1% raramente consome e 8.2% consome semanalmente; no que diz respeito a hábitos tabágicos, a maioria dos respondentes (95.2%) não fuma.

Relativamente ao facto de já terem estado internados devido à hipertensão, a maioria dos inquiridos (92.5%) refere nunca ter sido internado, enquanto que 7.5% dos participantes já esteve internado.

Em relação às complicações associadas à hipertensão arterial (insuficiência cardíaca, enfarte agudo do miocárdio, AVC, diminuição da função renal e perda de visão), uma pequena parte dos participantes (26.7%) tem insuficiência cardíaca, 6.2% já teve um enfarte, 6.2% teve um AVC, 20.5% apresenta diminuição da função renal e 55.5% assumem a perda de visão.

Tabela 5

Tempo de Diagnóstico

	<i>N</i>	Mínimo	Máximo	Média	<i>DP</i>
Tempo de Diagnóstico	146	1	49	16.03	10.62

Tabela 6*Características Clínicas*

		<i>N</i>	%
Problemas Crónicos	Não	40	27.4
	Sim	106	72.6
	Total	146	100.0
Familiares com HTA	Não	91	62.3
	Sim	55	37.7
	Total	146	100.0
Medicação Oral	Sim	146	100.0
	Total	146	100.0
Controlo da TA	Não	38	26.0
	Sim	108	74.0
	Total	146	100.0
Frequência do Controlo	Diariamente	10	6.8
	Semanalmente	42	28.8
	Mensalmente	44	30.1
	Outra	12	8.2
	Total	108	74.0
Níveis da TA nas últimas 4 semanas	Bons	70	47.9
	Mais ou menos	36	24.7
	Maus	2	1.4
	Total	108	74.0
Dieta Alimentar	Não	40	27.4
	Sim	106	72.6
	Total	146	100.0
Redução do Sal	Não	28	19.2
	Sim	118	80.8
	Total	146	100.0
Bebidas Alcoólicas	Diariamente	51	34.9
	Semanalmente	12	8.2
	Raramente	41	28.1
	Nunca	42	28.8
	Total	146	100.0
Hábitos Tabágicos	Não	139	95.2
	Sim	7	4.8
	Total	146	100.0
Internamento	Não	135	92.5
	Sim	11	7.5
	Total	146	100.0
Insuficiência Cardíaca	Não	107	73.3
	Sim	39	26.7
	Total	146	100.0

Enfarte Agudo do Miocárdio	Não	137	93.8
	Sim	9	6.2
	Total	146	100.0
AVC	Não	137	93.8
	Sim	9	6.2
	Total	146	100.0
Diminuição da Função Renal	Não	116	79.5
	Sim	30	20.5
	Total	146	100.0
Perda de Visão	Não	65	44.5
	Sim	81	55.5
	Total	146	100.0

3.2 Análise descritiva dos resultados

3.2.1 MAT

No presente estudo, para o instrumento MAT, verificou-se um valor mínimo de 4.57 e um valor máximo de 6.00, com uma média de 5.62 ($DP = .28$) (cf. Tabela 7).

Tabela 7

Estatística Descritiva do MAT

	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
MAT	5.62	.28	4.57	6.00

A partir dos valores encontrados, é possível sugerir que a amostra apresenta uma boa adesão ao tratamento.

3.2.2 *Brief Cope*

Para uma melhor compreensão do comportamento do instrumento na amostra em estudo, procedeu-se à comparação das médias de cada subescala (cf. Tabela 8). Desta forma, foi possível observar que a estratégia de *coping* mais utilizada pela população em estudo é a **Aceitação** ($M = 3.36$; $Mdn = 3.50$; $DP = .60$; $AIQ = 1.00$) e as menos utilizadas são o **Desinvestimento comportamental** ($M = 1.03$; $Mdn = 1.00$; $DP = .17$; $AIQ = 0.0$) e o **Uso de substâncias** ($M = 1.03$; $Mdn = 1.0$; $DP = .18$; $AIQ = 0.0$).

Tabela 8*Estatística Descritiva das Subescalas do Brief Cope*

Subescalas	N	Média	DP	Mediana	AIQ	Mínimo	Máximo
<i>Coping ativo</i>	146	2.74	.52	2.5	.5	1.00	4.00
Planear	146	2.63	.59	2.5	1.0	1.00	4.00
Utilização do suporte instrumental	146	1.87	.80	2.0	1.5	1.00	4.00
Utilização do suporte social	146	2.16	.81	2.0	1.5	1.00	4.00
Religião	146	2.83	1.11	3.0	2.0	1.00	4.00
Reinterpretação positiva	146	2.87	.58	3.0	.6	1.00	4.00
Auto-culpabilização	146	1.79	.70	1.5	1.0	1.00	4.00
Aceitação	146	3.36	.60	3.5	1.0	1.00	4.00
Expressão de sentimentos	146	2.08	1.03	2.0	2.0	1.00	4.00
Negação	146	1.17	.40	1.0	0.0	1.00	3.00
Auto-distração	146	2.55	.58	2.5	1.0	1.00	4.00
Desinvestimento comportamental	146	1.03	.17	1.0	0.0	1.00	2.50
Uso de substâncias	146	1.03	.18	1.0	0.0	1.00	2.00
Humor	146	2.51	.79	2.5	1.0	1.00	4.00

3.3 Análise inferencial dos dados

Depois da decisão da utilização dos testes paramétricos ou não paramétricos, procedeu-se, então, à análise inferencial dos dados. Foram testadas as diferenças entre os grupos, formados por alguma variável categórica, relativamente à variável MAT com testes paramétricos (teste t de *Student* e ANOVA) e relativamente às variáveis da escala *Brief Cope* com testes não paramétricos (testes *Mann-Whitney* ou *Kruskal-Wallis*). Mediu-se a correlação, com o coeficiente de *Spearman*, entre a variável MAT e cada uma das variáveis da escala *Brief Cope*. Também foram calculadas medidas descritivas (médias, desvios padrão, entre outros) de cada uma das variáveis para complementar a análise inferencial.

3.3.1 Adesão e características sociodemográficas

Em relação à **idade** e às três faixas etárias consideradas (<65 anos, entre os 65 e os 74 anos e >75 anos), verificou-se a existência de pelo menos uma diferença estatisticamente significativa na adesão ao tratamento, $F = 3.35$, $p = .04$. De salientar que as médias do MAT das faixas etárias <65 anos ($M = 5.55$; $DP = .33$) e entre os 65 e os 74 anos ($M = 5.70$; $DP = .24$) mostraram-se significativamente diferentes ($p = .03$).

Assim, entre estes dois grupos etários, os sujeitos na faixa etária entre os 65 e os 74 anos apresentaram um maior nível médio de adesão ao tratamento. Não foi encontrada qualquer outra diferença estatisticamente significativa entre as médias do MAT de acordo com a faixa etária (cf. Tabela 9).

Tabela 9

Comparação do MAT entre Grupos Etários – ANOVA para Amostras Independentes

		Teste de Comparação de Médias							
		Média	DP	Diferenças entre médias	p^b	F	p^a		
MAT	< 65 anos	65 e 74 anos		5.55	.33	-0.15	.032*	3.35	.038*
	>75 anos								
	65 e 74 anos	< 65 anos		5.70	.24	.15	.032*		
	>75 anos								
	>75 anos	< 65 anos		5.62	.24	.07	.705		
	65 e 74 anos								

Nota: a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para $*p < .05$; ^a ANOVA; ^b teste de Bonferroni.

Para a análise da influência do **género**, verificou-se que as mulheres ($M = 5.63$; $DP = .28$) apresentam uma média ligeiramente superior à dos homens ($M = 5.60$; $DP = .28$) em relação à adesão ao tratamento, mas não revelaram uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, $t(144) = -.61$, $p = .54$ (cf. Tabela 10).

Tabela 10

Análise da Influência do Género no MAT – Teste *t* de Student

	Género			
	Masculino	Feminino	$t(144)$	p
	(N=74)	(N=72)		
	Média (DP)	Média (DP)		
MAT	5.60 (.28)	5.63 (.28)	-.61	.54

No que concerne à variável **estado civil**, verificou-se que não existiram diferenças significativas ao nível da adesão ao tratamento, $F = .47$, $p = .64$ (cf. Tabela 11). Contudo, relata-se que, ao nível da variável da adesão ao tratamento, os participantes que tinham companheiro, casados e em união de facto, ($M = 5.62$; $DP = .29$) apresentaram uma média superior, não significativa, quando comparados aos participantes que não possuem companheiro ($M = 5.60$; $DP = .26$).

Tabela 11*Análise da Influência do Estado Civil no MAT – Teste t de Student*

	Estado civil			<i>p</i>
	Casados e União de Facto (N=112) Média (DP)	Solteiros, Divorciados e Viúvos (N=34) Média (DP)	t(144)	
MAT	5.62 (.29)	5.60 (.26)	-.47	.64

Relativamente às **habilitações literárias**, é possível relatar que a média do MAT entre os indivíduos com literacia até ao 4º ano de escolaridade ($M = 5.64$; $DP = .17$) foi superior à respetiva média entre os indivíduos com escolaridade superior ao 4º ano ($M = 5.56$; $DP = .30$). Contudo, a diferença não se mostrou estatisticamente significativa entre os mesmos, uma vez que $p = .17$ (cf. Tabela 12).

Tabela 12*Análise da Influência das Habilitações Literárias no MAT – Teste t de Student*

	Habilitações literárias			<i>p</i>
	Até ao 4º ano (N=106) Média (DP)	Superior ao 4º ano (N=40) Média (DP)	t(144)	
MAT	5.64 (.27)	5.56 (.30)	1.38	.17

3.3.2 Adesão e características clínicas

Serão agora apresentados os resultados obtidos de acordo com a influência das variáveis clínicas na adesão ao tratamento dos participantes do estudo.

Através de uma ANOVA, verificou-se não existir uma influência estatisticamente significativa do **tempo de diagnóstico** de hipertensão no MAT, $F = .29$, $p = .83$. Contudo, além do referido, foi possível observar que os indivíduos com um tempo de diagnóstico superior a 22 anos ($M = 5.64$; $DP = .20$) apresentaram uma média superior quando comparados aos restantes grupos. (cf. Tabela 13).

Tabela 13*Análise da Influência do Tempo de Diagnóstico no MAT – ANOVA para Amostras Independentes*

	Tempo de diagnóstico				<i>F</i>	<i>p</i>
	< 10 anos (N=38) Média (DP)	Entre 10 e 15 anos (N=43) Média (DP)	Entre 16 e 21 anos (N=28) Média (DP)	>22 anos (N=37) Média (DP)		
MAT	5.60 (.32)	5.63 (.28)	5.59 (.32)	5.64 (.20)	.29	.83

No que concerne à **existência de outros problemas crónicos**, verificou-se que os indivíduos que não apresentaram outros problemas de saúde crónicos ($M = 5.63$; $DP = .28$) relataram uma ligeira maior adesão média ao tratamento do que os indivíduos que possuíam outros problemas de saúde crónicos ($M = 5.61$; $DP = .28$), mas não revelando a existência de uma diferença estatisticamente significativa, $t(144) = .32$; $p = .75$ (cf. Tabela 14).

Tabela 14*Análise da Influência de Problemas de Saúde Crónicos no MAT – Teste *t* de Student*

	Existência de outro problema de saúde crónico		<i>t</i> (144)	<i>p</i>
	Não (N=40) Média (DP)	Sim (N=106) Média (DP)		
MAT	5.63 (.28)	5.61 (.28)	.32	.75

Relativamente ao **controlo da pressão arterial**, os participantes que controlaram a pressão arterial ($M = 5.62$; $DP = .28$) apresentaram uma ligeira melhoria na adesão ao tratamento, quando comparada aos que não a controlaram ($M = 5.61$; $DP = .28$). Assim, inferiu-se não existir uma diferença estatisticamente significativa entre as médias do MAT ao nível do controlo da pressão arterial, $t(144) = -.19$, $p = .85$ (cf. Tabela 15).

Tabela 15*Análise da influência do controlo da pressão arterial no MAT – teste *t* de Student*

	Controlo da pressão arterial		<i>t</i> (144)	<i>p</i>
	Não (N=38) Média (DP)	Sim (N=108) Média (DP)		
MAT	5.61 (.28)	5.62 (.28)	-.19	.85

3.3.3 *Coping* e características sociodemográficas

Após a decisão de serem adotados testes não paramétricos para a variável do *coping*, a análise inferencial passou pelo recurso ao teste *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney*.

No que diz respeito à influência das **faixas etárias** consideradas (<65 anos, entre os 65 e os 74 anos e >75 anos), optou-se pela utilização do teste *Kruskal-Wallis H*, tendo-se detetado a existência de pelo menos uma diferença estatisticamente significativa para a subescala **Utilização do suporte instrumental** ($p = .03$) (cf. Tabela 16). É de salientar que, das comparações aos pares, somente a subescala Utilização do suporte instrumental das faixas etárias <65 anos e >75 anos se mostraram significativamente diferentes ($p = .04$). Desta forma, foi possível inferir que os indivíduos com menos de 65 anos usaram mais a estratégia referida do que os restantes grupos (cf. Tabela 17).

Tabela 16*Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope entre as Faixas Etárias – Teste Kruskal-Wallis*

	Idade			<i>H</i>	<i>p</i>
	< 65 anos	Entre 65 e 74 anos	>75 anos		
	(N=52) Posto médio	(N=45) Posto médio	(N=49) Posto médio		
<i>Coping</i> ativo	73.04	73.56	73.94	.01	.99
Planear	74.42	72.44	73.49	.06	.97
Utilização do suporte instrumental	85.34	68.67	65.38	6.80	.03*
Utilização do suporte social emocional	75.13	74.38	70.97	.28	.87
Religião	66.79	78.03	76.46	2.22	.33
Reinterpretação positiva	69.45	79.26	72.51	1.46	.48
Auto-culpabilização	79.67	74.70	65.85	2.91	.23
Aceitação	64.10	80.53	77.02	4.49	.11
Expressão de sentimentos	71.48	76.03	73.32	.30	.86
Negação	77.62	67.32	74.81	3.10	.21
Auto-distração	63.10	80.34	78.26	5.42	.07
Desinvestimento comportamental	73.32	72.10	74.98	.93	.63
Uso de substâncias	75.21	72.62	72.49	1.34	.51
Humor	78.36	72.06	69.67	1.18	.55

p* < .05Tabela 17***Comparação da Subescala Utilização do suporte instrumental entre Grupos Etários – Teste Kruskal-Wallis*

					<i>H</i>	<i>p</i> ^a
			<i>z</i>	<i>p</i> ^b		
Utilização do suporte instrumental	>75 anos	65 e 74 anos	.39	1.00	6.80	.03*
	>75 anos	< 65 anos	2.43	.04*		
	65 e 74 anos	< 65 anos	1.99	.15		

Nota: a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para **p* < .05; ^a*Kruskal-Wallis*; ^b teste de Dunn com correção de *Bonferroni*

Relativamente ao **género**, é possível constatar que apenas nas subescalas **Religião** ($p = .01$) e **Uso de substâncias** ($p = .03$) foi encontrada alguma diferença estatisticamente significativa, ao nível das estratégias de *coping*. Verificou-se, ainda, que as mulheres utilizaram mais vezes a estratégia de *coping* de **Religião** do que os homens e que os homens usaram mais vezes a estratégia de *coping* de **Uso de substâncias** do que as mulheres (cf. Tabela 18).

Tabela 18

Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devida ao Género – Teste Mann-Whitney

	Género		<i>U</i>	<i>p</i>
	Masculino (N=74) Posto Médio	Feminino (N=72) Posto Médio		
<i>Coping</i> ativo	70.76	76.31	2866.50	.40
Planear	75.07	71.89	2548.00	.64
Utilização do suporte instrumental	70.01	77.08	2922.00	.30
Utilização do suporte social emocional	67.51	79.65	3107.00	.08
Religião	64.70	82.54	3315.00	.01*
Reinterpretação positiva	79.97	66.85	2185.50	.05
Auto-culpabilização	71.51	75.55	2811.50	.55
Aceitação	77.52	69.37	2366.50	.23
Expressão de sentimentos	70.03	77.07	2921.00	.30
Negação	69.51	77.60	2959.00	.10
Auto-distração	70.42	76.67	2892.00	.35
Desinvestimento comportamental	74.47	72.50	2592.00	.41
Uso de substâncias	75.93	71.00	2484.00	.03*
Humor	75.16	71.80	2541.50	.63

* $p < .05$

Relativamente ao **estado civil**, e tendo em conta os valores de prova (p) representados na tabela 19, é possível verificar a existência de alguma diferença estatisticamente significativa para as subescalas **Reinterpretação positiva** e **Negação** ($p = .04$ e $p = .02$, respetivamente). Tendo em consideração as médias apresentadas, observou-se que em relação à subescala da **Negação**, os sujeitos que não tinham companheiro (solteiros, divorciados e viúvos) utilizaram mais esta estratégia e os sujeitos que tinham companheiro (casados e em união de facto) deram mais uso à subescala da **Reinterpretação positiva** quando comparados com os demais (cf. Tabela 19).

Tabela 19Análise da diferença em cada escala do *Brief Cope* devida ao estado civil – teste *Mann-Whitney*

	Estado civil		<i>U</i>	<i>p</i>
	Casados e União de Facto (N=112) Posto médio	Solteiros, Divorciados e Viúvos (N=34) Posto médio		
<i>Coping</i> ativo	73.09	74.85	1858.00	.82
Planear	74.47	70.31	2012.50	.60
Utilização do suporte instrumental	70.42	83.66	1558.50	.10
Utilização do suporte social emocional	70.06	84.84	1518.50	.07
Religião	75.37	67.34	113.50	.32
Reinterpretação positiva	77.39	60.68	2340.00	.04*
Auto-culpabilização	71.42	80.37	1670.50	.27
Aceitação	76.29	64.29	2217.00	.13
Expressão de sentimentos	75.83	65.81	2165.50	.21
Negação	70.38	83.79	1554.00	.02*
Auto-distração	71.92	78.71	1727.00	.39
Desinvestimento comportamental	73.13	74.74	1862.00	.57
Uso de substâncias	72.96	75.29	1843.00	.37
Humor	74.13	71.41	1975.00	.74

* $p < .05$

No que concerne às **habilitações literárias**, analisando os valores de prova, é possível inferir a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação às subescalas **Utilização do suporte instrumental**, **Auto-culpabilização** e **Auto-distração** ($p = .04$, $p = .03$, $p = .01$, respetivamente). Além do referido, foi indicado que as pessoas com habilitações literárias até ao 4^o ano utilizaram mais as estratégias de *coping* de Auto-distração, enquanto que as pessoas com habilitações literárias superiores ao 4^o ano usaram mais as estratégias de *coping* de Utilização do suporte instrumental e Auto-culpabilização (cf. Tabela 20).

Tabela 20

Análise das Diferenças em cada Escala do Brief Cope devida às Habilitações Literárias – Teste Mann-Whitney

	Habilitações literárias			
	Até ao 4 ^o ano (N=106) Posto médio	Superior ao 4 ^o ano (N=40) Posto médio	<i>U</i>	<i>p</i>
<i>Coping</i> ativo	76.77	64.83	1773.00	.11
Planear	77.30	63.44	1717.50	.07
Utilização do suporte instrumental	69.10	85.15	2586.00	.04*
Utilização do suporte social emocional	73.94	72.34	2073.50	.84
Religião	76.85	64.61	1764.50	.11
Reinterpretação positiva	73.70	72.96	2098.50	.92
Auto-culpabilização	68.98	85.49	2599.50	.03*
Aceitação	77.17	63.78	1731.00	.08
Expressão de sentimentos	70.16	82.36	2474.50	.11
Negação	73.09	74.59	2163.50	.78
Auto-distração	79.23	58.33	1513.00	.01*
Desinvestimento comportamental	73.25	74.16	2146.50	.74
Uso de substâncias	73.75	72.83	2093.00	.71
Humor	73.89	72.48	2079.00	.86

**p* < .05

3.3.4 *Coping* e características clínicas

De seguida serão apresentados os resultados obtidos da testagem da influência das variáveis clínicas nas estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes do estudo vigente.

Relativamente ao **tempo de diagnóstico** foi possível constatar a existência de pelo menos uma diferença estatisticamente significativa ao nível da subescala **Humor** (*p* = .02) (cf. Tabela 21). Das comparações aos pares, encontrou-se somente uma diferença estatisticamente significativa ao nível da subescala Humor entre as classes >22 anos e <10 anos (*p* = .02). Desta forma, foi possível inferir que as pessoas com um tempo de diagnóstico inferior a 10 anos recorreram mais ao Humor quando comparadas com os restantes grupos que possuem a doença há mais tempo (cf. Tabela 22).

Tabela 21

Análise das Diferenças em cada Escala do Brief Cope entre as Classes do Tempo de Diagnóstico –
 Teste Kruskal-Wallis

	Tempo de diagnóstico				<i>H</i>	<i>p</i>
	< 10 anos (N=38) Posto médio	Entre 10 e 15 anos (N=43) Posto médio	Entre 16 e 21 anos (N=28) Posto médio	>22 anos (N=37) Posto médio		
Coping ativo	72.66	70.67	88.80	866.07	5.585	.13
Planear	66.28	82.05	83.88	63.14	7.18	.07
Utilização do suporte instrumental	87.18	70.07	72.80	63.96	6.463	.09
Utilização do suporte social emocional	73.95	69.05	83.13	70.93	2.143	.54
Religião	71.78	66.06	89.21	72.03	5.702	.13
Reinterpretação positiva	73.47	77.43	81.59	62.84	4.086	.25
Auto-culpabilização	76.41	75.43	72.39	69.11	.728	.87
Aceitação	66.22	75.51	81.79	72.36	2.511	.47
Expressão de sentimentos	68.42	73.81	83.14	71.05	2.284	.52
Negação	71.13	74.19	69.14	78.43	1.924	.59
Auto-distração	76.68	72.38	82.98	64.35	3.709	.30
Desinvestimento comportamental	74.36	73.93	73.07	72.45	.388	.94
Uso de substâncias	71.00	76.09	73.61	72.97	3.027	.39
Humor	87.96	69.16	79.66	59.03	10.190	.02*

**p* < .05

Tabela 22

Comparação da Subescala Humor entre as Classes do Tempo de Diagnóstico – Teste Kruskal-Wallis

			<i>z</i>	<i>p</i> ^b	<i>H</i>	<i>p</i> ^a
Humor	>22 anos	10 e 15 anos	1.09	1.00	10.19	.02*
	>22 anos	16 e 21 anos	1.98	.28		
	>22 anos	< 10 anos	3.02	.02*		
	10 e 15 anos	16 e 21 anos	-1.04	1.00		
	10 e 15 anos	< 10 anos	2.03	.25		
	16 e 21 anos	< 10 anos	.80	1.00		

Nota: a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para * $p < .05$; ^a *Kruskal-Wallis*; ^b teste de *Dunn* com correção de *Bonferroni*

No que diz respeito à **existência de outro problema de saúde crónico**, é possível inferir, através das estatísticas de grupo, apenas a existência de uma diferença estatisticamente significativa ao nível da subescala **Aceitação** ($p = .00$). Assim, analisando as médias obtidas, conclui-se que as pessoas que não apresentaram outra condição crónica, para além da hipertensão, utilizaram mais vezes a estratégia de *coping* mencionada do que as pessoas que possuíam outro problema de saúde crónico (cf. Tabela 23).

Tabela 23

Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devida à Existência de Outro Problema de Saúde Crónico – Teste Mann-Whitney

	Existência de outro problema de saúde crónico		U	p
	Não (N=40) Média (DP)	Sim (N=106) Média (DP)		
<i>Coping</i> ativo	76.91	72.21	1983.00	.53
Planear	75.95	72.58	2022.00	.66
Utilização do suporte instrumental	73.93	73.34	2103.00	.94
Utilização do suporte social emocional	73.90	73.35	2104.00	.94
Religião	78.79	71.50	1908.50	.34
Reinterpretação positiva	77.89	71.84	1944.50	.42
Auto-culpabilização	74.64	73.07	2074.50	.84
Aceitação	90.15	67.22	1454.00	.00*
Expressão de sentimentos	68.19	75.50	2332.50	.33
Negação	71.45	74.27	2202.00	.61
Auto-distração	74.30	73.20	2088.00	.88
Desinvestimento comportamental	75.99	72.56	2020.50	.20
Uso de substâncias	72.83	73.75	2147.00	.71
Humor	80.50	70.86	1840.00	.21

*p < .05

Em relação ao **controlo da pressão arterial**, verificou-se a existência de diferença estatisticamente significativa nas subescalas **Aceitação** ($p = .01$) e **Humor** ($p = .03$), sendo que, em ambas as subescalas, os indivíduos que não controlaram a pressão arterial utilizaram mais vezes as estratégias de *coping* mencionadas do que os indivíduos que controlaram a pressão arterial (cf. Tabela 24).

Tabela 24

Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devida ao Controlo da Pressão Arterial – Teste Mann-Whitney

	Controlo da pressão arterial		U	p
	Não (N=38) Média (DP)	Sim (N=108) Média (DP)		
Coping ativo	71.68	74.14	2121.00	.75
Planear	77.76	72.00	1890.00	.46
Utilização do suporte instrumental	79.68	71.32	1817.00	.28
Utilização do suporte social emocional	73.42	73.53	2055.00	.99
Religião	68.29	75.33	2250.00	.36
Reinterpretação positiva	83.36	70.03	1677.50	.08
Auto-culpabilização	64.74	76.58	2385.00	.13
Aceitação	87.93	68.42	1503.50	.01*
Expressão de sentimentos	62.95	77.21	2453.00	.06
Negação	73.95	73.34	2035.00	.91
Auto-distração	71.28	74.28	2136.50	.69
Desinvestimento comportamental	72.39	73.89	2094.00	.59
Uso de substâncias	74.84	73.03	2001.00	.47
Humor	86.34	68.98	1564.00	.03*

*p < .05

3.3.5 Adesão ao tratamento e estratégias de *coping*

Para averiguar a existência de alguma associação entre a adesão ao tratamento e as estratégias de *coping*, recorreu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman*.

Após a análise da tabela abaixo apresentada, verificou-se que a adesão ao tratamento está negativamente correlacionada com as subescalas **Auto-culpabilização** ($r = -.23$, $p = .01$) e **Negação** ($r = -.20$, $p = .01$). Na mesma linha, a subescala **Coping Ativo** ($r = .16$; $p = .05$) e **Reinterpretação positiva** ($r = .23$, $p = .01$) apresenta uma relação significativa positiva com a adesão ao tratamento. Relativamente às restantes subescalas, não foram evidenciadas correlações estatisticamente significativas (cf. Tabela 25).

Tabela 25

Coeficiente de Correlação de Spearman entre o MAT e as Escalas do Brief Cope

	MAT	
	<i>r</i>	<i>p</i>
<i>Coping</i> ativo	.16*	.05
Planear	.16	.06
Utilização do suporte instrumental	-.15	.08
Utilização do suporte social emocional	-.13	.11
Religião	.07	.39
Reinterpretação positiva	.23**	.01
Auto-culpabilização	-.23**	.01
Aceitação	.08	.35
Expressão de sentimentos	-.13	.13
Negação	-.20*	.01
Auto-distração	-.02	.85
Desinvestimento comportamental	-.11	.21
Uso de substâncias	-.01	.93
Humor	.09	.26

*. a correlação é significativa no nível .05

**. a correlação é significativa no nível .01

3.3.6 Síntese dos principais resultados

Em suma, podemos então sintetizar os seguintes resultados:

- Relativamente à variável da adesão ao tratamento e às características sociodemográficas apenas foram encontradas diferenças significativas ao nível da idade.
- Em relação à variável da adesão ao tratamento não foram encontradas diferenças significativas ao nível de nenhuma característica clínica.
- Quanto às estratégias de *coping* e às características sociodemográficas foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas para:
 - A idade e a subescala Utilização do suporte instrumental.
 - O género e as subescalas Religião e Uso de substâncias;
 - O estado civil e as subescalas Reinterpretação positiva e Negação;
 - As habilitações literárias e as subescalas Utilização do suporte instrumental, Auto-culpabilização e Auto-distração;
- No que diz respeito às estratégias de *coping* e às características clínicas, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para:
 - O tempo de diagnóstico e a subescala Humor.

- A existência de outros problemas de saúde crónicos e a subescala Aceitação.
- O controlo da pressão arterial e a subescala Aceitação e Humor.
- Por fim, relacionado com a adesão ao tratamento e as estratégias de *coping*, foi possível verificar, através do coeficiente de correlação de *Spearman*, que existem correlações estatisticamente significativas para as subescalas Auto-culpabilização e Negação, indicando uma correlação negativa; e para as subescalas *Coping* Ativo e Reinterpretação positiva, indicando uma correlação positiva.

Capítulo 4: Discussão

O objetivo geral do presente estudo pretendeu avaliar a adesão ao tratamento e o tipo de estratégias de *coping* utilizadas numa amostra de pessoas hipertensas, seguidas nas consultas de hipertensão do Centro de Saúde de Vagos.

Após análise e descrição dos resultados obtidos neste estudo, passamos a efetuar uma discussão dos resultados que se revelaram significativos, tendo por base a revisão teórica e adotando uma abordagem reflexiva e compreensiva.

No presente estudo, a amostra revelou um nível de adesão ao tratamento bastante elevado, com uma média de 5.62 num máximo de 6 pontos. Este valor é muito positivo uma vez que a literatura sugere que a adesão ao tratamento assume uma extrema importância ao nível das doenças crónicas, nomeadamente na hipertensão, uma vez que se trata de uma doença assintomática, sendo indispensável a adoção de boas práticas de adesão para obter o controlo da pressão arterial (Barbosa & Lima, 2006).

No que diz respeito à influência de cada uma das **características sociodemográficas** na **adesão ao tratamento**, somente foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre as médias da adesão ao tratamento das faixas etárias <65 anos e 65-74 anos. Verificou-se que a adesão foi maior nos indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos. Estes resultados vão ao encontro dos dados obtidos por Araújo e Garcia (2006), que referiu que os sujeitos mais velhos tendem a aderir mais ao tratamento, uma vez que a preocupação com a saúde é maior e por pensarem no tratamento como um prolongamento da vida, ao contrário dos sujeitos mais jovens que não sentem a vulnerabilidade da doença. Estes dados são também coerentes com os obtidos por Giroto e colaboradores (2013) que assumem que o aumento da idade está relacionado com um aumento da prevalência de doenças crónicas e, conseqüentemente, associado a uma maior adesão ao tratamento. Contudo, estes aspetos não são congruentes na literatura, uma vez que de acordo com alguns autores a adesão é menor em pessoas mais velhas (Arruda et al., 2015; Ho et al., 2006; Lunelli et al., 2009; Yiannakopoulou et al., 2005), o que corrobora os resultados dos doentes com idade superior a 75 anos, que apresentaram menores níveis de adesão ao tratamento em comparação ao grupo de doente com idades entre 65-74 anos.

Relativamente às restantes variáveis sociodemográficas e clínicas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Consideramos que muitos dos resultados obtidos podem ter sido influenciados pelas especificidades da presente amostra, nomeadamente pelo facto de se tratar de uma amostra muito homogénea, já que a média de idades se situa nos 68.79 anos, 50.7% dos inquiridos são homens e 49.3% são mulheres. A maioria da amostra é casada (76.0%), reformada (69.2%), possui o 4º

ano de escolaridade (72.6%) e reside num meio urbano pequeno (até 23 000 habitantes). Além disso, também as variáveis clínicas apresentam valores muito semelhantes, nomeadamente grande parte da amostra apresenta uma média de tempo de diagnóstico de 16.03 anos, tendo mais problemas de saúde crónicos (72.6%), sendo que não possuem familiares com a doença (62.3%). Refere-se ainda que os participantes apresentam-se satisfeitos com os cuidados prestados no serviço de saúde (82.9%) e que 40.4% demonstraram-se satisfeitos com as informações relativas à doença e ao tratamento.

Relativamente às estratégias de *coping*, a literatura sugere que as pessoas com doenças crónicas, nomeadamente a hipertensão arterial, utilizam com mais frequência estratégias de *coping* focadas na emoção do que as estratégias de *coping* focadas no problema (Ariff et al., 2011). Este aspeto foi verificado no presente estudo, com os doentes a referirem que a estratégia mais utilizada é a Aceitação.

No que diz respeito à influência das **características sociodemográficas** em cada uma das **estratégias de coping**, verificou-se em particular uma influência significativa das faixas etárias na subescala Utilização do suporte instrumental. A literatura refere que as pessoas mais velhas tendem a adotar estratégias de *coping* essencialmente mais defensivas (Drageset & Lindstrom, 2005) e também relacionadas com a religião, tornando-os, assim, mais confiantes para enfrentar as adversidades com que se debatem nesta fase de vida (Vitorino & Vianna, 2012), enquanto que os mais jovens usam estratégias de *coping* mais instrumentais e emocionais (Drageset & Lindstrom, 2005). Nos resultados obtidos, apesar de caracterizar por uma amostra maioritariamente envelhecida, não foram obtidos dados que corroborassem o uso da Religião. Este aspeto pode estar relacionado com o facto da amostra não permitir uma comparação efetiva com indivíduos com menos idade, já que a média de idades é alta. Contudo, foi verificada uma predominância do uso de estratégias focadas na emoção como a Utilização do suporte instrumental, que se baseia na procura de conselhos e ajuda sobre o que fazer perante a situação stressante, o que pode estar relacionado com o facto de as pessoas mais velhas terem, por natureza, uma diminuição gradual das suas capacidades funcionais que englobam dificuldades na execução de funções e atividades relacionadas com a vida diária, traduzindo-se, assim, numa maior necessidade de apoio e ajuda na resolução de problemas (Freitas, Py, Cançado, Doll, & Gorzoni, 2006; Guimarães & Cunha, 2004).

Relativamente ao género, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível das subescalas Religião que foi maior para as mulheres e o Uso de substâncias que foi maior para os homens. Desta forma, este estudo corrobora os resultados verificados na literatura em relação ao uso de estratégias de *coping* focadas na emoção (Religião) para o género feminino, o que também é verificado no estudo

realizado por Sousa, Guerra e Lencastre (2015), que indica a utilização de estratégias de *coping* com base em crenças religiosas por mulheres com doença crónica, sendo que o recurso à religião serve como uma forma de apoio e conforto perante a doença (Gall, Guirguis-Younger, Charbonneau, & Florack, 2009). A literatura acerca deste tema defende ainda que, de uma forma geral, as mulheres estão mais preparadas do que os homens para lidar com o impacto da doença ao longo da vida e agem mais rapidamente perante a situação (Bensing et al., 2010). São vários os autores que defendem que as mulheres tendem a adotar preferencialmente estratégias de *coping* focadas na emoção enquanto os homens usam mais estratégias de *coping* focadas no problema (Bertolin et al., 2011; Drageset & Lindstrom, 2005; Folkman & Lazarus, 1980; Piko, 2001). Este aspeto pode ser explicado pelo facto de as mulheres assumirem uma postura mais sentimental perante as adversidades, expressando mais facilmente as emoções e atuando de forma dependente, enquanto os homens são mais direccionados para resolver os problemas tendo um atitude de controlo e independência (Câmara & Carlotto, 2007; Kaiseler et al., 2012; Piko, 2001). Em relação ao uso de substâncias, é importante referir que, de acordo com a literatura, há uma maior prevalência e consumo de substâncias nos homens comparativamente às mulheres (Balsa, Vital, & Urbano, 2014), nomeadamente no que diz respeito ao álcool, que pode ser uma estratégia de *coping* desadaptativa que objetiva a fuga dos problemas e das emoções negativas (Sher & Rutledge, 2007; Vaughn, Corbin, & Fromme, 2009).

Em relação ao estado civil, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Negação e Reinterpretação positiva, sendo que os indivíduos que não tinham companheiro demonstraram maior uso da estratégia de Negação enquanto que os indivíduos com companheiro relataram uma maior utilização da estratégia de Reinterpretação positiva.

Para este resultado devemos considerar que a amostra deste estudo é constituída por 76.0% de doentes casados, sendo que apenas 23.3% dos doentes referiu não ter um companheiro, dados que devem ser considerados e que podem ter influenciado estes resultados.

Os resultados obtidos sugerem que os indivíduos que não tinham um companheiro tentam rejeitar a realidade do problema (Negação), neste caso, a existência de uma doença crónica, a hipertensão arterial; salienta-se ainda que uma parte dos indivíduos referiram que são viúvos, facto que pode ter contribuído para este resultado, uma vez que a vulnerabilidade de estar sozinho e de ter perdido o cônjuge pode ter um grande impacto ao nível da saúde física mas também mental (Trentini, Werlang, Xavier, & Argimon, 2009), contribuindo para a negação da existência da doença e, conseqüentemente, negligenciando os cuidados necessários para o controlo da mesma,

assumindo uma postura de passividade (Novais, Conceição, Domingos, & Duque, 2009). Neste estudo, os resultados indicam também que os indivíduos com companheiro tentam ver o problema de uma forma mais favorável (Reinterpretação positiva), utilizando preferencialmente estratégias focadas na emoção. Alguns autores demonstraram que pessoas que têm um companheiro apresentam estratégias de *coping* focadas na emoção, enquanto que as pessoas solteiras adotam uma postura mais ativa, usando estratégias de *coping* focadas no problema (Bertolin et al., 2011). Isto pode ser explicado pelo facto de as pessoas casadas terem mais facilidade em procurar suporte e ajuda no companheiro, ao contrário das pessoas solteiras que assumem uma atitude mais diretiva para ultrapassar as dificuldades. Contudo, como já referido e tendo em conta que a maioria dos doentes sem companheiro são viúvos, a utilização de estratégias de *coping* focadas no problema não se verificou no presente estudo.

Em relação às habilitações literárias, os resultados obtidos demonstraram a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível das subescalas Auto-distração para o grupo de pessoas com habilitações literárias até ao 4º ano e das subescalas Utilização do suporte instrumental e Auto-culpabilização, para as pessoas com escolaridade superior ao 4º ano. A literatura sustenta que os indivíduos com menor nível de escolaridade apresentam mais dificuldades no controlo do problema, pelo que utilizam mais estratégias de confronto (Vivan & Argimon, 2009), ao contrário dos indivíduos com maiores níveis de escolaridade, onde predominam as estratégias de *coping* focadas no problema (Bertolin et al., 2011). Neste estudo as estratégias de *coping* focadas na emoção foram predominantes tanto nas pessoas com escolaridade até ao 4º ano como em pessoas com escolaridade superior ao 4º ano, o que sugere uma atitude mais passiva da amostra na forma de lidar com os problemas, nomeadamente criticar-se pela existência da doença (Auto-culpabilização), tentar distrair-se de aspetos que estejam relacionados com a mesma (Auto-distração) e procurar ajuda e conselhos sobre o que deve fazer (Utilização do suporte instrumental). Estes aspetos podem estar relacionados com o facto da maior parte da amostra apresentar um nível baixo de habilitações literárias, uma vez que possuem um nível de escolaridade até ao 4º ano. Além disso, os participantes pertencem a um meio urbano pequeno, com a maioria dos indivíduos da amostra a demonstrar elevados níveis de satisfação com os cuidados prestados pelos serviços de saúde, o que pode ajudar a justificar a estratégia de Utilização de suporte instrumental, uma vez que sentem abertura dos serviços e dos profissionais de saúde para solicitar esclarecimentos e pedir ajuda.

No que diz respeito às diferenças observadas nas **estratégias de *coping*** por influência das **características clínicas**, foram encontradas diferenças

estatisticamente significativas para o tempo de diagnóstico, a existência de outro problema de saúde crónico e o controlo da pressão arterial.

Em relação ao tempo de diagnóstico, no presente estudo foram observadas diferenças estatisticamente significativas apenas para a subescala do Humor, com maior utilização por parte dos doentes com o diagnóstico da doença há menos de 10 anos, que representam uma pequena parte da amostra. São várias as investigações que indicam que o uso do humor como estratégia de *coping* permite que a situação ameaçadora seja reavaliada, que o impacto desta seja diminuído, que se gerem emoções positivas à volta do problema, possibilitando, também, o distanciamento do mesmo (Cann & Etzel, 2008; Erickson & Feldstein, 2007). Num estudo realizado com sujeitos com uma média de tempo de diagnóstico de 10 anos de doença, observou-se o uso das estratégias de *coping* relacionadas com o humor, sendo que isso se repercutia numa melhoria do bem-estar (Sánchez Espinar et al., 2016), e, conseqüentemente, numa melhor adaptação à situação que vivenciam. Tendo em conta os resultados obtidos, pode-se refletir sobre o facto do humor poder ser utilizado como uma forma de relativizar a doença e, por isso, as pessoas com diagnóstico mais recente poderão acabar por usar mais esta estratégia em comparação com as pessoas que possuem o diagnóstico há algum tempo, sendo que estas poderão já ter aceite as alterações impostas pela sua condição crónica.

No que diz respeito à influência da existência de outro problema de saúde crónico, encontrou-se apenas uma diferença estatisticamente significativa ao nível da subescala da Aceitação, sendo que os indivíduos que não apresentaram comorbilidades aceitam mais a existência da doença que possuem, adotando, assim, estratégias de *coping* focalizadas na emoção. As pessoas mais velhas, tendencialmente, possuem múltiplas doenças crónicas, apresentando várias comorbilidades (Veras, 2011), o que se verifica na amostra em estudo, onde a maior parte dos doentes detêm outro problema de saúde crónico além da hipertensão arterial. O diagnóstico de outras doenças crónicas juntamente com a falta de conhecimento sobre alguns aspetos da sua saúde pode agravar o prognóstico, levando a que os doentes não realizem o tratamento adequado (Chaves et al., 2018) e, conseqüentemente, não aceitem facilmente os diagnósticos que lhes são feitos. Acrescente-se que é referido, também, que as pessoas que se deparam com a existência de outras patologias, procuram cuidados de saúde para as várias doenças, o que exacerba as preocupações relativas às mesmas (Starfield et al., 2003). Neste sentido, podemos considerar que os doentes com apenas uma doença crónica (representadas por uma minoria da amostra) aceitem mais o seu diagnóstico do que os doentes com várias doenças. Este aspeto pode estar relacionado com o facto destes doentes só terem uma fonte de preocupação e uma doença há muitos anos, o que contribui para a aceitação da

mesma, por já se conformarem com a sua existência, tendo aprendido a viver com ela, aceitando que a doença está presente e é real.

No que concerne ao controlo da pressão arterial, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para as subescalas de Aceitação e Humor, em pessoas que não controlavam a pressão arterial habitualmente. Estes resultados, relativos à estratégia do Humor, podem ser explicados pelo facto de as pessoas desvalorizarem a medição da pressão arterial e, então, usam o humor para se distanciarem do problema. Contudo, como já referido na literatura, o uso de estratégias de *coping* focadas na emoção podem ser consideradas, em algumas situações, desadaptativas e promotoras de uma fraca adaptação à doença (Jabbarifard et al., 2015; Rueda & Pérez-García, 2013). Em relação ao uso da estratégia da Aceitação, este facto vai contra o expectável uma vez que se supõe que, se o indivíduo aceita a doença e se tem consciência da sua existência, deveria controlar a pressão arterial de forma a controlar a sua evolução, o que não é indicado pelos resultados do estudo. Este aspeto pode estar relacionado com a média do tempo de diagnóstico nesta amostra, o que pode contribuir para o sentimento de que a doença está controlada, sem sintomas e, por isso, leva a uma relativização dos cuidados necessários como a medição da pressão arterial.

Por fim, no que diz respeito à existência de relações entre a **adesão ao tratamento** e as **estratégias de coping** foram encontradas correlações estatisticamente significativas para algumas subescalas, sendo elas a Auto-culpabilização, Negação, *Coping* ativo e Reinterpretação positiva. Refere-se, ainda, que em relação à Auto-culpabilização e Negação foi verificada uma correlação negativa e para as subescalas de *Coping* Ativo e Reinterpretação positiva verificou-se uma correlação positiva. Alguns estudos realizados no âmbito da doença crónica indicam que, devido à sua instabilidade e à fase do ciclo vital em que ocorre, esta pode ser percebida de diversas formas pelo indivíduo, o que leva também a diferentes formas de lidar com a mesma e, conseqüentemente, a aderir mais ou menos ao tratamento (Sousa et al., 2011). De acordo com a literatura, é verificado que as estratégias de *coping* adotadas influenciam diretamente os comportamentos de adesão face à doença crónica e que estratégias de *coping* focadas no problema estão relacionadas com maiores níveis de adesão, enquanto que as estratégias focadas na emoção se associam a menores níveis de adesão (Santos, 2006; Sousa et al., 2011). Assim, os doentes crónicos que adotem estratégias de evitamento (como a Negação) favorecem os riscos de não aderir ao tratamento proposto por se afastarem do problema, não aceitando a sua condição crónica (Faustino & Seidl, 2010; Lima et al., 2011). Além disso, os sentimentos de culpa perante a doença (Auto-culpabilização) podem também influenciar os comportamentos de adesão, uma vez que os doentes assumem que têm a doença por culpa dos próprios. Este

sentimento pode estar relacionado com as informações que possuem acerca da doença, uma vez que os doentes devem ser sempre esclarecidos acerca dos sinais e dos sintomas, assim como do impacto que terá no seu dia-a-dia (Câmara et al., 2012). Salienta-se que na amostra, apenas 40.4% dos doentes assumiram estar satisfeitos com as informações relativas à hipertensão arterial e ao seu tratamento e, assim, existe a possibilidade destes doentes apresentarem dificuldades na compreensão do diagnóstico e das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde e limitações de acesso às informações (Melo et al., 2011; Pinotti et al., 2008; Remondi et al., 2014; Saraiva et al., 2007; Veras & Oliveira, 2009). Em suma, refere-se, então, que os resultados obtidos corroboram, em parte, as evidências encontradas na literatura, uma vez que se observou uma diminuição da utilização de algumas estratégias focadas na emoção (Auto-culpabilização e Negação) em função do aumento da adesão, o que se assinala como um fator positivo. Contrariamente, verificou-se um aumento da utilização da estratégia de *coping* de Reinterpretação positiva em função do aumento da adesão que, mesmo sendo considerada uma estratégia de *coping* focada na emoção, não se assume como uma forma desadaptativa de lidar com a doença, sendo que o doente passa a ver a doença de uma forma mais favorável, o que também é visto como um ponto positivo dos resultados obtidos. Por fim, refere-se ainda o uso da estratégia de *Coping* ativo, estratégia de *coping* focada no problema, que visa a concretização de ações para controlar o problema através de esforços individuais, em função do aumento da adesão que, de acordo com a literatura, está associada a maiores níveis de adesão ao tratamento. No mesmo sentido, o estudo de Santos (2006) confirma que as estratégias de *coping* ativas favorecem os níveis de adesão, uma vez que estão relacionadas com um melhor ajustamento psicológico e com situações percebidas pelos doentes como controláveis, o que também se verifica num estudo realizado por Mushtaq e Najam (2014), onde o uso de estratégias de *Coping* ativo foi predominante nos doentes com hipertensão arterial.

4.1 Limitações da investigação

Os resultados obtidos neste estudo contribuíram, de forma positiva, para cumprir os objetivos estabelecidos inicialmente possibilitando uma reflexão e contribuição para a investigação na área estudada.

Passamos a apresentar algumas limitações que foram identificadas ao longo da realização do estudo, tanto no momento da recolha dos dados como durante a sua análise e tratamento.

Em relação ao protocolo de avaliação utilizado no momento da recolha, é importante referir que se optou pela escolha de instrumentos breves, de forma a não cansar os participantes durante o seu preenchimento. A amostra foi recolhida por

conveniência, o que pode ter influenciado os resultados obtidos, impedindo também a generalização dos resultados a outros indivíduos, nomeadamente a toda a população hipertensa. Também é relevante salientar que a amostra foi recolhida em apenas uma instituição (Centro de Saúde de Vagos).

No que toca às características dos participantes da amostra em estudo, é importante considerar a média das idades e da escolaridade dos mesmos. A média de idades rondou os 68 anos e a maioria dos indivíduos revelou habilitações literárias até ao 4º ano de escolaridade, o que pode ter contribuído para alguns dos resultados e impactado o nível de compreensão das perguntas. Refere-se, ainda, que devido à existência de alguns problemas auditivos ou visuais evidenciados por alguns dos participantes, o protocolo foi aplicado em formato de entrevista, o que pode ter levado à deseabilidade social das respostas e, conseqüentemente, ao enviesamento dos resultados. É ainda importante referir que a distribuição da amostra em algumas variáveis como estado civil e habilitações literárias era muito homogénea no sentido em que grande parte dos participantes pertenciam ao mesmo grupo, fazendo com que a distribuição pelos restantes grupos fosse muito escassa tendo sido uma limitação importante na realização dos testes estatísticos e consequentes resultados. Por fim, ressalta-se ainda as limitações relacionadas com a pouca literatura encontrada acerca do tipo de estratégias de *coping* utilizadas nas doenças crónicas, o que dificultou a discussão dos resultados.

Em investigações futuras, sugere-se a realização de estudos longitudinais que permitam explorar questões de causalidade entre as variáveis e perceber como é que a adesão ao tratamento é influenciada pelas estratégias de *coping* utilizadas em função da existência de uma doença crónica como a hipertensão arterial.

4.2 Implicações práticas

De acordo com a revisão teórica efetuada neste estudo, é visível que existe uma grande percentagem de pessoas com hipertensão arterial e que a tendência é crescente, tanto em Portugal como no resto do mundo. De acordo com a WHO (2013a), esta doença leva a mais de 9 milhões de mortes em todo o mundo anualmente e, em Portugal, afeta aproximadamente 43% da população adulta (Polónia et al., 2014; Uva et al., 2014).

A vivência com uma doença crónica como é o caso da hipertensão arterial tem bastante impacto na vida das pessoas e na sua dinâmica, sendo que são imprescindíveis mudanças no estilo de vida de cada indivíduo para o melhor controlo da doença (Lima, Baldissera, & Jaques, 2011). Com isto, é de notar que a hipertensão arterial exige a toma constante da medicação, a prática regular de exercício físico, alterações na dieta como a redução do sal, modificações nos hábitos pouco saudáveis como fumar, consumo de

álcool) e todas estas mudanças interferem no quotidiano das pessoas (Carvalho et al., 2013; Durrani et al., 2012; Ribeiro et al., 2011), na forma como lidam com a doença e, conseqüentemente, na adesão ao tratamento.

As características assintomáticas da doença, a sua incidência e as complicações associadas tornam-se aspetos importantes que necessitam de ser constantemente avaliados, tratados e prevenidos assim como investir na educação de pessoas com risco de desenvolver hipertensão que deve ser persistente. Desta forma, assume-se que a componente educativa relativa à doença é imprescindível no tratamento. Os doentes devem ser informados dos sinais e sintomas da doença, do impacto que terá na sua funcionalidade e, para isso, é necessário o entendimento claro dos fatores sociais, psicológicos e ambientais que podem influenciar a rotina diária das pessoas (Câmara et al., 2012).

As intervenções promotoras da saúde auxiliam o controlo das doenças, prevenindo complicações que possam surgir (Guedes et al., 2012) e deve-se privilegiar uma intervenção assente numa perspetiva biopsicossocial (Chummun, 2009; Victor, Vasconcelos, de Araújo, Ximenes, & de Araújo, 2007). A hipertensão arterial é uma doença crónica que responde de forma eficaz a intervenções focadas na promoção da saúde, focando as modificações do estilo de vida (Hensley, Jones, Williams, Willsher, & Cain, 2005) e daí surge a importância da atuação de equipas multidisciplinares, incluindo vários profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, entre outros. O trabalho cooperativo da equipa junto do doente hipertenso favorece o envolvimento do mesmo no tratamento, permitindo um maior controlo sobre os níveis de pressão arterial (Silva, Colósimo, & Pierin, 2010), auxiliando também a forma como este lida e percebe a doença.

Como foi possível verificar através dos resultados obtidos, as características sociodemográficas e clínicas exercem alguma influência no modo como os doentes aderem ao tratamento, mas principalmente na forma como lidam com a própria doença. Assim, torna-se fulcral o aumento do conhecimento em torno das características referidas para se desenvolverem programas de intervenção eficazes, que possam contribuir para o bem-estar físico e psicológico do doente a longo prazo. Neste âmbito, o psicólogo exerce um papel fundamental nas equipas de intervenção, identificando quais as fragilidades do doente, quais as suas competências para lidar com a doença (estratégias de *coping*) e as crenças subjacentes à mesma, de forma a ajudar a sua adaptação na vivência com uma doença crónica.

Conclusão

Atualmente existe uma grande preocupação com o aumento da prevalência e incidência das doenças crónicas, ao nível mundial e também nacional e especificamente ao nível da hipertensão arterial. Desta forma e tendo em conta as características inerentes a esta doença e às doenças crónicas em geral, pareceu-nos importante analisar os níveis de adesão ao tratamento e a forma como os doentes lidam com a doença, avaliando assim as estratégias de *coping* adotadas por pessoas com hipertensão arterial.

De uma forma geral, os doentes seguidos nas consultas de Hipertensão do Centro de Saúde de Vagos revelaram níveis de adesão ao tratamento muito elevados, o que se traduz num aspeto positivo do presente estudo, sugerindo-se, assim, que os doentes percecionam as consequências que a hipertensão acarreta. No entanto, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da adesão ao tratamento tendo em conta a idade. Ainda relativamente às características sociodemográficas, no que diz respeito às estratégias de *coping*, foram evidenciadas diferenças significativas para algumas subescalas ao nível da idade, do género, do estado civil e das habilitações literárias. Em relação às características clínicas, para a adesão ao tratamento não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas; contudo, no que concerne às estratégias de *coping*, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas para algumas subescalas em relação ao tempo de diagnóstico, existência de outro problema de saúde crónico e controlo da pressão arterial.

Refere-se ainda que existiram associações entre algumas subescalas do *Brief Cope* e a adesão ao tratamento, corroborando a literatura que refere que as estratégias de *coping* focadas na emoção se associam a menores níveis de adesão ao tratamento e as estratégias de *coping* focadas no problema estão correlacionadas com maiores níveis de adesão ao tratamento.

Perante a existência de uma doença crónica como a hipertensão arterial, considera-se que as estratégias de *coping* podem interferir cognitivamente na forma como os doentes avaliam a situação, podendo ter um papel fundamental na diminuição do impacto que a doença tem no quotidiano e, conseqüentemente, na forma como aderem ao tratamento (Holt et al., 2012). Assim, além de todos os fatores que influenciam a adesão, deve ser sempre dada atenção aos padrões de *coping* que as pessoas possuem, de forma a compreender as competências que detêm para lidar com situações adversas (Cukor, Rosenthal, Jindal, Brown, & Kimmel, 2009).

Referências Bibliográficas

- Amodeu, C., Nogueira, A. d., Pereira, A. A., Jr. Cordeiro, A. C., Pimenta, E., Borelli, F. A., . . . Mulinari, R. A. (2010). Hipertensão arterial sistêmica secundária. *The Brazilian Journal of Nephrology*, 32(1), 44-53.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 42-54.
- Araújo, G. B., & Garcia, T. R. (2006). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(2), 259-272.
- Ariff, F., Suthahar, A., & Ramli, M. (2011). Coping styles and lifestyle factors among hypertensive and non-hypertensive subjects. *Singapore Medical Journal*, 52(1), 29-34.
- Arruda, D. C., Eto, F. N., Velten, A. P., Morelato, R. L., & Oliveira, E. R. (2015). Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(2), 327-337.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2014). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*. Lisboa: Serviço de Intervenção no Comportamento Aditivo e nas Dependências.
- Barbosa, R. G., & Lima, N. K. (2006). Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 35-38.
- Barreto, A. C., & Santello, J. L. (2002). *Manual de hipertensão - entre a evidência e a prática clínica*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Barros, L., & Santos, M. C. (1999). Significações parentais e adesão em psicologia pediátrica. *Análise Psicológica*, 3(XVII), 471-481.
- Bennet, H., Laird, K., Margolius, D., Ngo, V., Thom, D. H., & Bodenheimer, T. (2009). The effectiveness of health coaching, home blood pressure monitoring, and home-titration in controlling hypertension among low-income patients: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 9, 456-461.
- Bennet, K. K., & Boothby, J. L. (2007). Coping and heart disease: Implications for prevention and treatment. Em E. Martz, & H. Livneh, *Coping with chronic illness and disability* (pp. 267-287). New York: Springer.
- Bensing, J. M., Schreurs, K. M., De Ridder, D. T., & Hulsman, R. L. (2010). Adaptive tasks in multiple sclerosis: development of an instrument to identify the focys of patients' coping efforts. *Psychology and Health*, 17(4), 475-488.
- Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disable child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 171-209.

- Bertolin, D. C., Pace, A. E., Kusumota, L., & Haas, V. (2011). Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1070-1076.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência - Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bunnell, R., O'Neil, D., Soler, R., Payne, R., Giles, W. H., Collins, J., & Bauer, U. (2012). Fifty communities putting prevention to work: accelerating chronic disease prevention through policy, systems and environmental change. *Journal of Community Health*, 37(5), 1081-1090. doi:10.1007/s10900-012-9542-3
- Burkhart, P. V., & Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 207.
- Busnello, R., Melchior, R., Faccin, C., Vettori, D., Petter, J., Moreira, L. B., & Fuchs, F. D. (2001). Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 76(5), 349-351.
- Cabral, J., & Matos, P. M. (2010). Cope-Inventory: teste da estrutura fatorial com uma amostra de jovens adultos universitários. *Psicologia*, XXIV(1), 49-71. Lisboa: Edições Colibri.
- Câmara, A. M., Melo, V. L., Gomes, M. G., Pena, B. C., Silva, A. P., Oliveira, K. M., . . . Victorino, L. R. (2012). Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1), 40-50.
- Câmara, S., & Carlotto, M. (2007). Coping e gênero em adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 12(1), 87-93.
- Cann, A., & Etzel, K. C. (2008). Remembering and anticipating stressors: positive personality mediates the relationship with sense of humor. *Humor*, 54, 157-178.
- Carvalho, M. V., Siqueira, L. B., Sousa, A. L., & Jardim, P. C. (2013). A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 100(2), 164-174. doi:10.5935/abc.20130030
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267
- Casagrande, M., Boncompagni, I., Mingarelli, A., Favieri, F., Forte, G., Germanò, R., . . . Guarino, A. (2019). Coping styles in individuals with hypertension of varying severity. *Stress and Health*, 35(5), 560-568. doi:10.1002/smi.2889

- Chaves, A. E., Morais, G. A., Gurgel, K. d., Reis, M. C., Geraldo, P. F., & Quintão, T. M. (2018). Avaliação do autoconhecimento sobre comorbidades em pacientes tratados ambulatoriamente. *Revista Médica de Minas Gerais*, 28(4), 19-26.
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., . . . Roccella, E. J. (2003). Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Hypertension*, 42(6), 1206-1252. doi:10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2
- Chow, C. K., Teo, K. K., Rangarajam, S., Islam, S., Gupta, R., Avezum, A., . . . Yusuf, S. (2013). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA*, 310, 959-968.
- Chowdhury, P. P., Mawokomatanda, T., Xu, F., Gamble, S., Pierannunzi, C., Flegel, D., . . . Town, M. (2016). Surveillance for certain health behaviors, chronic diseases and conditions, access to health care, and use of preventive health services among states and selected local areas - behavioral risk factor surveillance system, United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(4), 1-139.
- Chummun, H. (2009). Hypertension - a contemporary approach to nursing care. *British Journal of Nursing*, 18(13), 784-789.
- Clark, R. (2003). Parental history of hypertension and coping responses predict blood pressure changes in black college volunteers. Undergoing a speaking task about perceptions of racism. *Psychosomatic Medicine*, 65, 1012-1019.
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). Nova Iorque: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Journal of the American Medical Association*, 298, 1687-1685. doi:10.1001/jama.298.14.1685
- Corrêa, T. D., Namura, J. J., Silva, C. A., Castro, M. G., Meneghini, A., & Ferreira, C. (2005). Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Arquivos Médicos do ABC*, 31(2), 91-101.
- Cukor, D., Rosenthal, D. S., Jindal, R. M., Brown, C. D., & Kimmel, P. L. (2009). Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney International*, 75(11), 1223-1229.
- Daen, S. T. (2011). Tipos de investigación científica. *Revista de Actualización Clínica*, 9, 621-624.

- Daniali, S. S., Darani, F. M., Eslami, A. A., & Mazaheri, M. (2017). Relationship between self-efficacy and physical activity, medication adherence in chronic disease patients. *Advanced Biomedical Research*, 6, 1-7.
- Danielson, E., Melin-Johansson, C., & Modanloo, M. (2019). Adherence to treatment in patients with chronic diseases: from alertness to persistence. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 7(4), 248-257. doi:10.30476/IJCBNM.2019.81303.0
- Deaton, A., & Olbrisch, M. (1987). Adaptive noncompliance: parents as experts and decision makers in the treatment of pediatric asthma patients. *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics*, 8, 205-234.
- 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.
- Dell'Aglio, D. D., & Hutz, C. S. (2002). Estratégias de coping e estilo atribucional de crianças em eventos stressantes. *Estudos de Psicologia*, 7(1), 5-13.
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A. M., Neves, A. P., Pinto, A. F., Silva, A. S., & Castro, S. A. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. *Millenium*, 40, 201-219.
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). Modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. Obtido de <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Dickinson, H. O., Mason, J. M., Nicolson, D. J., Campbell, F., Beyer, F. R., Cook, J. V., . . . Ford, G. A. (2014). Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Hypertension*, 24(2), 215-233.
- DiMatteo, R., & DiNicola, D. (1982). *Achieving patient compliance*. New York: Pergamon.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Hipertensão arterial: definição e classificação*. Lisboa.
- Dosse, C., Cesarino, C. B., Martin, J. F., & Castedo, M. C. (2009). Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 1-7.
- Drageset, S., & Lindstrom, T. C. (2005). Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 217-226.
- Dunbar-Jacob, J. (2007). Models for changing patient behavior: creating successful self-care plans. *American Journal of Nursing*, 107(6), 20-25.

- Durrani, S., Irvine, J., & Nolan, R. P. (2012). Psychosocial determinants of health behavior change in an e-counseling intervention for hypertension. *International Journal of Hypertension*, 1-5. doi:10.1155/2012/191789
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854. doi:10.1037/0022-3514.58.5.844
- Erdine, S. (2010). Compliance with the treatment of hypertension: the potential of combination therapy. *The Journal of Clinical Hypertension*, 12(1), 40-46.
- Erickson, S., & Feldstein, S. (2007). Adolescent humor and its relationship to coping, defense strategies, psychological distress and well-being. *Child Psychiatry & Human Development*, 37, 255-271.
- Faria, H. T. (2008). Factores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Dissertação de Mestrado não publicada*. Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- Faustino, Q. d., & Seidl, E. M. (2010). Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento em pessoas com HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 121-130.
- Flores, E. M., & Drehmer, T. M. (2003). Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 743-752.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping and hope. *Psycho-Oncology*, 19, 901-908. doi:10.1002/pon.1836
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141456
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1005.
- Freitas, E. V., Py, L., Cançado, F. A., Doll, J., & Gorzoni, M. L. (2006). *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Fuchs, S. C., Castro, M. S., & Fuchs, F. C. (2004). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Hipertens*, 7(3), 90-93.
- Gall, T. L., Guirguis-Younger, M. G., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 1165-1178.

- George, F., & Gomes, S. (Setembro de 2011). *Cuidados de Proximidade em Doenças Crônicas*. Obtido em 11 de Março de 2014, de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i015571.pdf>
- Gerin, W., Davidson, K. W., Christenfeld, N. J., Goyal, T., & Schwartz, J. E. (2006). The role of angry rumination and distraction in blood pressure recovery from emotional arousal. *Psychosomatic Medicine*, 66, 64-72.
- Giroto, E., Andrade, S. M., Cabrera, M. A., & Matsuo, T. (2013). Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciências & Saúde Coletiva*, 18(6), 1763-1772.
- Gomes, M. A., Pierin, A. M., & Mion, D. J. (2001). Estratégias especiais para melhoria da adesão. Em F. Nobre, A. M. Pierin, & D. J. Mion, *Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão* (pp. 75-84). São Paulo: Lemos Editorial.
- Gonçalves, L. d., Ferreira, C. B., Zanini, D. S., Vasconcelos, C. L., & Gonçalves, S. S. (2015). Coping em pacientes crônicos, cuidadores e profissionais de saúde. *Revista da SPAGESP*, 16(1), 107-121.
- Granger, B. B., Ekman, I., Granger, C. B., Ostergren, J., Olofsson, B., Michelson, E., . . . Swedberg, K. (2009). Adherence to medication according to sex and age in the CHARM programme. *European Journal of Heart Failure*, 11, 1092-1098.
- Guedes, M. V., Araújo, T. L., Lopes, M. V., Silva, L. F., Freitas, M. C., & Almeida, O. C. (2011). Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 6, 1038-1042. doi:10.1590/S0034-71612011000600008
- Guedes, N. G., Moreira, R. P., Cavalcante, T. F., de Araújo, T. L., Lopes, M. V., Ximenes, L. B., & Vieira, N. F. (2012). Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 151-156.
- Guimarães, R. M., & Cunha, U. G. (2004). *Sinais e sintomas em geriatria* (2ª ed.). São Paulo: Atheneu.
- Gusmão, J. L., & Mion, D. J. (2006). Adesão ao tratamento - conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 23-25.
- Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. P., & Yao, X. (2008). Intervention for Enhancing Medication Adherence. 2.
- Haynes, R., Taylor, D., & Sackett, D. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Hensley, R. D., Jones, A. K., Williams, A. G., Willsher, L. B., & Cain, P. P. (2005). One-year clinical outcomes for Louisiana residents diagnosed with type 2 diabetes and hypertension. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 17(9), 363-369.

- Higgins, N., & Regan, C. (2004). A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. *Age Ageing*, 33(3), 224-229.
- Hilding, C., & Baigi, A. (2010). The association among hypertension and reduced psychological well-being, anxiety and sleep disturbances: A population study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 366-371.
- Ho, P. M., Spertus, J. A., Masoudi, F. A., Reid, K. J., Peterson, E. D., Magid, D. J., . . . Rumsfeld, J. S. (2006). Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1842-1847.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress resistance and growth: conceptualizing adaptive functioning. Em M. Zeider, & N. Endler, *Handbook of coping: theory research applications* (pp. 24-43). New York: John Wiley & Sons.
- Holt, E. W., Muntner, P., Joyce, C., Morisky, D. E., Webber, L. S., & Krousel-Wood, M. (2012). Life events, coping, and antihypertensive medication adherence among older adults: the cohort study of medication adherence among older adults. *American Journal of Epidemiology*, 176(7), 64-71. doi:10.1093/aje/kws233
- INSA, I. N. (11 de Fevereiro de 2019). *Infográfico INSA - Doença crónica*. Obtido de INSA: <http://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-%E2%94%80-doenca-cronica/>
- Jabbarifard, F., Sharifi, T., Rezaee, A. M., & Hafshejani, S. F. (2015). Life style and coping styles among hypertension patients and normal individuals. *International Journal of Applied Psychology*, 5(6), 178-182. doi:10.5923/j.ijap.20150506.06
- Jankowska-Polańska, B., Uchmanowicz, I., Dudek, K., & Mazur, G. (2016). Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. *Patient preference and adherence*, 10, 2437-2447. doi:10.2147/PPA.S117269
- Jansà, M., Hernández, C., Vidal, M., Nuñez, M., Bertran, M. J., Sanz, S., . . . Sanz, G. (2010). Multidimensional analysis of treatment adherence in patients with multiple chronic conditions. A cross-sectional study in a tertiary hospital. *Patient Education and Counseling*, 81(2), 161-168. doi:10.1016/j.pec.2009.12.012
- Jardim, P. C. (2001). Adesão ao tratamento antihipertensivo: modelos de estudo. Em F. Nobre, A. M. Pierin, & D. J. Mion, *Adesão ao tratamento - o grande desafio da hipertensão* (pp. 59-68). São Paulo: Lemos.
- Jardim, P. C., Sousa, A. L., & Monego, E. T. (1996). Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina*, 29, 232-238.

- 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.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (1994). Psicologia da doença. *Análise Psicológica*, 12(2-3), 233-251.
- Júnior, D. M., Alessi, A., Pierin, A., Machado, C. A., Amodeo, C., Forjaz, C., . . . Koch, V. (2011). V Diretrizes Brasileiras de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA). *Brazilian Journal of Nephrology*, 33(3), 365-388.
- Kaiseler, M., Polman, R., & Nicholls, A. (2012). Gender differences in appraisal and coping: an examination of the situational and dispositional hypothesis. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 4, 1-14.
- Kaplan, R., & Schub, T. (2012). Hypertension: Alternative therapies. *Cinahl*, 1, 1-2.
- Kassiner, J. (1983). Adding insult to injury: usurping patients prerogatives. *The New England Journal of Medicine*, 308, 898-901.
- Kristensen, C. H., Schaefer, L. S., & Busnello, F. B. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia*, 27(1), 21-30.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saude Colet*, 8(3), 775-782.
- Lessa, I. (2001). Não-adesão ao tratamento da hipertensão: consequências socioeconômicas para o indivíduo e para a sociedade. Em F. Nobre, A. M. Pierin, & D. J. Mion, *Adesão ao Tratamento - O Grande Desafio da Hipertensão* (pp. 89-105). São Paulo: Lemos.
- Lessa, I. (2006). Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 39-46.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). Illness representation: theoretical foundations. Em K. Petrie, & J. Weinman, *Perceptions of health and illness: current research & applications* (pp. 19-46). Singapore: Harwood Academic Publishers.
- Lewington, S., Clarke, R., Qizilbash, N., Peto, R., & Collins, R. (2002). Age-specific relevance of usual bloodpressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*, 1903-1913.
- Lima, V. R., Baldissera, V. D., & Jaques, A. E. (2011). A vivência com a hipertensão arterial sistêmica e a utilização de estratégias de enfrentamento. *Aquivos de Ciência e Saúde*, 15(3), 219-226.

- Lima, V. R., Baldissera, V. D., & Jaques, A. E. (2011). A vivência com a hipertensão arterial sistêmica e a utilização de estratégias de enfrentamento. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 15(3), 219-226.
- Lindquest, T. L., Beilin, L. J., & Knudman, M. W. (1997). Influence of lifestyle, coping, job stress on blood pressure in men and women. *Hypertension*, 29(1), 1-7.
- Lo Buono, V., Corallo, F., Bramanti, P., & Marino, S. (2017). Coping strategies and health-related quality of life after stroke. *Journal of Health Psychology*, 22(1), 16-28. Obtido de <https://doi.org/10.1177/1359105315595117>
- Logan, A. G., Milne, B. J., Achber, C., Campbell, W. P., & Haynes, R. B. (1979). Work-site of hypertension by specially trained nurses. A controlled trial. *The Lancet*, 2(8153), 1175-1178.
- Lopes, L. O., & Moraes, E. D. (2012). Tratamento não-medicamentoso para hipertensão arterial. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 1-8.
- Lunelli, R. P., Portal, V. L., Esmério, F. G., Moraes, M. A., & Souza, E. N. (2009). Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(4), 367-373.
- Macedo, M. E., Lima, M. J., Silva, A. O., Alcântara, P., Ramalhinho, V., & Carmona, J. (2005). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal. The PAP study. *Journal of Hypertension*, 23(9), 1661-1666. doi:10.1097/01.hjh.0000179908.51187.de
- Malta, D. C., Bernal, R. T., Lima, M. G., de Araújo, S. S., da Silva, M. M., Freitas, M. I., & Barros, M. B. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51(1), 1-10.
- Mancia, G., de Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano, G., . . . Zanchetti, A. (2007). 2007 ESH-ESC Practice guidelines for the management of arterial hypertension: ESH-ESC task force on the amangement of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, 25(9), 1751-1762. doi:10.1097/HJH.0b013e3282f0580f
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Bohm, M., . . . Zannad, F. (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 34, 2159-2219. doi:10.1093/eurheartj/eh151
- Mantovani, M. d., Maciel, K. F., Pelinski, A., Fusuma, F., & Ulbrich, E. (2011). Dificuldades no tratamento da doença crônica: relato de experiência de atividade de extensão. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(1), 157-161. doi:10.4025/ciencucuidaude.v10i1.10842

- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6^a ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Martins, L. (2010). Portugal e hipertensão arterial: uma relação fatal. *Revista de Saúde Pública*, 4-7.
- Melo, E. M., Teles, M. S., Teles, R. S., Barbosa, I. V., Studart, R. M., & de Oliveira, M. M. (2011). Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente portador de pé diabético. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 37-44.
- Michellini, L. C. (2004). Conceitos básicos sobre a pressão arterial. Em D. J. Mion, W. Oigman, & F. Nobre, *MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial* (pp. 1-9). São Paulo: Atheneu.
- Mihalca, A. M., Diaconu-Gherasim, L. R., & Butnariu, L. I. (2017). Social functioning and coping strategies in Romanian and Moldavian adolescents with chronic disease. *Current Psychology*, 36, 791-800. doi:10.1007/s12144-016-9468-5
- Mills, K. T., Bundy, J. D., Kelly, T. N., Reed, J. E., Kearney, P. M., Reynolds, K., . . . He, J. (2016). Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*, 134, 441-450.
- Ming, E. E., Adler, G. K., Kessler, R. C., Fogg, L. F., Matthews, K. A., Herd, J. A., & Rose, R. M. (2004). Cardiovascular reactivity to work stress predicts subsequent onset of hypertension: the air traffic controller health change study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 459-465.
- Miranda, R. D., Perrotti, T. C., Bellinazzi, V. R., Nóbrega, T. M., Cendoroglo, M. S., & Neto, J. T. (2002). Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 9, 293-300.
- Mirkarimi, A., Khoddam, H., Vakili, M. A., Sadeghi, M. B., & Modanloo, M. (2018). Effect of life style modification on adherence to diet and hypertension in hypertensive patients. *Journal of Semnan University of Medical Sciences*, 20(2), 192-202.
- Moreira, A. K., Santos, Z. M., & Caetano, J. A. (2009). Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. *Revista de Saúde Coletiva*, 19(4), 989-1006.
- Morgenstern, B. (2002). Blood pressure, hypertension, and ambulatory blood pressure monitoring in children and adolescents. *American Journal of Hypertension*, 15(2), 64-66.

- Morisky, D., Green, L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., . . . Nasir, K. (2016). Heart disease and stroke statistics-2016 update a report from the American Heart Association. *Circulation*, 133(4), 38-48. Obtido de <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000350>
- Mund, M., & Mitte, K. (2012). The costs of repression: a meta-analysis on the relation between repressive coping and somatic diseases. *Health Psychology*, 31(5), 640-649. Obtido de <https://doi.org/10.1037/a0026257>
- Mushtaq, M., & Najam, N. (2014). Coping strategies of stress used by people suffering from hypertension. *Pakistan Journal of Psychology*, 45(2), 3-22.
- Nehal, U. S., & Ingelfinger, J. R. (2002). Pediatric hypertension: recent literature. *Current Opinion in Pediatrics*, 14(2), 189-196.
- Newson, J. T., Huguet, N., Ramage-Morin, P. L., McCarthy, M. J., Bernier, J., Kaplan, M. S., & McFarland, B. H. (2012). Health behaviour changes after diagnosis of chronic illness among Canadians aged 50 or older. *Health Reports*, 23, 49-53.
- Nicodème, R., Albessard, A., Amar, J., Chamontin, B., & Lang, T. (2009). Poor blood pressure control in general practice: in search of explanations. *Archives of Cardiovascular Diseases*, 102(6-7), 477-483.
- Nobre, F., Coelho, E. B., & Mion, D. J. (2006). Monitorização ambulatorial da pressão arterial. Em A. A. Brandão, C. Amodeo, F. Nobre, & F. Fuchs, *Hipertensão* (pp. 115-132). Rio de Janeiro: Editora Elsevier.
- Nobre, F., Pierin, A. M., & Mion, D. J. (2001). *Adesão ao tratamento - o grande desafio da hipertensão*. São Paulo: Lemos.
- Novais, E., Conceição, A. P., Domingos, J., & Duque, V. (2009). O saber da pessoa com doença crónica no auto-cuidado. *Revista HCPA*, 29(1), 36-44.
- Nugent, R. (2008). Chronic diseases in developing countries health and economics burdens. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 70-79.
- O'Brien, E., Asmar, R., Beilin, L., Imai, Y., Mallion, J.-M., Mancia, G., . . . Verdecchia, P. (2003). European society of hypertension recommendations for conventional, ambulatory and home blood pressure measurement. *Journal of Hypertension*, 21(5), 821-848. doi:10.1097/00004872-200305000-00001
- Oliveira, H. A., Fagundes, R. L., Moreira, E. A., Trindade, E. B., & Carvalho, T. (2010). Relação de indicadores antropométricos com fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*(4), 478-485. doi:10.1590/S0066-782X2010005000012

- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497. doi:10.1056/NEJMra050100
- Pais Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde* (2ª ed.). Lisboa: Placebo.
- Pais Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Palota, L. (2010). Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: Estudo entre usuários cadastrados no centro de saúde de um município do interior Paulista. *Dissertação de Mestrado*. Ribeirão Preto, Brasil: Universidade de São Paulo.
- Pamboukian, S. V., Nisar, I., Patel, S., Gu, L., McLeod, M., Costanzo, M. R., & Heroux, A. (2008). Factors associated with non-adherence to therapy with warfarin in a population of chronic heart failure patients. *Clinical Cardiology*, 31(1), 30-34. doi:10.1002/clc.20175
- Pereira, A., & Patrício, T. (2013). *SPSS - Guia prático de utilização: análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia* (8ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Péres, S. D., Magna, J. M., & Viana, L. A. (2003). Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública*, 37(5), 635-642.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record*, 51, 223-235.
- Pinotti, S., Mantovani, M. F., & Giacomozzi, L. M. (2008). Percepção sobre a hipertensão e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 13(4), 526-534.
- Pinto, F. (2013). Prevalência da hipertensão arterial e consumo de sal em Portugal - Estudo PHYSA. *VII Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global*. Vilamoura, Portugal.
- Plavnik, F. L., Machado, C. A., Malta, D., Scala, L. C., & Fuchs, S. (2016). Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. Em M. V. Malachias, W. K. Souza, F. L. Plavnik, C. I. Rodrigues, A. A. Brandão, M. F. Neves, . . . H. J. Moreno, *7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial* (Vol. 107, pp. 1-5). Arquivos Brasileiros de Cardiologia. doi:10.5935/abc.20160151
- 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 PHYSA Study. *Journal of Hypertension*, 32(6), 1211-1221. doi:10.1097/HJH.000000000000162.

- Polónia, J., Ramalhinho, V., Martins, L., & Saavedra, J. (2006). Normas sobre deteção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 25(6), 649-660.
- Rafii, F., SeyedFatemi, N., Danielson, E., Johansson, C. M., & Modanloo, M. (2014). Compliance to treatment in patients with chronic illness: a concept exploration. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery*, 19, 159-167.
- Ramalhinho, I. (1994). Adesão à terapêutica anti-hipertensiva. Contributo para o seu estudo. *Manuscrito não publicado*. Lisboa: Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.
- Ramalhinho, V. (2012). Definição, classificação, história natural e epidemiologia. Em J. Nazaré, & B. Nogueira, *Hipertensão arterial: noções práticas de clínica e terapêutica* (pp. 7-22). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Reiners, A. A., Seabra, F. M., Azevedo, R. C., Sudré, M. R., & Duarte, S. J. (2012). Adesão ao tratamento de hipertensos da Atenção Básica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(3), 581-587.
- Remondi, F. A., Oda, S., & Cabrera, M. A. (2014). Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria à prática clínica. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 35(2), 177-185.
- Ribeiro, A. G., Ribeiro, S. M., Dias, C. M., Ribeiro, A. Q., Castro, F. A., Suárez-Varela, M. M., & Cotta, R. M. (2011). Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. *BMC Public Health*, 11, 1-10. doi:10.1186/1471-2458-11-637
- Ridder, D., & Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review*, 21(2), 205-240.
- Robinson, J. D., Segal, R., Lopez, L. M., & Doty, R. E. (2010). Impact of pharmaceutical care intervention on blood pressure control in a chain pharmacy practice. *The Annals of Pharmacotherapy*, 44(1), 88-96.
- Rudd, P. (1998). Compliance with antihypertensive therapy: raising the bar of expectations. *American Journal of Managed Care*, 4(2), 957-966.
- Rueda, B., & Pérez-García, A. M. (2013). Coping strategies, depressive symptoms and quality of life in hypertensive patients: mediational and prospective relations. *Psychology & Health*, 28(10), 1152-1170. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.09.014>
- Ryan-Wenger, N. M. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: a step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 256-263.
- Saarti, S., Hajj, A., Karam, L., Jabbour, H., Sarkis, A., El Osta, N., & Rabbaa Khabbaz, L. (2016). Association between adherence, treatment satisfaction and illness

- perception in hypertensive patients. *Journal of Human Hypertension*, 30, 341-345.
- Salgado, C. M., & Carvalhães, J. T. (2003). Hipertensão Arterial na Infância. *Jornal de Pediatria*, 79, 115-124.
- Sánchez Espinar, S., Ramírez-Maestre, C., Correa-Guerra, M., Ruiz-Párraga, G. T., Ibañez, E. S., López-Martínez, A. E., & Esteve, R. (2016). El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 4(1), 93-129.
- Santos, C. (2006). *Doença oncológica - representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente e família*. Coimbra: Formasau.
- Santos, M. V., Oliveira, D. C., Arraes, L. B., Oliveira, D. A., Medeiros, L., & Novaes, M. A. (2013). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 11(1), 55-61.
- Santos, Z. M., & Silva, R. M. (2002). *Hipertensão arterial - modelo de educação em saúde para autocuidado*. Fortaleza: Universidade de Fortaleza.
- Santos, Z. S., Frota, M. A., Cruz, D. M., & Holanda, S. D. (2005). Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 332-340.
- Saraiva, K. R., Santos, Z. M., Landin, F. L., & Teixeira, A. C. (2007). Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(2), 263-270.
- Savóia, M. G., Santana, P. R., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1-2), 183-201. doi:10.1590/S1678-51771996000100009
- Sawaia, B. B. (1994). Análise psicossocial do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 28(1), 105-110. doi:10.1590/0080-6234199402800100105
- Schoenthaler, A., Chaplin, W. F., Allegrante, J. P., Fernandez, S., Diaz-Gloster, M., Tobin, J. N., & Ogedegbe, G. (2009). Provider communication effects medication adherence in hypertensive African Americans. *Patient Education and Counseling*, 75(2), 185-191. doi:10.1016/j.pec.2008.09.018
- Schroeder, K., Fahey, T., & Ebrahim, S. (2004). How can we improve adherence to blood. *Archives of Internal Medicine*, 164(7), 722-732.
- Schutte, A. E., Malan, P. W., Wissing, M. P., Vorster, H. H., Steyn, H. S., Van-Rooyen, J. M., & Huisman, H. W. (2006). Specific coping strategies of Africans during

- urbanization: comparing cardiovascular responses and perception of health data. *Elsevier Science*, 19(7), 305-310.
- Sehestedt, T., Ibsen, H., & Jorgensen, T. (2007). Awareness, treatment and control of hypertension in Denmark. The Inter99 Study. *Blood Pressure*, 16(5), 312-319. doi:10.1080/08037050701428307
- Seidl, E. M., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. (2001). Factorial analysis of a coping measure. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234. Obtido de <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>
- Senitan, M., Alhaiti, A. H., & Gillepsie, J. (2018). Improving integrated care for chronic non-communicable diseases: a focus on quality referral factors. *International Journal of Healthcare Management*. doi:10.1080/20479700.2018.1423663
- SeyedFatemi, N., Rafii, F., Hajizadeh, E., & Mondaloo, M. (2018). Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: A mix method study. *Koomesh*, 20, 179-191.
- Shaya, F. T., Du, D., Gbarayor, C. M., Frech-Tamas, F., Lau, H., & Weir, M. R. (2009). Predictors of compliance with antihypertensive therapy in a high-risk medicaid population. *Journal of the National Medical Association*, 101(1), 34-39.
- Shea, S., Misra, D., Ehrlich, M. H., Field, L., & Francis, C. K. (1992). Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. *American Journal of Public Health*, 12, 1607-1612.
- Sher, K. J., & Rutledge, P. C. (2007). Heavy drinking across the transition to college: predicting first-semester heavy drinking from precollege variables. *Addictive Behaviors*, 32, 819-835.
- Silva, S. S., Colósimo, F. C., & Pierin, A. M. (2010). O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 488-96.
- Silva, S. S., Colósimo, F. C., & Pierin, A. M. (2010). O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 488-496.
- Silveira, L. M., & Riberi, V. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface*, 9(16), 91-104.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, & Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2010). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 17(1), 5-6.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2018). Guidelines de 2018 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 1-111.

- Sousa, H., Guerra, M., & Lencastre, L. (2015). Preditores da qualidade de vida numa amostra de mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 39-53.
- Sousa, M. R., Landeiro, M. J., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 151-160.
- Sousa, P., & Pereira, M. G. (2014). Intervenção na hipertensão arterial em doentes em cuidados de saúde primários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 245-261. Obtido de <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150120>
- Staessen, J. A., Hond, E. D., Celis, H., Fagard, R., Keary, L., Vandenhoven, G., & O'Brien, E. T. (2004). Antihypertensive treatment based on blood pressure measurement at home or in the physician's office: a randomized controlled trial. *JAMA*, 291(8), 955-964. doi:10.1001/jama.291.8.955
- Staessen, J. A., Wang, J., Bianchi, G., & Birkenhager, W. H. (2003). Essential hypertension. *The Lancet*, 361, 1629-1641.
- Starfield, B., Lemke, K. W., Bernhardt, T., Foldes, S. S., Forrest, C. B., & Weiner, J. P. (2003). Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Annals of Family Medicine*, 1(1), 8-14.
- Stimson, G. (1974). Obeying doctor's orders: a view from the other side. *Social Science and Medicine*, 35, 34-59.
- Stone, G. (1979). Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues*, 35, 34-59.
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99-103. Obtido de https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18
- Strelec, M. A., Pierin, A. M., & Mion, D. J. (2003). A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controlo da hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 81(4), 343-348.
- Svensson, T., Inoue, M., Sawada, N., Yamagishi, K., Charvat, H., Saito, I., . . . Mimura, M. (2016). Coping strategies and risk of cardiovascular disease incidence and mortality: The Japan public health center-based prospective study. *European Heart Journal*, 37(11), 890-899. Obtido de <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv724>
- Tavares, N. U., Bertoldi, A. D., Thumé, E., Facchini, L. A., França, G. V., & Mengue, S. S. (2013). Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 47(6), 1-9. doi:10.1590/S0034-8910.2013047004834

- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Barroso, E., & Monteiro, E. (2008). Validação do questionário multidimensional da adesão no doente com transplante hepático. *Acta Médica Portuguesa*, 21(1), 31-36.
- Travieso-Gonzalez, A., Núñez-Gil, I. J., Riha, H., Donaire, J. A., & Ramakrishna, H. (2019). Management of arterial hypertension: 2018 ACC/AHA Versus ESC guidelines and perioperative implications. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 1-8. doi:<https://doi.org/10.1053/j.jvca.2019.03.068>
- Trentini, C. M., Werlang, B. S., Xavier, F. M., & Argimon, I. I. (2009). A relação entre variáveis de saúde mental e cognição em idosos viúvos. *Psicol Reflex Crit*, 22(2), 236-243.
- Turk, D., Salovey, P., & Litt, M. (1986). Adherence: a cognitive-behavioral perspective. Em K. Gerber, & A. Nehekmis, *Compliance: the dilemma of the chronically ill* (pp. 44-73). New York: Springer.
- Urbinati, S., Olivari, Z., Gonzini, L., Savonitto, S., Farina, R., Del Pinto, M., . . . Maggioni, A. P. (2015). Secondary prevention after acute myocardial infarction: drug adherence, treatment goals, and predictors of health lifestyle habits. The BLITZ-4 Registry. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22(12), 1548-1556. doi:10.1177/2047487314561876
- Uva, M. S., Victorino, P., Roquette, R., Machado, A., & Dias, C. M. (2014). Investigação epidemiológica sobre prevalência e incidência de hipertensão arterial na população portuguesa - uma revisão de âmbito. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33(7-8), 451-463. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2014.02.012>
- Van Hecke, A., Gryphonck, M., & Defloor, T. (2008). Interventions to enhance patient compliance with leg ulcer treatment: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 29-39.
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*(25), 479-488.
- Vaughan, E. L., Corbin, W. R., & Fromme, K. (2009). Academic and social motives and drinking behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 564-576.
- Veras, R. F., & Oliveira, J. d. (2009). Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Rene*, 10(3), 132-138.
- Veras, R. P. (2011). Estratégias para o enfrentamento das doenças crónicas: um modelo em que todos ganham. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(4), 779-786.

- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331-342.
- Victor, J. F., Vasconcelos, F. d., de Araújo, A. R., Ximenes, L. B., & de Araújo, T. L. (2007). Grupo feliz idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(4), 724-730.
- Vitor, R. S., Sakai, F. K., & Consoni, P. R. (2009). Indicação e adesão de medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão arterial. *Revista AMRIGS*, 53(2), 117-121.
- Vitorino, L. M., & Vianna, L. A. (2012). Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 136-142.
- Vivan, A. d., & Argimon, I. I. (2009). Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Caderno de Saúde Pública*, 25(2), 436-444.
- Weber, M. A., Shiffirin, E. L., White, W. A., Mann, S., Lindholm, L. H., Venerson, J. G., . . . Harrap, S. B. (2014). Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, 32(1), 3-15.
- Weintraub, M. (1976). Intelligent noncompliance and capricious compliance. Em L. Lasagna, *Patient compliance* (pp. 36-49). New York: Futura.
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva.
- World Health Organization. (2013a). Campaign essentials, World Health Day 2013. *Control your blood pressure*. Geneva.
- World Health Organization. (2013b). *A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis*. Geneva.
- Xiao, J., Yao, S., Zhu, X., Abela, J. R., Chen, X., Duan, S., & Zhao, S. (2011). A prospective study of cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms in patients with essential hypertension. *Clinical and Experimental Hypertension*, 33(1), 63-68. Obtido de <https://doi.org/10.3109/10641963.2010.531832>
- Yiannakopoulou, E. C., Papadopoulos, J. S., Cokkinos, D. V., & Mountokalakis, T. D. (2005). Adherence to treatment antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 12, 243-249.

Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. Em M. Zeidner, & N. S. Endler, *Handbook of coping: Theory, reserach and applications* (pp. 3-23). New York: John Wiley & Sons.

ANEXOS



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Favorável	DESPACHO: Presidente Comissão de Ética para a Saúde Rua da Lapa, 1.
------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

ASSUNTO:	Título: Autogestão e representações da doença em doentes com Hipertensão Arterial <small>Proposto por,</small>
	Processo nº 134/2019 Autores: Bárbara do Amaral Freitas Resende (M8973) – aluna do 2º ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde; Cláudia Mendes Silva e Paula Saraiva - Professoras Auxiliares – DPE_UBI (orientadoras)

Dr. João Rodrigues
 Presidente

 Dr. Luís António César
 Vogal

 Dr. António Augusto
 Vogal

Trata-se da replicação do estudo: Autogestão e representações da doença em doentes com Hipertensão Arterial, proposto por Carla Loureiro e Daniela Pinheiro, estudantes do 2º Ciclo do Curso de Psicologia e por Cláudia Mendes Silva e Paula Saraiva - Professoras Auxiliares – DPE_UBI (orientadoras), a esta Comissão de Ética (processo nº 32/2019 e que obteve parecer favorável, no ACES Baixo Vouga, com algumas alterações relativamente ao número de instrumentos de colheita de dados a utilizar . Assim, com o estudo “Autogestão e representações da doença em doentes com Hipertensão Arterial”, as autoras propõe-se contribuir para o desenvolvimento de conhecimento que apoie a melhoria dos cuidados aos doentes com Hipertensão Arterial, bem como para a compreensão do processo de adaptação à doença. Foram definidos como objetivos: conhecer a representação da doença em doentes com Hipertensão Arterial, Avaliar os níveis de adesão ao tratamento e as áreas de maior dificuldade na autogestão da doença; avaliar a presença de ansiedade e depressão nestes doentes. Trata-se de um estudo observacional, de natureza quantitativa e transversal em que a recolha de dados será através de questionário autoadministrado. O questionário será constituído por um conjunto de questões com a finalidade de caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico e clínico (as questões integram a documentação) e por dois instrumentos de autorresposta, que a seguir se mencionam, as investigadoras referem ter autorização dos respetivos autores para a sua utilização: Medida de Adesão ao tratamento - MAT de Delgado & Lima (2001);- “BRIEF-CÓPE”, Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro & Rodrigues, (2004).



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Os participantes do estudo serão adultos com diagnóstico de Hipertensão Arterial, utentes do ACES Baixo Vouga que aceitarem voluntariamente participar no estudo. O documento com vista à obtenção do consentimento informado obedece aos requisitos definidos pela Comissão de Ética da ARS Centro. A análise dos documentos permite verificar que é garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes; que os dados são anonimizados e que é garantida a confidencialidade dos mesmos. Não se identificam danos prováveis ou custos para os participantes. Assim, estando assegurados os procedimentos éticos necessários em estudos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável. Deve ser remetido relatório final do estudo a esta Comissão de Ética.

Coimbra, 7 de Janeiro de 2019

Relator:

(Maria da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento)

Presidente da Comissão de Ética da Saúde -ARSC

(Carlos Fontes Ribeiro)